

Câncer de Tireoide

Centro de Referência em Tumores de Cabeça e Pescoço



A.C. Camargo
Cancer Center
Especializado em Vida

Câncer de Tireoide

As projeções mais recentes do Instituto Nacional de Câncer (Inca) indicam 13.780 novos casos de câncer de tireoide no Brasil por ano, sendo 1.830 em homens e 11.590 em mulheres. Esses números demonstram com evidência que esse tipo de câncer é muito mais frequente em mulheres do que em homens, sendo o quinto mais incidente nessa população.

A integração de diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa do câncer é o modelo que adotamos no A.C. Camargo Cancer Center, assim como já é adotado nos principais Cancer Centers do mundo. Uma evolução do conceito de saúde em oncologia para melhorar constantemente o combate à doença: o paciente é avaliado por um grupo multidisciplinar de especialistas em todas as etapas, desde o diagnóstico até a reabilitação.

Uma visão global e personalizada, porque cada paciente é único. Os atendimentos são segmentados de acordo com cada tipo de tumor. Assim, os pacientes de câncer de tireoide são atendidos no Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço, consolidado por profissionais de cerca de 20 especialidades: cirurgião, endocrinologista, médico nuclear, anestesista, oncologista clínico, radioterapeuta, entre outros.



Como funciona:

Desde o primeiro contato, você será atendido por um especialista em câncer de Cabeça e Pescoço e, se necessário, direcionado para o enfermeiro navegador, um profissional que vai orientá-lo e acompanhá-lo durante toda a sua jornada de cuidados.

O tratamento é definido em conjunto pela equipe multidisciplinar e considera todas as informações de cada paciente. É o tratamento pensado para você. Dependendo do caso, vai envolver várias equipes, como Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Medicina Nuclear, Oncologia Clínica, Fisioterapia, Nutrição, Psico-oncologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, entre outras. Para a discussão de casos que fogem do padrão, temos os Tumor Boards, que são fóruns com especialistas de várias áreas que vão decidir com base em dados científicos a conduta terapêutica mais adequada.

Uma experiência mais positiva:

Você vai poder fazer seus exames, confirmar diagnósticos e ter definido seu tratamento em um único lugar.

Nódulos na tireoide são bastante comuns e, por causa de sua localização, os médicos e até os pacientes conseguem senti-los com uma simples palpação do pescoço. Aproximadamente, 90% a 95% desses nódulos são benignos. Além disso, os cânceres de tireoide podem ser detectados precocemente e o sucesso do tratamento pode chegar a 97% dos casos.

A tireoide é uma glândula que fica na parte da frente do pescoço e tem a forma de uma borboleta, com dois lobos de cada lado da traqueia unidos pelo istmo. Ela produz dois hormônios que contêm iodo, a tiroxina (T4) e a tri-iodotironina (T3), que controlam a velocidade do metabolismo, influenciam o desenvolvimento do corpo e a atividade do sistema nervoso. Hormônios demais (o hipertireoidismo) tornam a pessoa hiperativa, nervosa, com fome e faz com que perca peso. Hormônio de menos (o hipotireoidismo) faz com que a pessoa fique mais lenta, se sinta cansada e tenha aumento de peso. A produção dos hormônios da tireoide é regulada por outra glândula, a hipófise (ou pituitária), que fica no cérebro e sintetiza o hormônio estimulador da tireoide (TSH).

A tireoide tem dois tipos principais de células: as dos folículos tireoideanos, que produzem e armazenam hormônios e uma proteína chamada tiroglobulina, e as células C ou parafoliculares tireoideanas, que produzem calcitonina, um dos hormônios que regula o metabolismo de cálcio no organismo.

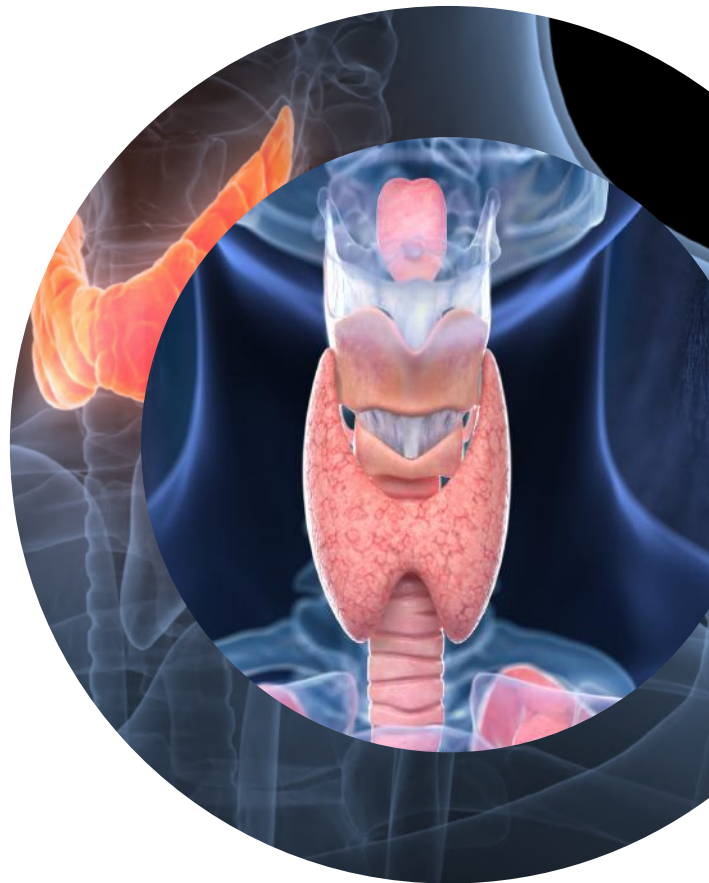
Os tipos mais comuns de câncer de tireoide são os chamados carcinomas bem diferenciados que incluem o carcinoma papilífero e o carcinoma folicular. O carcinoma papilífero representa mais de 80% dos casos, desenvolve-se nas células foliculares e geralmente tem crescimento lento. Quase sempre atinge um único lobo da tireoide, mas entre 10% e 80% dos casos podem ser observados múltiplos focos da doença dentro da tireoide. Apesar de se desenvolver lentamente, o carcinoma papilífero pode atingir os gânglios linfáticos (linfonodos) do pescoço, mas, ainda assim, o tratamento costuma ser bem-sucedido e esse tipo de câncer raramente tem evolução desfavorável.

Já o carcinoma folicular é raro no Brasil, porque consumimos sal iodado. É mais comum em países ou regiões em que a população não recebe suprimento de iodo na alimentação. O carcinoma folicular, porém, pode atingir pulmões e ossos.

Doenças hereditárias:

Algumas doenças, como síndrome de Gardner e polipose familiar, aumentam o risco de câncer em vários órgãos, inclusive tireoide. A doença de Cowden, que é rara, também aumenta o risco de câncer de tireoide. Algumas famílias, que representam 5% dos casos, apresentam incidência incomum de carcinoma papilífero. No Brasil, registra-se também um maior número de casos de carcinoma de tireoide em portadores de Síndrome de Li-Fraumeni. Existem ainda as formas familiares de carcinoma não medular (cerca de 5% dos casos) e do carcinoma medular. Nesse último, podem ocorrer neoplasias primárias múltiplas e há necessidade de investigação genética de toda a família.

Outros fatores de risco de desenvolver a doença são: dieta pobre em iodo, obesidade, tabagismo, exposições hormonais e poluentes ambientais.



Idade:

Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum na faixa dos 30 aos 50 anos.

Gênero:

A incidência em mulheres é três vezes maior que em homens.

Exposição à radiação:

Crianças que fizeram tratamento com radiação na região da cabeça e do pescoço ou radioterapia para câncer, como linfoma de Hodgkin, também correm maior risco de ter câncer de tireoide mais tarde. Isso não ocorre com adultos que fazem radioterapia.

Conheça os sintomas

Várias doenças benignas e outros cânceres de pescoço podem ter os mesmos sintomas que o câncer de tireoide. Por isso, é preciso consultar um médico se você tiver:

- Nódulo no pescoço de evolução lenta, que às vezes cresce depressa;
- Dor na parte da frente do pescoço, que pode irradiar para os ouvidos, mas esse é um sintoma muito raro;
- Rouquidão ou mudança no timbre de voz que não passa com o tempo;
- Dificuldade para engolir;
- Dificuldade para respirar, como se você estivesse respirando por um canudinho;
- Tosse que não passa e não é causada por gripe ou outra infecção de vias aéreas.

Diagnóstico

O câncer de tireoide pode ser diagnosticado antes mesmo de apresentar sintomas em um exame médico de rotina. Ou até mesmo em teste genético em familiares de pacientes com carcinoma medular. E, como as mulheres são a maioria dos casos, são os ginecologistas que mais costumam detectar nódulos suspeitos. O passo seguinte é procurar um especialista em cabeça e pescoço, que vai pedir uma série de exames.

A punção biópsia por aspiração com agulha fina (PAAF) é o método mais simples de diagnóstico e ela geralmente é feita no consultório. Uma agulha fina é introduzida no nódulo três ou quatro vezes para retirar amostras de diferentes áreas, que depois são analisadas pelo médico patologista. Quando os nódulos são muito pequenos, o exame é guiado por ultrassom. Nos casos em que os resultados não são conclusivos, esse exame é repetido e, se a dúvida persistir, o médico pode optar por indicar um teste genético ou até mesmo uma cirurgia diagnóstica, a remoção de parte ou de toda a glândula e seu posterior exame.

A cintilografia, exame em que uma pequena quantidade de iodo é administrada por via oral ou injetável, tem pouca utilidade no diagnóstico diferencial entre nódulo tireoideanos. Mas é exame importante que pode ser pedido para avaliar o potencial de disseminação do tumor depois de uma cirurgia em que a tireoide tenha sido totalmente removida. Como o iodo se concentra em células da tireoide, uma câmera especial é usada para registrar sua localização. O exame é mais preciso se o paciente apresentar altos níveis de hormônio estimulador da tireoide (TSH) e, por isso, o paciente pode ficar cerca de 4 semanas sem receber reposição de hormônio tireoideano ou receber TSH injetável antes do exame, se necessário.

Tanto a tomografia quanto a ressonância magnética não costumam ser usadas para diagnosticar o câncer de tireoide, mas sim em casos selecionados de tumores mais avançados para determinar seu tamanho, se avançou para gânglios linfáticos ou outros órgãos e também para mostrar se há outros tumores dentro da tireoide. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) é usada no seguimento pós-tratamento nos casos em que o marcador tumoral tireoglobulina está elevado, mas o câncer não absorve iodo radioativo em uma pesquisa de corpo inteiro com iodo radioativo, e pode observar se o câncer espalhou (metástase) ou não.

Exames de sangue não conseguem detectar câncer, mas os níveis de T4 e de TSH servem para avaliar a atividade da tireoide. Em pessoas que tiveram câncer e removeram a tireoide, os níveis de TSH devem ser baixos. Um marcador, a tireoglobulina, deve permanecer em níveis baixos, mas, se estiverem altos, pode indicar que o câncer voltou, o que os médicos chamam de recidiva.

Entendendo o tratamento

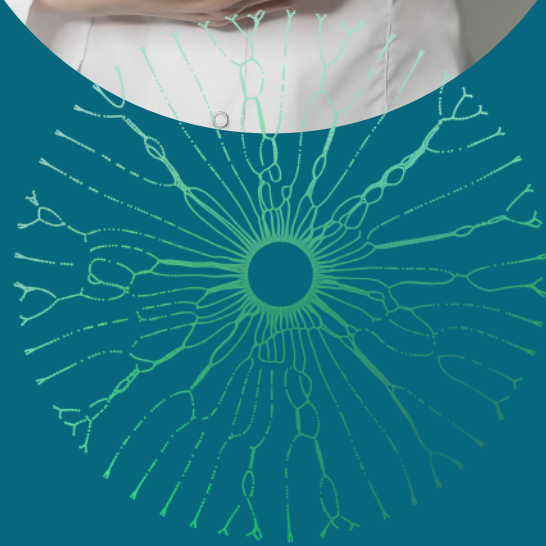
O tratamento do câncer de tireoide inclui fundamentalmente cirurgia, iodoterapia e terapia hormonal. Radioterapia, quimioterapia e terapia-alvo são raramente indicados.

O tratamento padrão é a cirurgia, com exceção de algumas formas bem raras da doença: o câncer de tireoide anaplásico e o linfoma. Como os carcinomas papilíferos podem aparecer nos dois lobos da glândula e o carcinoma folicular é mais agressivo, a tendência é remover toda a tireoide. Nos casos de carcinomas papilíferos com menos de 1 cm, sem sinais de comprometimento de órgãos próximos, o cirurgião pode retirar apenas o lado comprometido da tireoide, o que os médicos chamam de lobectomia. Para alguns casos selecionados, o seguimento sem tratamento também pode ser uma opção a ser considerada em casos especiais.

Se houver gânglios linfáticos próximos atingidos pela doença, eles também são retirados. Esse procedimento cirúrgico é chamado esvaziamento cervical. Essas cirurgias podem ser realizadas por técnicas convencionais, endoscópicas (através da boca) ou ainda robótica por incisão atrás da orelha. Em alguns casos, células cancerosas que ainda permaneçam no local são eliminadas posteriormente com a iodoterapia. Normalmente, o paciente tem alta do hospital em um dia após a cirurgia. Antes dela, o especialista pode pedir também um exame das cordas vocais, porque, em casos raros, a cirurgia pode causar rouquidão temporária ou permanente. A cirurgia também pode causar dano às paratireoides, glândulas que ficam perto da tireoide e que ajudam a controlar o metabolismo de cálcio. Quando isso acontece, o paciente pode ter queda dos níveis de cálcio no sangue, ter espasmos musculares e sensação de dormência. A melhor maneira de reduzir esses riscos é procurar um cirurgião de cabeça e pescoço experiente.

Antes da iodoterapia, o paciente pode receber uma injeção de TSH ou permanecer sem tomar o hormônio T4, situação em que o TSH se eleva espontaneamente para estimular o tecido que restou da glândula e as células cancerosas a absorver o iodo radioativo. Depois, o paciente pode ou não ter a necessidade de ser internado para iodoterapia. Nesses casos, ele ingere a cápsula e fica isolado por um ou dois dias por causa da radioatividade. O tratamento pode desregular o ciclo menstrual e as pacientes são aconselhadas a evitar engravidar nos primeiros 6 a 12 meses após o término da terapia.

Sem a tireoide, os pacientes não têm mais como produzir os hormônios dessa glândula e, por causa disso, têm de fazer reposição hormonal pelo resto da vida com comprimidos. Os hormônios que a tireoide sintetiza inibem a ação do TSH, produzido na pituitária e que estimula o crescimento da tireoide e provavelmente o das células cancerosas também. Por isso, é importante que os níveis de TSH se mantenham baixos, reduzindo o risco da volta do câncer, a recidiva.



Após a cirurgia, o paciente pode necessitar tratamento complementar com iodo radioativo, que mata células cancerosas que eventualmente não foram removidas na cirurgia ou que já tinham se espalhado para os gânglios linfáticos e outros órgãos. Como a tireoide absorve quase todo o iodo do organismo, esse tratamento tem pouco efeito sobre outras células saudáveis.

Radioterapia

Se o paciente tiver indicação para radioterapia, ou seja, quando ele não capta iodo radioativo ou já não pode mais utilizá-lo em seu tratamento, pode ser recomendada a radioterapia. Antes de iniciar o tratamento é preciso que o paciente passe por uma avaliação dentária prévia tratamento. Em geral, o estomatologista irá orientá-lo em procedimentos para diminuir ainda mais o risco de efeitos colaterais.

A radioterapia utilizada no tratamento do câncer de tireoide pode ter indicação pós-operatória (para eliminar eventuais depósitos de células cancerosas que não podem ser vistas ou retiradas na cirurgia), radical para tratamentos em que não há indicação ou condição para cirurgia, bem como para aliviar sintomas, como dor, sangramentos, dificuldades para engolir e problemas causados por metástases ósseas.

Nela, utiliza-se aceleradores lineares, que são equipamentos de alta tecnologia comandados pela equipe assistencial e por computadores com alta precisão na dosagem e posicionamento dos pacientes. Em geral, são necessárias cinco sessões semanais, de segunda a sexta feira, ao longo de um período que varia de cinco a sete semanas.

Todos os tratamentos são feitos com máscaras individuais, as quais dão maior segurança e conforto para o paciente. Sua moldagem é feita no próprio departamento de radioterapia para que o paciente sintá-se confortável e seguro.

Técnicas modernas são utilizadas para os tratamentos dos cânceres de cabeça e pescoço, incluindo as glândulas salivares, dentre elas, destacando-se o IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy ou Radiação com Modulação da Intensidade do Feixe) em que se concentra a dose no local onde há doença e se diminui a dose nos tecidos normais ao redor da lesão, reduzindo significativamente a incidência de efeitos colaterais. A radioterapia pode causar perda parcial ou completa do paladar e afetar as glândulas salivares, tornando a boca mais seca, em geral, durante o tratamento, sendo que a recuperação ocorre em até 4 a 6 meses.

Danos de longo prazo são raros, mas podem ocorrer. Nos ossos, o principal sintoma da osteorradionecrose é a dor, que também o deixa mais sujeito a fraturas. Algumas vezes, o osso quebrado se consolida, mas em raríssimas situações é preciso removê-lo cirurgicamente. Dentes submetidos à radiação podem ficar cariados e visitas ao dentista e aplicações de flúor podem ajudar a evitar esse problema.

O serviço de Radioterapia do A.C. Camargo Cancer Center – detentor do nível máximo de Acreditação pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), órgão das Nações Unidas (ONU) – atua de forma interdisciplinar e integrada com todos os outros serviços. É formado por médicos rádio-oncologistas, físicos, dosimetristas e técnicos, além de contar com o apoio de outras equipes, como a Enfermagem e a Nutrição.

À disposição dos pacientes, está um completo parque tecnológico, que inclui aceleradores lineares de última geração e modernas técnicas de tratamento, como a Radioterapia Conformada ou Tridimensional (RT3D), Radioterapia Convencional (RT2D), Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT), Radioterapia Intraoperatória, Radiocirurgia ou Radioterapia Estereotáxica Fracionada (REF), Radiocirurgia (RCIR), Braquiterapia e Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT).

Tratamento sistêmico

Como a maioria dos tumores de tireoide são diagnosticados em estágio inicial, em geral, a cirurgia com ou sem complementação com iodoterapia são tratamentos suficientes. Para os raros casos com doença mais avançada, que já se espalhou ou que recidivou após o tratamento cirúrgico, pode ser indicado tratamento sistêmico. Porém, mesmo nesse cenário, a doença costuma ter uma evolução lenta, não exigindo qualquer tipo de tratamento num primeiro momento. Quando indicado, o tratamento sistêmico é realizado por meio da terapia-alvo, pois os tumores de tireoide costumam ser resistentes à quimioterapia. Como o próprio nome já diz, essas drogas visam alvos específicos, que caso presentes nas células tumorais, possibilitam terapias com alta chance de resposta e com menos efeitos colaterais, tendo em vista sua ação específica e direcionada. Uma rara exceção a esse comportamento menos agressivo são os tumores anaplásicos. Nessa neoplasia, dada sua agressividade, é geralmente indicado tratamento sistêmico com quimioterapia ou terapia-alvo no momento do diagnóstico e, posteriormente, oferecido tratamento local com radioterapia ou cirurgia.

Para mais informações:

- Acesse <https://www.accamargo.org.br/form/agendar-consulta> e agende a sua consulta.

