

Câncer da Tireóide

Thyroid cancer

INTRODUÇÃO

O câncer da glândula tireóide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino, afetando mais frequentemente as mulheres do que aos homens, sendo que a maioria dos casos ocorre entre pessoas de 25 a 65 anos de idade.

À anamnese, deve ser dada atenção para o desenvolvimento biológico, irradiação prévia e história familiar de câncer da tireóide.

O prognóstico quase sempre é favorável, sendo melhor nos casos de adenocarcinomas diferenciados, em que os fatores de risco têm papel importante na conduta terapêutica.

Os casos de carcinomas diferenciados de baixo risco têm excelente resultado com o tratamento conservador, sendo que apenas 10% dos pacientes apresentam recidiva tumoral, em décadas de seguimento, e 2% podem vir a falecer do tumor tireoidiano. Já os de alto risco permitem sobrevida de 10 anos, variando de 0% a 60%, sendo de grande importância os fatores de risco presentes em cada caso.

Por sua vez, os carcinomas indiferenciados (anaplásicos) têm um prognóstico ruim, sendo que a morte geralmente é consequência de doença incontrolável no pescoço, com invasão de estruturas nobres, e ocorre frequentemente pouco tempo após o diagnóstico.

O carcinoma medular pode ocorrer nas formas familiar ou esporádica. A forma esporádica quase sempre é unilateral, e sem outras manifestações endócrinas. Já a forma familiar frequentemente é bilateral, e pode estar associada a outros tumores malignos e benignos do sistema endócrino, situação referida como Síndrome da Neoplasia Endócrina Múltipla (MEN, tipo II), sendo que as outras alterações mais frequentes são Feocromocitoma e Hiperplasia das paratireóides. A capacidade do tumor medular de secretar Calcitonina pode facilitar

a sua detecção, funcionando esta como um marcador biológico. É recomendada a investigação dos familiares dos pacientes, como forma de detectar-se outros casos da forma familiar. Metástases cervicais podem ser encontradas em aproximadamente 50% dos casos.

Nos casos de carcinomas indiferenciados (anaplásicos), o prognóstico é ruim, sendo que a morte geralmente é consequência de doença incontrolável no pescoço, com invasão de estruturas nobres, e que frequentemente ocorre pouco tempo após o diagnóstico.

Já o prognóstico do carcinoma medular depende da extensão da doença, da presença ou ausência de linfonodos metastáticos, e da totalidade da ressecção cirúrgica. A sobrevida de 05 (cinco) anos varia de 40% a 95%, sendo melhor nos pacientes da forma esporádica do que nos portadores da forma familiar.

Deve-se lembrar que a glândula tireóide também pode ser sede de outros tipos de neoplasias primárias, como sarcomas, linfomas, carcinoma epidermóide e teratomas; além de ser local de metástases de outros tumores malignos, particularmente aqueles originados nos pulmões, mamas e rins.

EXAMES DE AVALIAÇÃO

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

- Ultra-sonografia da glândula tireóide;
- Dosagem sérica de calcitonina (se há suspeita de carcinoma medular);
- Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) para exame patológico;

Nota: os carcinomas indiferenciados de pequenas células devem ser cuidadosamente distinguidos dos linfomas, por meio de exames de imuno-histoquímica.

EXTENSÃO DA DOENÇA

- Palpação da glândula tireóide e dos

- linfonodos cervicais;
- Laringoscopia indireta (para estabelecer a mobilidade das cordas vocais);
- Cintilografia tireoidiana (se há suspeita de nódulo hiperfuncionante);
- Radiografia (RX) simples de tórax;
- Tomografia computadorizada (TC) de tórax ou de mediastino (se há suspeita de acometimento intratorácico);
- Cintilografia de corpo inteiro com ¹³¹I (de há suspeita de metástases).

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO DOENTE

- Exame físico e exames laboratoriais de rotina;
- Dosagem sérica de T3, T4 e TSH;
- Dosagem sérica de calcitonina (exame de exceção).

ESTADIAMENTO

Feito conforme a 5a Edição de TNM - Classificação de Tumores Malignos - UICC, 1997; Ministério da Saúde, 1998 (disponível em www.inca.gov.br ou www.inca.org.br, na página do INCA na Internet).

GRUPOS DE RISCO

A determinação dos grupos de risco, nos casos de tumores diferenciados, facilita a seleção de pacientes para cirurgia radical ou parcial da tireóide.

Os fatores de risco têm valor prognóstico, e apresentam algumas diferenças entre os carcinomas papilífero e folicular.

A idade na época do diagnóstico se constitui no fator de maior importância, mostrando que há um aumento de taxa de mortalidade no grupo mais idoso e prognóstico mais favorável nos pacientes com menos de 40 anos. O tamanho do tumor também adquire importância nos mais idosos, porém, não tem valor de mau prognóstico nos mais jovens.

Os índices utilizados para os carcinomas diferenciados são aqueles adotados no *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*.

Baixo Risco

- Idade menor que 45 anos;

- Carcinoma papilífero;
- Carcinoma que não de células de Hürthle;
- Tamanho menor que 4cm;
- Tumor intra-glandular;
- Metástase ausente (M0).

Risco Intermediário

- Idade maior que 45 anos;
- Carcinoma papilífero;
- Carcinoma que não de células de Hürthle;
- Tumor menor que 4cm;
- Tumor intra-glandular;
- Metástase ausente (M0).

ou

- Idade menor que 45 anos;
- Carcinoma de células de Hürthle;
- Tumor extra-glandular;
- Tumor maior que 4cm;
- Metástase presente (M1).

Alto Risco

- Idade maior que 45 anos;
- Carcinoma de células de Hürthle;
- Tumor maior que 4cm;
- Tumor extra-glandular;
- Metástase presente (M1).

TRATAMENTO

A modalidade terapêutica dos tumores malignos da glândula tireóide varia com o tipo histológico e o estadiamento clínico do tumor.

A seguir, apresentam-se as indicações cirúrgicas e radioterápicas. No INCA, não se indica quimioterapia de carcinoma da tireóide. A iodoterapia vem detalhada na conduta a seguir.

CARCINOMAS DIFERENCIADOS

No tratamento dos carcinomas diferenciados da glândula tireóide, deve-se levar em consideração a análise dos fatores de risco de cada caso:

Baixo Risco

- Lobectomia + Istmectomia - nos casos de metástases para linfonodos cervicais, proceder também ao esvaziamento cervical seletivo (níveis II, III, IV e V, e linfonodos do compartimento central).

Alto Risco

Tireoidectomia Total mais:

- Em casos de linfonodos cervicais metastáticos: esvaziamento cervical seletivo (níveis II, III, IV e V, e linfonodos do compartimento central).
- Complementação terapêutica com: ^{131}I (tumor captante). Ver a seguir em Iodoterapia.
- Radioterapia de tumores não captantes de iodo. A dose requerida para controle local é de 70 Gy para doença macroscópica. O volume de tratamento inclui a região cervical e o mediastino. A dose na medula espinhal tem de ser limitada em 45 Gy.
- Metástases a distância: ^{131}I em tumores captantes ou Radioterapia em tumores não captantes de iodo. As lesões metastáticas extranodais e as nodais irressuscáveis tratáveis pela radioterapia recebem 30 Gy em 10 frações.

Risco Intermediário

- Tratamento individualizado, após a análise dos fatores de risco.

CARCINOMAS INDIFERENCIADOS (ANAPLÁSICOS)

São tumores agressivos e de difícil tratamento.

Cirurgia

- Tireoidectomia Total (quando possível);
- Traqueostomia (que é frequentemente necessária).

Radioterapia

Indicada em casos de tumor irressuscável. A dose requerida para controle local é de 70 Gy para doença macroscópica. O volume de tratamento inclui a região cervical e o mediastino. A dose na medula espinhal tem de ser limitada em 45 Gy.

CARCINOMA MEDULAR**Cirurgia**

- Tireoidectomia Total + Esvaziamento seletivo do compartimento central.
- Em casos de linfonodos cervicais

metastáticos: esvaziamento cervical seletivo (níveis II, III, IV, V, central e mediastinal superior).

- Metástases à distância: radioterapia. A dose administrada para palição com radioterapia é de 30 Gy em 10 frações.

SEGUIMENTO

O seguimento do doente é feito na clínica em que o doente é primeiramente atendido.

A reposição de hormônio tireoidiano é feita com L-tiroxina, sendo o indivíduo mantido sob seguimento clínico, cujo intervalo varia com as suas condições clínicas gerais e é feito de acordo com o seu diagnóstico.

CARCINOMAS DIFERENCIADOS**Baixo Risco**

- Exame clínico trimestral;
- Dosagem semestral de T3, T4 e TSH.

Alto Risco

- Exame clínico trimestral;
- Dosagem semestral de T3, T4, TSH;
- Dosagem semestral de tireoglobulina;
- Cintilografia de corpo inteiro com ^{131}I anualmente;
- RX de tórax anual.

CARCINOMA INDIFERENCIADO (ANAPLÁSICO)

- Intervalo entre consultas é dado pelas condições clínicas do doente, pois não há como controlar este tumor e, na maioria dos casos, a rápida evolução não o permite.

CARCINOMA MEDULAR

- Durante os dois primeiros anos:
 - Exame físico trimestral;
 - T3, T4, e TSH semestral;
 - Dosagem de calcitonina;
 - Cintilografia com meta iodo benzil biguanidina (^{131}I IMIBG) ou ^{123}I IMIBG

semestral;

TC do tórax e US abdominal total semestral.

· De 2 a 10 anos:

Os mesmos exames, feitos anualmente.

· Após 10 anos:

Consulta médica anual.

NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas é considerada experimental ou irregular.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson JB, Webb AJ. Finneedle aspiration biopsy and the diagnosis of thyroid cancer. *Br J Surg* 1987;74:292-6.
2. Ballantyne AJ. Neck dissection for thyroid cancer. *Semin Surg Oncol* 1991;7:100-6.
3. Brennan MD, Bergstralh EJ, van Heerden JA, McConahey WM. Follicular thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome. *Mayo Clin Proc* 1991;66:11-22.
4. Cady B. Papillary carcinoma of the thyroid. *Semin Surg Oncol* 1991;7:81-6.
5. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 1988;104(6):947-53.
6. Cunningham MP, Duda RB, Recant W, Chmiel JS, Sylvester JA, Fremgen A. Survival discriminants for differentiated thyroid cancer. *Am J Surg* 1990;160:344-7.
7. De Groot LJ, Kaplan EL, Straus FH. Does the method of management of papillary thyroid carcinoma make a difference in outcome? *World J Surg* 1994;18:123-30.
8. Hay ID, Bergstralh EJ, Goellner JR, Ebersold JR, Grant CS. Predicting outcome in papillary thyroid carcinoma: development of a reliable prognostic scoring system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989. *Surgery* 1993;114:1050-7.
9. Hay ID, Grant CS, Taylor WF, McConahey WM. Ipsilateral lobectomy versus bilateral lobar resection in papillary thyroid carcinoma: a retrospective analysis of surgical outcome using a novel prognostic scoring system. *Surgery* 1987;102(6):1088-95.
10. Hinckley DM. Head and neck irradiation in childhood: increased risk of developing thyroid disease. *Semin Surg Oncol* 1991;7:112-4.
11. Hughes CJ, Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Impact of lymph node metastasis in differentiated carcinoma of the thyroid: a matched-pair analysis. *Head Neck* 1996;18:127-32.
12. Lairmore TC, Wells SA. Medullary carcinoma of the thyroid: current diagnosis and management. *Semin Surg Oncol* 1991;7:92-9.
13. Loree TR. Therapeutic implications of prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Semin Surg Oncol* 1995;11:246-55.
14. Shah JP, Loree TR, Dharker D, Strong EW, Begg C, Vlamis V. Prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Am J Surg* 1992;164:658-61.
15. Mazzaferri EL. Treating differentiated thyroid carcinoma: where do we draw the line? *Mayo Clin Proc* 1991;66:105-11.
16. McConahey WM, Hay ID, Woolner LB, van Heerden JA, Taylor WF. Papillary thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome. *Mayo Clin Proc* 1986;61:978-96.
17. Rossi R, Cady B, Meissner WA, Sedwick CE, Werber J. Prognosis of undifferentiated carcinoma and lymphoma of the thyroid. *Am J Surg* 1978;135:589-96.
18. Rossi RL, Cady B, Silverman ML, Wool MS, ReMine SG, Hodge MB, et al. Surgically incurable well-differentiated thyroid carcinoma. Prognostic factors and results of therapy. *Arch Surg* 1988;123:569-74.
19. Shah JP, Loree TR, Dharker D, Strong EW, Begg C, Vlamis V. Prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Am J Surg* 1992;164:658-61.
20. Shaha AR, Loree TR, Shah JP. Intermediate-risk group for differentiated carcinoma of the thyroid. *Surgery* 1994;116:1036-41.
21. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Differentiated thyroid cancer presenting initially with distant metastasis. *Am J Surg* 1997;174:474-6.
22. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Patterns of failure in differentiated carcinoma of the thyroid based on risk groups. *Head Neck* 1997;20:26-30.

23. Sizemore GW. Medullary carcinoma of the thyroid gland. *Semin Oncol* 1987;14(3):306-14.
24. Tallroth E, Wallin G, Lundell G, Lowhagen T,

Einhorn J. Multimodality treatment in anaplastic giant cell thyroid carcinoma. *Cancer* 1987;60:1428-31.