

CONDUTA CONSERVADORA NO CARCINOMA PAPILÍFERO DA GLÂNDULA TIREÓIDE

PARTIAL RESECTION FOR PAPILLARY CARCINOMA OF THE THYROID GLAND

Josias de Andrade Sobrinho, ECBC-SP¹

Otávio Alberto Curioni¹

Ali Amar¹

Abrão Rapoport, ECBC-SP¹

RESUMO: Objetivo: Avaliar os resultados do tratamento do carcinoma papilífero limitado a um lobo da glândula tireóide, através de tireoidectomia parcial com seguimento superior a cinco anos. **Método:** Estudo retrospectivo de 105 prontuários de pacientes portadores de carcinoma diferenciado da glândula tireóidea operados no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospitel, São Paulo de 1977 a 1997 e selecionados 31 casos que apresentavam nódulos limitados a um lobo da glândula com seguimento superior a cinco anos e submetidos à lobectomia total mais istmectomia. **Resultados:** Observamos somente um caso (3%) de disfonia transitória com paresia de prega vocal unilateral que regrediu espontaneamente. Não houve casos de hipoparatiroidismo transitório ou definitivo. O seguimento médio foi de 12,6 anos, sendo todos com seguimento superior a cinco anos; 10 casos (32%) com seguimento entre 10 e 15 anos e 10 casos (32%) com seguimento além de 15 anos. Não foram observados casos com recorrência loco-regional ou metástase à distância, estando todos eles assintomáticos e sem doença. **Conclusão:** Nesta série, a tireoidectomia parcial para carcinoma papilífero limitado a um lobo, mostrou-se eficaz.

Descritores: Carcinoma papilar; Tireoidectomia; Glândula tireóide.

INTRODUÇÃO

Existe uma tendência em se estudar em conjunto os chamados carcinomas diferenciados da glândula tireóidea, incluindo-se os carcinomas papilíferos e os foliculares, além das suas variantes. Contribui para isso o bom prognóstico de ambos os tipos, qualquer que seja a modalidade terapêutica empregada no seu tratamento^{1,2}.

Em decorrência do comportamento biológico, histologia, tipo e formas de disseminação completamente diferentes e por responder por 70% a 80% dos casos, o carcinoma papilífero deve ser estudado separadamente dos demais tumores classificados como diferenciados. No carcinoma papilífero predominam células colunares com formação de poucos

ácinos, diferentemente dos foliculares onde predomina uma arquitetura microfolicular, com células cubóides relativamente uniformes e ordenadas que revestem os ocasionais foliculos cheios de colóide. Isso contribui para que as metástases desses últimos possam ter um sistema secretor de hormônio tireóideo mais adequado que o papilífero, de forma que pela produção de tireoglobulina, a elevação do hormônio estimulador da glândula tireóidea (TSH) pode proporcionar maior captação de iodo radioativo nesta neoplasia. Como os carcinomas papilíferos têm uma propensão para invasão de vasos linfáticos, inclusive aqueles dentro da glândula tireóidea, eles frequentemente metastatizam para os linfonodos regionais no momento do diagnóstico em 50% dos casos, mas apenas raramente (cerca de 5%) sofrem disseminação para os sítios distantes³.

1. Cirurgião do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospitel, São Paulo.

Recebido em 13/03/2003

Aceito para publicação em 10/06/2003

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospitel, São Paulo.

Já no carcinoma folicular, quando a cápsula e os vasos sanguíneos estão acometidos, as metástases distantes estão presentes em cerca de metade dos casos, principalmente para os pulmões⁴.

Quanto às metástases linfonodais, estas podem ser detectadas precocemente por uma propedêutica clínica acurada, associada à ultrasonografia e tomografia computadorizada (TC). As manifestações metastáticas pulmonares são diagnosticadas através de tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética (RNM). Soma-se a isso que, a dosagem de tireoglobulina tem valor no seguimento de pacientes portadores de carcinoma diferenciado submetido à tireoidectomia parcial. Há que se chamar a atenção para a utilidade da dosagem de tireoglobulina mesmo se existir tecido remanescente pois a estabilidade de seu valor sanguíneo dentro de valores normais após várias coletas demonstrará inexistência de tecido metastático produtor de tireoglobulina^{5,6}. Ou seja, não há obrigatoriedade da tireoidectomia total para o seguimento tendo como marcador de recidiva a tireoglobulina.

Portanto, a obrigatoriedade de tireoidectomia total para detecção precoce de metástases através de dosagem de tireoglobulina, seria justificável nos carcinomas foliculares, porém discutível nos papilíferos. A literatura^{1,7} mostra também que os pacientes portadores de carcinoma papilífero tratados por lobectomia total mais istmectomia têm sobrevida semelhantes aos tratados por tireoidectomia total⁸, enquanto outros autores^{9,10} afirmam que esta última tem melhores resultados. Não obstante os diversos fatores prognósticos estudados na literatura^{11,12}, vários autores não levaram em conta o tipo de ressecção^{3,8}.

Assim, após estudarem 1038 casos de carcinoma diferenciado da glândula tireóidea tratados no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, não houve estratificação para as diversas terapêuticas executadas¹³, sendo considerados como fatores prognósticos de baixo risco a idade menor de 45 anos, tumor menor que 4cm, ausência de extensão extra tireóidea ou metástase e tipo histológico papilífero. Para esses casos, foram aferidas sobrevida aos cinco anos de 100% e em 20 anos de 99%, sendo notório naquele serviço a conduta de tireoidectomia parcial no carcinoma papilífero.

Quanto às complicações, esses autores e outros^{12,13} afirmaram, e nós concordamos com isso, que a incidência de complicação como hipoparatiroidismo definitivo e lesões do nervo recorrente foi em média

3% a 4% nas tireoidectomias totais, o que inexistia nas lobectomias totais com istmectomia. Entre nós, a média do hipoparatiroidismo definitivo foi de 2% a 3% podendo atingir até 12,5% em alguns centros, sendo referida como lesão temporária do nervo recorrente 20% e paralisia permanente entre 1% e 11%¹⁴. O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados do tratamento do carcinoma papilífero limitado a um lobo da glândula tireóide, através de tireoidectomia parcial com seguimento superior a cinco anos

MÉTODO

Foram analisados retrospectivamente 105 prontuários de pacientes portadores de carcinoma papilífero da glândula tireóidea operados, e selecionados 31 que apresentavam nódulos limitados a um lobo da glândula com seguimento mínimo de cinco anos e submetidos à lobectomia total mais istmectomia. Todos os pacientes foram operados no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis.

RESULTADOS

Dos 31 pacientes, sete (22%) eram do sexo masculino e 24 (78%) do sexo feminino, com idade que variou entre 16 e 79 anos. Dezesete pacientes (55%) pertenciam a um grupo com idade inferior a 45 anos e 14 (45%) tinham idade superior a 45 anos (Tabela 1).

Os nódulos tinham tamanho (no maior eixo) entre 1 cm a 5 cm. Predominaram nódulos de diâmetro médio de 2,2 cm (tabela 2). Seis pacientes (19%) dessa série apresentavam linfonomegalia cervical metastática e foram submetidos à esvaziamento cervical funcional associado à tireoidectomia (tabelas 3 e 4).

Todos os pacientes estão vivos e sem neoplasia em atividade (100% de sobrevida)

Quanto às complicações, somente um paciente (3%) apresentou disфонia transitória com paresia de prega vocal unilateral que regrediu espontaneamente. Não houve casos de hipoparatiroidismo transitório ou definitivo.

O seguimento médio foi de 12,6 anos. Dez pacientes (32%) tinham seguimento entre 10 e 15 anos e 10 (32%) tinham seguimento de mais de 15 anos. Não foram observados casos de recorrência loco-regional ou metástase à distância, estando todos eles assintomáticos e sem doença.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo sexo e idade.

	Masculino	Feminino	Total
≥ 45 anos	3 (21%)	11 (79%)	14 (45%)
< 45 anos	4 (23%)	13 (77%)	17 (55%)
Total	7 (22%)	24 (78%)	31 (100%)

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo dimensão do tumor.

Diâmetro (cm)	Número (%)
< 1cm	3 (9)
1 - 2 cm	15 (48)
> 2 cm	13 (41)

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes segundo presença de linfonodos metastáticos.

Linfonodos metastáticos	Número (%)
Presentes	6 (19)
Ausentes	25 (81)

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes segundo operação realizada.

Operação	Número pacientes (%)
Tireoidectomia parcial	25 (81)
Tireoidectomia parcial com esvaziamento cervical	6 (19)

DISCUSSÃO

Contrariamente a outros tipos de câncer da região da cabeça e pescoço, as diversas modalidades terapêuticas cirúrgicas para o carcinoma diferenciado da glândula tireóide tem bons resultados de sobrevida, ressalvadas algumas premissas, independentemente da abordagem efetivada.

Em virtude da divergência de opiniões e com a hipótese de que os resultados do tratamento são comparáveis com ambos os métodos, com menor complicação para as tireoidectomias parciais (lobectomia

mais istmectomia), propusemo-nos a rever nossa casuística de carcinoma papilífero limitado a um lobo tratados por tireoidectomia parcial, com evolução mínima de cinco anos, e verificar a incidência e localização de recidiva e metástases à distância, complicações pós operatórias e os resultados de sobrevida a cinco, 10 e 15 anos.

As discussões não aparecem quando estamos diante de tumores localmente avançados, com infiltração de tecidos adjacentes e/ou com metástases regionais ou à distância. A questão como vimos revela-se naquele grupo de pacientes considerados de baixo risco. Não encontramos discordância quando afirmamos que o tratamento do carcinoma diferenciado da glândula tireóide é cirúrgico, preferencialmente, o que se discute é a extensão da abordagem cirúrgica sobre a glândula, sobre os linfonodos regionais e consequentemente os desdobramentos sobre o seguimento desses pacientes.

Entre as razões citadas para a realização rotineira da tireoidectomia total em pacientes com carcinoma papilífero da glândula tireóide estão incluídas: o temor de focos multicêntricos que causem recorrência e morte; risco de transformação anaplásica do tumor microscópico não ressecado e a possibilidade de seguimento com a tireoglobulina que seria um marcador de recorrência dessa enfermidade.

Dados epidemiológicos indicam a existência de diferenças regionais e intercontinentais com relação à biologia tumoral¹⁵. Enquanto estudos¹⁶⁻¹⁸ norte americanos não têm sido aptos para mostrar a vantagem da tireoidectomia total e esvaziamento cervical sobre procedimentos menos extensos, principalmente nos casos T2 / T3 estudos europeus demonstram aumento nas taxas de sobrevida quando a linfadenectomia foi feita em adição à tireoidectomia total. No tocante a focos multicêntricos, sabe-se que a possibilidade da existência de focos tumorais em um lobo contralateral remanescente é variável. Estudos¹⁹ de autópsias têm detectado focos microscópicos do carcinoma papilífero da glândula tireóide como achados incidentais em mais de 25% dos pacientes mortos por outras doenças, chegando até 90% dos casos em diferentes centros. Por outro lado, os autores têm referido sempre taxas de bilateralidade que são inferiores àquelas da recorrência local. Isso significa que a presença de tumor microscópico contralateral não indica que obrigatoriamente haverá manifestação clínica desse resíduo tumoral através de recidiva local, e mesmo que haja, não está relacio-

nada com maior taxa de causa de morte específica pelo câncer²⁰.

Asanuma *et al.*²¹ apontam o tamanho do tumor como indicador importante de recorrência no lobo contralateral, assim como envolvimento de linfonodo regional e metastase à distância em pacientes portadores de carcinoma papilífero submetidos à tireoidectomia parcial. Sugitani e Fujimoto²² também caracterizam como mais agressivo o microcarcinoma com manifestação clínica, ou seja, metástase regional ou à distância, porém aquele assintomático terá boa evolução com tratamento conservador.

Nossa série mostrou que 80% dos pacientes apresentavam nódulos maiores que 1 cm e 22% com metástase cervical positiva histologicamente e tratados por esvaziamento cervical. Todos com seguimento mínimo maior que cinco anos sendo que mais de

60% dos casos foi acima de 10 anos e não verificamos recorrência loco regional.

Embora apresentemos uma pequena casuística nossos resultados de sobrevida, apoiados no conhecimento biológico do tumor e suas diferenças epidemiológicas dão-nos subsídios para a indicação da lobectomia total ipsilateral mais istmectomia para o carcinoma papilífero limitado a um lobo glandular. Além disso, as taxas de complicações com essa operação são praticamente inexistentes e os resultados são semelhantes aos encontrados com a tireoidectomia total. Entretanto, é fundamental para o especialista que trata de pacientes com câncer da glândula tireóidea uma vivência em centros especializados para adquirir sua própria experiência, uma vez que, embora seja desejável, a realização de estudos prospectivos randomizados tem sua praticabilidade questionável.

ABSTRACT

Background: To analyse the survival rate after partial resection for papillary carcinoma of thyroid gland.

Methods: After a retrospective study of 105 files of patients operated on at Hospital Heliópolis, Hospitel, São Paulo from 1977 to 1997, 31 patients with a single node were selected. They were submitted to partial resection (total lobectomy plus isthmectomy), and evaluated for five years or more postoperatively. **Results:** It was observed one case of transitory dysphonia (3%) with spontaneous regression. There were no cases of hypoparathyroidism. Medium follow up was of 12,6 years, with 10 (32%) with follow up between 10 and 15 years and 10(32%) with more than 15 years. No regional or distant recurrences were observed, and all patients are doing well. **Conclusion:** In this series, partial thyroidectomy was efficient as radical therapy for papillary carcinoma of thyroid gland.

Key Words: Carcinoma, papillary; Thyroidectomy; Thyroid gland.

REFERÊNCIAS

1. Travagli SP, Nocera M, Boudin E, et al. - Traitement de la maladie ganglionnaire des cancers papillaires et vésiculaires de la thyroïde: L' aspect chirurgical. *MT Endocrinologie*, 2000, 2: 340-345.
2. Gonçalves AJ, Alcadipani AMC, Antonio JK - Carcinoma bem diferenciado da tiróide. *Diagon tratamento*, 2001, 6(1): 37-41.
3. Mazzaferri EL - An overview of the management of papillary and follicular thyroid carcinoma. *Thyroid*, 1999, 9(5): 421-427.
4. Maciel RBM - "Câncer da tireóide". In Wajchenberg BI. *Tratado de endocrinologia*. São Paulo. Editora Roca, 1992, pp. 404-427.
5. Rodrigues A, Gonçalves MDC, Ferreira MAM, et al. - Valor da dosagem da tireoglobulina no seguimento de pacientes com carcinoma diferenciado da tireóide submetidos à tireoidectomia parcial. *Rev Col Bras Cir*, 2002, 29(1): 25-28.
6. Maciel RMB - "Tireoglobulina sérica no controle de doenças tireóideas". In Rosa JC, Romão LA (eds) - *Glândula tireóide - Funções e disfunções: diagnóstico e tratamento*. 2ª Edição. São Paulo. Lemos Editorial, 2002, pp. 348-350.
7. Shaha AR, Loree TR, Shah JP - Prognostic factors and risk group analysis in follicular carcinoma of the thyroid. *Surgery*, 1995, 118(6): 1131-1138.
8. Shaha AR, Shah JP, Loree TR - Low-risk differentiated thyroid cancer: the need for selective treatment. *Ann Surg Oncol*, 1997, 4(4): 328-333.

9. Rosa JC, Romão LA, Piovesan JB, et al. - Carcinoma de tireóide: análise retrospectiva de 605 casos. *Hospital* 1996; 3: 5-24.
10. Santos LRM - "Controvérsias acerca do tratamento dos tumores da tireóide". In Carvalho MB (ed) - *Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia*. São Paulo. Atheneu, 2001, vol. 1, pp. 705-713.
11. Hay ID, Grant CS, Taylor WF, et al. - 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): 1088-1095.
12. Cady B, Rossi R - An expanded view of risk group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*, 1988, 104(6): 947-953.
13. Shaha AR, Shah JP, Lore TR - Patterns of failure in differentiated carcinoma of thyroid based on risk groups. *Head Neck*, 1998, 20(1): 26-30.
14. Tavares MR - "Prevenção e tratamento das complicações das tireoidectomias". In Carvalho MB (ed) - *Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia*. São Paulo. Atheneu, 2001, vol. 1, pp. 697-704.
15. Wang C, Crapo LM - The epidemiology of thyroid disease and implications for screening. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 1997, 26(1):189-218.
16. McConahey WM, Hay ID, Woolner LB, et al. - Papillary thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome. *Mayo Clin Proc*, 1986, 61(12):978-996.
17. Rossi RL, Cady B, Silverman ML, et al. - Current results of conservative surgery for differentiated thyroid carcinoma. *World J Surg*, 1986, 10(4):612-622.
18. Gimm O, Dralle H - Surgical strategies in papillary thyroid carcinoma. *Curr Top Pathol*, 1997, 91:51-64.
19. Cohn KH, Backdahl M, Forsslund G, et al. - Biologic considerations and operative strategy in papillary thyroid carcinoma: arguments against the routine performance of total thyroidectomy. *Surgery*, 1984, 96(6):957-971.
20. Hay ID, Grant CS, Bergstrath EJ, et al. - Unilateral total lobectomy: is it sufficient surgical treatment for patients with AMES low-risk papillary thyroid carcinoma? *Surgery*, 1998, 124(6): 958-964.
21. Asanuma K, Kobayashi S, Sugeno A, et al. - Clinical recurrence of papillary thyroid cancer in the remnant lobe. *Eur J Surg*, 2000, 166(3): 202-206.
22. Sugitani I, Fujimoto Y - Symptomatic versus asymptomatic papillary thyroid microcarcinoma: a retrospective analysis of surgical outcome and prognostic factors. *Endocr J*, 1999, 46(1): 209-216.

Endereço para correspondência:
Prof. Dr. Abrão Rapoport, ECBC
Rua Iramaia, 136 – Jd. Europa
01450-020 - São Paulo - SP