

CARCINOMA DA TIRÓIDE E GRAVIDEZ

LUÍS MARQUES, CARLOS LOPES

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Hospital de S. João. Porto
Serviço de Cirurgia. Hospital Militar Principal. Lisboa

RESUMO/SUMMARY

Os autores referem a incidência, características etiológicas particulares, prognóstico e tratamento do carcinoma diferenciado da tiróide na mulher grávida. Referem outros tumores menos frequentes que também podem ocorrer na gravidez. São discutidos vários protocolos para tratamento do carcinoma diferenciado da tiróide tendo em atenção que a altura ideal para o efectuar terá de ser individualizado considerando o tipo de tumor, o estágio, o tempo de gestação e o estado psicológico da doente.

Palavras-chave: carcinoma da tiróide, gravidez

THYROID CARCINOMA AND PREGNANCY

The authors refer particular aetiological features, prognostic and different types of thyroid carcinoma treatment on pregnant women. There are also other kind of tumours occurring during this time, although not so frequent. There are some protocols in discussion to treat these kind of thyroid carcinoma, considering that the problem must be specified according to the type of tumour, stadium, pregnancy time and the patient psychological state.

Key words: thyroid carcinoma, pregnancy

O nódulo da tiróide é diagnosticado pelo exame clínico em cerca de 10% das grávidas¹; a citologia aspirativa com agulha fina (CAAF) é o método com sensibilidade e especificidade mais elevadas para determinar da benignidade ou malignidade da lesão.

Os carcinomas diferenciados, papilar e folicular, são os tumores da tiróide mais frequentes e predominam no sexo feminino; a sua prevalência é sobretudo mais elevada no período fértil podendo atingir uma em cada mil grávidas². A gonadotrofina coriónica humana (hGC) elevada e o hiperestrogenismo, característicos da gravidez, são apontados como os principais factores responsáveis³. Vários estudos têm procurado avaliar outros factores que possam influenciar esta prevalência elevada, de que se destacam: a idade tardia da menarca⁴, a utilização prévia de contraceptivos orais⁵, a história de aborto⁶, o número de gestações⁷ e o aleitamento³; porém, os resultados são frequentemente inconcludentes ou discordantes.

Para alguns autores, estes carcinomas diferenciados seriam mais agressivos durante a gravidez porque a ligação

da hGC aos receptores da tireotrofina (TSH-R) estimularia o crescimento tumoral⁸ e de modo semelhante actuariam os estrogénios ao ligarem-se a receptores específicos, cuja presença nas células tumorais é afirmada por uns e negada por outros⁹.

Durante a gravidez podem ocorrer mais raramente outros tumores da tiróide, como o carcinoma medular da tiróide e o carcinoma indiferenciado que apresentam pior prognóstico.

A terapêutica destas patologias é obviamente cirúrgica mas a altura ideal para a realizar não é consensual e a decisão deve ter em conta vários aspectos:

§ A cirurgia durante a gravidez aumenta o risco de aborto no primeiro trimestre e o risco de parto prematuro no terceiro trimestre; assim, o segundo trimestre poderá ser o período mais adequado para a efectuar se premente^{1,10}.

§ O prognóstico dos carcinomas papilar e folicular na mulher e dentro do mesmo grupo etário, não é influenciado pela gravidez e o adiamento do acto cirúrgico para depois

do parto não o agrava, mesmo em presença de metastização ganglionar cervical².

§ Em presença de tumores da tiróide potencialmente mais agressivos como é o caso do carcinoma medular¹ ou do carcinoma indiferenciado^{11,12}, a cirurgia deverá ser efectuada com a maior urgência possível.

Assim, o tratamento e a altura ideal para o efectuar terão que ser individualizados, tendo em consideração o tipo de tumor, o estágio, o tempo de gestação e o estado psicológico da doente.

Nos carcinomas diferenciados (papilar e folicular) poderá optar-se pelo adiamento da intervenção cirúrgica para após o parto; porém, alguns autores preferem a cirurgia no segundo trimestre quando o diagnóstico é precoce, quando se verifica um rápido crescimento tumoral antes da 20^a semana ou se o estado psicológico da doente o justifica^{1,2,10}. As doentes com carcinoma medular devem ser operadas logo após o diagnóstico, sendo necessário o rastreio prévio de casos familiares e da neoplasia endócrina múltipla (MEN); tumores com um diâmetro superior a 1 cm e a presença de adenopatias regionais reforçam a urgência da intervenção¹. Nos casos de carcinoma indiferenciado, um tumor extremamente raro na gravidez, o acto cirúrgico, quando indicado, deverá ser o mais precoce possível e poderá colocar-se a hipótese da interrupção voluntária da gravidez de acordo com o estipulado na lei.

É controversa a prescrição de terapêutica frenadora com tiroxina enquanto a doente não é operada. Durante a gravidez está vedado qualquer estudo cintigráfico ou o tratamento com iodo¹³¹.

BIBLIOGRAFIA

1. HAY ID: Nodular thyroid disease diagnosed during pregnancy: how and when to treat. *Thyroid* 1999;9(7): 667-670
2. MOOSA M, MAZZAFERRI EL: Outcome of differentiated thyroid cancer diagnosed in pregnant women. *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82:2862-2866
3. ROSSING MA, VOIGT LF, WICKLUND KG, DALING JR: Reproductive factors and risk of papillary cancer in women. *Am J Epidemiol* 2000;151(8):765-772
4. AKSLEN LA, NILSSEN S, KAVE G: Reproductive factors and risk of thyroid cancer. A prospective study of 63,090 women from Norway. *Br J Cancer* 1992;65:772-774
5. SAKODA LC, HORN-ROSS PL: Reproductive and menstrual history and papillary thyroid cancer study. *Cancer Epidemiology Biomarkers* 2002;11(1):51-57
6. PRESTON-MARTIN S, BERNSTEIN L, PIKE MC, MALDONADO AA, HENDERSON BE: Thyroid cancer among young women related to prior thyroid disease and pregnancy history. *Br J Cancer* 1987;55:191-195
7. KRAVDAL O, GLATTRE E, HALDORSEN T: Positive correlation between parity and incidence of thyroid cancer: New evidence based on complete Norwegian birth cohorts. *Int J Cancer* 1991;49:831-836
8. MASAYOSHIMURA et al: Mechanism of thyroid stimulation by human chorionic gonadotropin in sera of normal pregnant women. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1991;124:173-178
9. JAKLIC BR, RUSHIN J, GHOSH BC: Estrogen and progesterone receptors in thyroid lesions. *Ann Surg Oncol* 1995;2:429-434
10. VINI L, HYPER S, PRATT B, HARMER C: Management of differentiated thyroid cancer diagnosed during pregnancy. *Eur J Endocrinol* 1999;140(5):404-406
11. WONSICK CHO E and I: Ross McDougall. Thyroid cancer in pregnant women: diagnostic and therapeutic management. *Thyroid* 1994; 4(4): 433-435
12. KENNETH L: BeckKer. 2001. Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. 3 th ed. 1084