Mais prevalente em mulheres

Nódulos na tireoide exigem avaliação de forma e função

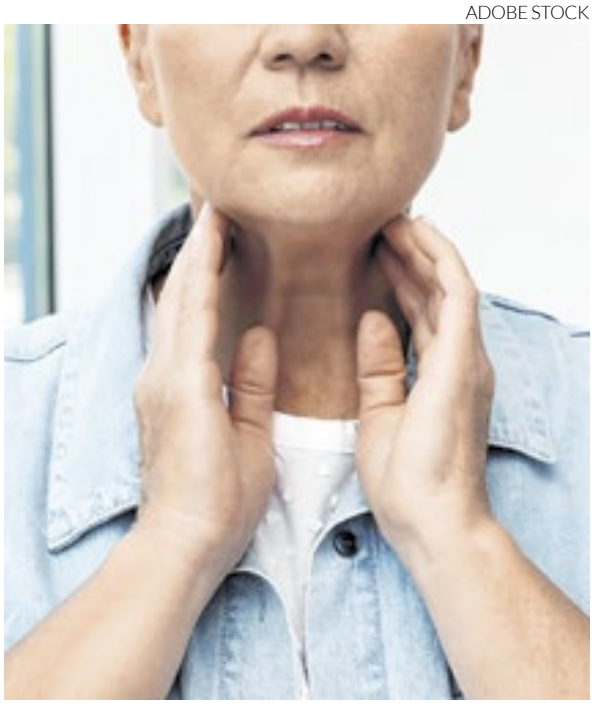
Os nódulos de tireoide figuram entre os achados mais comuns em consultórios e exames de imagem no Brasil. Revisões de dados de imagem apontam que a prevalência de nódulos detectados via ultrassom em pessoas assintomáticas varia de 19% a 67%. O clássico estudo epidemiológico compilado pela National Library of Medicine (NIH) aponta que essa taxa pode chegar a até 76% em determinados grupos demográficos. O predomínio é feminino, com concentração de diagnósticos em mulheres de meia-idade, muitas vezes a partir de um ultrassom de rotina ou da investigação de sintomas como desconforto no pescoço e dificuldade para engolir.

"Os nódulos de tireoide são muito comuns e aparecem com mais frequência em mulheres. Estudos mostram que cerca de uma em cada três mulheres tem pelo menos um nódulo, e essa proporção aumenta com a idade e com o peso", afirma a médica cirurgiã de cabeça e pescoço Débora Vianna. Segundo a especialista, a principal explicação para esse cenário é hormonal: o estrogênio estimula o crescimento das células da tireoide, o que torna os nódulos mais frequentes entre a puberdade e a menopausa.

A médica aponta ainda outros fatores associados, como o envelhecimento, já que a frequência sobe de cerca de 38% antes dos 30 anos para cerca de 88% após os 70, além de sobrepeso, obesidade, pressão alta, diabetes e deficiência de iodo em algumas regiões. O uso crescente de exames de imagem também pesa na estatística.

"Ultrassons e tomografias feitos por outros motivos acabam encontrando nódulos que nunca dariam sintomas, um aumento em grande parte de 'detecção', não necessariamente de doença nova", explica. Na maior parte dos casos, o nódulo não provoca sinais e é descoberto de forma incidental ou pela palpação durante o exame físico. "É importante tranquilizar: 90 a 95% dos nódulos são benignos", acrescenta. **(AE)**

ADOBE STOCK



Forma e função da glândula

Diante do diagnóstico, o percurso passa por dois especialistas com papéis complementares. A cirurgiã propõe enxergar a tireoide em duas dimensões. "O cirurgião de cabeça e pescoço é o especialista da forma, cuida dos nódulos, ou seja, das alterações morfológicas da tireoide. O endocrinologista é o especialista da função, cuida dos hormônios, ou seja, das alterações funcionais da tireoide", resume.

Cabe ao cirurgião avaliar tamanho, composição e sinais de suspeita do nódulo pela ultrassonografia, decidir sobre a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), definir entre acompanhamento e cirurgia e conduzir o procedimento quando indicado. O endocrinologista, por sua vez, analisa o funcionamento da glândula com a dosagem de TSH e hormônios, trata quadros como hipotireoidismo e hipertireoidismo e acompanha a reposição hormonal. "Um caminho não é 'melhor' que o outro. Cada especialista atende a uma parte diferente do problema, e os dois trabalham juntos", observa a médica.

Tecnologia para preservar a voz

Quando a operação é necessária, a monitorização neurofisiológica do nervo laríngeo recorrente, responsável pelo comando das pregas vocais, acompanha o procedimento em tempo real. Um tubo respiratório com sensores fica em contato com as pregas vocais, e o cirurgião estimula o nervo com uma sonda, enquanto o aparelho converte a resposta muscular em som e imagem. "Se o nervo responde, ele está íntegro e funcionando", frisa.

A lesão deste nervo é a complicação mais temida da cirurgia de tireoide. De acordo com a médica, a paralisia temporária da voz ocorre em cerca de 2% a 11% dos casos e a permanente, em 0,3% a 5%. "Quando o sinal está íntegro ao final da cirurgia, a chance de a voz ficar normal é de 97 a 99%, o que dá tranquilidade à paciente e à equipe", salienta. Em procedimentos que envolvem os dois lados da glândula, a perda real de sinal em um deles pode levar à divisão da operação em duas etapas, estratégia que evita a paralisia bilateral das pregas vocais.

Quando observar e quando operar

A conduta, segundo Débora Vianna, se apoia no resultado da punção, nas características do nódulo no ultrassom e na presença de sintomas, parâmetros que também orientam o consenso brasileiro sobre nódulos e câncer diferenciado de tireoide. "A boa notícia: a grande maioria dos nódulos pode ser apenas observada. Cerca de 90% são benignos e aproximadamente 85% não crescem ao longo do acompanhamento", acentua. Nesses casos, o seguimento costuma ser feito com ultrassom a cada um ou dois anos.

A cirurgia passa a ser indicada diante de punção com resultado de câncer ou forte suspeita, sintomas compressivos, nódulos benignos acima de 4 cm ou com crescimento importante, gânglios suspeitos no pescoço e histórico de irradiação na região ou de câncer de tireoide na família. A especialista ressalta que a decisão é individualizada e compartilhada com a paciente e que não há benefício em usar levotiroxina para "encolher" um nódulo benigno quando a glândula funciona normalmente.

