

Autor: Maria Torres, Hugo Martins, Tiago Carreira

Última atualização: 2017/03/30

Palavras-chave: tiroide, cancro da tiroide, nódulos cervicais

Resumo

O cancro da tiroide é raro pois apenas um em cada 20 nódulos da tiroide é cancerígeno, sendo mais frequente nas mulheres (3 em cada 4 casos). Trata-se de uma patologia que tem um comportamento ?mais benigno? quando comparado com outros tipos de cancros. A taxa de mortalidade aos 25 anos é de apenas 1%. A frequência do seu diagnóstico tem triplicado nas últimas três décadas em parte pela maior disponibilidade de meios complementares de diagnóstico, embora tem também sido apontado a maior radiação, os carcinogéneos ambientais, mudanças na dieta, mas a sua mortalidade tem diminuído. O risco desta doença é maior nas crianças e adolescentes (2%), nos idosos, no sexo masculino, em utentes submetidos a radiação do pescoço durante a infância e em famílias em que há vários parentes com carcinomas da tiroide.

Cancro da tiróide

O cancro da tiroide representa menos do 1% das neoplasias malignas, é mais frequente em mulheres na idade média da vida. Apesar de haver mais casos registados nos últimos anos, a mortalidade tem-se mantido estável.

- **Ca Papilar:** o mais frequente, cresce lentamente e propaga-se pela circulação linfática. Tem bom prognóstico e junto com o carcinoma folicular da tiroide representa um 80- 90% do total dos cancros da tiroide.
- **Ca Folicular:** o segundo mais frequente, prevalente em zonas com baixo aporte de iodo, a sua extensão a outras partes do corpo como pulmões e ossos é através do sangue, também tem bom prognóstico.
- **Ca Medular:** Pouco frequente (5%), 25% destes são hereditários, caracteriza-se pela secreção de calcitonina. A forma hereditária apresenta-se em jovens e com mutação no gene RET.
- **Ca Anaplásico:** O menos frequente mas também o mais agressivo e de pior prognóstico.

Como se chega ao diagnóstico de cancro da tiróide?

Sinais e sintomas:

a presença de um nódulo no pescoço na região da glândula tiroide é o principal sintoma, muitas vezes de

crescimento rápido e acompanhado de rouquidão, sem outras causas aparentes.

Fatores de risco:

Pessoas que foram submetidas a irradiação da cabeça e pescoço na infância, a irradiação para transplante de medula óssea, a história familiar de carcinoma tiroideo ou síndromes familiares associadas com cancro da tiroide (Doença de Cowden, MEN2).

Exame objetivo

centrado na região do pescoço onde pode ser evidente a presença de um nódulo fixo ao tecido adjacente, muitas vezes duro à palpação, de tamanho variável, assim como gânglios palpáveis.

Análises:

Têm pouco valor no diagnóstico de cancro da tiroide exceto casos particulares como o do carcinoma medular da tiroide (doseamento de calcitonina). O doseamento de tiroglobulina é importante no seguimento após cirurgia.

Ecografia da tiroide:

É um método diagnóstico de imagem simples, indolor e o mais importante no estudo da tiroide. Permite identificar nódulos na glândula, avaliar o seu tamanho e localização assim como a existência de características suspeitas (calcificações, hipervascularização, margens irregulares, conteúdo sólido...) que nos orientam sobre o risco de malignidade e junto com o tamanho do nódulo indicam se deve ou não realizar citologia aspirativa. O tamanho do nódulo é muito importante: por princípio, nódulos maiores de 1 cm devem ser avaliados pois têm maior potencial para ser malignos.

Citologia aspirativa:

É uma biópsia feita com uma pequena agulha que vai ser introduzida até ao nódulo para colher uma amostra de tecido que será analisada. É procedimento de eleição, com o melhor custo-benefício em casos suspeitos. É de realização simples e rápida na maior parte dos casos e o seu incómodo é equivalente a uma punção para recolha de análises ao sangue. Podem ser realizadas às cegas ou com controlo de ecografia, o que permite melhorar a precisão do exame.

Cintigrafia tiroidea:

Consiste na administração de uma substância radioativa que permite a distinção entre nódulos não funcionantes ou "frios" e funcionantes ou "quentes". Os frios têm maior risco de poder ser cancro (10-15% destes são malignos frente a 1-5% dos quentes). Permite também detetar tecido tiroideo que possa estar localizado fora do local habitual (ectópico), recidivas após intervenção cirúrgica assim como a invasão de outros órgãos (metástases).

Marcadores moleculares:

Está a ser estudado o papel de mutações como a BRAF^{V600E} que poderá ser útil no estadiamento e elaboração do plano terapêutico em doentes com cancro da tiroide.

Tratamento

- **Cirurgia**

A cirurgia é o tratamento de eleição na maioria dos casos de cancro da tiroide (ou na sua suspeita). Pode-se retirar a glândula toda (tiroidectomia total) ou apenas uma parte (lobectomia). A decisão depende das características próprias do tumor. Quanto maior a cirurgia, mais acentuadas as complicações que podem surgir como o hipotiroidismo (que pode implicar a administração de levotiroxina de substituição para toda a vida), a paralisia das cordas vocais (que provoca rouquidão ou mesmo perda total da voz e implica a realização de terapia da fala) e a hipocalcemia (baixa do cálcio, por lesão das glândulas paratiroides e que pode obrigar a ter de fazer suplementação com cálcio para toda a vida).

- **Iodo radiativo**

A administração de isótopos radioativos de Iodo permite eliminar as células cancerígenas que possam ter ficado após a cirurgia. É bem tolerado e provoca poucos efeitos secundários, mas obriga a evitar o contacto com grávidas e crianças de colo durante uns dias, e a evitar a gravidez pelo menos durante 6 meses.

- **Medicamentos**

A prescrição de doses altas de hormona tiroidea após tiroidectomia pode evitar a recidiva de alguns tipos de cancro da tiroide por frenar a secreção de TSH (hormona estimulante da tiroide) que por sua vez evita a proliferação das células neoplásicas.

- **Terapêuticas guiadas**

Tratamentos antiangiogénese e inibidores da kinase, em desenvolvimento. Como potencial vantagem destaca-se a especificidade da intervenção sobre esse tumor alvo e não sobre todas as células com crescimento rápido como no caso da quimioterapia. Entre os efeitos secundários até agora conhecidos estão o cansaço, perda do apetite e diarreia.

Prognóstico

A sobrevida media a cinco anos de quem tem um cancro da tiroide é de 96,9%, ou seja, temos a possibilidade de curar a maioria dos doentes. Os fatores que mais influenciam esta sobrevida são:

- **Tipo de tumor:** os carcinomas papilares têm a sobrevida mais alta (80-95% a 10 anos), seguidos pelos foliculares (65-85% a 10 anos). Os carcinomas medulares e anaplásicos são mais graves e de sobrevida muito mais curta.
- **Idade:** a sobrevida diminui a medida que a idade aumenta nos carcinomas papilares e foliculares.
- **Sexo:** a mortalidade é discretamente mais elevada no sexo masculino.

- **Estadio local:** a mortalidade dos tumores com menos de 2 cm é muito baixa.
- **Existência de metástases** à distância: piora o prognóstico.

Conclusão

As doenças malignas da tiroide são **pouco frequentes** e o seu **prognóstico é favorável** sendo a sobrevida global muito boa, porque crescem muito lentamente e a remoção é habitualmente eficaz.

O principal repto nos nossos dias é a **adequação do tratamento** à agressividade de cada cancro em particular. Nem todos os cancros precisam do mesmo tratamento tão invasivo e conseguir **personalizar as diferentes opções** a cada caso vai evitar efeitos adversos e sequelas futuras em pessoas que apesar da sua doença **terão provavelmente muitos anos de vida à sua frente.**

Referências recomendadas

- [Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. JAMA 2006; 295:2164-7](#)
- [Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al., eds. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancer base no. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013](#)
- [Hossein Gharib, Enrico Papini, \(2016\) American Association of Clinical Endocrinologists; American College of Endocrinology; and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and management of thyroid nodules ? 2016 update. Endocrine Practice: May 2016, Vol. 22, No. Supplement 1, pp. 1-60](#)
- [Paschke R, Hegedüs L. Thyroid nodule guidelines: Agreement, disagreement and need for future research. Nat Rev Endocrinol. 2011 Jun](#)
- [Thyroid cancer - NHS choices \(UK\)](#)
- [Thyroid cancer - Mayo Clinic \(USA\)](#)

[Voltar à página inicial](#) [Tem alguma dúvida? Fale conosco](#) ·