

## *Avaliação dos Remanescentes Tiroideanos Após Tireoidectomia Total Para Carcinoma de Tireóide*

**cartas ao editor**

A MENSURAÇÃO DOS REMANESCENTES tiroideanos após a tireoidectomia total é importante na indicação da radioiodoterapia (1-4) e como preditor de ablação completa (5). Captação em leito tiroideano constitui indicação de radioiodo em pacientes que se beneficiam deste tratamento (1-4). Na predição de resposta, a massa estimada pelo ultrassom (US) tem grande valor, com maior chance de ablação completa se esta for < 2g (5).

Com o objetivo de determinar o melhor método de avaliação dos remanescentes pós-cirúrgicos, selecionamos 20 pacientes com carcinoma diferenciado de tireóide submetidos à tireoidectomia total e sem metástases que, após a cirurgia, não apresentavam restos tiroideanos pela avaliação dos cirurgiões e pelo exame clínico. Verificamos o resultado do US cervical, da captação em leito tiroideano em 24h (dose traçadora de 300mCi de iodo 131), da tireoglobulina (Tg) com e sem levotiroxina (L-T4) e dos níveis de TSH após a retirada do hormônio tiroideano.

US visualizou remanescentes tiroideanos em 12 pacientes (massa estimada de 0,8 a 1,8g). Captação em leito tiroideano foi detectada em todos, sendo < 1% naqueles sem remanescentes no US, e também em 8/12 pacientes com US positivo. Houve uma correlação positiva entre a captação e a massa estimada pelo US ( $r= 0,32$ ,  $p< 0,05$ ). Tg em uso de L-T4 foi indetectável em todos, e, após a suspensão, 16 permaneceram com estes valores e os demais < 2ng/ml. Todos alcançaram TSH > 50mUI/l após a retirada de L-T4.

Concluímos que a estimativa do cirurgião, o exame clínico, a Tg em uso de L-T4 e um TSH > 30mUI/l não foram capazes de distinguir pacientes com e sem remanescentes tiroideanos pós-cirúrgicos. Captação foi positiva em leito tiroideano mesmo em pacientes sem remanescentes no US, mas a correlação com a massa foi pequena. Assim, a medida da captação pós-operatória em leito tiroideano parece ser mais sensível para presença de remanescentes (6), enquanto o US é o melhor método para qualificar estes restos (5,7), ambos sendo testes complementares.

*Pedro Wesley Souza Rosário  
Eduardo Lanza Padrão  
Leonardo Lamego Rezende  
Álvaro Luis Barroso*

*INAL Ciências e Saúde,  
Belo Horizonte, MG.*

### REFERÊNCIAS

1. Mazzaferri EL. NCCN thyroid carcinoma practice guidelines. **Oncology** 1999;13 (suppl 11A):391-442.
2. Society of Nuclear Medicine procedure guideline for therapy of thyroid disease with iodine-131 (sodium iodide). **Society of Nuclear Medicine, Inc. - Medical Specialty Society. 2002 Feb 10.**
3. Schlumberger MJ. Medical progress-papillary and follicular thyroid carcinoma. **N Engl J Med** 1998;338:297-306.
4. DeGroot LJ, Pacini F. Thyroid neoplasia. In: **Thyroid Disease Manager**. DeGroot LJ and Hennemann G. <http://www.thyroidmanager.org>

5. Maxon HR, Englaro EE, Thomas SR, et al. Radioiodine-131 therapy for well-differentiated thyroid cancer - a quantitative radiation dosimetric approach: outcome and validation in 85 patients. **J Nucl Med** 1992;33:1132-6.
6. Fratkin MJ, Newsome HH Jr, Sharpe AR Jr, Tatum JL. Cervical distribution of iodine 131 following total thyroidectomy for thyroid cancer. **Arch Surg** 1983;118:864-7.
7. Arslan N, Ilgan S, Serdengeçti M, Ozguven MA, Bayhan H, Okuyucu K, et al. Post-surgical ablation of thyroid

---

remnants with high-dose (131) I in patients with differentiated thyroid carcinoma. **Nucl Med Commun** 2001;22:1021-7.

**Endereço para correspondência:**

Pedro Wesley Souza Rosário  
Rua Grão Pará 304 - 903  
30150-340 Belo Horizonte, MG  
E-mail: pedrorosario@globo.com