

NÓDULO DA TIROIDE E GRAVIDEZ

SERAFIM ROSAS

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Hospital de Sto. André. Leiria

RESUMO/SUMMARY

O autor refere a incidência e prevalência do nódulo da tiróide na população em geral. Refere a metodologia normal no estudo do nódulo da tiróide e o que terá de mudar quando a paciente é uma mulher grávida. Neste caso a caracterização do nódulo deverá ser feita pela citologia e ecografia. Não são referidas diferenças entre grávidas e não grávidas com carcinoma papilar da tiróide, em relação à incidência de recorrências, metastização e mortalidade. Discute as diferentes opções quanto ao momento mais oportuno para proceder à intervenção cirúrgica.

Palavras chave: nódulo da tiróide, gravidez

A ocorrência de nódulo da tiroide clinicamente detectável é um acontecimento comum.

Apenas uma pequena percentagem destes nódulos (5 a 10%), vem a ser confirmado como sendo de natureza maligna, consistindo essa diferenciação diagnóstica uma das tarefas mais importantes dos endocrinologistas.

A descoberta dum nódulo cervical é sempre alarmante para qualquer doente e com maioria de razão quando isso ocorre numa jovem que projecta a preocupação com a sua saúde no futuro bebé. Felizmente só raramente se verificará tratar-se de um nódulo maligno.

Quando o clínico é confrontado, durante a gravidez com um nódulo já conhecido e objecto de decisão terapêutica, não há habitualmente razão para proceder a revisão do seu estudo e decisão, neste período da vida da mulher.

Os nódulos reconhecidos pela primeira vez durante a gravidez devem ser submetidos a avaliação diagnóstica idêntica aos nódulos que ocorrem noutra fase da vida. Vários trabalhos, disponíveis na literatura¹⁻³ consagram a metodologia a seguir na sua investigação e tratamento.

THYROID NODULE AND PREGNANCY

The author refer that thyroid nodule occur quite often in general population. He also mention research methods, and how they could be changed when pregnant women in concern. Therefore this prognosis must be done through cytology and ultrasounds. When related to rate of occurrence, metastasis and mortality, there are no differences between pregnant or non-pregnant women with thyroid papillary carcinoma. He also discusses the options and when it is the right time to surgery.

Key words: thyroid nodule, pregnancy

A cintigrafia está formalmente contraindicada em todas as fases da gravidez.

Ganha assim relevo a caracterização do nódulo através da ecografia e da citologia aspirativa. Esta última deve ser executada em todos os nódulos palpáveis e interpretada por citologista experiente neste exame, sob pena de carecer de valor⁴. A ecografia pode ter papel relevante na avaliação do crescimento do nódulo durante a gravidez⁵.

Quando a citologia aspirativa é suspeita de tumor folicular ou tumor de células de Hurtle, existe um risco de cerca de 10% de se tratar de carcinoma. Contudo a caracterização do tumor como maligno depende da verificação da existência de invasão da cápsula pelo tumor e esta, quando existe é frequentemente mínima. Fora da gravidez, é recomendável proceder imediatamente à programação da terapêutica cirurgica. Na grávida é quase sempre aceitável programar a intervenção cirurgica para o período pós-parto.

Um estudo recente⁶, não encontrou diferenças, entre grávidas e não grávidas com carcinoma papilar da tiroideia, em relação á incidência de recorrência, metastisação e mortalidade. A evolução foi semelhante quando a

intervenção cirúrgica foi realizada durante ou após a gravidez, concluindo-se não ser imperiosa a execução da tireoidectomia durante a gravidez.

Contudo, quando a citologia aspirativa é suspeita de carcinoma papilar é desejável a programação imediata da intervenção cirúrgica, provavelmente durante a gravidez, especialmente se o maior diâmetro do tumor for superior a 10 mm e se a ecografia cervical revelar gânglios linfáticos aumentados de volume suspeitos de corresponderem a metastases. Neste caso poderá ser tentado programar com vista a evitar o risco de aborto no primeiro trimestre e o risco de parto prematuro no terceiro trimestre.

Todo o estudo e terapêutica com iodo radioactivo decorrente da classificação do tumor deverá ser deferido para depois do fim da amamentação.

BIBLIOGRAFIA

1. FELD S, GARCIA M, BASKIN HJ, COBIN RH, GHARIB H, HAY ID, KAPLAN EM, MAZZAFERRI EL: AACE clinical practice guidelines for the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocr Pract* 1996;2:78-84
2. MAZZAFERRI EL: Management of a solitary thyroid nodule. *N Engl Med* 1993; 328:553-559
3. SINGER PA, COOPER DS, DANIELS GH et al: Treatment guidelines for patients with thyroid nodules and well-differentiated thyroid cancer. *Arch Intern Med* 1996; 156:2165-2172
4. GHARIB H, GOELLNER JR: 1993 Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: An appraisal. *Ann Intern Med* 118:282-289
5. ROSAS S: A importância da ecografia no estudo das doenças da tiroideia *Endoc Metab Nutr* 1997; 3(6)
6. MOSSA M, MAZZAFERRI EL: Outcome of differentiated thyroid cancer diagnosed in pregnant women. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82:2862-2866