

CÂNCER DIFERENCIADO DA TIREOIDE (CDT): melhor tratamento e prognóstico

Bruno Bezerra do Nascimento¹
Talita Araujo de Souza²
Jéssica Laíze de Almeida Trajano³
Francisca Dayane dos Santos Medeiros⁴
Francisca Elidivânia de Farias Camboim⁵

RESUMO: O câncer de tireoide vem mostrando um padrão de crescimento lento, porém contínuo durante as últimas décadas. Os indivíduos que têm predisposição devem ficar atentos aos fatores de risco, dos quais, pode-se citar a predominância mais no sexo feminino. A identificação do melhor tratamento e as expectativas de um bom prognóstico é de grande relevância não só para profissionais da área da saúde, mas também para os pacientes, que diante as expectativas de uma melhora e possível cura, venha a ajudar no tratamento aceitando e entendendo-o. Enfim, o CDT de uma forma geral acaba sendo um tumor de bom prognóstico, favorável ao tratamento na maior parte dos casos. Porém a idade do paciente diminui os fatores de bom prognóstico, levando à alternativas paliativas. É possível afirmar que a os tratamentos atuais vêm tendo uma grande eficácia, proporcionando o tardio recidivantes aumentando a sobrevida desses pacientes.

PALAVRAS CHAVE: Neoplasias; Doenças da glândula de tireoide; Prognóstico.

ABSTRACT: Thyroid cancer has shown a slow growth pattern, but continued during the last decades. Individuals who are predisposed beware the risk factors, of which, one can cite the dominance over females. The identification of the best treatment and expectations of a good prognosis is very important not only for health professionals but also for patients, which on expectations of an improvement and possible cure will help in the treatment, accepting and understanding -o. Finally, the CDT generally ends up being a good prognostic tumor amenable to treatment in most cases. However, the age of the patient decreases good prognostic factors, leading to palliative alternatives. It can be argued that the current treatments have had a great effectiveness, providing late recurrent increase the survival of these patients.

KEYWORDS: Neoplasms; Thyroid gland diseases; Prognosis.

¹ Acadêmico do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

² Acadêmica do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

³ Acadêmica do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

⁴ Acadêmica do curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

⁵ Enfermeira. Especialista em saúde mental. Docente do curso Bacharelado em enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos.

INTRODUÇÃO

O câncer de um modo geral vem se alastrando por todo o mundo e aterrorizando a população. Quando é pronunciada a palavra câncer, provoca medo nas pessoas e é associado por muitos à morte. Porém, é visível que na atualidade, os estudos estão sendo mais aprofundados e as medidas terapêuticas estão cada vez mais eficazes.

O câncer tireoidiano corresponde a 1% dos novos casos de neoplasias malignas já diagnosticadas (MAIA et. al, 2007). Na maioria dos países, as taxas de incidência vêm mostrando um padrão de crescimento lento, porém contínuo durante as últimas décadas (INCA, 2014). O câncer da glândula tireoide é predominante no sexo feminino, cerca de 3-1. De cinco a 10% dos nódulos tireoidianos têm diagnóstico de neoplasia maligna. O Câncer diferenciado da tireoide se enquadra dentro dos tipos histológicos: carcinoma papilífero e carcinoma folicular, sendo o mais comum dentre os outros, chegando a 90% dos casos (MAIA et. al., 2007).

Diante das estatísticas da neoplasia da glândula é perceptível essa crescente na sua incidência. Os indivíduos que têm predisposição devem ficar atentos aos fatores de risco. A predominância sendo no sexo feminino não necessariamente será excluída o sexo masculino para o acometimento da doença.

Muitas pessoas identificam o nódulo em exames de rotina, através do exame físico da cabeça e pescoço utilizando-se a técnica de palpação, logo é feito um encaminhamento para o profissional endocrinologista, que fará uma investigação no paciente com anamnese. É feito a solicitação da ultrassonografia da tireoide, a fim de analisar alguma alteração de tamanho, forma, presença de nódulos tireoidianos e características destes, também é realizado a investigação dos linfonodos cervicais, para avaliar se há linfonodopatia, indicando uma possível metástase linfonodal (CORDEIRO; MARTINI, 2013).

O aumento da ultrassonografia e biópsia guiada por imagem é uma viável explicação para a crescente incidência do câncer de tireoide. Tem-se observado um aumento no diagnóstico de neoplasias com nódulos maiores de 4 cm e com metástase a distância. Os fatores ambientais, genéticos e nutricionais, de fato também contribuem para o aumento de novos casos da doença (INCA, 2014).

A identificação do melhor tratamento e as expectativas de um bom prognóstico é de grande relevância não só para profissionais da área da saúde, mas

também para os pacientes, que diante as expectativas de uma melhora e possível cura venha a ajudar no tratamento, aceitando e entendendo-o. A escolha desse tema foi devido às circunstâncias vivenciadas pelo autor, quando descoberta tal patologia. Diante desse fato surgiu a necessidade de expor à comunidade científica, bem como a população no geral quais os melhores tratamentos, sua eficácia e a expectativa para um bom prognóstico, pois é de suma importância ficar alerta ao diagnóstico precoce. Partindo desse contexto, surgiu o seguinte questionamento: Qual o melhor tratamento para o prognóstico para o câncer diferenciado da tireoide?

O objetivo da pesquisa é analisar na literatura proponente qual o melhor tratamento para o CDT, bem como para uma obtenção de informações relevantes diante melhor tratamento do Câncer Diferenciado da Tireoide (CDT).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada através de artigos indexados no SciELO, no qual utilizou-se 19 artigos publicados entre os anos de 2005 a 2014 através do seguintes descritores: Neoplasias; Doenças da glândula de tireoide; Prognóstico. Utilizando-se critérios de inclusão: estarem disponíveis para download, serem publicados em língua portuguesa. Como critérios de exclusão, aplicou-se: não serem relacionado diretamente com a temática principal. Após a análise da literatura proponente, os mesmo foram utilizados como subsídios para referida pesquisa.

Epidemiologia do câncer diferenciado da tireoide

O câncer, termo designado para alterações descontrolada da célula pode ser representado por mais de 100 doenças. Tornou-se um atual problema de saúde pública mundial. Diante dos panoramas epidemiológicos atuais é necessário que haja uma busca na qualidade assistencial, busca de informações sobre incidências e prevalências para proporcionar a implementação de políticas públicas para medidas de prevenção e controle, a fim de detectar e prevenir precocemente, visando diminuir as taxas de mortalidade e consequentemente as despesas com gastos em saúde pública (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

Estudos epidemiológicos conduzidos em áreas ricas em iodo têm demonstrado que 4 a 7% das mulheres e 1% dos homens adultos apresentam

nódulo palpável (VIANNA et al., 2012). Entretanto, estudos ultrassonográficos (US) mostram que essa prevalência é ainda maior, variando de 19 a 67%, com maior incidência em mulheres e idosos. Os carcinomas diferenciados respondem por 90% dos casos de todas as neoplasias malignas da tireoide (MAIA et al., 2007). É visível que os pesquisadores afirmam que as mulheres têm uma incidência maior, e que dentre os carcinomas da tireoide, o diferenciado se enquadra no tipo histológico de maior incidência.

É necessário ficar atento para prevalência do CT em mulheres, entretanto não esquecer que indivíduos do sexo masculino não somente podem ter quaisquer anormalidades tireoidianas, como também desenvolver o câncer de tireoide.

Fatores ambientais, como a deficiência de iodo, têm se mostrado como importante fator de patogenicidade para tumor. Exposição à radiação ionizante, como condições de trabalho, principalmente para profissionais de saúde que trabalham diariamente no setor de medicina nuclear. Bem como doenças tireoidianas preexistentes e fatores genéticos, entre eles a mutação de RAS, proteína ERK e rearranjos do RET/PTC estão interligadas ao desenvolvimento de carcinomas, em principal o carcinoma papilífero (CAMANDARROBA et al., 2009).

Diante os fatores correlacionados, interligados ao CT é possível afirmar, que as estatísticas estão claras e objetivas enquanto a incidência de novos casos e que a prevalência aumenta com a realização de exames de imagem, em principal a ultrassonografia, que se popularizou diante da crescente socioeconômica, possibilitando a realização por sua facilidade e custos baixos, tornando acessível a todos.

Tipos histopatológicos

O exame histopatológico irá mostrar os graus de invasão tumoral e possível agressividade, indicando de acordo com as características celulares o tipo histológico. Pode ser classificado pelo exame histopatológicos o carcinoma papilífero e o carcinoma folicular correspondente ao câncer diferenciado da tireoide.

O câncer de tireoide é a neoplasia mais comum dentre os cânceres de cabeça e pescoço, apresentando cerca de 1% dos casos. O câncer de tireoide apresenta-se, geralmente, como um nódulo palpável, sendo que em 25% dos casos há acometimento de linfonodos cervicais ao diagnóstico (DALTROZO et al., 2010).

O carcinoma papilífero da tireoide (CPT) é uma neoplasia epitelial maligna caracterizada pela formação de papilas ou de uma série de aspectos nucleares distintos. Um estudo (CAMBOIM, 2009) faz uma associação da tireoidite de Hashimoto (TH) com o carcinoma papilífero, porém foi concluído que o carcinoma papilífero isolado tem uma maior frequência que o carcinoma papilífero com associação à TH. Em controvérsia com o estudo (ARAUJO FILHO et al., 2012) que conclui que a coexistência da tireoidite de Hashimoto e o carcinoma papilífero de tireoide significativamente é maior em relação aos pacientes sem tireoidite de Hashimoto. Fica uma lacuna a ser pesquisada mais a fundo, para confirmar se o CDT está realmente associado ou não à Tireoidite de Hashimoto.

Enfim, o CPT é uma neoplasia de comportamento clínico variável. Algumas lesões são indolentes, outras, porém, são mais agressivas, com invasão local ou disseminação metastática (MONTENEGRO et al., 2011).

A identificação do tipo histológico é feito através da PAAF (Punção Aspirativa com Agulha Fina) em nódulos acima de 1 cm e menor que 1 cm suspeito para avaliação da conduta médica.

Embora ocorra raramente na infância, o CDT pode aparecer em idade mais precoce do que outros tumores infantis e atinge igualmente entre meninos e meninas. Porém, crianças com CDT são relativamente diagnosticadas em estádios mais avançados, mas, apesar disso, têm bom prognóstico (DINAUER; BREUER; RIVKEES, 2008).

De todas as neoplasias da glândula tireoide 15 a 25% são carcinoma folicular, diferentemente da papilar, esse por sua vez é um pouco mais agressivo. Sua incidência aumenta em áreas com deficiência em Iodo. Apesar da tendência a agressividade e disseminação a órgãos à distância como pulmão, fígado, ossos e cérebro, responde bem ao tratamento, tornando-o de bom prognóstico. A idade avançada pode baixar as chances de um bom prognóstico (GOLBERT et al., 2005).

Enfim, o CDT de uma forma geral acaba sendo um tumor de bom prognóstico, favorável ao tratamento na maior parte dos casos. Porém a idade do paciente diminui os fatores de bom prognóstico, levando à alternativas paliativas.

Tratamento e prognóstico

O tratamento sempre foi controversas de alguns autores, se tratando da conduta de cirurgia. Alguns autores defendem a lobectomia em casos de nódulos unilateral por não afetarem na sobrevida em comparação com a tireoidectomia total, além de diminuir a taxa de morbidade no pós-operatório. Já outros autores defendem a tireoidectomia total apresentando vantagens sobre o câncer diferenciado da tireoide na recidiva local comparado a conduta da lobectomia (CHAGAS et al., 2009).

Tendo em vista o fato de que o desenvolvimento e a progressão dos tumores são decorrentes do acúmulo de alterações genéticas e/ou epigenéticas no genoma das células somáticas tumorais e que essas alterações resultam em modulação da expressão gênica, a caracterização do perfil de expressão gênica dos tumores tem se tornado uma ferramenta importante para a descoberta de genes que estejam envolvidos na patogênese dos tumores e que possam ser utilizados com marcadores de diagnóstico, prognóstico ou ainda alvos terapêuticos (CERUTTI, 2007 PAG. 836).

O tratamento considerado mais adequado, atualmente, a tireoidectomia total seguida de ablação com Iodo radioativo (I^{131}), oferece ao paciente um prognóstico muito bom, com sobrevida longa, similar a da população que nunca teve câncer. A terapia com I^{131} é importante no pós-operatório de tireoidectomia para eliminar os tecidos remanescentes a fim de minimizar a recidiva local (WARD et al., 2006), porém, alguns autores têm questionado o seu uso em pacientes de baixo risco.

Isto é utilizado na terapêutica do carcinoma diferenciado da tireoide com vários propósitos, sendo: ablação remanescente, terapia auxiliar ou complementar, por fim como tratamento, a fim de obter êxito na cura. Com a ablação remanescente há a destruição de tecido tireoidiano residual por finalidade de facilitar a interpretação dos níveis de tireoglobulina no soro, aumentar a sensibilidade da detecção de doença loco-regional ou metastática. Já a terapia auxiliar é estabelecida com o intuito de destruir sítios microscópicos não conhecidos de carcinoma de tireoide (VIEIRA; LOPES, 2011). O tratamento propriamente dito com I^{131} tem o intuito de erradicar a doença conhecida loco-regional ou metástases à distância, com finalidade a obter êxito, a cura.

Paciente submetido à I^{131} é realizado a PCI (Pesquisa do Corpo Inteiro) ou RCT (Rastreamento do Corpo Total) é feito após a cirurgia para identificar tecidos

metastáticos e os remanescentes pós-cirúrgicos. Também é exame de rotina pós-cirurgia. A fim de acompanhar o paciente de CDT (GOLBERT et al., 2005).

Após o tratamento inicial 80% dos casos são curados, 20% apresentaram recidiva local (GOLBERT et al., 2005). Observando estatisticamente a cura é viável com os tratamentos atuais.

O uso da reposição de hormônio tireoidiano é feita com L-tiroxina, a fim de realizar a supressão do TSH, objetivando evitar os efeitos do hipotireoidismo pela falta prolongada do hormônio, como também reduzir a proliferação de células malignas (GOLBERT et al., 2005).

O acompanhamento é de melhor conduta, para controlar ou detectar possíveis recorrências do CDT. Diminuindo a mortalidade e aumentando a sobrevida dos pacientes.

Entretanto, a conduta a ser utilizada no paciente acometido pelo CT, entra-se em controvérsias com alguns pesquisadores. Segundo (MELLO et al., 2012) através de um relato de caso de uma paciente do sexo feminino com Carcinoma Papilífero de tireoide com metástase linfodonal e com metástases difusas no pulmão teve seu tratamento feito com a supressão de TSH sem uso do iodo radioativo. Durante 25 anos depois da doença, teve uma gravidez sem complicações e um nascimento de uma criança hígida. Então, abre-se uma reflexão sobre o real papel do iodo radioativo no carcinoma da tireoide.

Enfim, qual a melhor conduta a ser utilizada para o paciente pós-tireoidectomizado diante a utilização da Radioiodoterapia? Após a confirmação da patogenicidade maligna, o paciente pode ser encaminhado para o setor de Medicina Nuclear. De acordo com consensos médicos o paciente irá receber uma dose terapêutica de Iodo-131 que varia de acordo com os protocolos pré-estabelecidos. Na sua maioria são entre 100 a 250 mCi (miliCurie) de iodo-131 que torna-se útil para destruição de células neoplásica que por ventura se encontram no local (CORDEIRO; MARTINI, 2013). São consideradas doses terapêuticas aquelas que utilizam quantidades de Iodo-131 acima de 30 mCi. Sabe-se que em média 20% dos pacientes necessitam tomar uma segunda dose ao longo da vida (WARD; MACIEL; BISCOLLA, 2006).

A consulta de enfermagem enquanto potencial serve de instrumento para se reconhecer necessidades expressas pelo paciente, assim como um espaço para as relações entre enfermeiro paciente na troca de informações, reconhecimento das

noções sobre a doença e seus estigmas. Na consulta de enfermagem o paciente recebe orientações sobre o tratamento, dieta necessária, cuidados de radioproteção, preparo para a internação e, após o período de preparo, retorna para a internação no quarto de Radioiodoterapia. O cuidado de enfermagem ao paciente da radioiodoterapia é proporcionado no momento em que transcende a barreira física, onde são valorizadas a afetividade e a habilidade de se comunicar dentro de um conhecimento técnico científico (OLIVEIRA; MOREIRA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior parte dos casos do câncer diferenciado de tireoide vem sendo diagnosticada precocemente, facilitando o tratamento, em consequência um bom prognóstico. No entanto, o presente estudo aponta controvérsias enquanto a utilização e necessidade da Radioiodoterapia, deixando espaço para novas pesquisas, a fim de identificar com clareza a utilização da mesma. No entanto, é possível afirmar que a os tratamentos atuais vêm tendo uma grande eficácia, proporcionando o tardio recidivantes aumento a sobrevida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ARAUJO FILHO VJF; ARAUJO NETO VJF; VOLPI EM; MAHMOULD RRGL; RAMOS DM; ZANONIDK; AISAWA RK; RAMOS JN; CEMEA CR; BRANDÃO LG. **Concomitância de carcinoma papilífero e tireoidite de hashimoto em pacientes submetidos a tireoidectomia total: Análise da casuística e revisão da literatura.** Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.41, nº 3, p. 109-112, julho / agosto / setembro 2012.

CAMANDAROBA MPG; MATA LS; ALMEIDA LB; MIRANDA JS; NEVES MP. **Carcinoma Papilífero da Tireoide Associado à Tireoidite de Hashimoto: uma Série de Casos.** Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(3): 255-261

CAMBOIM DC; FIGUEIRÔA VMSM; LIMA DMO; ABREU-E-LIMA P; ABREU-E-LIMA MCC. **Carcinoma papilífero da tireoide associado à tireoidite de Hashimoto: frequência e aspectos histopatológicos.** J Bras Patol Med Lab, v. 45, n. 1, p. 75-82, fevereiro 2009.

CERUTTI JM. **Nódulos com Diagnóstico de Padrão Folicular: Marcadores Biológicos São o Futuro?** Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51/5

CHAGAS JFS; AQUINO JLB; PASCOAL MBN; TEIXEIRA AS; FERRO MMN;

GAMBARO MCO; DEDIVITIS RA; **Multicentricidade no carcinoma diferenciado da tireóide.** Rev Bras Otorrinolaringol 2009;75(1):97-100.

CORDEIRO EAK, MARTINI JG. **Perfil dos pacientes com câncer de tireoide submetidos à radioiodoterapia.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1007-14.

CHAVES MELO AR; CARVALHO MELO AR; MOTA LL; XIMENES NMA; MELO TERC. **Carcinoma folicular de tireoide com metástases difusas para o pulmão. Relato de caso.** Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 mar-abr;10(2):163-5.

DALTROZO JB; CANALLI MHBS; KOWALSKI ME; CORAL MHC; RONSONI MF; PEREIRA CG; TKANO L; HOHL A. **Perfil dos pacientes com câncer diferenciado de tireoide em acompanhamento no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Universitário de Florianópolis.** Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 39, no. 2, de 2010

DINAUER, CATHERINE A.; BREUER, CHRISTOPHER; RIVKEES, SCOTT A. **Differentiated thyroid cancer in children: diagnosis and management.** Current opinion in oncology, v. 20, n. 1, p. 59-65, 2008.

GOLBERT L; WAJNER SM; ROCHA AP; MAIA AL; GROSS JL. **Carcinoma diferenciado de tireoide: Avaliação inicial e acompanhamento.** Arq. Bras Endocrinol Metab vol 49 n°5 outubro 2005.

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Síntese de resultados e comentários: câncer da glândula tireoide. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>. Acesso em: 14 Setembro, 2014.

MAIA AL; WARD LS; CARVALHO GA; GRAF H; MACIEL RMB; MACIEL LMZ; ROSÁRIO PW; VAISMAN M. **Nódulos de Tireoide e Câncer Diferenciado de Tireoide: Consenso Brasileiro.** Arq. Bras Endocrinol Metab 2007;51/5

MONTENEGRO FLM; ARAÚJO CEN; SANTOS SRCL; PERANTONI G; ARAP SS; TAVARES MR; FILHO GBS; BRANDÃO LG. **Aspectos patológicos do carcinoma papilífero da tireoide em pacientes com hiperparatireoidismo primário.** Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.40, nº 1, p. 5-8, janeiro / fevereiro / março 2011.

OLIVEIRA ACF, MOREIRA MC. **A enfermagem em radioiodoterapia: enfoque nas necessidades de ajuda dos clientes.** Rev Enferm UERJ. 2009 Out-Dez;17(4):527-32.

RODRIGUES JSM, FERREIRA NMLA. **Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir.** Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(4): 431-441

VIANNA DM; CURIONI OA; FRANÇA LJL; PAIVA DL; POMPEL BF; DEDIVITIS RA; RAPOPORT A. **A raridade histológica no câncer da tireoide.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 78 (4) Julho/Agosto 2012

VIEIRA ACF; LOPES FF. **Efeitos da radioiodoterapia nas glândulas salivares.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2011; 23(3): 216- 22, set-dez.

WARD LS; MARRONE M; CAMARGO RY; WATANABE T; TINCANI AJ; MATOS PS; ASSUMPÇÃO LVM; TOMIMORI E; KULCSAR MA; NUNES MT; NOGUEIRA CR; KIMURA ET; **Câncer Diferenciado da Tiróide de Baixo Risco — Revisão do Estado Atual da Literatura e Proposta de Conduta.** Arq Bras Endocrinol Metab vol 50 nº 3 Junho 2006.

WARD LS, MACIEL RMB, BISCOLLA RMP. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Câncer Diferenciado da Tireóide: Tratamento.** 30 de junho de 2006.