

**O que
você
precisa
saber
sobre
Tireóide**

DR. RENATO CAPUZZO



Índice

Conceito

O que é a tireóide e onde se localiza no corpo humano?	5
Para que serve a glândula tireóide?	5
Quais as doenças que podem acometer a glândula tireóide?	5
O que é bócio? Qual a sua frequência na população?	6
Por que aparecem os nódulos na tireóide?	7
A glândula tireóide faz engordar ou emagrecer?	7
As doenças da tireóide afetam a voz?	8
As doenças da tireóide causam dor no pescoço?	8
Quais são os exames para avaliar os problemas da tireóide?	8
Por que se faz a cirurgia da tireóide?	10
Posso viver sem a glândula tireóide após sua retirada cirúrgica?	10

Hipotireoidismo

O que é hipotireoidismo?	11
Quais as causas de hipotireoidismo?	12
Como se trata o hipotireoidismo?	12
Como faço para saber se tenho hipotireoidismo?	12
O hipotireoidismo é comum?	12
O tratamento do hipotireoidismo é para o resto da vida?	13

Hipertireoidismo

O que é hipertireoidismo?	13
Quais as causas de hipertireoidismo?	14
Qual a frequência de aparecimento da Doença de Graves ?	14
Quais os tratamentos para hipertireoidismo?	14
Por que muitos pacientes abandonam o tratamento?	15
Qual a melhor opção de tratamento?	15
A cirurgia para o hipertireoidismo requer algum preparo?	15

Câncer de Tireóide

Como o câncer de tireóide normalmente se apresenta?	16
O câncer de tireóide é comum?	17
Como se trata o câncer de tireóide?	17
A radioterapia e a quimioterapia são usadas para o câncer de tireóide?	17
Como é o tratamento com Iodo radioativo?	17
As chances de cura são boas?	18
Quais fatores influenciam na evolução do câncer de tireóide?	18
O câncer de tireóide normalmente volta? Ele pode ser fatal?	18
Vou ter vida normal após o tratamento do câncer de tireóide?	19
Como posso saber se tenho câncer de tireóide?	19
O câncer de tireóide é hereditário ? Qual a sua causa?	19

Orientações aos pacientes que farão cirurgia de tireóide

Introdução	20
Pré operatório	22
Cirurgia	22
Pós operatório	23
Para saber mais	25
Autoexame	26

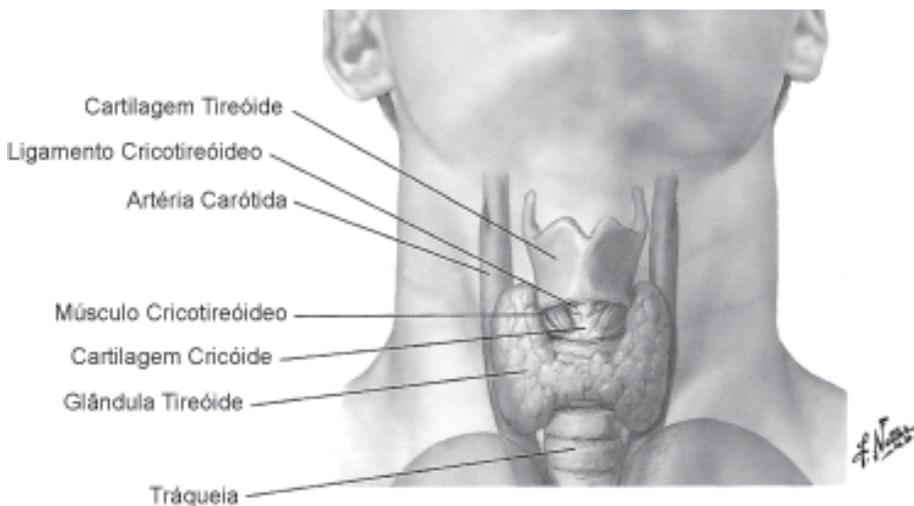
Dúvidas e esclarecimentos:

renatocapuzzo@gmail.com

Conceitos

O que é a tireóide e onde se localiza no corpo humano?

A glândula tireóide é um órgão do sistema endócrino do corpo humano. Ela se localiza na porção central e inferior do pescoço, logo abaixo do "Pomo de Adão", que é uma cartilagem da laringe. Toda vez que ocorre o movimento de deglutição, a glândula tireóide se movimenta para cima e para baixo junto com a laringe.



5

Para que serve a glândula tireóide?

A tireóide é produtora dos hormônios tireoidianos (T3 e T4), que são responsáveis pelo controle de diversas partes do metabolismo dos órgãos do corpo humano. Sua atividade (produção e liberação dos hormônios) é controlada pela hipófise, através de uma substância chamada TSH (hormônio estimulante da tireóide).

Quais as doenças que podem acometer a glândula tireóide?

A tireóide pode sofrer de doenças que acometam sua forma (aumento difuso ou nodular), sua função (hipertireoidismo ou hipotireoidismo), ou ambas.

Os nódulos de tireóide podem ser únicos ou múltiplos, benignos ou malignos, produtores de hormônio ou não. A grande maioria dos nódulos tireoidianos são benignos e não produzem hormônios. Para informações sobre nódulos malignos, veja câncer de tireóide (pág 16). Geralmente a presença dos nódulos não interfere na produção global de hormônios, pela glândula, mas alguns nódulos podem produzir hormônios em excesso, independentemente do controle da hipófise. Devido à presença dos nódulos, a glândula pode adquirir grandes dimensões, causando sintomas compressivos cervicais (falta de ar ou dificuldade para engolir). Porém, nem todas as tireóides aumentadas têm nódulos, uma vez que a glândula pode estar difusamente aumentada (em geral devido à deficiência de Iodo ou às doenças auto-imunes).

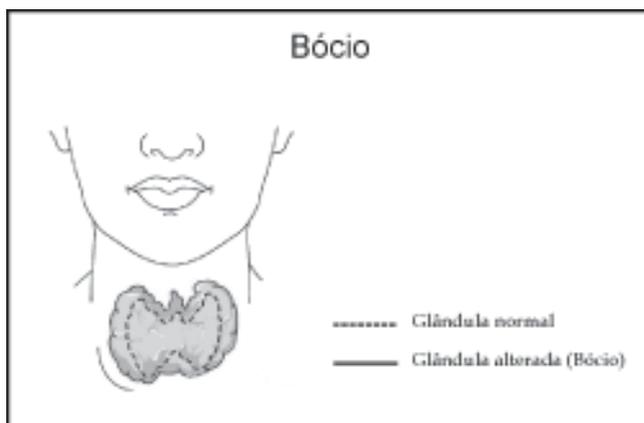
Para informações sobre alterações na função da glândula, ver hipotireoidismo e hipertireoidismo.

O que é bócio? Qual a sua freqüência na população?

Bócio é definido como um aumento da glândula tireóide. Este aumento pode ser devido à nódulos, doenças inflamatórias (tireoidites) ou aumento difusos da glândula.

6

A freqüência de bócio multinodular chega a 30% da população mundial. Em 1990, mais de 650 milhões de pessoas no planeta eram afetadas por bócio, principalmente devido à carência de Iodo em algumas regiões centrais da África e da China. No Brasil, em 1955, 20,7% das crianças, em idade escolar, apresentavam bócio endêmico. Este número caiu para 14,1% em 1974 devido às medidas de acréscimo de Iodo ao sal de cozinha.



Por que aparecem os nódulos na tireóide?

As causas dos nódulos da tireóide tem sido amplamente estudadas e debatidas. Os fatores mais claramente relacionados com a formação de nódulos são a carência de Iodo na dieta e o hipotireoidismo (elevação do TSH). Há, sem dúvida, uma maior predisposição de se desenvolver nódulos tireoidianos com o aumento da idade. Alguns estudos mostram que o consumo de Iodo em excesso, leva ao aparecimento do bócio, assim como a gravidez, aumenta as chances de aparecimento de nódulos.

Todos os nódulos da tireóide devem ser avaliados para se afastar a possibilidade de serem Câncer de Tireóide

A glândula tireóide faz engordar ou emagrecer?

A crença de que quem tem doença de tireóide engorda ou emagrece deve ser esclarecida. De maneira geral, portadores de hipotireoidismo tendem a ganhar peso, e portadores de hipertireoidismo tendem a perdê-lo, devido as alterações das taxas de metabolismo corpóreo, que essas doenças causam. Porém, há diversos graus de alterações da produção de hormônios, que nem sempre refletem no peso do indivíduo. Pacientes com hipotireoidismo discreto podem não perder peso e pacientes com hipertireoidismo podem ter grande aumento do apetite, vindo até a ganhar peso. Além disso, desde que não haja interferência na produção de hormônios, a presença de nódulos não causa alterações de peso e quando o hipotireoidismo ou o hipertireoidismo estiverem tratados, o peso tende a se estabilizar.

Indivíduos submetidos a tireoidectomias, não necessariamente irão ganhar peso, uma vez que terão controle hormonal adequado, com o acompanhamento médico.

Ainda assim, apesar da obesidade ser uma doença muito freqüente na população, e nem sempre estar relacionada a problemas de tireóide, indivíduos que têm grandes ganhos ou grandes perdas de peso devem procurar atendimento médico especializado, não só para investigação de doenças tireoidianas, como também para tratamento desta condição mórbida.

As doenças da tireóide afetam a voz?

Raramente. O hipotireoidismo é uma condição clínica que pode levar, em alguns casos, à rouquidão e alterações no timbre da voz (voz mais grossa).

O câncer de tireóide, principalmente nos estágios iniciais, dificilmente leva à rouquidão. Somente casos avançados costumam levar a alterações na função das cordas vocais.

As doenças da tireóide causam dor no pescoço?

A grande maioria das doenças tireoidianas não causam dor, mas algumas condições podem causar. A tireoidite subaguda (chamada de DeQuervain) é uma doença relativamente incomum que pode, em seus estágios iniciais, causar dor cervical na região da tireóide, e a tireoidite aguda (infecção bacteriana da tireóide, doença raríssima) também causa dor. Nódulos que apresentem rápido crescimento (em geral devido ao sangramento intranodular) podem apresentar dor localizada.

A tireoidite de Hashimoto, que é a doença tireoidiana mais comum e causa hipotireoidismo, não causa dor, pois, apesar de ser um processo inflamatório da glândula, é extremamente lento e crônico.

De qualquer forma, as dores oriundas da glândula tireóide costumam ser localizadas na região da glândula, e são muito menos frequentes do que outras doenças que causam dor no pescoço (como doenças de coluna ou aumento inflamatório de linfonodos cervicais).

8

O câncer de tireóide não costuma causar dor, apenas em estágios mais avançados

Quais são os exames para avaliar os problemas da tireóide?

Os exames que freqüentemente são pedidos para avaliar os distúrbios da glândula tireóide são:

- **Dosagem de hormônios tireoidianos e TSH:** Normalmente são solicitados o TSH e o T4 livre, que serão os hormônios que mais influenciarão nas decisões clínicas. Eles avaliam a função da glândula tireóide sendo que o TSH elevado indica

hipotireoidismo e o TSH diminuído indica hipertireoidismo. Em algumas situações são solicitados o T4 total, T3 total e o T3 livre.

- **Dosagem de anticorpos tireoidianos:** São solicitados para avaliar a presença de algumas doenças autoimunes da tireóide como a tireoidite de Hashimoto, a tireoidite subaguda e a Doença de Graves (hipertireoidismo). São eles o anticorpo anti peroxidase (Ac TPO), anticorpo anti-tireoglobulina (AC TG) e anticorpo anti receptor de TSH (TRAB).
- **Ultrassom de tireóide:** É extremamente importante para avaliar a presença de nódulos tireoidianos, principalmente os não palpáveis. Informações como tamanho, localização dentro da glândula e características dos nódulos norteiam as decisões cirúrgicas, assim como servem para o acompanhamento clínico dos mesmos. O Doppler, associado ao ultrassom, fornece informações sobre a vascularização dos nódulos, que podem aumentar as suspeitas de malignidade.
- **Biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF):** Exame fundamental para se tomar a decisão de se realizar a cirurgia de tireóide, pois é o mais sensível para detectar malignidade. O exame consiste em colher células dos nódulos tireoidianos, através de uma punção com agulha orientada ou não por ultrasonografia. Basicamente, os resultados podem ser benignos (bócio colóide, bócio adenomatoso, tireoidite crônica linfocitária, cisto colóide), malignos (carcinoma papilífero, carcinoma medular ou anaplásico) ou suspeitos (padrão folicular, padrão folicular com células oncócicas ou Hürthle, padrão papilífero). Tanto os resultados malignos como os resultados suspeitos normalmente são indicativos de cirurgia, por suspeita de ser um câncer de tireóide. Em muitas situações, somente a ressecção e posterior análise anátomo-patológica do nódulo é que vai determinar se o nódulo é de fato maligno ou não.
- **Cintilografia de tireóide:** É um exame menos solicitado hoje em dia. Ele avalia aspectos funcionais da glândula e costuma classificar os nódulos em quente, frios ou mornos. Antigamente os nódulos frios eram tidos como suspeitos de câncer. Esta classificação é pouco útil atualmente para avaliar malignidade, já que a punção por agulha fina é um exame muito mais sensível e específico.
- **Raio X cervical:** este exame serve para avaliar se a tireóide está causando compressão e desvio das estruturas cervicais como a

traquéia. Tireóides de tamanho aumentado podem comprimir a traquéia ou ter crescimento para o tórax (bócios mergulhantes).

- **Tomografia Computadorizada e Ressonância Nuclear Magnética:** Não são solicitações de rotina. São úteis em bócios volumosos e mergulhantes, e para avaliar possíveis invasões de estruturas adjacentes, em casos de câncer de tireóide avançados. Neste último, é preferível a ressonância nuclear à tomografia, pelo fato da primeira não utilizar contraste iodado, o que pode retardar o tratamento com Iodo radioativo, pós-operatório, de cirurgia de câncer de tireóide.

Por que se faz a cirurgia da tireóide?

As principais razões para se realizar a tireoidectomia são:

Suspeita de malignidade: Apesar de não ser freqüente, o nódulo de tireóide pode ser um câncer de tireóide. Quando o médico suspeita de malignidade pela palpação dos nódulos tireóidianos ou pelo exame de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), somente a cirurgia pode dar a certeza se o nódulo é maligno ou não.

10

Compressão cervical , desvio de traquéia ou bócios mergulhantes: Tireóide muito aumentada ou com nódulos que levam a sintomas de compressão de estruturas cervicais, causando dificuldades para engolir e respirar são também motivos que levam à cirurgia. Tireóides que cresceram em direção ao tórax, ou bócios mergulhantes, também devem ser operadas.

Hipertireoidismo refratário ao tratamento clínico: Indica-se tireoidectomia quando o paciente não tolera o tratamento com remédios ou este não está sendo suficientemente eficaz para controlar o hipertireoidismo, principalmente quando a tireóide for muito aumentada ou com nódulos.

Estético: Embora não seja uma indicação comum, nódulos que levam a um desconforto estético podem justificar uma cirurgia de tireóide.

Posso viver sem a glândula tireóide após sua retirada cirúrgica?

Sim. Os hormônios produzidos pela glândula podem ser substituídos

pelos análogos sintéticos presentes em alguns medicamentos. Todo hormônio que era produzido pela glândula, deverá ser tomado através de comprimidos, sem que haja qualquer prejuízo para a saúde do indivíduo.

Hipotireoidismo

O que é hipotireoidismo?

O hipotireoidismo é a situação em que há uma quantidade insuficiente de hormônios tireoidianos circulantes no organismo. Isto leva à alteração no metabolismo dos diversos órgãos do corpo, levando a sintomas clínicos e alterações laboratoriais.

Sintomas do Hipotireoidismo

- Cansaço
- Ganho de peso
- Depressão
- Intolerância ao frio
- Dificuldade de concentração
- Diminuição na frequência dos batimentos cardíacos
- Pele seca
- Depressão
- Unhas e cabelos quebradiços
- Dores articulares
- Obstipação intestinal (prisão de ventre)
- Fadiga muscular
- Alterações menstruais
- Inchaço nas pernas e no rosto
- Elevação dos níveis de colesterol

Lembre-se, os sintomas do hipotireoidismo não são específicos da doença e podem se apresentar por outros motivos. Cabe ao médico avaliar cada um de seus sintomas e interpretar se são decorrentes da falta do hormônio, ou não.

Quais as causas de hipotireoidismo?

A causa mais comum de hipotireoidismo é a Tireoidite Crônica de Hashimoto, uma doença em que o organismo produz anticorpos contra a própria glândula tireóide, levando a uma redução de sua função e conseqüente diminuição da produção de hormônios.

Tratamentos da glândula tireóide como a cirurgia de tireoidectomia, o Iodo radioativo ou radioterapia cervical podem levar ao hipotireoidismo.

O hipotireoidismo congênito pode ser decorrente da ausência de glândula tireóide ao nascer ou por mau funcionamento da mesma.

O uso de alguns medicamentos assim como o excesso de ingestão de Iodo na dieta pode levar ao hipotireoidismo, que são causas reversíveis.

Como se trata o hipotireoidismo?

O hipotireoidismo é tratado através da reposição do hormônio tireoidiano, que é a levotiroxina. Progressivamente, os sintomas irão desaparecer com o uso contínuo do medicamento. Esta melhora é lenta e gradual e mesmo com o desaparecimento dos sintomas, a reposição hormonal não deve ser interrompida, senão o hipotireoidismo retornará.

12

A reposição com a levotiroxina não atua na causa do hipotireoidismo, já que é mais simples corrigir o efeito da falta de produção hormonal do que estimular a glândula a produzi-los novamente.

Como faço para saber se tenho hipotireoidismo?

O diagnóstico de hipotireoidismo é confirmado laboratorialmente através da dosagem do TSH no sangue do paciente. A dosagem ultra-sensível de TSH possibilita avaliar precocemente se a produção de hormônios pela tireóide é insuficiente para o organismo. Valores acima do limite superior da normalidade são considerados de hipotireoidismo.

O hipotireoidismo é comum?

O hipotireoidismo é extremamente comum e estima-se que acometa cerca de 5 milhões de brasileiros. Muitas pessoas não sabem que apresentam a doença porque seus sintomas são confundidos com cansaço, desânimo e sintomas de stress.

Uma pesquisa mostra que a incidência de hipotireoidismo entre as mulheres brasileiras é a mais alta do mundo, chegando a 12,3%, sendo que apenas um sexto sabe de sua doença. O hipotireoidismo pode ser

encontrado em homens e mulheres. Sua incidência aumenta com a idade, sendo 7 vezes mais freqüentes nas mulheres, comum após os 50 anos.

○ tratamento do hipotireoidismo é para o resto da vida?

Como o hipotireoidismo é decorrente de uma situação, quase sempre irreversível da diminuição da produção de hormônios pela tireóide, normalmente, a reposição hormonal é necessária por toda a vida.

Hipertireoidismo

○ que é hipertireoidismo?

É uma condição clínica causada pelo excesso de hormônios tireoidianos circulantes, devido a um aumento da produção ou da liberação destes.

Sintomas do Hipertireoidismo

hiperatividade
alteração de humor (irritabilidade)
sudorese e intolerância ao calor,
palpitações
fadiga
fraqueza
perda de peso e aumento do apetite
aumento da frequência das evacuações
alterações da menstruação (em geral interrupção)
taquicardia
arritmias cardíacas
tremor fino
pele quente e úmida
alopécia
retração palpebral

Especificamente para a doença de Graves, a causa mais comum de hipertireoidismo:

bócio difuso (aumento da glândula como um todo)
exoftalmopatia ("olhos saltados")
alterações cutâneas.

Quais as causas de hipertireoidismo?

A principal causa de hipertireoidismo é a Doença de Graves, uma patologia que acomete a tireóide, em que há produção de anticorpos que atacam a glândula simulando o hormônio TSH, um estimulador do funcionamento da tireóide. Esta é a causa de 3 em cada 4 casos de hipertireoidismo.

Há também o bócio nodular tóxico, que apresenta nódulos tireoidianos (único ou múltiplos) que produzem hormônios independentemente do controle do organismo (nódulos quentes). Esta doença geralmente acomete pacientes mais idosos, mas pode ocorrer em todas as idades.

Qual a frequência de aparecimento da Doença de Graves ?

Esta doença é relativamente comum e acomete 2% das mulheres e 0,2% dos homens. Ela geralmente ocorre em mulheres em idade reprodutiva.

Quais os tratamentos para hipertireoidismo?

Os tratamentos disponíveis para a doença de Graves são:

14

Drogas antitireoidianas: medicamentos como Propiltiuracil e Metimazol são utilizados para o controle do hipertireoidismo, pois atuam na glândula diminuindo a produção hormonal. Este é o tratamento inicial e objetiva que o paciente apresente remissão da doença com o tratamento.

Terapia com iodo radioativo: é administrada uma pequena dose de Iodo radioativo que provoca uma reação de lesão celular tireoidiana levando a diminuição do hipertireoidismo. É o método preferido nos Estados Unidos.

Cirurgia: é um método extremamente eficiente na resolução do hipertireoidismo, porém é cada vez menos usado. Tem espaço nos bócios muito volumosos, na doença de Graves com nódulos e na falha dos tratamentos anteriores.

Nos bócios multinodulares tóxicos costuma-se indicar o tratamento cirúrgico ou Iodo radioativo.

Por que muitos pacientes abandonam o tratamento?

O tratamento medicamentoso para o hipertireoidismo pode necessitar da administração de muitos comprimidos por dia e por tempo prolongado, pois os efeitos do hormônio tireoidiano são duradouros e necessitam muitas vezes vários meses de tratamento para se obter o controle da doença. Muitos pacientes abandonam o tratamento por dificuldade de tolerar o uso de tantos medicamentos e seus efeitos colaterais.

Qual a melhor opção de tratamento?

Diversos fatores vão nortear a decisão de seu médico sobre o tipo de tratamento que melhor se adapta a cada paciente. O método inicial de tratamento é o medicamentoso e a terapia com iodo radioativo é, em geral, a opção mais utilizada como tratamento definitivo. Pacientes crianças, adolescentes, com bóciós muito volumosos ou com nódulos são mais tendentes ao tratamento cirúrgico.

A cirurgia para o hipertireoidismo requer algum preparo?

Sim. A condição ideal para se realizar o tratamento cirúrgico do hipertireoidismo é quando se obtém o controle dos níveis hormonais com o uso de medicação antitireoidiana e beta-bloqueadores. Esta situação pode requerer meses de preparo. Além disso, alguns cirurgias administram altas doses de iodo (Lugol) antes da cirurgia com o intuito de facilitar o procedimento, pois a glândula sangra menos e torna-se mais fácil de manipular.

Câncer de Tireóide

Como o câncer de tireóide normalmente se apresenta?

A típica apresentação do câncer de tireóide é em paciente feminino de 30 a 50 anos com um nódulo palpável cervical que representa um nódulo tireoidiano ou um linfonodo cervical. A frequência em mulheres é duas vezes maior que nos homens. Quando o diagnóstico é feito, os nódulos tireoidianos são habitualmente de 1 a 4 centímetros e apresentam metástases linfonodais em um terço, mas raras vezes, metástases à distância são encontradas. É pouco frequente o câncer de tireóide estar causando rouquidão ao ser descoberto.

Tipos de Câncer de Tireóide

Carcinoma papilífero: o mais frequente e normalmente de boa evolução. Ocorre em 75 a 80% dos casos.

Carcinoma folicular: apresenta em geral boa evolução, ocorrendo de 10 a 15 % dos casos. Está incluído um subtipo que é o carcinoma de células de Hürthle, com frequência de 3%.

Carcinoma Medular: apresenta pior evolução e menor chance de cura. Mais raro, ocorre em 3,5% dos casos.

Carcinoma Indiferenciado ou anaplásico: Quase sempre é fatal mas felizmente muito raro, acometendo até 1,5% dos casos.

O câncer de tireóide é comum?

O câncer de tireóide não é um câncer comum, ele representa 1 a 2% de todos os cânceres. Todavia é o tipo de câncer endócrino mais comum e é um dos poucos tipos de câncer que tem aumentado sua incidência com o tempo. Em parte, este fenômeno é explicado pelo aumento do diagnóstico precoce através de exames de tireóide, por outros motivos.

Estima-se que anualmente, 18 em cada 100.000 mulheres desenvolvem câncer de tireóide no Brasil. A proporção de incidência entre homens e mulheres é de um homem para cada três mulheres.

Como se trata o câncer de tireóide?

Basicamente o tratamento é cirúrgico e consiste em realizar a tireoidectomia total. A cirurgia retira a glândula tireóide e resseca gânglios linfáticos adjacentes, acometidos pelo tumor, o que se chama de esvaziamento cervical. No pós-operatório faz-se a supressão hormonal, que consiste em repor o hormônio tireoidiano com uma dose um pouco superior à necessária, com o intuito de diminuir a produção, pela hipófise, do TSH, um hormônio que estimula o crescimento do câncer de tireóide. O objetivo é deixar os níveis de TSH em um valor inferior ao nível normal.

17

A radioterapia e a quimioterapia são usadas para o câncer de tireóide?

Raramente. O câncer de tireóide normalmente não responde bem a estes tratamentos, mas algumas vezes são indicados em tumores avançados de tireóide.

Como é o tratamento com iodo radioativo?

Quando o médico indica o tratamento com iodo radioativo, este só acontece após a cirurgia de tireoidectomia total. É necessário que o paciente esteja em hipotireoidismo e portanto só ocorrerá cerca de 30 dias após o paciente estar sem reposição hormonal tireoidiana. Há também uma rigorosa dieta a ser seguida e é necessário evitar contato com qualquer substância que contenha iodo em sua composição.

Para o tratamento é necessária internação hospitalar de 3 dias em regime de isolamento porque após a ingestão da dose de iodo radioativo, são necessárias medidas para evitar a contaminação ambiental e de pessoas próximas, pois a radiação é eliminada pela pele, urina e fezes.

Felizmente, este tratamento apresenta poucos efeitos colaterais e em geral são bem tolerados. Sensações como alteração do paladar e inflamação nas glândulas salivares podem ocorrer.

As chances de cura são boas?

Sim, cânceres de tireóide em estágios iniciais tem chance de cura maiores que 90%. Diversos estudos revelam que pacientes submetidos ao tratamento de câncer bem diferenciado de tireóide tem até 95% de chance de estar vivos após 20 anos. Os pacientes que não apresentam boa evolução normalmente recorrem precocemente. Pacientes com metástases cervicais não têm uma chance maior de morrer pela doença.

Quais são os fatores que influenciam na evolução do câncer de tireóide?

Os fatores que influenciam negativamente na evolução do câncer bem diferenciado de tireóide são:

- Pacientes com mais de 45 anos
- Tumores maiores de 4 cm
- Presença de metástases à distância
- Presença de tumor que invade as estruturas adjacentes e não é totalmente ressecado
- Alguns tipos mais agressivos de tumor

18

O câncer de tireóide normalmente volta? Ele pode ser fatal?

Até um terço dos cânceres bem diferenciados de tireóide recidivam e retornam principalmente em gânglios (linfonodos) cervicais. Podem passar até 20 anos para o câncer de tireóide reaparecer, por isso é necessário seu seguimento a longo prazo. Este seguimento envolve o exame físico cervical e exames laboratoriais como tireoglobulina (marcador tumoral), TSH, ultra-sonografia cervical, cintilografia de corpo inteiro, raio X e ressonância magnética.

O câncer de tireoide pode ser fatal e normalmente isto acontece quando os fatores da questão anterior ocorrerem.

Calcula-se que nos EUA, cerca de 1490 pessoas morreram de câncer de tireóide em 2005.

Vou ter vida normal após o tratamento do câncer de tireóide?

Sim. Conforme já dissemos, as chances de cura são ótimas. Só será necessário a reposição hormonal, sempre acompanhada pelo médico Endocrinologista ou Cirurgião de Cabeça e Pescoço. Esta reposição não traz limitações para as atividades cotidianas e apresenta poucos efeitos colaterais.

Como posso saber se tenho câncer de tireóide?

Procure um médico Endocrinologista ou Cirurgião de Cabeça e Pescoço que avaliará sua tireóide pela palpação e exame de ultra-sonografia para checar se você não apresenta nódulos tireoidianos. Se estes forem encontrados, pode ser necessário realizar um exame de punção aspirativa por agulha fina, que é a melhor forma de verificar se um nódulo é maligno ou não.

O câncer de tireóide é hereditário ? Qual a sua causa?

Aproximadamente 5 a 10% dos casos de câncer de tireóide têm história semelhante na família. O carcinoma medular de tireóide pode estar associado a uma síndrome genética com forte componente hereditário familiar, chamado Neoplasias Endócrinas Múltiplas (NEM) .

A principal associação de câncer de tireóide está em pacientes que receberam radiação em suas glândulas tireóides. Alguns anos depois do desastre de Chernobyl e após a bomba de Hiroshima houve uma incidência muito aumentada de câncer de tireóide nestes locais, principalmente em crianças.

Orientações para cirurgia de tireóide

Introdução

A cirurgia para a retirada de toda a glândula tireóide ou parte dela, é denominada tireoidectomia. O tipo de cirurgia, ou seja, tireoidectomia total ou parcial, irá depender de diversos fatores, que o médico irá discutir com seu paciente.

De uma forma geral, a cirurgia de tireóide evolui bem, com raras complicações, mas alguns detalhes devem ser esclarecidos aos pacientes.

Riscos

Toda cirurgia envolve risco de complicações. Apesar da cirurgia de tireóide ter um índice muito baixo de complicações, aqui serão relatadas as mais importantes que o paciente deverá saber:

20

Hematoma

É uma complicação que pode por em risco a vida do paciente.

Apesar da grande preocupação do médico para que não haja sangramento no pós-operatório, pode ocorrer um acúmulo de sangue no local operado (hematoma), podendo levar à dor e dificuldade de respirar. Esta é uma condição que tem de ser avaliada imediatamente pelo cirurgião, que pode decidir reoperar, em caráter de urgência.

Alterações da Voz

Um em cada 10 pacientes que são operados da glândula tireóide, apresenta alguma alteração temporária na voz, enquanto que 1 em cada 250 pode evoluir com alterações definitivas. Isto ocorre devido à proximidade da glândula com os nervos responsáveis pelos movimentos das cordas vocais.

Estas mudanças na voz podem ser rouquidão, dificuldade em alcançar notas agudas ou cansaço ao falar. Normalmente regridem em algumas semanas, mas podem perdurar por vários meses. A reabilitação vocal ocorre através da terapia fonoaudiológica pelo profissional fonoaudiológico.

Hipocalcemia

Junto à glândula tireóide, existem as glândulas paratireóides, que em geral são em número de 4. Elas são responsáveis pela produção de um hormônio (PTH) que regula o nível de cálcio no sangue.

Após uma tireoidectomia, pode haver uma diminuição temporária ou definitiva da função destas glândulas, levando à queda dos níveis de cálcio no sangue (hipocalcemia). Felizmente, é muito raro ocorrer uma deficiência definitiva na função que é chamada de hipoparatireoidismo definitivo e quase sempre está associada com a tireoidectomia total.

O paciente pode apresentar como sintomas, formigamentos nas mãos, nos pés, ao redor dos lábios e nas orelhas que podem evoluir para câimbras. O tratamento consiste em receber grandes doses de cálcio e vitamina D. Raramente estes sintomas ocorrem em tireoidectomias parciais.

Cicatriz

Todo corte sobre a pele produz cicatriz. Contudo, dificilmente as cicatrizes de tireoidectomia produzem marcas com mau resultado estético, pelo contrário, são normalmente discretas.

O tamanho da incisão cirúrgica varia de 3 a 15 cm, dependendo do tamanho da tireóide, aspectos anatômicos do paciente, tipo de cirurgia e da experiência do cirurgião em realizar incisões pequenas.

As cicatrizes hipertróficas, popularmente chamadas de quelóides, são cicatrizes mais grossas, endurecidas e avermelhadas. Fatores como predisposição racial (japoneses), localização no corpo (tórax), complicações na ferida cirúrgica (infecções) e aspectos técnicos cirúrgicos estão relacionados com este tipo de complicação.

A exposição solar deve ser evitada diretamente sobre a cicatriz, por um período de até 4 meses após a cirurgia. Isto pode ser conseguido com o uso de protetores solares (Mínimo FPS 30), visando um melhor resultado estético da cicatriz.

Pré operatório

Observações Importantes

Levar para o Hospital

Artigos de higiene pessoal

Exames pré-operatórios vistos no consultório:

Ultrassom da tireóide

Laudo citológico da PAAF (punção aspirativa)

Avaliação cardiológica

Raio X de tórax

Exames de sangue

Não tomar AAS

Evitar tomar qualquer medicação que contenha ácido acetil salicílico por 10 dias antes da cirurgia.

Remédios como AAS, Aspirina, Buferin ou Melhoral, por exemplo, não devem ser tomados. O uso destes remédios aumenta muito o risco de sangramento durante a cirurgia e no pós operatório.

Jejum

Na cirurgia de tireóide é necessário um jejum de pelo menos 8 horas.

22

Cirurgia

Tipo de anestesia

A anestesia geral é a utilizada pela grande maioria dos médicos. Poucos serviços utilizam a anestesia local e não foi demonstrado nenhum benefício em relação à anestesia geral, que é mais segura e confortável para o paciente.

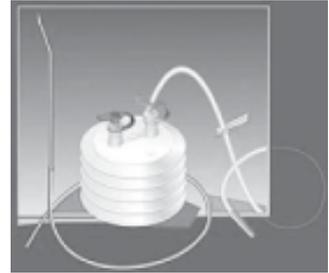
Tempo de Internação Hospitalar

É claro que diversos fatores como tipo de cirurgia, complicações clínicas do paciente e evolução pós-operatória, influenciam no tempo de

internação. Se não houver nenhum problema, a média de internação é de 1 dia, ou seja, o paciente recebe alta no dia seguinte à cirurgia.

Dreno

O local que foi operado produz uma secreção sanguinolenta que é drenada por um mecanismo de aspiração a vácuo, o dreno. Este dreno, normalmente, está localizado abaixo da incisão cirúrgica e permanece até o momento em que se der alta ao paciente.



Quando o dreno é retirado, é normal que fique saindo um pouco de secreção sanguinolenta, pelo orifício do dreno, que vai diminuindo progressivamente até o orifício fechar sozinho, o que dura por volta de 2 dias. Enquanto isso, um curativo com gaze e micropore deve ocluir o local, e deve ser trocado quando ficar sujo de sangue, no mínimo 1 vez ao dia. A partir do momento em que não haja mais saída de secreção, o local pode ficar descoberto.

Curativo

A incisão de tireoidectomia fica coberta por um curativo de micropore. Este curativo é formado por vários pedaços dispostos em paralelo e tem uma tripla função:

proteger a incisão de bactérias e sujeiras

servir como pontos falsos auxiliando no resultado estético da cicatriz

proteger do sol, que é um dos grandes inimigos de uma boa cicatrização.

O paciente sai do hospital com este curativo, que só será trocado no retorno de cirurgia, em consultório, após 1 semana.

Durante este período, quando o paciente for tomar banho, pode molhar o curativo, devendo secar com uma toalha ou secador de cabelo, após o banho.

Pós operatório

Náuseas e vômitos

Alguns pacientes que passam por uma anestesia geral, podem sentir náuseas ou vômitos, depois da cirurgia, normalmente estes sintomas ocorrem no dia da cirurgia e tendem a melhorar bastante no dia seguinte, após uma noite de sono.

Medicações para náuseas e vômitos, ou anti-heméticos, são prescritos de rotina, para que o paciente não sinta estes desagradáveis sintomas.

Dor

A tireoidectomia é uma cirurgia que apresenta um pós-operatório pouco doloroso, porém é comum sentir uma sensação de garganta inflamada, por até uma semana, após a cirurgia. A cada dia que passa, espera-se uma melhora gradual.

Tosse

Os pacientes freqüentemente apresentam tosse no período pós-operatório, devido à manipulação da traquéia e por inflamação das cordas vocais pela intubação, durante a anestesia geral. Este sintoma tende a regredir espontaneamente e medidas como inalação e xaropes podem aliviar os sintomas.

Formigamentos e Cãimbras

Pacientes submetidos à tireoidectomia total podem sentir sintomas de formigamentos ou cãimbras que normalmente ocorrem após o segundo dia de pós-operatório. Estes sintomas devem ser tratados com altas doses de cálcio e vitamina D, por via oral, mas pode ser necessário, em alguns casos, a administração de cálcio endovenoso, em ambiente hospitalar, quando o cálcio em comprimidos, não for suficiente.

Retorno ao consultório

O retorno para reavaliação pós-operatória ocorre de 7 a 10 dias.

Pontos

Os pontos normalmente são retirados 7 a 10 dias após a cirurgia. Alguns tipos de suturas utilizam fios absorvíveis e não precisam ser retirados.

Alimentação

Não há restrições alimentares específicas para a cirurgia de tireóide. O paciente pode sentir um pouco de dor, ao engolir, no dia da operação, recomendando-se uma dieta leve. No dia seguinte, este incômodo é bem menor e normalmente está liberada uma dieta geral, respeitando-se as restrições de antes da cirurgia, como dieta para diabéticos e hipertensos.

Restrições

A principal restrição no pós operatório é quanto ao esforço físico. Deve-se evitar atividades como carregar peso, ginástica, correr ou atividades domésticas onde haja utilização de força. Este cuidado visa diminuir o aparecimento de inchaço e possível sangramento no local cirúrgico. Isto

não quer dizer que haja necessidade de repouso absoluto. É permitido andar, subir escadas, desde que com moderação.

O paciente pode movimentar o pescoço já nos primeiros dias, depois da cirurgia, mas deve evitar traumas na região.

Medicações

Antiinflamatórios: são normalmente prescritos por 3 a 7 dias no pós-operatório. Evitam que o paciente sinta dor. Podem causar incômodos como queimação no estômago.

Analgésicos: apesar da cirurgia evoluir com pouca dor, estes medicamentos complementam o controle da dor, que os antiinflamatórios propiciam.

Cálcio: seu médico orientará o uso de cálcio, principalmente após cirurgia de tireoidectomia total. Ele é prescrito para evitar ou tratar os sintomas desagradáveis da hipocalcemia, como formigamentos e câimbras. É utilizado quase sempre temporariamente e será retirado conforme a função das glândulas paratireóides se restabelecerem.

Reposição Hormonal: não há pressa para se iniciar a reposição de hormônios tireoidianos pois o nível de levotiroxina demora a cair na circulação sanguínea. Estes hormônios poderão ser administrados imediatamente ou alguns dias depois da cirurgia.

Reposição hormonal

A cirurgia de tireoidectomia total levará sempre à necessidade de reposição hormonal pós-operatória. A tireoidectomia parcial pode ou não necessitar de reposição. Fatores como a quantidade de tecido tireoidiano remanescente e a presença de doença inflamatória crônica (tireoidite) influenciam na possibilidade do paciente desenvolver hipotireoidismo.

Para saber mais

Merck do Brasil - www.merck.com.br

Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - www.ibcc.org.br

Instituto Nacional de Câncer - www.inca.gov.br

Soc. Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - www.sbccp.org.br

Soc. Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - www.endocrino.org.br

Thyroid Community by Genzyme - www.thyroidcommunity.com

Thyroid Cancer Survivors' Association - www.thyca.org

Johns Hopkins Thyroid Tumor Center- www.thyroid-cancer.net

Aprenda a fazer o auto-exame

Cinco passos que podem salvar a sua vida

Você só precisa de um copo com água e um espelho com cabo

- 1 Segure o espelho e procure no seu pescoço a região logo abaixo do "pomo-de-adão" (mais conhecido como gogó). Sua tireóide está localizada aí.



- 2 Incline a cabeça para trás para que o pescoço fique mais exposto e focalize essa região no espelho.

- 3 Beba um gole de água.

- 4 Com o ato de engolir, a tireóide sobe e desce. Observe se existe algum aumento ou saliência na tireóide. Atenção: não confunda a tireóide com o "gogó".

Lembre-se que a glândula está logo abaixo. Repita este teste várias vezes até ter certeza.

- 5 Ao notar qualquer alteração, consulte o seu endocrinologista ou cirurgião de cabeça e pescoço.

