

## ESTUDO DA PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS TIREOIDIANAS EM PACIENTES TIREOIDECTOMIZADOS NO HOSPITAL DA SANTA CASA DE GOIÂNIA

### PREVALENCE OF THYROID DISEASES IN PATIENTS SUBMITTED TO THYROIDECTOMY AT THE SANTA CASA DE GOIÂNIA HOSPITAL

Alexandre Roberti<sup>1</sup>; Abrão Rapoport, ECBC-SP<sup>2</sup>

**RESUMO: Objetivo:** O Estado de Goiás deixou de ser oficialmente considerado como região endêmica de bócio em 1995. O objetivo deste estudo é verificar a correspondência entre os diagnósticos das doenças tireoidianas (bócio endêmico, tireoidites e câncer), observados nos laudos anátomo-patológicos e nas observações dos inquéritos epidemiológicos. **Método:** Estudo retrospectivo de 1399 pacientes submetidos a tireoidectomias na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia de 1993 a 2003, e que resultaram em 1610 diagnósticos anátomo-patológicos. **Resultados:** Os resultados dos exames anátomo-patológicos dos pacientes revelaram: a) adenoma folicular 155 (9,63%); b) outros adenomas 29 (1,8%); c) bócio adenomatoso 87 (5,4%); d) bócio colóide 981 (60,9%); e) carcinoma folicular 36 (2,24%); f) carcinoma indiferenciado 3 (0,19%); g) carcinoma papilífero 93 (5,78%); h) cistos 9 (0,56%); i) bócio difuso tóxico 75 (4,66%); j) outras tireoidites 12 (0,75%); l) outras neoplasias malignas 6 (0,38%) e m) tireoidite linfocítica 124 (7,71%). **Conclusões:** O perfil observado com uma prevalência alta de tireoidite linfocítica e carcinoma papilífero se correlaciona realmente com região não endêmica (*Rev. Col. Bras. Cir.* 2005; 32(5): 226-228).

**Descritores:** Estudo transversais; Doenças da glândula tireóide; Deficiência de iodo; Bócio endêmico; Tireoidectomia; Neoplasia da glândula tireóide; Tireoidites.

## INTRODUÇÃO

A tireóide é uma glândula endócrina que apresenta grande dependência do micronutriente iodo, para a produção hormonal. A deficiência de iodo atuando solitariamente ou em conjunto com outras substâncias pode dar origem a uma variedade de doenças, determinadas diretamente pela falta de iodo ou pela deficiência de hormônio tireoidiano<sup>1,2</sup>.

O iodo é encontrado em concentrações variáveis no ar, na terra e nas águas e sua distribuição depende de fatores ligados aos períodos glaciais<sup>1-3</sup>. Doenças ocasionadas pela deficiência de iodo existem em determinadas áreas geográficas e as prevalências destas doenças são influenciadas pelo grau de deficiência de iodo e pelos hábitos alimentares<sup>1</sup>. Aproximadamente 15% da população mundial vive em regiões com carência de iodo e 4 a 5 % desta população sofre com os problemas relacionados a esta carência<sup>2</sup>, ou seja, um bilhão e novecentas mil pessoas estão em risco<sup>4</sup>. Os países em desenvolvimento são os mais afetados, já que suas populações crescem mais rápido e existem problemas relacionados com a profilaxia<sup>2</sup>. A prevalência mundial de crianças em idade escolar com inadequada nutrição de iodo é de 36,4%<sup>4</sup> e a deficiência de iodo é a principal causa evitável de lesão cerebral em fetos e crianças, assim como de retardo do desenvolvimento neuro-psicomotor<sup>5</sup>.

À medida em que o progresso sócio-econômico se instala nas regiões do globo, as dietas ficam mais diversificadas, fato que contribui para uma maior ingestão de iodo<sup>1</sup>. A quantidade de iodo nos alimentos, entretanto, é baixa e suas maiores concentrações são encontradas em peixes,

carnes e derivados do leite. A necessidade diária de iodo é de 100-150 microgramas por dia<sup>1</sup>. Na América Latina a profilaxia com iodo foi excelente no México, Guatemala, Colômbia, Chile, Brasil e Argentina<sup>6</sup>, mas em muitas regiões, por problemas político-administrativos, a incidência das doenças relacionadas à carência de iodo, perfeitamente evitáveis, não tem se mantido em níveis ideais<sup>7</sup>. O bócio endêmico é sua consequência mais frequentemente observada.

Quando em uma população qualquer, a prevalência do bócio ultrapassa 10% é chamado de Bócio Endêmico<sup>2</sup>. A incidência de bócio na prática clínica diária na cidade de Goiânia, Estado de Goiás, sempre pareceu, nas várias especialidades médicas relacionadas ao tema, bastante importante. Esta observação sugeria que poderíamos ainda estar em uma região endêmica para bócio, apesar de, oficialmente, o Estado de Goiás ter deixado de representar área endêmica de bócio desde 1995.

Resolvemos, com este trabalho, estudar a prevalência das diversas doenças tireoidianas observadas em tireoidectomias realizadas na cidade de Goiânia, com o propósito de determinar se o perfil anátomo-patológico dos espécimes cirúrgicos corresponde ao esperado em zona iodocarential ou não.

## MÉTODO

Foram estudados retrospectivamente 1399 pacientes submetidos a tireoidectomias no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia – Hospital Escola da Universidade Católica de Goiás, de janeiro

1. Cirurgião do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia – Universidade Católica de Goiás.

2. Cirurgião do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, São Paulo.

Recebido em: 14/02/2005

Aceito para publicação em: 09/09/2005

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia – Hospital Escola da Universidade Católica de Goiás.

de 1993 a dezembro de 2003. Estes pacientes tiveram seus prontuários analisados e seus laudos anátomo-patológicos revistos. Devido à presença de mais de um diagnóstico em alguns pacientes, obtivemos 1610 diagnósticos diferentes. As tireoidectomias foram indicadas utilizando os critérios clássicos: a) bócios tóxicos; b) bócios simples com suspeita de malignidade; c) bócio simples com sinais ou sintomas de compressão de estruturas do pescoço; d) bócios mergulhantes ou intratorácicos; e) por razões estéticas; f) neoplasias tireoidianas<sup>8</sup>.

Em todos os pacientes as técnicas cirúrgica e anestésicas foram as mesmas.

Quatro tipos de procedimentos sobre a tireóide foram realizados: lobectomia total nos bócios nodulares unilaterais; tireoidectomia total nos nódulos bilaterais; istmectomia excepcionalmente nos nódulos únicos de região ístmica; nos bócio difusos tóxicos o procedimento executado foi lobectomia total unilateral e parcial contralateral.

Os prontuários foram levantados e os dados compilados em uma planilha do Microsoft Excel, onde os cálculos dos percentuais foram realizados.

## RESULTADOS

Os achados anátomo-patológicos foram: a) Adenoma folicular 155 (9,63%); b) Outros adenomas 29(1,8%); c) Bócio adenomatoso 87 (5,4%); d) Bócio colóide 981(60,9%); e) Carcinoma folicular 36(2,24%); f) Carcinoma indiferenciado 3 (0,19%); g) Carcinoma papilífero 93(5,78%); h) Cistos nove (0,56%); i) Bócio difuso tóxico 75 (4,66%); j) Outras tireoidites 12 (0,75%); l) Outras neoplasias malignas seis (0,38%) e m) Tireoidite linfocítica 124 (7,71%) (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

No Brasil o bócio endêmico é conhecido desde o século XIX<sup>9</sup>. As populações indígenas pareciam exibir uma resistência à falta do iodo ou ingeriam alimentos ricos em iodo<sup>9,10</sup>. Diferente do observado em nossa população indígena,

na, nos Maias da Guatemala a doença era comum<sup>10</sup>. Nas populações européias e mestiças do Brasil colônia, a incidência de bócio também era muito alta<sup>9</sup>.

No ano de 1948 foi apresentado projeto de lei que tornava obrigatória a iodetação do sal de cozinha, destinado ao consumo alimentar nas regiões bocígenas do país. Este projeto se transformou em lei apenas em 14 de agosto de 1953<sup>9</sup>. Somente em 1974 a lei 6.150 obrigava todo o sal consumido no Brasil a ser iodado, e a partir de 1977 o sal de consumo animal, com a lei 80.583, passou a ser iodado<sup>9</sup>.

O bócio é uma doença de evolução lenta, caracterizada pela hipertrofia compensadora da tireóide. Com o decorrer do tempo, nos indivíduos expostos aos fatores determinantes, surgem formações nodulares, inclusive com algumas formações císticas, podendo levar a fenômenos compressivos, hemorragia, dor e supuração, podendo ainda estar associados a processos malignos<sup>10,11</sup>.

No Brasil até a presente data foram realizados três inquéritos epidemiológicos para verificar a prevalência de bócio no país, em 1955, 1975 e 1995.

No levantamento de 1955, devido às dificuldades de acesso, uma grande parte do interior do país não foi estudada<sup>10</sup>. Neste inquérito, realizado pela Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Saúde, foram estudados 1129 municípios de 20 estados, quatro territórios e o Distrito Federal, e 866.217 escolares de cinco a 17 anos foram examinados. Determinou-se que existiam aproximadamente 11 milhões de portadores de bócio e uma população estimada de 58 milhões de brasileiros. À época a prevalência no antigo estado de Goiás era de 34%<sup>10</sup>.

No inquérito de 1975, realizado pelo Ministério da Saúde deveriam existir 14 milhões de pessoas com bócio, em uma população estimada de 104 milhões, e a prevalência ainda no antigo Estado de Goiás era de 13,8%. Foi concluído com o estudo que “o bócio endêmico diminuiu em todo o país”. No entanto, haviam evidências de que a iodação do sal não estava sendo processada de forma ideal<sup>10,11</sup>. Neste inquérito as áreas endêmicas detectadas apontavam para a região centro-oeste e zonas rurais da Bahia, Minas Gerais, Mato-Grosso e Pará<sup>12</sup>.

Em Goiás, no inquérito de 1995, foram examinadas 9.841 crianças com uma prevalência de bócio de 2,8%. Nas conclusões do inquérito observava-se que a suplementação do iodo tinha cobertura nacional satisfatória, porém, em concentrações insuficientes.

O fator preponderante para a origem do bócio endêmico é a carência de iodo, e na ausência desta, raramente existe esta doença<sup>3</sup>. Em regiões de bócio endêmico o câncer da tireóide tem sua incidência aumentada<sup>3,13</sup>. A profilaxia com iodo tem efeito na incidência de câncer da tireóide<sup>3</sup>.

Na casuística por nós avaliada encontramos uma prevalência de 132 casos de carcinomas (papilífero, folicular e indiferenciado) com 8,2% dos casos. Destes a grande maioria é de carcinomas papilíferos, em 93 pacientes (70,4%).

A incidência dos diferentes tipos anátomo-patológicos encontrados em uma série de tireoidectomias varia bastante, conforme levamos em consideração os fatores geográficos, ingestão de iodo, indicações cirúrgicas, critérios de ava-

**Tabela 1 - Histopatologia em tireoidectomizados por doenças tireoideanas.**

Histopatologia	n	%
Adenoma folicular	155	9,63
Outros adenomas	29	1,80
Bócio adenomatoso	87	5,40
Bócio colóide	981	60,90
Carcinoma folicular	36	2,24
Carcinoma indiferenciado	3	0,19
Carcinoma papilífero	93	5,78
Cistos	9	0,56
Bócio difuso tóxico	75	4,66
Outras tireoidites	12	0,75
Outras neoplasias malignas	6	0,38
Tireoidite linfocítica	124	7,71
Total	1610	100

liação anátomo-patológico e outros fatores. No entanto, algumas observações parecem estar estabelecidas na literatura médica, como uma maior incidência das formas mais agressivas, como o carcinoma folicular e anaplásico, em detrimento de formas menos agressivas, como o carcinoma papilífero, nas regiões de bócio endêmico<sup>3</sup>. Hedinger<sup>3</sup>, em 1981, em um estudo avaliando dois períodos antes e depois da introdução sistemática de iodo, pôde observar que a incidência de carcinoma papilífero era de 7,8 % antes da iodação e passou para 33,4% após a iodação, havendo uma significativa redução dos carcinomas foliculares de 41,8% para 29,7% e nos anaplásicos de 36,9% para 23,8%. Fierro-Benitez<sup>14</sup>, em um estudo com 844 tireoidectomias, em região endêmica apresentou uma incidência de câncer da tireóide de 9,71 %, com 56,09% de carcinomas papilíferos. Wahner<sup>13</sup>, em estudos de autópsias em região endêmica encontrou entre as neoplasias uma prevalência pouco marcante dos carcinomas papilíferos, 42%, em relação ao folicular 33%, anaplásico 18% e outros 4%<sup>13</sup>.

Observamos na presente casuística que, a prevalência de tireoidite linfocítica foi de 124 (7.71%). A tireoidite linfocítica parece estar mais associada à presença de suficiência de iodo, assim como o carcinoma papilífero da tireóide. A incidência descrita de tireoidite linfocítica pode ser considerada alta. Temos observado que em regiões endêmicas a incidência em geral é baixa com índices como 0.23%<sup>14</sup>.

Em nossa casuística a prevalência de carcinomas é bastante elevada 8.2%. Existe um predomínio marcante dos carcinomas papilíferos 70.4% e uma prevalência igualmente elevada de tireoidite linfocítica 7.71%. Interpretando estas prevalências à luz dos inquéritos epidemiológicos, que apresentam o Estado de Goiás como livre de bócio endêmico desde 1995<sup>12</sup>, podemos inferir que o perfil anátomo-patológico dos pacientes tireoidectomizados, pela predominância de formas menos agressivas e alta incidência de tireoidite linfocítica se parece mais com os achados de regiões não endêmicas. No entanto estudos mais detalhados em relação aos efeitos do tempo sobre a amostra devem ser realizados.

## ABSTRACT

**Background:** The State of Goiás has left the position of an endemic goiter region in 1995. Our objective is to study the correlation between histological diagnosis of thyroid diseases (endemic goiter, thyroiditis and cancer) and results of epidemiological enquiries. **Methods:** Retrospective analysis of 1399 patient files, who underwent thyroid surgery from 1993 to 2003 at the Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. **Results:** We detected 1610 histological diagnosis: follicular adenoma in 155 (9.63%), others adenomas in 29 (1.80%), adenomatous goiter in 87 (5.40%), colloid goiter in 981 (60.9%), follicular carcinoma in 36 (2.24%), anaplastic carcinoma in 3 (0.19%), papillary carcinoma in 93 (5.78%), cysts in 9 (0.56%), toxic diffuse goiter in 75 (4.66%), others thyroiditis in 12 (0.75%), others malignancies in 6 (0.38%) and lymphocytic thyroiditis in 124 (7.71%). **Conclusions:** There was a high prevalence of lymphocytic thyroiditis and papillary carcinoma, the same as usually observed in non endemic regions.

**Key Words:** Cross-sectional studies; Thyroid diseases; Iodine deficiency; Goiter; Endemic; Thyroidectomy; Thyroid neoplasms; Thyroiditis.

## REFERÊNCIAS

- Boyages SC. Clinical review 49: Iodine deficiency disorders. J Clin Endocrinol Metab. 1993;77(3):587-91.
- Lamberg BA. Iodine deficiency disorders and endemic goitre. Eur J Clin Nutr. 1993; 47(1):1-8.
- Hedinger C. Geographic pathology of thyroid disease. Pathol Res Pract. 1981; 171(3-4):285-92.
- de Benoist B, Andersson M, Takkouche B, et al. Prevalence of iodine deficiency worldwide. Lancet. 2003; 362(9398):1859-60.
- Nimer M, Silva ME, Oliveira JED. Associações entre iodo no sal e iodúria em escolares de Ouro Preto, MG. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4):500-4.
- Lamberg BA. Endemic goitre - Iodine deficiency disorders. Ann Med. 1991; 23(4):367-72.
- Gandra YR. Avaliação clínica do bócio endêmico. Rev Saúde Pública. 1984; 18(5):396-404.
- Ferraz AR, Brandão LG, Silva Filho GB, et al. Clínica Cirúrgica Alípio Correa Neto. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 1994. p.604-10.
- Medeiros-Neto G. Cento e oitenta anos de bócio endêmico no Brasil. Arq Bras Endocrinol Metabol. 1982; 26(4):120-7.
- Medeiros Filho A. Bócio endêmico. Levantamento de sua prevalência em todo o território brasileiro por microrregiões homogêneas. Rev Bras Malariol Doenças Trop. 1976: 1-49.
- Ministério da Saúde. Endemias rurais. Métodos de trabalho adotados pelo DNERu. Rio de Janeiro; 1968.
- Corrêa Filho HR, Vieira JBF, Silva YSP, et al. Inquérito sobre a prevalência de bócio endêmico no Brasil em escolares de 6 a 14 anos: 1994 a 1996. Rev Panam Salud Pública. 2002; 12:317-26.
- Wahner HW, Cuello C, Correa P, et al. Thyroid carcinoma in an endemic goitre area, Cali, Colombia. Am J Méd. 1966; 40(1):58-66.
- Fierro-Benitez R. Thyroid cancer, quervain's thyroiditis and hashimoto disease in an endemic goiter andean area. Proceedings of the International Symposium on Endemic Goitre; 1972 Oct 5-7; Innsbruck: Áustria. Copenhagen: Periodica: 1973.

Endereço para correspondência:  
 Prof. Abrão Rapoport  
 Rua Iramaia, 136  
 Jardim Europa  
 01450-020 – São Paulo - SP