

Classificação do Carcinoma Diferenciado de Tireóide Baseada no Prognóstico. Qual e Quando Usar?

cartas ao editor

VÁRIAS CLASSIFICAÇÕES SÃO PROPOSTAS para o carcinoma diferenciado de tireóide (CDT) com base em variáveis independentes de prognóstico. A utilização de estadiamentos diferentes dificulta a comparação de resultados de publicações e, em parte, a aplicação plena dos achados em pacientes classificados de forma distinta. Apesar de alguns estudos demonstrarem diferenças na acurácia em situações específicas, de maneira geral estas classificações correlacionam muito bem com o prognóstico do CDT (1).

American Joint Committee on Cancer (AJCC) / Tumor Nodes Metastasis (TNM) (2), classificação mundialmente usada para os tumores malignos, é bem conhecida, tem ampla abrangência das variáveis implicadas no prognóstico do CDT, guardando uma correlação estreita com a evolução da doença (1,3,4). Apesar de imperfeições, esta é a forma de estadiamento atualmente recomendada (1,3,4) e que sugerimos como padronização aos diversos serviços em nosso país. A tabela 1 mostra o estadiamento do CDT pela AJCC/TNM.

Avaliamos 168 pacientes com CDT acompanhados por, pelo menos, 5 anos após a terapia inicial (tireoidectomia total seguida de radioiodoterapia em todos) e classificados pela AJCC/TNM em estadiamento I (qualquer T, qualquer N, M0 se <45 anos e T1N0M0 se ≥45 anos) em 62; II (metástases distantes se <45 anos e T2-3N0M0 se ≥45 anos) em 36; III (T4N0M0 ou qualquer T N1M0 em ≥45 anos) em 40; e IV (metástases distantes em ≥45 anos) em 30. A taxa de mortalidade e de pacientes livres de doença em 6,1 anos, em média, são apresentados na tabela 2.

Além do prognóstico, o estadiamento tem um papel importante na definição terapêutica e no seguimento dos pacientes após a terapia inicial. Sabemos que pacientes de baixo risco (estadiamento I se <45 anos e I e II se ≥45 anos) podem ser avaliados inicialmente apenas com a tireoglobulina sérica estimulada, tendo este marcador um alto valor preditivo negativo (5). E casos classificados como T1N0M0 não se beneficiam da radioiodoterapia pós-operatória, do ponto de vista de recorrência, aparecimento de metástases e mortalidade (4).

Na Santa Casa de Belo Horizonte, dos pacientes considerados de baixo risco e procedentes de diferentes serviços para a realização de varredura com radioiodo após o tratamento inicial, 70% apresentam Tg em hipotireoidismo <2ng/ml, dosada no momento da varredura, o que demonstra uma rotina ainda presente de solicitação conjunta de Tg e varredura durante o hipotireoidismo, o que aumenta desnecessariamente o custo da avaliação nestes casos. E, considerando que pacientes T1N0M0 não se beneficiam da radioiodoterapia, 16% dos casos tratados neste serviço, a princípio, não deveriam receber radioiodo, e a maioria foi tratada com altas doses de iodo 131 (3,7GBq). Schlumberger já havia chamado a atenção que cerca de 1/4 a 1/3 dos casos de CDT não tinham indicação de radioiodoterapia (6).

Defendemos que a classificação AJCC/TNM seja padronizada no CDT e, mais importante, seja aplicada na definição do tratamento inicial e seguimento dos pacientes, reduzindo custos e poupando-os de eventuais efeitos diversos.

Pedro Wesley S. do Rosário

*Departamento de Tireóide –
Clínica de Endocrinologia e
Metabologia da Santa Casa de
Belo Horizonte, MG.*

Tabela 1. Classificação AJCC/TNM do carcinoma diferenciado de tireóide.

	<45 anos	≥45 anos
Estadiamento I	qualquer T ou N, M0	T1N0M0
Estadiamento II	qualquer T ou N, M1	T2 ou T3, N0M0
Estadiamento III		T4N0M0 ou qualquer T, N1M0
Estadiamento IV		qualquer T ou N, M1

T1: tumor primário ≤1cm; T2: >1 e ≤4cm; T3: >4cm; T4: qualquer tamanho com invasão de cápsula tireoideana.

N0: sem metástases linfonodais; N1: com metástases linfonodais.

M0: sem metástases distantes; M1: com metástases distantes.

Tabela 2. Taxa de mortalidade e de pacientes livres de doença de acordo com o estadiamento do CDT.

Estadiamento AJCC/TNM	Mortalidade	Pacientes considerados livres de doença
I	0%	95%
II	0%	86%
III	5%	50%
IV	33%	30%

REFERÊNCIAS

1. Brierley JD, Panzarella T, Tsang RW, Gospodarowick MK, O'Sullivan B. A comparison of different staging systems predictability of patient outcome. Thyroid carcinoma as an example. **Cancer** 1997;79:2414-23.
2. American Joint Committee on Cancer. **Cancer Staging Manual**, 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
3. Mazzaferri EL. NCCN thyroid carcinoma practice guidelines. **Oncology** 1999;13 (suppl. 11A):391-442.
4. AACE/AAES medical/surgical guidelines for clinical practice: management of thyroid carcinoma. American Association of Clinical Endocrinologists. American College of Endocrinology. **Endocrinol Pract** 2001;7:202-20.
5. Mazzaferri EL, Robbins RJ, Spencer CA, Braverman LE, Pacini F, Wartofsky L, et al. A consensus report of the role

of serum thyroglobulin as a monitoring method for low-risk patients with papillary thyroid carcinoma. **J Clin Endocrinol Metab** 2003;88:1433-41.

6. Schlumberger M. Use of radioactive iodine in patients with papillary and follicular thyroid cancer: towards a selective approach. **J Clin Endocrinol Metab** 1998;83:4201-3.

Endereço para correspondência:

Pedro W.S. Rosário
Centro de Estudos e Pesquisa
da Clínica de Endocrinologia e Metabologia (CEPCEM)
Av. Francisco Sales 1111, 5º andar, ala "D"
30150-221 Belo Horizonte, MG
E-mail: cepcem.bhz@zaz.com.br