



AVALIAÇÃO CLÍNICA E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO CARCINOMA BEM DIFERENCIADO DA TIREOIDE: ANÁLISE DE DUAS COORTES LONGITUDINAIS E RETROSPECTIVAS 1961 a 1992 e 1993 a 2018.



Pimentel PFO¹, De Bei JM¹, Di Trani MT¹, Jordão REA¹, Miazaki AP, ¹Fernando A, Arcadipane MC.

1- Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí/SP.

INTRODUÇÃO

O carcinoma da tireoide é o mais comum dos tumores endócrinos e divide-se em tumores bem diferenciados e não diferenciados. Entre os bem-diferenciados, o carcinoma papilífero e o carcinoma folicular representam mais que 90% dos casos. O tumor da tireoide consiste no quinto tumor mais prevalente em mulheres no Brasil e sua incidência aumenta globalmente nos últimos anos. Os sistemas de estratificação de risco são indispensáveis para identificar os níveis de sua agressividade, destacam-se três sistemas de classificação: Classificação TNM da American Joint Committee on Cancer - TNM/AJCC, sistema de estratificação de risco da American Thyroid Association (ATA) e A estratificação de risco dinâmico (DRS) definida pelo Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York.

OBJETIVO

Avaliar estratificação de risco do carcinoma bem diferenciado da glândula tireoide (CBDT) nas coortes analisadas de 1961 a 1992 e de 1993 a 2018; Comparar os dados demográficos, clínicos e cirúrgicos entre as duas coortes;

MÉTODOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética, pela plataforma Brasil, número comprovante: 075563/2019 e CAAE: 15933419.0.0000.5412.

O presente trabalho foi desenvolvido por meio da análise de prontuários de pacientes com o diagnóstico de CBDT, em dois períodos de análise. Primeiro período 1961 a 1992 (designado como coorte 1), representado por 202 doentes que compõem a amostra utilizada no trabalho, não publicado, de Tese de Doutorado, defendida e aprovada no curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pelo orientador do presente projeto, em 2001. Segundo período 1993 a 2018 (designando como coorte 2) foi representado pelos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico por CBDT, oriundos do serviço de cabeça e pescoço da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), com atuação nos Hospitais de seus campos de estágios e os pacientes da clínica particular do orientador, representados por 76 pacientes no período de análise.

Os dados obtidos dos prontuários por meio do formulário padronizado foram utilizados para as duas coortes. Todos os dados foram compilados em banco de dados e submetidos à análise estatística descritiva..

RESULTADOS

A descrição será sempre em primeiro lugar todas as características da coorte 1 com 202 pacientes seguida da coorte 2 com 76 pacientes.

A maioria dos pacientes era de mulheres 73,8% e 73,7%; e a mediana, a média e a variação de idade, em anos, foi de 40; 42,3 (6 – 85) e 44,5; 45,2 (13 – 84).

A queixa principal para procura de atendimento foi presença de nódulo em região cervical em 64,9% e “incidentaloma”, ou seja, achado de alteração da tireoide em exame de imagem, em especial ultrassonografia, em 44,7%. A cirurgia foi indicada para os pacientes da coorte 1 pelos dados clínicos e a cintilografia da glândula tireoide e para os pacientes da coorte 2, por meio da citologia dos nódulos tireoidianos, com classificação de Bethesda V e VI representando 46,1%.

Entre os achados anatomopatológicos o carcinoma papilífero estava presente em 72,8% e 77,6% de todos os casos, o grau de diferenciação histológica foi predominantemente o bem diferenciado em 70,8% e 75,0%, a localização do tumor primário na glândula tireoide foi mais incidente no lobo direito com 50,5% e 42,1%

Tabela 1: Estadiamento TNM

	COORTE 1		COORTE 2	
	N: 202	%	N: 76	%
TNM (ano da cirurgia)				
Estádio I	121	59,9	57	75,0
Estádio II	56	27,7	9	11,0
Estádio III	20	9,9	3	3,9
Estádio IV	5	2,5	2	2,6
TNM (8a edição)				
Estádio I	176	87,1	45	59,2
Estádio II	22	10,9	6	7,9
Estádio III			2	3,6
Estádio IVA				
Estádio IVB	4	2,0	13	17,1

Tabela 2: Estadiamento AMES, AGES, MACIS

	COORTE 1		COORTE 2	
	N: 202	%	N: 76	%
AMES				
Baixo Risco	172	85,1	40	52,6
Alto Risco	30	14,9	31	40,8
MACIS				
Baixo Risco	178	88,1	61	80,3
Alto Risco	24	11,9	8	10,5
AGES				
Baixo Risco	154	76,2	61	71,1
Alto Risco	8	23,8	8	19,7

Em relação ao Status: Pacientes vivos sem evidências de doença: 71,8% e 96,1%; Pacientes com recidivas locais e/ou metástases a distância: 11,4% e 3,9%; Doentes que faleceram pelo CBDT: 8,9% e 0,0%; Doentes que faleceram por causa não relacionada ao CBDT: 14,9% e 0,0%; Doentes que não puderam ser contatados no período do último levantamento, considerados como perda de seguimento: 4,5% e 0,0%.

CONCLUSÃO

Com os dados obtidos no presente trabalho observamos que a resposta ao tratamento inicial foi superior na coorte 2, com o viés da falta de dados nos prontuários em relação a estratificação de risco. Não observamos diferenças numéricas nos dados demográficos, clínicos e cirúrgicos entre as duas coortes;

REFERÊNCIAS

- 1.Silva JAG. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/index.asp>. 2.Ashorobi D, et al. Cancer, Follicular Thyroid. [Updated 2019 Apr 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan. 3.Cabanillas ME, et al. Thyroid cancer. Lancet. 2016;388:2783-95. 4.Haugen, BR, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26(1):1-270. 5.Morosán YJ, et al. Dynamic prediction of the risk of recurrence in patients over 60 years of age with differentiated thyroid carcinoma. Arch Endocrinol Metab. 2016;60(4):348-54.