

# Diagnóstico e tratamento dos tumores bem diferenciados da tireóide



**SELINALDO AMORIM BEZERRA**

**CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

**MAIO – 2010**

**HUWC**

# Introdução



- O Ca de tireóide pode ser considerado o + comum da cabeça e pescoço e é 3 vezes + na mulher<sup>1</sup>
- Os carcinomas bem diferenciados são os + comuns
  - Papilífero
  - Folicular
  - Carcinoma de células de Hürthle

# Introdução



- Tumor indolente, porém, agressivo por vezes e de difícil tratamento
- Risco de malignidade em nódulo palpável em torno de 10%
- Prognóstico e sobrevida relacionados aos fatores de risco<sup>2</sup>:
  - Baixo risco: 1 a 2%
  - Risco intermediário: 13%
  - Alto risco: 46 – 54%

# Considerações gerais



- Nódulo benigno → consistência + elástica
- Aspecto uniforme
- Cisto raramente é maligno
- História de radiação
  - Associa-se em 50%
- Risco: Nódulo único, duro, fixo, linfonodopatia cervical e paralisia recorrente

# Considerações gerais



- Avaliar fatores de risco: radioterapia, hereditariedade, idade, sexo
- Nódulos solitários: alto grau de suspeição em extremos da idade
- Raramente pode haver neoplasia em um ducto tireoglosso

# Métodos Complementares



- Ultra-som
- PAAF
- Congelação
- Tomografia e ressonância
- Não há exames de sangue para diagnóstico de carcinomas bem diferenciados

# Métodos Complementares



- Doppler
  - Nódulo sólido de hipervascularização intranodal
  - Vacularização interna associada a ausência de halo ou sem limites precisos
  - Padrão de Lagalla
    - ✦ Tipo I
    - ✦ Tipo II
    - ✦ Tipo III

# Métodos Complementares



## ● PAAF

- Leão suspeita ou indeterminada: folicular ou de Cél de Hürthle → histopatológico
  - ✦ 15% das lesões foliculares se confirmarão no HP.
  - ✦ 20% das lesões de Células de Hürthle se confirmarão
  - ✦ Risco aumentado em nódulo maior de 3 cm<sup>3</sup>

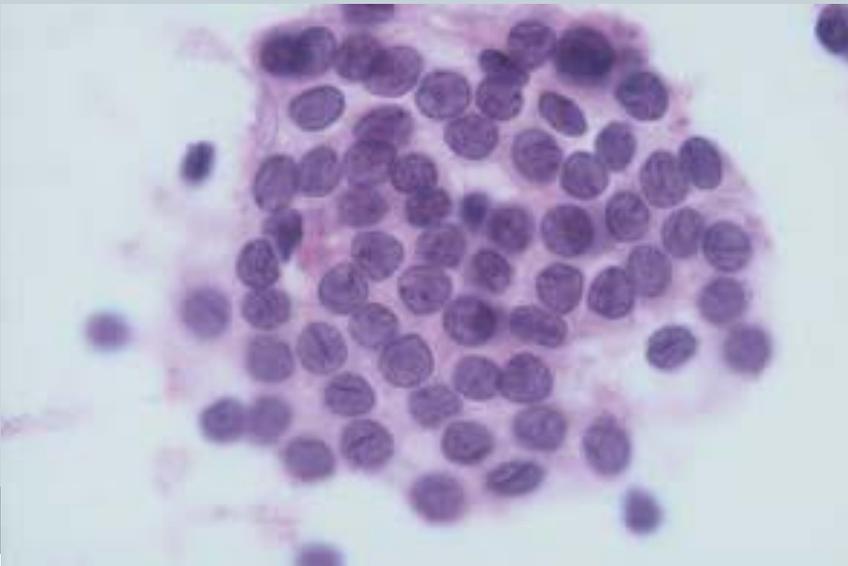
## ● Recomendação 9:

- Se Citologia de neoplasia folicular, cintilografia de tiróide pode ser considerada especialmente se TSH baixo ou normal. Se ausência de nódulo funcional → considerar lobectomia ou tireoidectomia total.

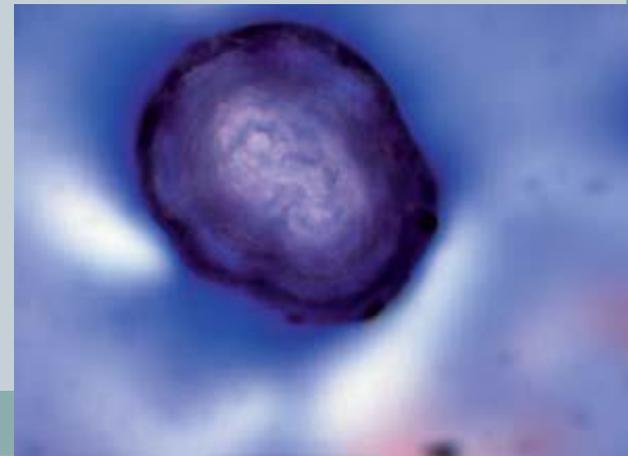
# Classificação



- Carcinoma papilífero
  - Mais freqüente (75% dos casos)
  - Disseminação linfática
  - Bom prognóstico e melhor sobrevida
  - Metástases à distância em 1% dos casos
  - Apresenta + metástase em linfonodo cervical que o folicular



Corpo de Psamoma



# Classificação



- Carcinoma papilífero
  - Microcarcinoma
  - Carcinoma encapsulado
  - Variante folicular → prognóstico semelhante ao pap. usual
  - Macrofolicular
  - Oncocítica
  - Variante folicular difusa
  - Esclerosante difusa
    - ✦ 2% do papilífero
    - ✦ Comportamento + agressivo sem afetar a sobrevida

# Classificação

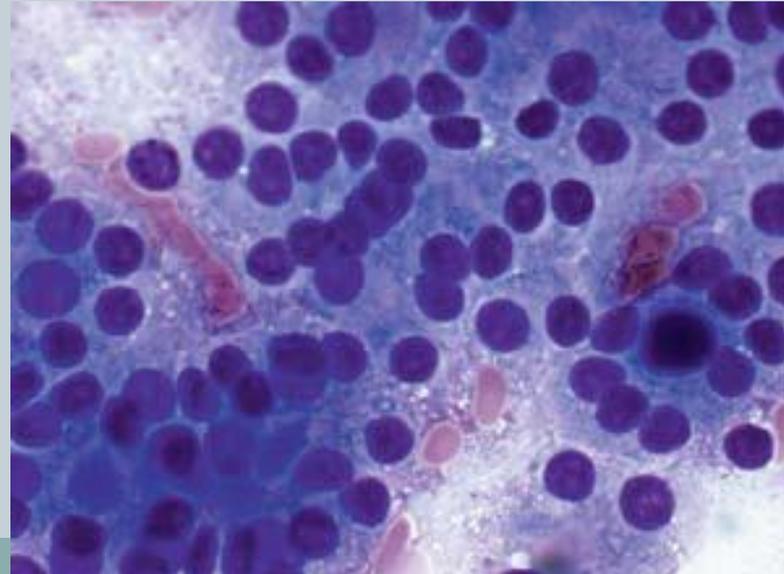


- **Carcinoma papilífero**
  - Células altas → 4% dos papilíferos
    - ✦ Tu maior de 6 cm
    - ✦ Extensão extratireoideana
    - ✦ Mais idosos
    - ✦ Prognóstico pior
  - Célula colunar
  - Variante desdiferenciada

# Classificação



- **Carcinoma folicular**
  - Representa cerca de 5% dos casos
  - Depende de confirmação histológica
  - Mortalidade maior do que no carcinoma papilífero
  - Disseminação hematogênica (ossos e pulmões)
  - Difícil tratamento



# Classificação



- Células de Hürthle
  - 3% dos casos
  - Provável origem nas células foliculares
  - Pior prognóstico que o folicular
  - Metástases principalmente no pulmão
  - Invasão extratireoideana; tu > 4cm e a presença inicial de metástase tem sido associado a pior prognóstico

# Estadiamento



- T – Tumor primário
  - Tx – não pode ser avaliado
  - T0 – sem evidência de tumor primário
  - T1 – Tumor com 1 cm ou menos no maior diâmetro, limitado à tireóide
  - T2 – entre 1 e 4 cm, limitado à tireóide
  - T3 – tumor com mais de 4 cm no maior diâmetro, limitado à tireóide
  - T4 – tumor de qualquer tamanho, estendendo-se além da cápsula da glândula

# Estadiamento



- N – linfonodos regionais
  - Nx – os linfonodos não podem ser avaliados
  - No – ausência de metástases linfonodais
  - N1 – presença de metástases linfonodais
    - ✦ N1a - linfonodos ipsilaterais
    - ✦ N1b - linfonodos bilaterais, linha média ou contralaterais ou mediastinais

# Estadiamento



- M – metástase à distância
  - Mx – não pode ser avaliado
  - Mo – ausência de metástase à distância
  - M1 – presença de metástase à distância

## Estadiamento em < 45 anos

- Estágio I = qualquer T, qualquer N, Mo
- Estágio II = qualquer T, qualquer N, M1

# Estadiamento em $\geq 45$ anos



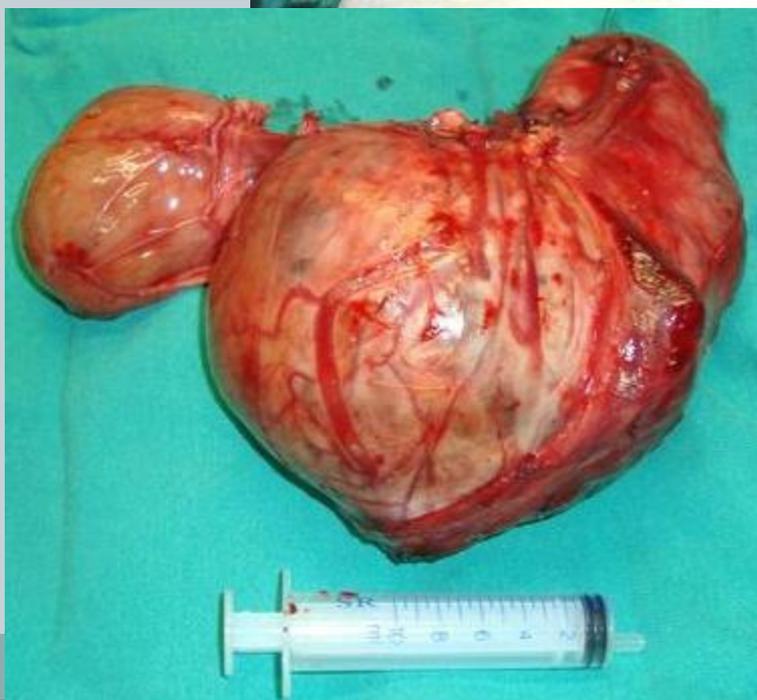
- Estádio I
  - T1 No Mo
- Estádio II
  - T2-3 No Mo
- Estádio III
  - T4 No Mo
  - qualquer T N1 Mo
- Estádio IV
  - Qualquer T, qualquer N, M1

# Fatores Prognósticos

## Relacionados com o tumor

- Histologia
- Tamanho do tumor primário
- Metástases para linfonodos regionais
- **Metástases à distância**
- **Invasão extra-tireoidiana do tumor primário**





# Fatores Prognósticos



# Fatores Prognósticos



- Relacionados ao paciente
  - Idade
  - Sexo

# Tratamento



## ● Metas da terapia inicial:

- Remover o tumor primário, doença com extensão além da cápsula da tiróide e envolvimento cervical. Ressecção cirúrgica ótima é um importante determinante de resultado, enquanto residuais linfonodos metastáticos representam o + comum local de persistência
- Minimizar morbidade relacionada a tratamento. A extensão da cirurgia e a experiência do cirurgião tem papéis importantes determinando o risco de complicações
- Precisar estadiamento da doença pode ajudar na predição do prognóstico inicial e estratégias de seguimento.

# Tratamento



## ● Metas da terapia inicial:

- Facilitar tratamento pós-operatório com radioiodo onde apropriado.
- Permitir vigilância a longo prazo precisa para recidiva. PCI e Tg são afetados por doença residual
- Minimizar o risco de retorno de doença e expansão metastática
- Cirurgia adequada é a + importante variável no tratamento que influencia prognóstico

# Tratamento

- Carcinoma papilífero: Tireoidectomia total
  - Carcinoma tireoideano é multifocal com frequência, particularmente no papilífero
  - Pequenas lesões remanescentes podem desdiferenciar e ser fonte de metástase
  - A taxa de recorrências locais é aumentada em cirurgias conservadoras
  - Nas mãos de um cirurgião experiente, mínima ou nenhuma complicação pode ser esperada
  - Reoperação de um tumor remanescente é associado a maior morbidade
  - Possibilita maior fidedignidade no seguimento da Tireoglobulina
  - Permite o radiodo (tratamento) se houver necessidade

# Tratamento

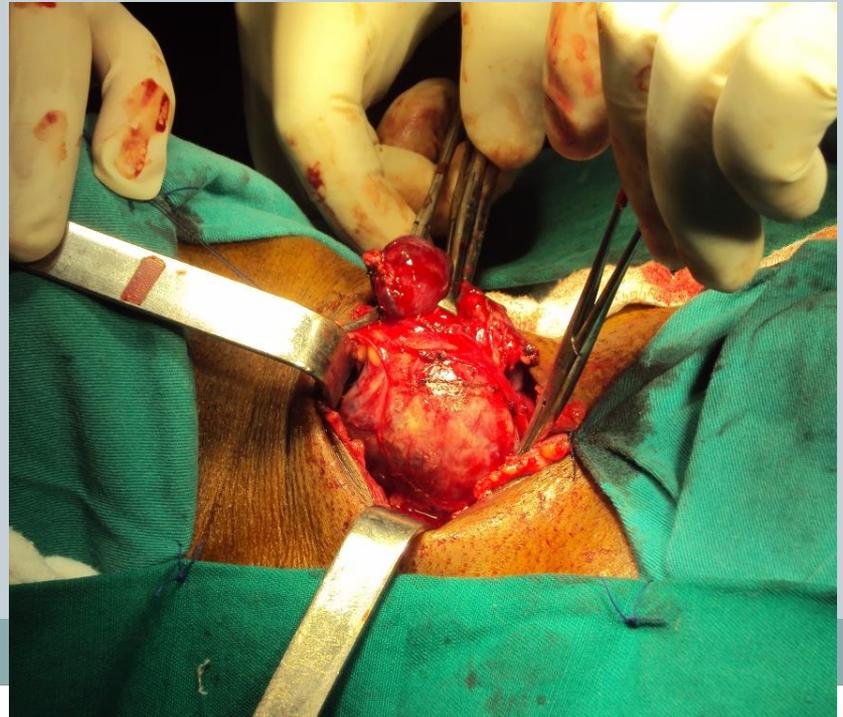


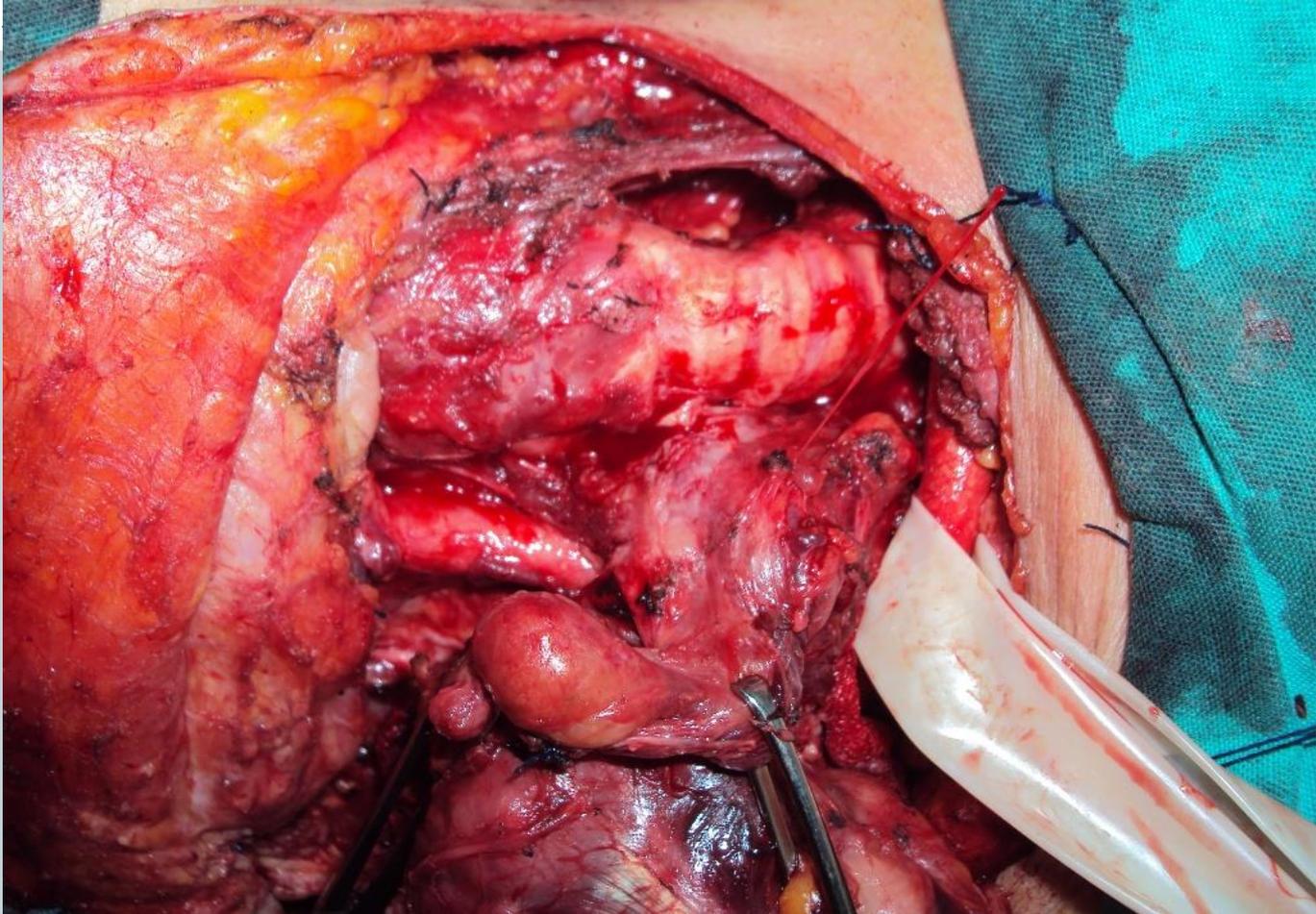
- Carcinoma papilífero: Tireoidectomia não-total
  - A taxa do câncer tireoidiano recorrente significativa na tireóide remanescente é menor que a incidência relatada de tumor microscópico
  - Carcinoma tireoidiano desdiferencia em uma minoria dos pacientes
  - Se necessário, ablação de remanescentes tireoidianos pequenos pode ser feita com radiodo
  - Sistemas de score permitem a identificação de pacientes de baixo risco com uma sobrevida livre de doença e taxa de sobrevida maior que 90%

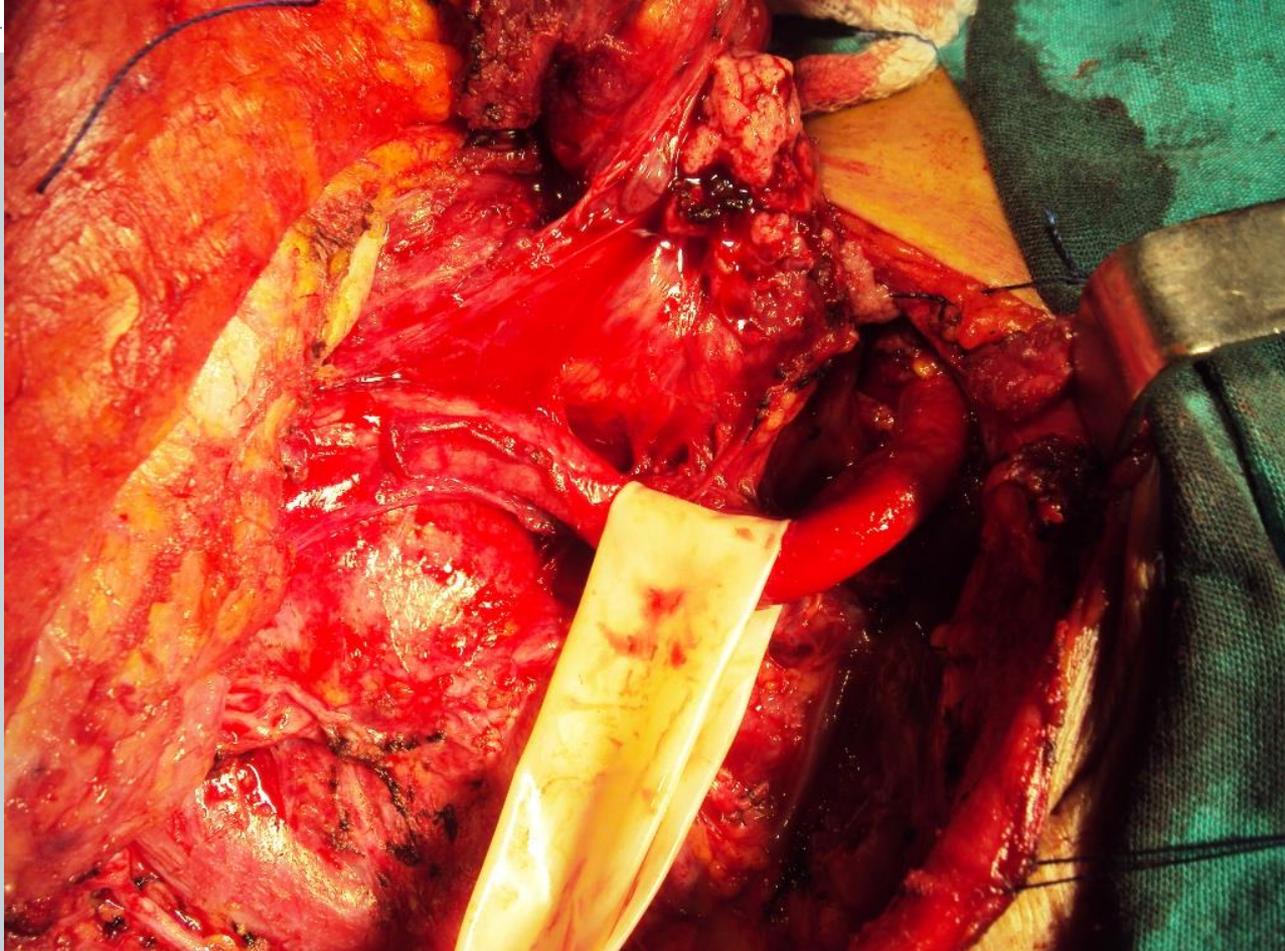
# Tratamento

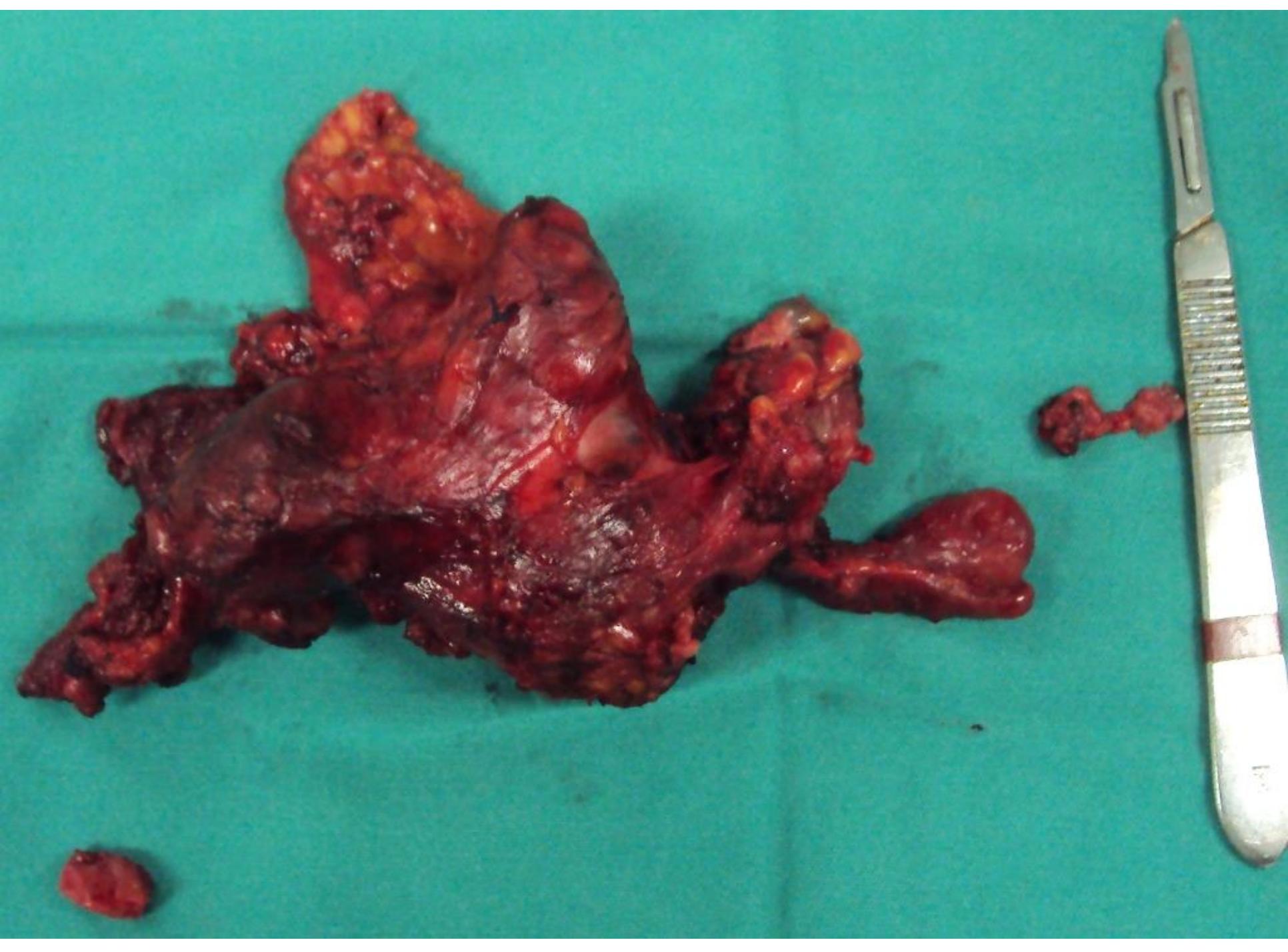


- Carcinoma folicular: tireoidectomia total
- Esvaziamento, exceto nível I: sempre que houver linfonodopatia no pré ou no transoperatório (congelação)
- Ressecção de estruturas como laringe, traquéia e esôfago: agir conservadoramente









# Tratamento



- Iodo radioativo
  - Pacientes sem evidência de doença, para ablação de tecido remanescente
  - Pacientes com doença confinada ao pescoço (cirurgia incompleta ou recidiva)
  - **Metástases**
  - Tg elevada sem evidência clínica de doença

# Apos radioiodoterapia



# Referências



- Orlando Parise e col. Diagnóstico e Tratamento Câncer de Cabeça e Pescoço São Paulo: Âmbito Editores, 2008
- Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer
- Gonçalves A. J., Alcadipani F. A. M. C. Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço – São Paulo: Editora Tecmedd, 2005