

**artigo
científico**

Microcarcinoma da Tireóide

Pietro Accetta*

André Figueiredo Accetta**

A exposição do problema

Situação 1 - mulher de 22 anos, hígida, mas com problemas relacionadas ao peso; procura endocrinologista para orientação. Faz alguns exames, todos normais, exceto o USom de tireóide que mostra nódulo isolado de 0,7 cm, não encapsulado; faz PAAF e a citopatologia é sugestiva de microcarcinoma papilar. A tireoidectomia deve ser total?

Situação 2 - mulher de 45 anos, portadora de nódulo de 2,5 cm, sólido em lobo direito; submetida a lobectomia total direita e subtotal esquerda; o exame histopatológico define o nódulo como benigno, mas descreve em associação um microcarcinoma papilar, com 0,6 cm, nas proximidades do nódulo dominante. Essa paciente deve ser reoperada?

Situação 3 - homem de 34 anos é submetido a tireoidectomia subtotal para tratar bócio nodular atóxico; no histopatológico o nódulo é benigno, mas são encontrados na peça outras duas lesões, com 0,4 e 0,6 cm, cujo diagnóstico é de microcarcinoma papilar. Duas lesões incidentais têm o mesmo significado que uma?

Situação 4 - uma paciente jovem, em excelente estado geral, apresenta linfonodomegalias em cadeia jugular esquerda; na investigação se observa nódulo de 0,9 cm, em lobo esquerdo, cujo estudo citopatológico após PAAF sugere carcinoma papilar. Qual a extensão da cirurgia?

Considerações gerais

O carcinoma da tireóide é a neoplasia endócrina mais frequente¹ e o microcarcinoma é uma de suas variantes. O primeiro fato que chama a atenção é a absoluta prevalência do tipo papilar, maior até que a observada nos carcinomas clinicamente detectáveis^{2,3}. O diagnóstico de microcarcinoma causa uma perplexidade imediata, principalmente nas hipóteses 1, 2 e 3; de um lado está a natural ansiedade de pessoas, até então absolutamente sadias, diante de um inesperado diagnóstico de câncer que não causa nenhum sintoma; de outro, os médicos, divididos entre propor uma terapêutica cirúrgica radical com base no nome da doença ou orientar o tratamento, considerando o excelente prognóstico que a maioria desses casos costumam apresentar⁴. O microcarcinoma recebe essa denominação apenas pelo seu tamanho ou pelas repercussões que provoca em seus portadores?

As situações 1 e 2 descritas, resumidamente, são cada vez mais comuns nos consultórios e ambulatórios especializados de endocrinologistas e cirurgiões com experiência em cirurgia endócrina; a 3^a e a 4^a, são menos frequentes, mas todas elas estão relacionadas com um diagnóstico comum - microcarcinoma da tireóide. Vale ressaltar que apesar do mesmo diagnóstico, as situações são distintas e merecem estratégias de tratamento diferentes.

Na nossa opinião e com base nos conhecimentos atuais, a conduta cirúrgica nas hipóteses 3 e 4 são mais fáceis de definir. Na de número 3, que apresenta vários focos de microcarcinoma, a tireoidectomia deve ser total, se descobertos pelo patologista através de

exames de congelação durante a cirurgia; caso o diagnóstico só venha a ser conhecido posteriormente no exame histopatológico, o paciente é candidato a reoperação e a tireoidectomia deve ser totalizada, pois não há como afastar a possibilidade de outros focos de microcarcinoma na tireóide remanescente. Na situação 4, como existe evidente extensão extratireoidiana para linfonodos a tireoidectomia total deve ser realizada juntamente com o esvaziamento ganglionar terapêutico do compartimento homolateral e central. Os linfonodos comprometidos devem ser considerados um fator determinante de recorrência e de mal prognóstico⁵, apesar da discordância de alguns^{6,7}.

Este artigo não tem qualquer outra pretensão que não seja a de ampliar a discussão e provocar reflexões dos especialistas sobre o tema e, por isso, discutiremos com mais ênfase as hipóteses 1 e 2. O microcarcinoma é uma ocorrência cada vez mais freqüente em função do largo uso da ultrassonografia de alta resolução, que hoje permite diagnosticar nódulos com menos de 0,5 cm e guiar a punção aspirativa com agulha fina (PAAF).

Por definição, o microcarcinoma tem até 1 cm de tamanho, ainda que alguns trabalhos sugiram o limite de 1,5 cm⁸. Ao longo dos anos, recebeu várias denominações: carcinoma oculto da tireóide, carcinoma latente, pequeno carcinoma papilar, carcinoma indolente, incidentaloma. Atualmente, o termo microcarcinoma é o mais utilizado. Recentemente, Kasai⁹ propôs a sua subdivisão em diminuto, para as lesões entre 5 e 10 mm e, miúdo, para as lesões com menos de 5 mm. Esse mesmo autor observou que a incidência de metástases linfonodais ocorreram em 59% dos primeiros, contra 13% do segundo. A extensão extratireoidiana foi observada em 10% contra 3%.

Um dos grandes problemas da prática clínica no manuseio do microcarcinoma é compatibilizar a dimensão dessa doença com o tratamento e, para tanto, alguns fatos devem ser analisados.

O primeiro ponto a ser considerado é que a grande maioria dos microcarcinomas papilíferos da tireóide tem excelente prognóstico^{10,11} e a elevada incidência com que são descobertos durante necrópsias sugerem um comportamento não agressivo, ainda que alguns casos venham a ter evolução desfavorável¹². O tratamento de escolha é a tireoidectomia^{13,14,15} mas sua extensão é objeto de inúmeras controvérsias e até existem ensaios, muito bem conduzidos, que tratam tais casos sem cirurgia¹⁶. As controvérsias que envolvem o tratamento cirúrgico do microcarcinoma diferenciado da tireóide são semelhantes as do carcinoma clinicamente detectável. Entretanto, umas das diferenças fundamentais entre eles é que, após longos anos de estudos e observações com base em longos períodos de follow-up, foi possível estabelecer classificações com critérios de gravidade^{17,18,19}, onde a mais recente utiliza a classificação TNM²⁰. Tais critérios fornecem uma base menos subjetiva para individualizar o tratamento e a extensão da cirurgia, assim como permite selecionar melhor as indicações de reoperações. A falta de fatores prognósticos mais claros e objetivos, que só agora começam a surgir, timidamente, na literatura especializada^{5,21,22} é mais uma das dificuldades no tratamento desses microcarcinomas.

A escolha da cirurgia não é uma opção isolada do cirurgião e deve envolver, obrigatoriamente, o endocrinologista e, sempre que possível, os próprios pacientes. As opções para o tratamento cirúrgico do microcarcinoma tireoidiano são as mesmas para os demais carcinomas diferenciados:

- a - lobectomia com istmectomia
- b - tireoidectomia subtotal bilateral
- c - tireoidectomia quase total

d - tireoidectomia total.

O esvaziamento ganglionar fica na dependência da presença de metástases linfonodais detectadas no pré-operatório ou durante a cirurgia, pois o esvaziamento profilático parece não beneficiar os pacientes²³.

Nossa filosofia em relação à cirurgia da tireóide é evitar, sempre que possível, a reoperação por julgá-la mais difícil e com maior risco potencial de complicações. A paralisia dos nervos recorrentes e o hipoparatiroidismo são pouco freqüentes, mas quando ocorrem e, se permanentes, representam um verdadeiro desastre. Portanto, a reintervenção deve ser reservada para os casos claros de recidiva e realizada por cirurgiões experientes. Decorre daí a tendência de ampliar, cada vez mais, as indicações de tireoidectomia total, mesmo em algumas doenças benignas, tais como bócio multinodular, tumor folicular com nódulos em ambos os lobos, na tireoidite de Hashimoto nodular e nos grandes bócios com sintomas de compressão. Quanto ao carcinoma, sem entrar na clássica discussão sobre a extensão da cirurgia, é nosso ponto de vista que se tal diagnóstico for feito antes ou durante a cirurgia, a tireoidectomia deve ser total, mesmo nos casos de microcarcinoma. Quanto a tireoidectomia quase total, essa é uma cirurgia que não realizamos mais.

Concluindo, nossas propostas de tratamento nas quatro hipóteses clínicas apresentadas logo no início, ressaltando alguma situação particular, seriam:

1ª) Indicar a tireoidectomia total

2ª) Acompanhar sem indicar a reoperação

3ª) Indicar a reoperação para completar a tireoidectomia logo nos primeiros 20 dias; caso não seja possível, reoperar após decorridos seis a oito meses.

4ª) Indicar a tireoidectomia total associada ao esvaziamento ganglionar lateral do mesmo lado da lesão e do compartimento central.

Bibliografia

1 - Jemal A, Tiwari RC, Murray T et al. Cancer Statistics, 2004. *CA Cancer J Clin* 2004; 54: 8-29.

2 - Orsenigo E, Beretta E, Fiaco E et al. Management of Papillary Microcarcinoma of the Thyroid Gland. *EJSO* 2004; 30: 1104-6.

3 - Lin J-D, Chen Szu-Tah, Chao T-C et al. Diagnosis and Therapeutic Strategy for Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Arch Surg* 2005; 140: 940-5.

4 - Hay ID, Grant CS, van Heerden JA et al. Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Study of 535 cases observed in a 50-Year period. *Surgery* 1992; 112: 1139-47.

5 - Yamashita H, Noguchi S, Murakami et al. Extracapsular Invasion of Lymph Node Metastasis. A Good Indicator of Disease Recurrence and Poor Prognosis in Patients with Thyroid Microcarcinoma. *Cancer* 1999; 86: 842-9.

6 - Satge D, Grob JC, Pusel J et al. Microcarcinoma Thyroïdienne d'Evolution Fatale. *Arch Anat Cytol Pathol* 1990; 38: 143-51.

7 - Appetecchia M, Scarcello G, Pucci E et al. Outcome after Treatment of Papillary Thyroid Microcarcinoma. *J Exp Clin Cancer Res* 2002; 21: 159-64.

8 - Pellegreti G, Scollo C, Lumera G et al. Clinical Behavior and Outcome of Papillary Thyroid Cancers Smaller than 1,5 cm in Diameter: Study of 299 Cases. *J Clin Endocrinol metab* 2004; 89: 3713-20.

9 - Kasai N, Sakamoto A. A New Subgrouping of Small Thyroid Carcinoma. *Cancer* 1987; 60: 1767-70.

- 10 - Ito Y, Uruno T, Nakano K et al. Na Observation Trial Without Surgical Treatment in Patients with Papillary Microcarcinoma of the Thyroid. *Thyroid* 2003; 13: 381-7.
- 11 - Sakorafas GH, Giotakis J, Stafyla V. Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Surgical Perspective. *Cancer Treatment Reviews* 2005; 31: 423-38.
- 12 - Allo MD, Christianson W, Koivunen D. Not all "Occult" Papillary Carcinomas are "Minimal". *Surgery* 1988; 104: 971-6.
- 13 - Iida F, Sugeno A, Muramatsu A. Clinical and Pathologic Properties of Small Differentiated Carcinomas of the Thyroid Gland. *World J Surg* 1991; 15: 511-5.
- 14 - Rassael H, Thompson LDR, Heffess CS. A Rationale for Conservative Management of Microscopic Papillary Carcinoma of the Thyroid Gland: A Clinicopathologic Correlation of 90 Cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1988; 255: 462-7.
- 15 - Rosario PW, Fagundes TA, Purisch S. Tratamento do Microcarcinoma de Tireóide. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2004; 48: 855-60.
- 16 - Ito Y, Tomoda C, Uruno T et al. Papillary Microcarcinoma of the Thyroid: How Should it be Treated?. *World J Surg* 2004; 28: 1115-21.
- 17 - Tennvall J, Björklund A, Möller T et al. Is the EORTC Prognostic Index Thyroid Cancer Valid in Differentiated Thyroid Carcinoma?. *Cancer* 1986; 57: 1405-14.
- 18 - 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: 1088-95.
- 19 - Cady B, Rossi R. An Expanded View of Risk-Group Definition in Differentiated Thyroid Carcinoma. *Surgery* 1988; 104: 947-53.
- 20 - Shaha AR. TNM Classification of Thyroid Carcinoma. *World J Surg* 2007; 31: 879-87.
- 21 - Lin KD, Lin JD, Huang MJ et al. Clinical Presentations and Predictive Variables of Thyroid Microcarcinoma with Distant Metastasis. *Int Surg* 1997; 82: 378-81.
- 22 - Sugitani I, Fujimoto Y. Symptomatic versus Asymptomatic Papillary Thyroid Microcarcinoma: A retrospective Analysis of Surgical Outcome and Prognostic Factors. *Endocrine Journal* 1999; 46: 209-16.
- 23 - Wada N, Duh Q-Y, Sugino K et al. Lymph Node Metastasis from 259 Papillary Thyroid Microcarcinomas. *Annals Surg* 2003; 237: 399-407.

* Professor Titular de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina - UFF - Chefe do Serviço de Cirurgia Geral I do HU Antonio Pedro – UFF

** Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral I do HU Antonio Pedro - UFF