

Nódulos tireoidianos e câncer da tireóide

1975-1983

MARIA PAULA CURADO¹, GERALDO ALVES TEIXEIRA², WALDIR CASTRO QUINTA¹,
MARLUCY ZAMPRONHA³, ÉLBIO CÂNDIDO DE PAULA⁴, VASCO MARTINS CARDOSO⁵

Unitermos: Tireóide — Nódulos. Tireóide — Neoplasma.

Key words: Nodules — Thyroid. Thyroid — Neoplasms.

RESUMO — Os autores analisaram 298 pacientes portadores de patologia tireoidiana atendidos no Hospital Araújo Jorge da ACCG. A cintilografia tireoidiana mostrou hipocaptação em 55% dos casos. O carcinoma folicular foi a neoplasia mais freqüente (55%). A tireoidectomia total foi o tratamento preconizado em 72,6%. A complicação pós-operatória mais comum foi a disфонia em 4,8%.

INTRODUÇÃO

A presença do nódulo tireoidiano é até hoje fonte de controvérsia entre oncologistas e endocrinologistas, em quem a terapêutica ideal sempre gera discussões. As técnicas para o diagnóstico clínico de nódulos tireoidianos têm-se tornado ano após ano mais sofisticadas, permitindo uma suspeita diagnóstica mais apurada entre a possibilidade de nódulo maligno e benigno⁽²⁰⁾.

Visando-se avaliar a freqüência da neoplasia maligna nos nódulos tireoidianos no Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás (ACCG), fizemos uma análise retrospectiva de todos os prontuários atendidos no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, no período de 1975 a 1983, com patologia tireoidiana.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos 298 prontuários de pacientes atendidos no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no período de 1975 a 1983 e avaliados quanto ao diagnóstico histológico das patologias tireoidianas, sexo, faixa etária, duração dos sintomas, sintomas, estudo cintilo-

gráfico da glândula tireóide, tratamento cirúrgico, complicações pós-operatórias, diagnóstico histológico dos tumores malignos, tratamento complementar após a cirurgia e segmento.

Dos 298 pacientes estudados, apenas 184 se submeteram ao estudo cintilográfico da glândula.

RESULTADOS

Dos duzentos e noventa e oito pacientes cujos prontuários foram revistos (tabela 1), 139 (46,6%) eram portadores de bócio; 109 (36,5%) de neoplasias malignas e 16 (5,4%) de tireoidite; 15 casos (5,1%) apresentaram a associação de bócio e adenoma, 12 casos (4,0%) eram portadores de adenoma folicular, 3 casos (1,0%) eram portadores de cistos tireoidianos e 4 casos (1,3%) mostraram histologia normal da glândula.

Os pacientes foram divididos em dois grupos: os portadores de patologias malignas e patologias benignas e foram avaliados correlacionando-se, para os dois casos, sexo, faixa etária, duração dos sintomas, sintomatologia, diagnóstico cintilográfico, tratamento cirúrgico. Para as neoplasias malignas foi feita uma tabela com os tipos histológicos mais freqüentes encontrados e uma avaliação dos tratamentos associados após a terapêutica cirúrgica inicial. Todos esses parâmetros foram dispostos em tabelas e avaliados na discussão.

DISCUSSÃO

Em um período de nove anos foram atendidos 298 pacientes do Hospital Araújo Jorge da ACCG, portadores de nódulos tireoidianos, dos quais 109 (36,5%) apre-

Trabalho realizado no Departamento de Cabeça e Pescoço do Hospital Araújo Jorge-ACCG, Goiânia, Goiás. Recebido em 25/1/86. Aprovação para publicação em 12/4/87.

1. Titular do Departamento.
2. Chefe do Departamento.
3. Acadêmica de medicina.
4. Titular do Departamento de Anatomia Patológica.
5. Chefe do Departamento de Anatomia Patológica.

TABELA 1

Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tireóide no Hospital Araújo Jorge quanto ao diagnóstico

Histologia	F	%
Bócio	139	46,6
Neoplasia maligna	109	36,5
Tiroidite*	16	5,4
Bócio + adenoma	15	5,2
Adenoma folicular	12	4,0
Cistos	3	1,0
Histologia normal	4	1,3
Total	298	100,0

* Tiroidite de Quervain — 7 casos
 Tiroidite crônica inespecífica — 4 casos
 Tiroidite linfocítica — 4 casos
 Tiroidite de Hashimoto — 1 caso

sentavam câncer da tireóide; os restantes 189 (63,5%) eram portadores de lesões benignas: bócio (46,6%), tiroidite (5,4%), adenomas (4,0%) e cistos (1,0%) (tabela 1).

A freqüência de 36,5% de câncer da tireóide em nosso material talvez se deva ao fato de ser o hospital especializado em oncologia e muitos dos pacientes triados para tratamento com suspeita de neoplasia maligna. Sabe-se que em geral o nódulo tireoidiano está presente em 4 a 7% da população, sendo mais freqüente no sexo feminino⁽²⁰⁾; o câncer da tireóide pode ocorrer em 10 a 20% dos nódulos tireoidianos que não receberam irradiação^(16,18-20,25-27).

A patologia tireoidiana mais freqüente em nossos pacientes foi o bócio (46,6%). Sabemos que o bócio em Goiás tem características endêmicas, existindo diferenças regionais de prevalência de câncer e bócio, mostrando-se em algumas regiões maior incidência de câncer. O risco de malignização do bócio é de aproximadamente 10%^(7,15,20,26-29).

Dos pacientes avaliados, 242 eram do sexo feminino e 56 do sexo masculino. Notamos que em nosso material 48,2% dos casos de patologia maligna foram encontrados em pacientes do sexo masculino, enquanto que 33,9% no sexo feminino (tabela 2), o que não demonstrou maior freqüência de neoplasia maligna da tireóide no sexo feminino, como afirmam diversos autores^(16,20,26,27), embora esta diferença esteja diminuindo nas últimas décadas⁽²¹⁾.

A faixa etária dos pacientes foi analisada na tabela 3, onde notamos que para os pacientes do sexo feminino,

TABELA 2

Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tireóide quanto ao sexo e diagnóstico

	Masc. F/%	Fem. F/%	Total F/%
Malignos	27/48,2	82/33,9	109/36,6
Benignos	29/51,9	160/66,1	189/63,7
Total	56/100,0	242/100,0	298/100,0

portadores de patologia maligna, houve maior concentração de casos entre as 4.^a e 7.^a décadas de vida, com pico na 6.^a década; para o sexo masculino a tabela mostrou distribuição bimodal, com picos nas 6.^a e 7.^a décadas. Em relação ao total de portadores de patologia tireoidiana, o diagnóstico da maioria dos casos se fez na 5.^a década de vida.

Segundo Starnes, a idade média da apresentação do câncer da tireóide tem declinado nas últimas décadas, pois antes de 1970 a média de idade era de 44 anos, caindo para 39 anos^(5,11,21,29).

A duração dos sintomas dos pacientes portadores de patologia tireoidiana é analisada na tabela 4. Observamos que em 53,4% dos pacientes com tumores malignos a duração dos sintomas variou de zero a cinco anos; em 25% variou de seis a 15 anos.

Segundo Wanebo, o tempo médio de duração dos sintomas para as neoplasias malignas varia, de acordo com o tipo histológico, de 14,8 meses até 31,6 meses, nas neoplasias diferenciadas⁽²⁹⁾. Nossos achados coincidem com essa afirmação, embora essa freqüência esteja presente nas neoplasias malignas e benignas, concomitantemente.

Com relação aos sintomas mais freqüentes, observamos que cerca de 60% dos pacientes apresentavam queixa de caroço no pescoço ou caroço na tireóide (tabela 5), sendo estes os sinais e sintomas mais freqüentes, tanto para a neoplasia benigna quanto para a maligna (60,5% e 60%, respectivamente). A presença de registro de "papo" foi quatro vezes maior nos casos benignos e a rouquidão foi pouco mais freqüente nos casos malignos (2,7 para 1,6%).

As queixas de falta de ar e caroço no pescoço estavam presentes apenas nos casos malignos. Os sintomas de invasão local da neoplasia, como rouquidão e dispnéia, são dados importantes que levam à suspeita da neoplasia maligna como hipótese inicial, embora bócio volumoso

TABELA 3
Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tiróide quanto à faixa etária e ao sexo

Idade \ Diag.	Malignos		Benignos		Subtotal		Total F/%
	Fem. F/%	Masc. F/%	Fem. F/%	Masc. F/%	Fem. F/%	Masc. F/%	
0 — 10	1/1,2	—	—	—	1/0,4	—	1/0,3
11 — 20	3/3,6	—	3/1,8	—	6/2,4	—	6/2,0
21 — 30	10/12,1	1/3,7	23/14,4	1/3,4	33/13,6	2/3,5	35/11,8
31 — 40	13/15,8	4/14,9	43/26,8	6/20,6	56/23,1	10/17,8	66/22,1
41 — 50	17/20,7	8/29,6	51/38,8	6/20,6	68/28,0	14/25,0	82/27,5
51 — 60	21/25,6	4/14,9	26/16,2	6/20,6	47/19,4	10/17,8	57/19,1
61 — 70	13/15,8	8/29,6	13/8,1	6/20,6	26/0,7	13/23,2	39/13,1
71 — 80	3/3,6	2/7,4	1/0,6	5/17,2	4/1,6	7/12,5	11/3,7
81 — 90	1/1,2	—	—	—	1/0,4	—	1/0,3
Total	82/100,0	27/100,0	160/100,0	29/100,0	242/100,0	56/100,0	298/100,0

TABELA 4
Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tiróide com relação à duração dos sintomas

Dur. sintomas \ Diag.	Malignos F/%*	Benignos F/%	Total F/%
0 — 01	18/23,4	41/28,5	59/26,3
02 — 05	24/30,0	36/25,0	60/26,7
06 — 10	7/8,0	20/13,9	27/12,0
11 — 15	13/16,2	17/11,8	30/13,4
16 — 20	2/2,5	7/4,8	9/40,1
21 — 25	3/3,7	3/2,1	6/2,7
26 — 30	5/6,3	6/4,2	11/4,9
31 — 35	5/6,3	3/2,1	8/3,5
36 — 40	3/3,7	5/3,4	8/3,5
41 — 45	—	6/4,2	6/2,7
Subtotal	80/73,4	144/76,2	244/75,2
S/ dados	29/26,6	45/23,8	74/24,8
Total	109/100,0		298/100,0

* Percentagens sobre o total de prontuários que continham a informação.

TABELA 5
Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tiróide com relação aos sintomas e sinais

Sintomas \ Diag.	Malignos F/%	Benignos F/%	Total F/%
Caroço no pescoço	40/36,7	56/30,0	96/32,2
Caroço na tiróide	26/23,8	56/30,0	82/27,5
Operado da tiróide	18/16,5	—	18/6,0
Falta de ar	5/4,6	—	5/1,6
Caroço na cabeça	4/3,7	—	4/1,3
Papo	4/3,7	26/13,7	30/10,1
Rouquidão	3/2,7	3/1,6	6/2,0
Outras	5/3,7	12/6,3	17/5,7
Não registrados	4/3,7	36/19,0	40/13,4
Total	109/100,0	189/100,0	198/100,0

O estudo da glândula tiróide através da cintilografia com iodo radioativo foi feito em apenas 184 dos 298 pacientes e os resultados são analisados na tabela 6.

Nos 184 casos submetidos à cintilografia, notamos presença de nódulos hipocaptantes em 54,5% dos tumores malignos e em 60,9% dos tumores benignos. Esta grande frequência de nódulos hipocaptantes benignos se deve ao fato de que em nosso material 46,6% (139) dos pacientes eram portadores de bócio simples ou associado ao adenoma 5,2% (15 casos) (tabela 1), que também podem apresentar-se hipocaptantes ao exame cintilográfico; sabemos que um nódulo hipocaptante pode representar, além de possível câncer da tiróide, um cisto, um bócio ou uma assimetria glandular^(1,2,7,20).

A captação pela tiróide do iodo radioativo forneceu importante subsídio no diagnóstico das neoplasias tiroídianas, já que o tecido tiroídiano maligno não capta o io-

multinodulares com longos períodos de evolução também o possam apresentar⁽²⁰⁾. A evolução lenta de um nódulo tiroídiano assintomático é dado importante, embora não específico, que merece uma avaliação diagnóstica (tabela 5); consideramos que a mesma atenção deva ser dada tanto para um nódulo de evolução antiga quanto para um nódulo de evolução rápida, pois ambos podem ser suspeitos de patologia maligna. A queixa de caroço no pescoço foi sintoma presente em 41% dos 193 pacientes citados por Wanebo, portadores de neoplasias diferenciadas da tiróide⁽²⁹⁾ e em 21% dos mesmos registrou-se a presença de papo^(17,29).

TABELA 6

Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tireóide quanto ao estudo cintilográfico

Cintilografia	Diag.	Malignos	Benignos	Total
		F/%	F/%	F/%
Hipocaptante		26/54,5	81/60,9	107/58,1
Normocaptante		2/3,9	24/18,0	26/14,1
Hipo + normo		3/5,8	22/16,5	25/13,5
Hipo + hipercap.		1/1,9	2/16,5	3/1,6
Normocaptante*		15/29,4	2/1,5	15/8,1
Hipocaptante*		4/7,8	—	4/2,1
Hipercaptante		—	—	4/2,1
Total		51/100,0	4/3,0	184/100,0

* Cintilografia após a cirurgia de casos operados em outros serviços.

TABELA 7

Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tireóide com relação ao tratamento cirúrgico

Trat. cirúrgico	Diag.	Malignos	Benignos	Total
		F/%	F/%	F/%
Tiroidectomia total		23/23,2	29/15,2	52/18,0
Tiroidectomia + EC***		14/14,1	—	14/4,8
Tiroidectomia parcial		9/9,1	135/7,10	144/49,8
Totalização		29/29,2	6/3,1	35/12,1
Totalização + EC***		6/6,0	—	6/2,1
Nodulectomia		—	13/6,8	13/4,5
T. parcial + biópsia		—	3/1,5	3/1,0
Outros procedimentos		18/18,2	4/2,1	22/7,6
Total		99*/100,0	190***/100,0	298/100,0

* 10 não foram operados

** 1 paciente foi reoperado

*** esvaziamento cervical

do radioativo, mostrando na cintilografia uma área chamada fria ou hipocaptante, potencialmente suspeita de câncer. Numa revisão de 22 séries de pacientes com 84% de nódulos hipocaptantes, encontrou-se neoplasia maligna em 16% dos nódulos hipocaptantes, 9% normocaptantes e 4% nos hipercaptantes^(1,2,7,20); segundo Katz e Bronson, o nódulo hipocaptante dominante na tireóide pode ter até 35% de malignidade⁽¹⁴⁾.

Embora a cintilografia tenha suas limitações no diagnóstico dos nódulos em istmos tireoidianos e periféricos, a história clínica, a palpação do nódulo e o exame físico são essenciais para um diagnóstico preciso.

Dos 298 pacientes com patologia tireoidiana, sofreram intervenção cirúrgica 289 casos (99 dos portadores

TABELA 8

Distribuição dos pacientes portadores de tumores da tireóide quanto às complicações pós-operatórias

Complicações	F	%
Disfonia	14	4,8
Hipoparatiroidismo transitório	5	1,7
Dispneia	6	2,1
Hemorragia	2	0,7
Hematoma	2	0,7
Secção acidental subclávia	1	0,3
Secção acidental do esôfago	1	0,3
Total	31	10,6

TABELA 9

Distribuição dos pacientes portadores de câncer da tireóide com relação ao diagnóstico histológico

Histologia	F/%
Folicular	60/55,0
Papilar	20/18,3
Anaplásico	19/17,4
Misto	5/4,6
Medular	3/2,7
Sarcoma	2/1,0
Total	109/100,0

de tumores malignos e o total dos portadores de tumores benignos), sendo que em um paciente (benigno) houve uma reoperação (tabela 7).

Segundo a conduta adotada pelo serviço (tiroidectomia total no câncer da tireóide), 72 pacientes portadores de tumores malignos da tireóide foram submetidos à tiroidectomia total e nos tumores benignos 35 (18,5%) receberam o mesmo procedimento, porque os pacientes apresentaram grandes bócios sem possibilidade de se preservar tecido glandular funcionante, sendo necessário o sacrifício completo da glândula. A tiroidectomia parcial foi adotada em 9% dos casos malignos e em 71,0% dos casos benignos. O exame de congelação em nove casos malignos mostrou-se negativo para a malignidade, porém o diagnóstico de câncer foi confirmado no exame de parafina; como se tratavam de nódulos pequenos, que foram completamente ressecados pela lobectomia, optou-se por não se totalizar a cirurgia. O tratamento cirúrgico do câncer da tireóide é altamente controverso. Os que apóiam a tiroidectomia total baseiam-se na multicentricidade e bilateralidade do tumor^(3,4,10,13,14,23,29). O outro grupo, a favor da lobectomia e istmectomia para a maio-

TABELA 10
Distribuição dos pacientes portadores de câncer da tiróide com relação à associação terapêutica complementar

Terapeut.	Trat. cir.	T. total F/%	T. total + EC F/%	Totaliz F/%	Ñ oper. F/%	Outros F/%	Total F%
I 131		7/20,0	2/5,9	4/11,7	3/8,8	1/2,9	17/50,0
RxT		4/11,7	4/11,7	1/2,9	1/2,9	3/8,8	13/38,2
Qt		1/2,9	—	—	—	3/8,8	4/11,7
Total		12/35,3	6/17,6	5/14,7	4/11,7	7/20,5	34/100,0

EC — Esvaziamento cervical

ria dos cânceres da tiróide, afirma que esta taxa de multicentricidade histológica não é biologicamente manifestada nas recidivas no lobo contralateral da tiróide e que a manipulação da loja tiroidiana na tiroidectomia total pode vir acompanhada de sérias complicações pós-operatórias^(20,24,29).

As complicações pós-operatórias são vistas na tabela 8, onde totalizaram 10,6%, registrando-se 4,8% de disfonias e nenhum caso de hipoparatiroidismo definitivo.

Nos pacientes submetidos à tiroidectomia total, as complicações mais temidas são a paralisia recorrential e o hipoparatiroidismo. Segundo alguns autores, as complicações decorrentes de uma tiroidectomia total podem chegar até 29%, sendo que, com relação à lesão recorrential, ela está em torno de 4,8 e ao hipoparatiroidismo pode chegar até 8,4%^(8,10,22,24,29,30).

A tiroidectomia total é uma forma de tratamento do câncer da tiróide que facilita o uso efetivo do iodo radioativo no tratamento das metástases (carcinoma folicular), evitando-se a recidiva local ou a transformação anaplásica de um foco residual de um carcinoma diferenciado⁽¹⁰⁾. Além disso, em pacientes portadores de carcinoma papilar da tiróide, acima dos 40 anos de idade, quando o tumor apresenta extensão extratiroidiana ou multicentricidade detectável, torna-se necessária terapêutica cirúrgica mais agressiva^(5,6,20).

A classificação histológica das neoplasias malignas da tiróide em nosso material (109/36,5%) pode ser vista na tabela 9, onde notamos que o carcinoma folicular da tiróide foi o tipo histológico predominante: 55% (60 casos) do total dos tumores malignos operados e 20,7% sobre todos os casos operados.

O carcinoma folicular da tiróide é uma neoplasia que tem comportamento biológico agressivo, cujo poder

de angioinvasão é a sua principal característica; é geralmente encapsulado, produzindo metástases ósseas e pulmonares; possui a propriedade de captar grandes quantidades de iodo radioativo quando tem estruturas foliculares bem diferenciadas⁽³¹⁾. Parece haver maior frequência de carcinoma folicular em área endêmica de bócio, fato este notado em nosso material, sendo que esta variedade de carcinoma folicular é menos invasiva e aparentemente de melhor prognóstico⁽²⁶⁾.

O carcinoma papilar correspondeu a 18,3% dos casos de neoplasia da tiróide na presente análise, embora seja relatada na literatura como a neoplasia maligna tiroidiana mais freqüente, variando de 76 a 82%^(9,12,21,23,24,31), o que não foi encontrado por nós. As principais características do carcinoma papilar da tiróide são sua multicentricidade e bilateralidade e, geralmente, as metástases ganglionares.

Os pacientes que foram submetidos à terapêutica complementar após o tratamento cirúrgico são vistos na tabela 10.

Através da análise da tabela 10, notamos que 17 dos 109 pacientes portadores de câncer da tiróide receberam terapêutica complementar com iodo radioativo após cirurgia. Tal medida é adotada nos casos de tiroidectomia onde a captação por iodo radioativo após a cirurgia estava acima de 10%; usamos então o I 131. Em 17 casos, radioterapia (13 casos) e quimioterapia (4 casos) foram empregadas como tratamentos paliativos, pois tratavam-se de casos avançados; os demais pacientes (75/109) não necessitaram outra complementação terapêutica, sendo a cirurgia o único tratamento empregado.

O uso do iodo radioativo na complementação terapêutica para o tratamento do câncer da tiróide tem sido empregado para a castração total de glândula e destruição de um foco de carcinoma residual e também na erra-

dicação das metástases, principalmente se o tumor primário for um carcinoma diferenciado iodo-captante^(20,24).

Administramos rotineiramente em todos os pacientes operados (T. total) hormônio tireoidiano, levando à supressão hormonal através do bloqueio do TSH; diferentes autores acreditam que a terapêutica através da supressão hormonal aumentaria a sobrevida dos pacientes com carcinomas diferenciados da tireóide (papilar) e que foram submetidos à tireoidectomia parcial^(5,29). Até o momento não foram encontrados dados que justifiquem esta afirmação.

O seguimento a longo prazo dos pacientes operados de câncer da tireóide em nosso hospital mostrou-se falho, porque a maior parte dos pacientes abandonou o seguimento no primeiro ano de controle da doença, não sendo possível uma avaliação real da sobrevida destes casos.

CONCLUSÕES

Os dados analisados por nós não demonstraram maior frequência de patologia maligna tireoidiana no sexo feminino. A maioria dos pacientes com neoplasia maligna teve seu diagnóstico na 6ª década de vida.

A duração dos sintomas foi quase a mesma para os nódulos malignos, quanto para os benignos, que tiveram sua sintomatologia nos primeiros cinco anos da doença.

O sinal e sintoma mais freqüente para ambas as patologias foi o de caroço no pescoço em 32,2%.

A presença de doença maligna em nódulo hipocaptante vem confirmar a importância da cintilografia no diagnóstico do câncer da tireóide. A mesma importância clínica deve ser dada para o nódulo tireoidiano hipocaptante de evolução clínica rápida ou lenta.

A tireoidectomia total foi o tratamento preconizado para neoplasia maligna da tireóide e empregado em 72,6% dos casos.

A complicação pós-operatória mais freqüente foi a disфонia em 4,8%.

O carcinoma folicular foi a neoplasia mais freqüente em nosso material, compreendendo 55% dos casos.

O iodo 131 foi empregado em 17 pacientes como complementação terapêutica após cirurgia.

SUMMARY

The authors analysed 298 patients with thyroid disease; they were submitted to a surgical and clinical evaluation and was found 55% of cold nodules on scanning.

The follicular carcinoma was the most frequent in their material: 55%. Total thyroidectomy was performed in 72.6%. The most common complication after thyroid surgery was dysphonia in 4.8%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASHCRAFT, MW & VAN HENLE, AJ Management of thyroid nodules: I. History and physical examination, blood tests, X-rays, and ultrasonography. *Head Neck Surg.* 3: 216-230, 1981.
2. Management of thyroid nodules: II. Scanning techniques, thyroid suppressive therapy, and fine needle aspiration. *Head Neck Surg.* 3: 297-322, 1981.
3. BLOCK, MA Management of carcinoma of the thyroid. *Ann. Surg.* 185: 133-144, 1977.
4. BUCWALTER, JA & THOMAS, CG Selection of surgical treatment for well differentiated thyroid carcinoma. *Ann. Surg.* 176: 565-577, 1972.
5. CADY, B et al. Changing clinical, pathologic, therapeutic and survival patterns in differentiated thyroid carcinoma. *Am. J. Surg.* 184: 541-552, 1976.
6. CLARK, OH Total thyroidectomy: the treatment of choice for patients with differentiated thyroid cancer. *Ann. Surg.* 196: 361-368, 1982.
7. COLE, WH; MAGARAKIS, JD; SLAUGHTER, DP Incidence of carcinoma of the thyroid in nodular goiter. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 9: 1.007-1.011, 1949.
8. FARRAR, WB; COOPERMAN, M; JAMES, AG Surgical management of papillary and follicular carcinoma of the thyroid. *Ann. Surg.* 192: 701-704, 1980.
9. FRAZELL, EL & FOOTE Jr, FW Papillary cancer of the thyroid: a review of 25 years of experience. *Cancer*, 11: 895-922, 1958.
10. GUILLAMOUEGUI OM & MIKHAIL, RA The treatment of differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Arch. Otolaryngol.* 109: 743-745, 1983.
11. HALNAN, HE Influence of age and sex on incidence and prognosis of thyroid cancer: three hundred forty-four cases followed for ten years. *Cancer*, 19: 1.534-1.536, 1966.
12. HARADA, T et al. Prognosis of thyroid carcinoma. *Int. Adv. Surg. Oncol.* 4: 83-111, 1981.
13. JACOBS, JK; ALAND, JW; BALLINGER, JF Total thyroidectomy: a review of 213 patients. *Ann. Surg.* 197: 542-548, 1983.
14. KATAZ, AD & BRONSON, D Total thyroidectomy: the indications and result of 630 cases. *Am. J. Surg.* 136: 450-454, 1978.
15. KONING, MP et al Thyroid cancer in regions of endemic goiter. In: ANDREOLI, M; MONACO, F; ROUBBINS, J *Advances in thyroid neoplasia.* Roma, Field Educational Italia, 1981. p. 177-188.
16. MESSARIS, G; KYRYAKOUK, VP; TOUNTAS, C The single thyroid nodule and carcinoma. *Br. J. Surg.*

17. MCKENZIE, AD The natural history of thyroid cancer: a report of 102 cases analyzed 10 years after diagnosis. Arch. Surg. 102: 274, 1971.
18. MORTENSEN, JD; WOOLNER, LB; BENNETT, WA Gross and findings in clinically normal thyroid glands. J. Clin. Endocrinol. Metab. 151: 270-280, 1955.
19. RICE, CD Incidence of nodules in the thyroid: a comparative study of symptomless thyroid glands removed at autopsy and hyperfunctioning goiters operatively removed. Arch. Surg. 24: 205-215, 1932.
20. ROJESKI, MT; GHARIB, H. Nodular thyroid disease: evaluation and management. N. Engl. J. Med. 313: 428-436, 1985.
21. STARNES, HF et al. Surgery for thyroid carcinoma. Cancer, 55: 1.376-1.381, 1985.
22. THOMPSON, NW & HARNESS, JK Complications of total thyroidectomy for carcinoma. Surg. Gynecol. Obstet. 131: 861-868, 1970.
23. THOMPSON, NN; NISHIYAMA, RH; HARNESS, JK Thyroid carcinoma: current controversies. Curr. Probl. Surg. 15: 1-23, 1978.
24. TOLLEFSEN, HR; SHAN, JP; HUVOS, AG Papillary carcinoma of the thyroid: recurrence in the thyroid gland after initial surgical treatment. Am. J. Surg. 142: 461-472, 1972.
25. TOLLEFSEN, HR; SHAN, JP; HUVOS, AG Follicular carcinoma of the thyroid. Am. J. Surg. 126: 523-528, 1973.
26. WAHNER, H et al Thyroid carcinoma in an endemic goiter area, Cali Colombia. Am. J. Med. 40: 58-66, 1966.
27. WANDER, JB; GASTON, EA; DAWBER, TR The significance of solitary non toxic thyroid nodules: preliminary report. N. Engl. J. Med. 251: 970-973, 1954.
28. VANDER, JB; GASTON, EA; DAWBER, TR The significance of non toxic thyroid nodules: final report of 15 year study of the incidence of thyroid malignancy. Ann. Intern. Med. 69: 537-540, 1968.
29. WANEBO, JJ; ANDREWS, W; KAISER, DL Thyroid cancer: some basic considerations. Am. J. Surg. 142: 474-479, 1981.
30. WEITH, FJ et al. The nodular thyroid gland and cancer: a practical approach to the problem. N. Engl. J. Med. 270: 431-436, 1964.
31. WOOLNER, LB et al. Classification and prognosis of thyroid carcinoma: a study of 885 cases observed in a third year period. Am. J. Surg. 102: 354-378, 1961.

O que acontece quando você disca (011) 270-1233, de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas.

Na hora que você liga, uma voluntária da Rede Feminina de Combate ao Câncer atende e pede o número da informação que você escolheu (de 1 a 60, lembre-se).

A resposta à sua consulta é uma gravação que dura até 2 1/2 minutos e que, no final, desliga o seu telefone, automaticamente.

- | | | |
|---|--|---|
| 01 - O que é câncer? | 21 - Os efeitos do fumo em não-fumantes e os direitos que estes têm. | 42 - O que é "Teste Papanicolau", que toda mulher deve fazer uma vez por ano? |
| 02 - Palavras do capelão de um hospital. | 22 - O fumo e os problemas dentários. | 43 - Câncer da vagina e doenças venéreas. |
| 03 - Câncer no adulto. | 23 - O perigo do fumo na gravidez. | 44 - Câncer da mama no homem. |
| 04 - Câncer no cérebro. | 24 - Diálogo sobre fumar e ter saúde. | 45 - Câncer da próstata. |
| 05 - Câncer da boca. | 25 - Câncer e álcool. | 46 - Câncer do pênis e doenças venéreas. |
| 06 - Câncer da garganta. | 26 - Tumores dos olhos. | 47 - Quimioterapia. |
| 07 - Câncer da tireóide. | 27 - Leucemia na criança. | 48 - Métodos não aprovados para o tratamento do câncer. |
| 08 - Câncer da tireóide após tratamento radioativo de cabeça e pescoço. | 28 - Linfomas da criança. | 49 - Perguntas que o povo faz sobre o câncer - I. |
| 09 - Câncer da laringe. | 29 - Tumor do rim da criança. | 50 - Perguntas que o povo faz sobre o câncer - II. |
| 10 - Reabilitação da fala após o câncer da laringe. | 30 - Neuroblastoma da criança. | 51 - Câncer do baço. |
| 11 - Câncer do esôfago. | 31 - Aumento do baço na criança. | 52 - Mieloma. |
| 12 - Câncer do estômago. | 32 - Doença de Hodgkin. | 53 - Leucemia do adulto. |
| 13 - Câncer do fígado. | 33 - Câncer dos ossos e na coluna vertebral. | 54 - Novos tratamentos. |
| 14 - Câncer do pâncreas. | 34 - Câncer da pele. | 55 - Imunologia. |
| 15 - Câncer do rim. | 35 - Melanoma maligno (verrugas, pintas, etc.). | 56 - AIDS. |
| 16 - Câncer da bexiga. | 36 - Linfomas e melanomas múltiplos. | 57 - Câncer do sistema nervoso. |
| 17 - Descoberta precoce do câncer no intestino. | 37 - Câncer da mama. | 58 - Infecção na criança com câncer. |
| 18 - Câncer no intestino e no ânus. | 38 - Câncer do seio - Aprenda a examinar os seios. | 59 - Raios laser e câncer. |
| 19 - Que é câncer do pulmão? | 39 - Mamografia. | 60 - Tomografia computadorizada. |
| 20 - Sintomas e tratamento do câncer no pulmão. | 40 - Câncer do ovário. | |
| | 41 - Câncer do útero. | |