

Cancro da tiroide

Falamos de cancro ou carcinoma da tiroide quando estamos na presença de uma lesão, quase sempre com a aparência de um nódulo nos exames de imagem, constituída por células da tiroide que, consequência de uma ou mais alterações genéticas, adquiriram a capacidade de se multiplicar, não respeitando os limites da glândula. Estas células têm assim o potencial de invadir os tecidos vizinhos da tiroide, os gânglios linfáticos regionais e, mais raramente, órgãos ou estruturas distantes, como o pulmão e o osso.

Quais os sinais de alerta para o cancro da tiroide?

O carcinoma da tiroide, na altura do diagnóstico é, na generalidade dos casos, pouco sintomático. De facto, este diagnóstico surge, frequentemente, na sequência do estudo clínico de um nódulo indolor, localizado nesta glândula.

A deteção de um nódulo no pescoço deve motivar a procura de uma avaliação médica, que deverá ser especialmente célere se este estiver a aumentar de volume ou se surgir associado a sintomas como rouquidão ou dificuldade em respirar ou em engolir.

O facto da sintomatologia associada ao carcinoma da tiroide ser, na generalidade dos casos, discreta ou inexistente, não justifica a realização de exames de rastreio, como a ecografia do pescoço. As lesões malignas da tiroide que só são detetadas com recurso a este exame são, no geral, de pequena dimensão e não têm um impacto significativo na esperança de vida.

O Cancro da Tiroide é Frequente?

A prevalência de nódulos da tiroide na população é muito alta, especialmente nas mulheres, aumentando com a idade. São, na sua grande maioria, benignos, não carecendo, regra geral, de qualquer tratamento. Calcula-se que apenas cerca de 5% das pessoas com um ou mais nódulos da tiroide, tenha um tumor maligno.



Os cancros da tiroide são todos iguais?

Não, existem vários tipos de tumores malignos da tiroide.

A tiroide tem, na sua constituição, duas espécies de células endócrinas, que produzem hormonas que são lançadas na circulação sanguínea - a célula folicular, que segrega as hormonas tiroideias T4 e, em menor quantidade, T3 e a célula C ou parafolicular, que produz calcitonina. Estas células, quando se tornam malignas, dão origem a tumores distintos.

Os tumores malignos mais frequentes têm origem na célula folicular e são globalmente designados por carcinomas bem diferenciados. Apresentam, na generalidade dos casos, um excelente prognóstico, com sobrevida superior a 95% aos 10 anos. Dividem-se em dois grupos principais:

- O carcinoma papilar - É o tipo mais prevalente de carcinoma da tiroide, representando 85% a 90% da totalidade dos casos. Os núcleos das suas células apresentam alterações que são típicas. Do ponto de vista clínico originam, com frequência, metástases nos gânglios linfáticos do pescoço.

- O carcinoma folicular - Representa menos 10% da totalidade dos carcinomas da tiroide e, ao contrário do carcinoma papilar, não está tipicamente associado ao surgimento de metástases ganglionares. Alguns casos, mais agressivos, podem originar metástases à distância, envolvendo, por exemplo, o osso ou o pulmão.

Os carcinomas pouco diferenciados e, de forma mais acentuada, o carcinoma anaplásico ou indiferenciado, são constituídos por células foliculares que perderam muitas das suas características originais ou seja, sofreram um processo que designamos tecnicamente por desdiferenciação. São tumores muito raros, afetam tendencialmente pessoas mais velhas e apresentam um comportamento clínico mais agressivo, quando comparados com as formas bem diferenciadas.

Quando o carcinoma da tiroide tem origem nas células C, é designado por carcinoma medular da tiroide. Este tumor representa 1 a 2% da totalidade dos carcinomas da tiroide e, em cerca de 25% dos casos, é familiar. Quando uma pessoa é diagnosticada com carcinoma medular, a realização de um estudo genético permite identificar, de forma muito fiável, as que têm uma forma familiar da doença. Nestes



casos, o carcinoma medular pode ser acompanhado por outras doenças endocrinológicas.

Só é possível diagnosticar e classificar definitivamente um nódulo maligno através da sua avaliação completa ao microscópio, após a remoção cirúrgica. Trata-se de um exame de anatomia patológica, designado por histologia.

Quais os fatores de risco para vir a ter um cancro da tiroide?

A exposição da tiroide à radiação, sobretudo quando esta ocorre na infância, constitui um reconhecido fator de risco para o desenvolvimento de carcinoma papilar da tiroide.

Também a obesidade, segundo alguns estudos científicos, parece estar associada a um risco acrescido de vir a ter um tumor maligno da tiroide.

Existem vários síndromes genéticas que aumentam a probabilidade de ter carcinoma da tiroide e o facto de ter vários familiares com carcinoma da tiroide de origem folicular aumenta a probabilidade de vir a ter um nódulo maligno.

O risco é especialmente alto nos membros da família mais próximos de uma pessoa com uma forma familiar de carcinoma medular que, por este motivo, deverão ser objeto de avaliação médica e, quando indicado, rastreio genético.

Qual o tratamento para o cancro da tiroide?

Não existe um esquema terapêutico universal, aplicável a todos os tumores malignos da tiroide.

A cirurgia tem um papel central no tratamento do carcinoma bem diferenciado da tiroide e, numa percentagem significativa dos casos, é curativa. Até há poucos anos, este diagnóstico implicava uma operação cirúrgica que, no mínimo, envolvia a remoção da totalidade da tiroide, designada por tiroidectomia total. Nos últimos anos tem-se verificado uma tendência para reduzir a agressividade do tratamento deste tipo de tumores. Nos casos considerados menos agressivos, passou a ser aceite que apenas se proceda à remoção da metade da tiroide onde se localiza o tumor, procedimento designado por hemitiroidectomia. Trata-se de uma operação com menos riscos e que, regra geral, dispensa a toma de medicação para toda a vida.



Nos tumores bem diferenciados da tiroide, pode ser necessário realizar um tratamento complementar, com iodo radioativo (Iodo-131), após a remoção da totalidade da glândula (tiroidectomia total). Trata-se de uma forma de radioterapia, dirigida às células foliculares da tiroide. Optamos por efetuar este tratamento quando, por exemplo, se considera existir risco de reativação (recidiva) do tumor. É geralmente muito bem tolerado. Obriga, no entanto, a um internamento numa estrutura especificamente preparada para este fim, na maioria dos casos com o único objetivo de proteger a comunidade da exposição desnecessária à radiação.

A toma de hormona da tiroide (levotiroxina), sob a forma de comprimido, numa dosagem ligeiramente superior à habitualmente utilizada no tratamento do hipotireoidismo, constitui outro dos pilares do tratamento dos carcinomas bem diferenciados da tiroide. A sua prescrição, em casos selecionados, procura reduzir o risco de multiplicação das células malignas.

Alguns tumores da tiroide, de tipos histológicos mais agressivos, podem invadir estruturas nobres do pescoço, como por exemplo a traqueia, ou disseminar-se à distância, dando origem a metástases noutros órgãos. Nos últimos anos têm surgido várias opções terapêuticas, onde se incluem vários medicamentos, que permitem controlar a evolução do tumor e melhorar a qualidade de vida.

Diagnosticaram-me um cancro da tiroide. Onde devo procurar ajuda?

As pessoas com tumores malignos da tiroide devem ser tratadas e vigiadas em centros com equipas multidisciplinares dedicadas a esta patologia, onde devem estar incluídos, entre outros especialistas, endocrinologistas com experiência em oncologia da tiroide.

