

A PREVALÊNCIA DOS INCIDENTALOMAS DA TIREÓIDE varia muito dependendo do país onde foi realizado o estudo. Sabemos que os nódulos tireóideos são mais comuns em mulheres, em pacientes idosos, em áreas de carência de iodo e também em pacientes submetidos à radiação (1). Em quase todos os grandes centros, o método diagnóstico mais empregado atualmente para se diferenciar os nódulos benignos dos malignos é a punção aspirativa por agulha fina (2-11).

Nos últimos anos, com a introdução dos modernos métodos diagnósticos por imagem como a ultra-sonografia, tem sido identificado um número cada vez maior de lesões nodulares não palpáveis da tireóide, denominados de incidentalomas. A recomendação existente até então, de se biopsiar todos os nódulos tireóideos, tem criado um problema sério na avaliação destes incidentalomas, quer seja pela sua alta prevalência ou pela dificuldade de se puncionar tais lesões pela palpação. A necessidade de se utilizar novas técnicas de punção, utilizando-se a ultra-sonografia para dirigir a biópsia, tem elevado o custo da avaliação de todos esses nódulos, além de exigir um profissional mais habilitado para realizar tais punções. As controvérsias existentes quanto à avaliação e conduta aumentaram. Os modelos existentes até o momento são inadequados para se avaliar e determinar a conduta adequada frente aos incidentalomas.

Em nossa opinião, é recomendável uma nova análise na abordagem e na conduta diante de tais lesões.

PREVALÊNCIA

Nos estudos realizados sobre a prevalência dos incidentalomas diagnosticados pelo ultra-som, diversos fatores devem ser levados em consideração, tais como: região geográfica, ingestão de iodo pela população, influência genética e falta de padronização na caracterização dos nódulos tireóideos ao exame ultra-sonográfico. Sabemos que o ultra-som é um exame dinâmico e sua eficácia depende diretamente da habilidade do examinador. Portanto, a avaliação das lesões nodulares da tireóide pelo exame ultra-sonográfico varia enormemente. Pseudo nódulos como, por exemplo, imagens nodulares hipoecóicas observadas na tireodite de Hashimoto, que correspondem às áreas de maior infiltrado linfocitário, ao exame histológico, contribuem para aumentar a prevalência dos incidentalomas. Apesar disso, o número de nódulos tireóideos não palpáveis diagnosticados pelo ultra-som tem aumentado significativamente (tabela 1) (12).

*Rosalinda Y. A. de Camargo
Eduardo Kiyoshi Tomimori*

*Unidade de Tireóide,
Disciplina de Endocrinologia
Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da USP*

*Recebido em 25/6/98
Revisado em 24/7/98
Aceito em 28/7/98*

Tabela 1. Prevalência dos incidentalomas da tireóide detectados pelo ultra-som

Autor, País	Período	Prevalência
Horlocker / EUA	1981-1984	46%
Stark / EUA	1981-1982	40%
Carroll / EUA	1981	13%
Ezzat / EUA	1993	67%
Brander / Finlândia	1989-1990	27%
Woestyn / Bélgica	1984-1985	19%
Tomimori / Brasil	1995	17%

ULTRA-SONOGRAFIA DA TIREÓIDE

Em um estudo comparativo entre o exame clínico e o exame ultra-sonográfico da tireóide, Brander demonstrou que a palpação da tireóide não é eficaz para o diagnóstico dos nódulos e para classificá-los em solitário ou múltiplos, e que o exame ultra-sonográfico frequentemente altera a avaliação clínica inicial da tireóide (13). Em estudo comparativo entre a palpação e o exame ultra-sonográfico da tireóide, Tan concluiu que 50% dos pacientes com nódulos solitários diagnosticados pela palpação apresentavam vários nódulos quando examinados pelo ultra-som. Esse autor sugere que a palpação é menos sensível que o ultra-som na avaliação da tireóide multinodular e que a palpação é confiável somente se o nódulo tiver mais de 1 cm de diâmetro (14).

A capacidade do exame ultra-sonográfico diferenciar nódulos tireóideos benignos de malignos é controverso. Na avaliação dos nódulos tireóideos realizado por Takashima, os nódulos hiperecóticos são geralmente benignos, os isoecóticos têm somente uma pequena probabilidade de serem malignos enquanto que os nódulos hipoeecóticos têm maior probabilidade de malignidade (15). Müller, em um excelente trabalho, demonstrou que se um nódulo tireóideo apresentar um padrão homogêneo e isoecótico, pode-se afastar a hipótese de malignidade (16). Klima afirma que a probabilidade de um nódulo anecótico, hiperecótico ou isoecótico ser maligno é da ordem de 1/1000 (17). Portanto, o ultra-som pode ser utilizado na avaliação inicial dos nódulos tireóideos e o encontro de nódulos isoecóticos ou hiperecóticos, na prática, afasta a possibilidade de malignidade. Isto é um dado importante pois podemos selecionar os nódulos que serão submetidos à PAAF daqueles que simplesmente serão acompanhados clinicamente.

RISCO DE MALIGNIDADE DOS INCIDENTALOMAS DA TIREÓIDE

Os microcarcinomas da tireóide são definidos no Japão e em alguns países europeus como carcinomas com menos de 11 mm de diâmetro e na América do Norte

como carcinomas com menos de 15 mm de diâmetro (18). A prevalência dos microcarcinomas na população é influenciada pelas diferenças geográficas, genéticas, sociais e culturais e varia de 2,3% a 35,6% conforme o estudo realizado (tabela 2) (19).

Tabela 2. Prevalência do microcarcinoma da tireóide em autópsia

Autor	Ano	País	Prevalência
Komorowski	1988	EUA	3,0%
Lang	1987	Alemanha	6,2%
Harach	1985	Finlândia	35,6%
Bondeson	1981	Suécia	8,6%
Fukunaga	1975	Japão	28,4%
Sampson	1974	EUA	5,7%
	1969	Japão	28,4%
Chong	1992	Singapura	10,1%
Martinez-Tello	1993	Espanha	22,0%
Bisi	1989	Brasil	2,3%

Os carcinomas papilíferos da tireóide são geralmente pouco agressivos, apresentam uma longa evolução e um bom prognóstico. Apesar da alta incidência de microcarcinoma da tireóide no Japão, a mortalidade pelo câncer da tireóide é baixa (12). Em um estudo realizado por Noguchi, de 867 pacientes operados por carcinomas de tireóide menores de 10 mm de diâmetro, somente 2 pacientes faleceram por causa da doença. Uma paciente faleceu 6 anos e meio após a cirurgia inicial e uma outra paciente faleceu 11 anos após a primeira cirurgia (18).

Considerando-se a alta prevalência dos incidentalomas da tireóide e a baixa frequência de malignidade destas lesões, recomendamos uma abordagem bastante conservadora. A recomendação é válida também para todos os nódulos da tireóide. É necessário uma avaliação inicial que selecione os nódulos com maior probabilidade de serem malignos, através da anamnese cuidadosa e de uma avaliação ultra-sonográfica criteriosa e encaminhar estes pacientes para uma punção aspirativa por agulha fina (PAAF) dirigida ou não pelo ultra-som. Vale lembrar que todos os nódulos, biopsiados ou não, devem ser cuidadosamente observados em intervalos variados, para se determinar a evolução dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. Rojeski MT, Gharib H. Nodular thyroid disease. Evaluation and management. *N Engl J Med* 1985;313:428-36
2. Singer PA, Cooper DS, Daniels GH, Ladenson PW, Greenspan FS, Levy EG, et al. Treatment guidelines for patients with thyroid nodules and well-differentiated thyroid cancer. *Arch Intern Med* 1996;156:2165-72

3. Burch HB, Burman KD, Reed HL, Buckner L, Raber T, Ownbey JL. Fine needle aspiration of thyroid nodules. Determinants of insufficiency rate and malignancy yield at thyroidectomy. **Acta Cytologica** 1996;40:1176-83
4. Haber RS. Thyroid nodules and the detection of thyroid cancer. **The Mount Sinai Journal of Medicine** 1996;63:10-5
5. Woeber KA. Cost-effective evaluation of the patient with a thyroid nodule. **Surgical Clinics of North America** 1995;75:357-63
6. Belfiore A, Rosa GL, Giuffrida D, Regalbuto C, Lupo L, Fiumara A, et al. The management of thyroid nodules. **J Endocrinol Invest** 1995;18:155-8
7. Hamburger JI. Extensive personal experience. Diagnosis of thyroid nodules by fine needle biopsy: use and abuse. **JCE & M** 1994;79:335-9
8. Rifat SF, Ruffin MT. Management of thyroid nodules. **American Family Physician** 1994;15:785-90
9. Mazzaferri EL, Santos ET, Keyhani SR. Solitary thyroid nodule: diagnosis and management. **Medical Clinics of North America**;72:1177-202
10. Campbell JP, Pillsbury HC. Management of the thyroid nodule. **Head & Neck** 1989 September/October:414-23
11. Ross DS. Evaluation of the thyroid nodule. **J Nucl Med** 1991;32:2181-92
12. Tan GH, Gharib H. Thyroid incidentalomas: management approaches to nonpalpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. **Ann Intern Med.** 1997;126:226-31
13. Brander A, Viikinkoski P, Tuuhea J, Voutilainen L, Kivisaari L. Clinical versus ultrasound examination of the thyroid gland in common clinical practice. **J Clin Ultrasound** 1992;20:37-42
14. Tan GH, Gharib H. Solitary thyroid nodule. Comparison between palpation and ultrasonography. **Arch Intern Med** 1995;155:2418-23
15. Takashima S, Matsuzuka F, Nagareda T, Tomiyama N, Kozuka T. Thyroid nodules associated with Hashimoto thyroiditis: assessment with US. **Radiology** 1992;185:125-30
16. Müller HW, Schröder S, Schneider D, Seifert G. Sonographic tissue characterisation in thyroid gland diagnosis. **Klin Wochenscher** 1985;63:706-10
17. Klima G. L'échographie de la thyroïde. Urban & Schwarzenberg. **Munich - Vienne - Baltimore** 1995
18. Noguchi S, Yamashita H, Murakami N, Nakayama I, Toda M, Kawamoto H. Small carcinomas of the thyroid. A long term follow-up of 867 patients. **Arch Surg** 1996;131:187-91
19. Bisi H, Fernandes VSO, Camargo RYA, Koch L, Abdo AH, Brito T. The prevalence of unsuspected thyroid pathology in 300 sequential autopsies, with special reference to the incidental carcinoma. **Cancer** 1989;64:1888-93

Endereço para correspondência:

Unidade de Tireóide, Disciplina de Endocrinologia
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
Caixa Postal 3671
01060 - 970 São Paulo
Fone: 282-8522
Fax: 211-3367
E-mail: tireóide@uol.com.br / uspaaf@uol.com.br