

BÓCIOS SIMPLES E TÓXICOS: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PRIMEIROS 58 CASOS OPERADOS NA FACULDADE DE MEDICINA DA FUNDAÇÃO DO ABC*

Alberto R. FERRAZ **
Gilberto Britto e SILVA FILHO ***
Lenine Garcia BRANDÃO ***
Maury Antonio R. SAMPAIO ****
Álvaro Luis B. VARELLA *****
Augusto F. Petit PRIETO *****
Fadlo FRAIGE FILHO *****
Mário Ramos de OLIVEIRA *****

FERRAZ, A.R.; SILVA FILHO, G.B.; BRANDÃO, L.G.; SAMPAIO, M.A.R.; VARELLA, A.L.B.; PRIETO, A.F.P.; FRAIGE FILHO, F. & OLIVEIRA, M.R. Bócios- simples e tóxicos: considerações sobre os primeiros 58 casos operados na Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. Arq.med.ABC,1:|10-6,1978.

RESUMO: Os autores apresentam os 58 casos iniciais de tireoidopatias operados no Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC; analisam circunstanciadamente essa casuística, tecendo considerações epidemiológicas e abordando diversos aspectos relacionados ao diagnóstico, à conduta e tratamento realizados: fazem, outrossim, menção às complicações pós-operatórias, comparando alguns de seus dados com os verificados na literatura mundial.

UNITERMOS: Bócios, Cirurgia de Tireóide

1. INTRODUÇÃO

A precípua finalidade deste trabalho é a de apresentar a análise circunstanciada dos primeiros 58 casos de tireoidopatias que se nos ofereceram à observação, no setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, no período de março de 1974 a agosto de 1977, e que foram submetidos a tratamento cirúrgico. São abordados a epidemiologia, os elementos de diagnóstico, os aspectos citológicos, a conduta empregada, bem como os resultados obtidos nesse material.

2. CONSIDERAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

O material é representado por 58 casos operados pelo referido Setor, e que poderia assim ser analisado, sob o ponto de vista epidemiológico:

2.1. INCIDÊNCIA QUANDO AO ESTADO FUNCIONAL GLANDULAR

Dos casos acima reportados, 47 acompanhavam-se de eutiroidismo, sendo responsáveis por uma incidência percentual de 81,03%, enquanto que os restantes 11 casos (incidência percentual de 18,97%), eram representados por pacientes cuja tióidopatia era acompanhada por tireotoxicose (Gráfico 1).

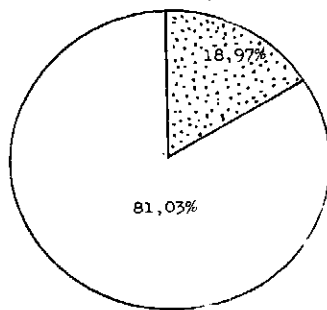
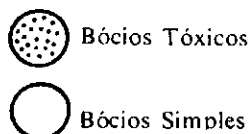


GRÁFICO 1
Representação gráfica do material quanto a prevalência funcional dos dois tipos de bócios (em porcentagem)

Esta prevalência de bócios simples sobre os bócios tóxicos não difere significativamente daquela referida por outros Serviços ^{10 24}.

2.2. PREVALÊNCIA QUANTO AO DIAGNÓSTICO CLÍNICO

2.2.1. Bócios Simples

Nos bócios simples, os diagnósticos clínicos foram, respectivamente, de 25 casos de bócios uninodulares, correspondentes a uma incidência de 53,19%, e de 22 casos de bócios multinodulares, equivalentes à incidência de 46,81%. Note-se aqui que a somatória das incidências percentuais correspondem à totalidade dos casos, o que nos permite inferir que, no presente material, não foi operado qualquer caso de bócio difuso simples ou "bócio juvenil" (Tabela 1).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Nº CASOS	%
BÓCIOS UNINODULARES	25	53,19
BÓCIOS MULTINODULARES	22	46,81
BÓCIOS DIFUSOS	0	0,00
T O T A L	47	100,00

TABELA 1. Número de casos e incidência percentual dos bócios simples, tendo o diagnóstico clínico como fator discriminante.

* Trabalho realizado no período de março de 1974 a agosto de 1977, no Setor de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

** Professor Livre-Docente do Departamento de Cirurgia da Fac. Med. Univ. S. Paulo; Chefe do Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Departamento de Cirurgia da FMFUABC.

*** Médico-Assistente do Departamento de Cirurgia da Fac. Med. Univ. S. Paulo; Professor Assistente do Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Departamento de Cirurgia da FMFUABC.





**** Ac. Monitor do Setor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Departamento de Cirurgia da FMFUABC.

***** Ac. Monitor de Técnica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da FMFUABC.

***** Professor Titular de Endocrinologia do Departamento de Clínica Médica da FMFUABC.

***** Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Professor Titular e Chefe do Departamento de Cirurgia da FMFUABC.

Esta incidência elevada de bóciós nodulares corresponde a 96,55% da totalidade das tireoidectomias por bóciós simples, podendo ser explicada pela existência de uma seleção clínica dos casos em nível de triagem, uma vez que neste tipo de bócio, a indicação cirúrgica é normalmente a regra. Por outro lado, são fatores secundários a limitação, cada vez maior, da cirurgia do bócio difuso, a par, de idêntica forma, do progresso dos tratamentos conservadores (Gráfico 2).

-  Bóciós Tóxicos
-  Bóciós Simples
-  Bóciós Multinodulares
-  Bóciós Uninodulares

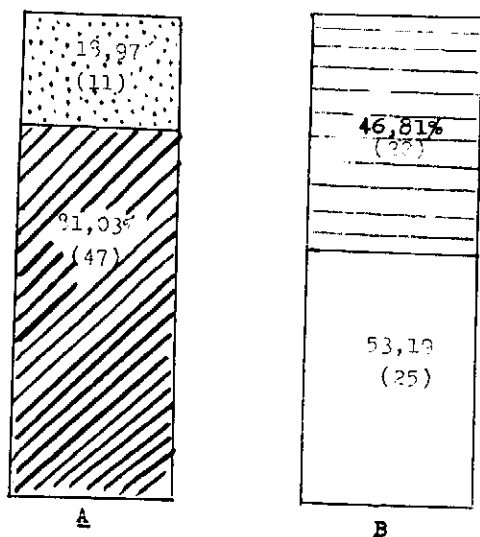


GRÁFICO 2. A. Incidência dos bóciós simples em relação ao total de tireoidectomias por bóciós (58). B. Distribuição percentual dos bóciós simples, uni ou multinodulares (47) submetidos a tireoidectomias.

2.2.2. Bóciós Tóxicos

Quanto ao diagnóstico clínico dos bóciós tóxicos, em 4 casos (36,36%) houve a conceituação da Moléstia de Basedow-Graves (bócio difuso tóxico), enquanto que em 3 casos (27,28%) foi caracterizada a Moléstia de Plummer (Bócio nodular tóxico "autônomo") e nos 4 casos restantes (36,36%) o diagnóstico foi de bócio multinodular tóxico (Gráfico 3).

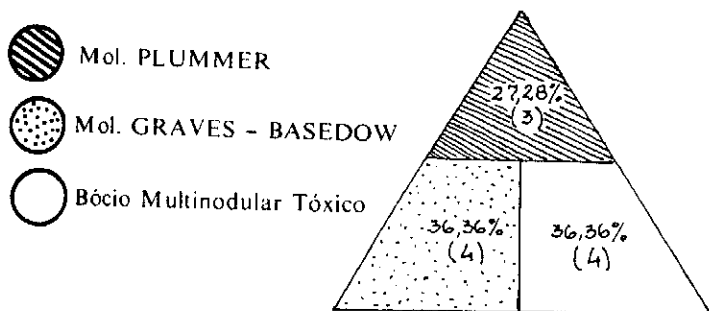


GRÁFICO 3. Incidência percentual dos bóciós tóxicos em relação ao diagnóstico clínico.

2.3. PREVALÊNCIA QUANTO AO SEXO

2.3.1. Bóciós Simples

Nos bóciós simples, houve nítida preponderância do sexo feminino representado por 43 casos (correspondentes a uma incidência percentual de 91,48%) sobre o sexo masculino, que contribuiu com 4 casos (equivalentes a uma incidência percentual de 8,52%). Em termos proporcionais tivemos aproximadamente 11 mulheres para 1 homem, dados situados bem acima da média de outras publicações nacionais e da literatura mundial^{9,16,21,23} (Tabela 2).

SEXO	Nº CASOS	%	PROPORÇÃO
FEMININO	43	91,48	11
MASCULINO	4	8,52	1
TOTAL	47	100,00	-

TABELA 2. Discriminação do material segundo o sexo, em 47 casos de bóciós nodulares simples.

2.3.2. Bóciós Tóxicos

Em relação aos bóciós tóxicos, de idêntica forma, o sexo feminino preponderou em relação ao masculino, tendo as incidências percentuais alcançado as cifras de 90,90% (10 casos) e 9,10% (1 caso) respectivamente, fixando a proporção em 10 mulheres para 1 homem, níveis superiores às referidas por outros autores^{9,10} (Tabela 3).

SEXO	Nº CASOS	%	PROPORÇÃO
FEMININO	10	90,90	10
MASCULINO	1	9,10	1
TOTAL	11	100,00	-

TABELA 3. Discriminação do material segundo o sexo, em 11 casos de bóciós tóxicos.

2.4. INCIDÊNCIA QUANTO AO GRUPO ETÁRIO

2.4.1. Bóciós Simples

A maioria dos pacientes se situou entre a terceira e a sétima décadas de vida, perfazendo um total de 39 casos (83,00%); tivemos ainda 7 casos na segunda e terceira décadas, e apenas um caso na oitava. O nosso doente mais jovem tinha 18 anos de idade, enquanto que o mais idoso apresentava 72 anos de idade. (Tabela 4).

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Nº CASOS	INCIDÊNCIA PERCENTUAL
11 - 20	1	2,12
21 - 30	6	12,76
31 - 40	11	23,40
41 - 50	9	19,15
51 - 60	10	21,30
61 - 70	9	19,15
71 - 80	1	2,12
TOTAL	47	100,00

TABELA 4. Incidência percentual da totalidade dos bóciós simples, tendo o grupo etário como fator discriminante.

2.4.2. Bócios tóxicos

Concernente aos bócios tóxicos, tivemos uma percentagem de distribuição mais uniforme de 11 a 70 anos de idade, a não ser pela existência de u'a faixa de maior incidência, compreendida entre 41 e 50 anos. (Tabela 5). Por outro lado, dentre os bócios tóxicos na Moléstia de Basedow-Graves, a nossa média etária foi de 25,75 anos, cifra que pode ser cotejada aos dados fornecidos pela literatura. Relativamente à Moléstia de Plummer, tivemos uma média de 42,00 anos de idade, compatível com a incidência habitual desta doença ^{6,8}. Finalmente, nos bócios multinodulares tóxicos tivemos uma média etária de 50,50 anos de idade, semelhantemente à observada na literatura consultada ^{9,10,16}.

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Nº CASOS	INCIDÊNCIA PERCENTUAL
11 - 20	1	9,09
21 - 30	2	18,18
31 - 40	2	18,18
41 - 50	4	36,36
51 - 60	1	9,09
61 - 70	1	9,09
71 - 80	0	0,00
TOTAL	11	100,00

TABELA 5. Incidência percentual da totalidade dos bócios tóxicos, tendo o grupo etário como fator discriminante.

3. ASPECTOS CINTILOGRÁFICOS

Nos últimos anos, tem merecido grande destaque, especialmente no que concerne aos bócios uninodulares simples, o mapeamento da glândula tireóide. Realmente, nesses casos, e em especial quando houver a conceituação de um nódulo "frio" ou "hipocaptante", tributário natural do tratamento cirúrgico, caracteriza-se não raras vezes, uma indicação não só diagnóstica, mas também profilática. Por outro lado a conceituação de um nódulo "quente" ou "hipercaptante", caracterizando, por meio de u'a prova de depressão ou de supressão um nódulo tireoidiano "autônomo", nos permite, dentro de uma correta premissa fisiopatológica limitar a cirurgia à simples exérese do nódulo (nodulectomia) ¹⁸.

Além das considerações de ordem oncológica e fisiopatológica acima expostas, não poderemos deixar de acentuar a contribuição da cintilografia tireoidiana no estabelecimento real do volume glandular, em bócios de grandes dimensões, de seus limites, da existência de porções glandulares retroclaviculares, ou situadas no mediastino (bócios mergulhantes ou intratorácicos), da localização e caracterização de tireóide ectópica, da detecção de metástases captantes loco-regionais ou mesmo à distância, além de outras situações.

3.1. CONCEITUAÇÃO CINTILOGRÁFICA DOS NÓDULOS

O nódulo tireoidiano, semiologicamente identificado pela palpação, é considerado "frio", "hipocaptante" ou "hipofixante", quando, em correspondência com a formação nodular, houver uma zona de densidade cintilográfica significativamente menor que a observada no restante do parênquima glandular (Fig. 1).

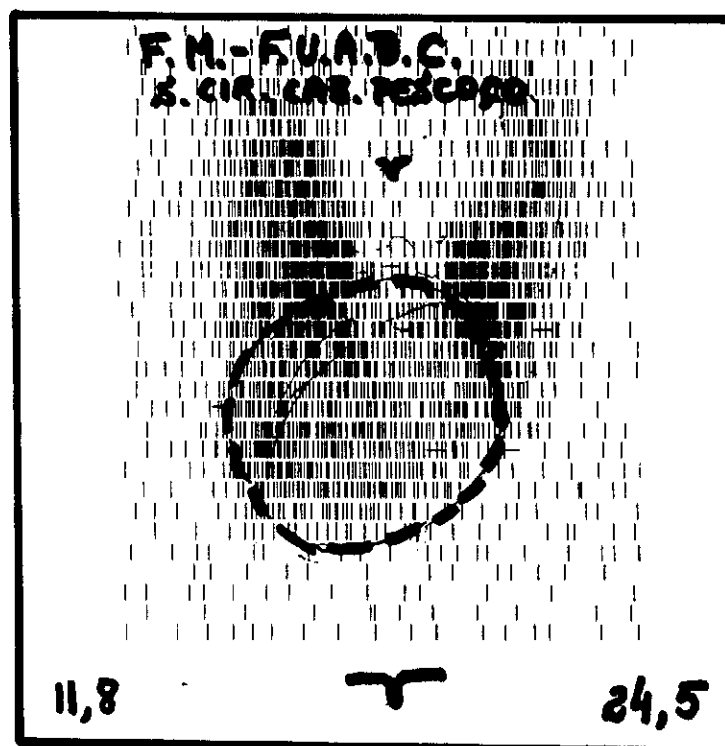


Fig. 1. Tireograma de bócio uninodular simples, evidenciando nódulo cintilograficamente "frio" na região do istmo

Casos extremos ocorrem quando, por compressão, inexistência de folículos tireoidianos (cistos por exemplo), ou invasão neoplásica com destruição parenquimatosa, a imagem cintilográfica se apresenta com aspecto de uma "falha de enchimento"; são as denominadas "zonas de amputação" do parênquima glandular ^{6,8,17,22} (Fig. 2).

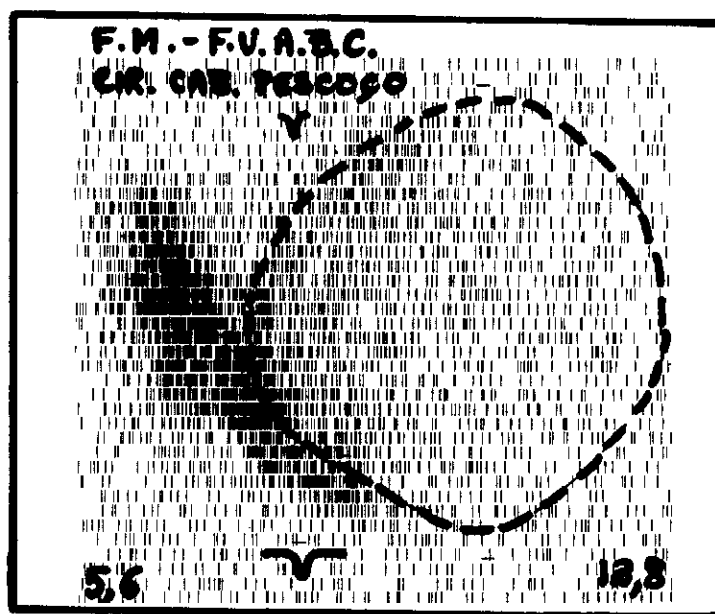


Fig. 2. Tireograma evidenciando o nódulo "frio" de lobo E, com zona de "amputação" do parênquima tireoidiano.

Os nódulos "mornos", "isocaptantes" ou "isofixantes" são aqueles em que as zonas nodulares correspondem, cintilograficamente, a áreas de densidade cintilográfica idêntica às do restante do parênquima glandular, como pode ser observado na Fig. 3. No entanto, cumpre dizer que tais nódulos são potencialmente "frios", necessitando a rigor, para sua adequada caracterização, de um mapeamento de perfil.

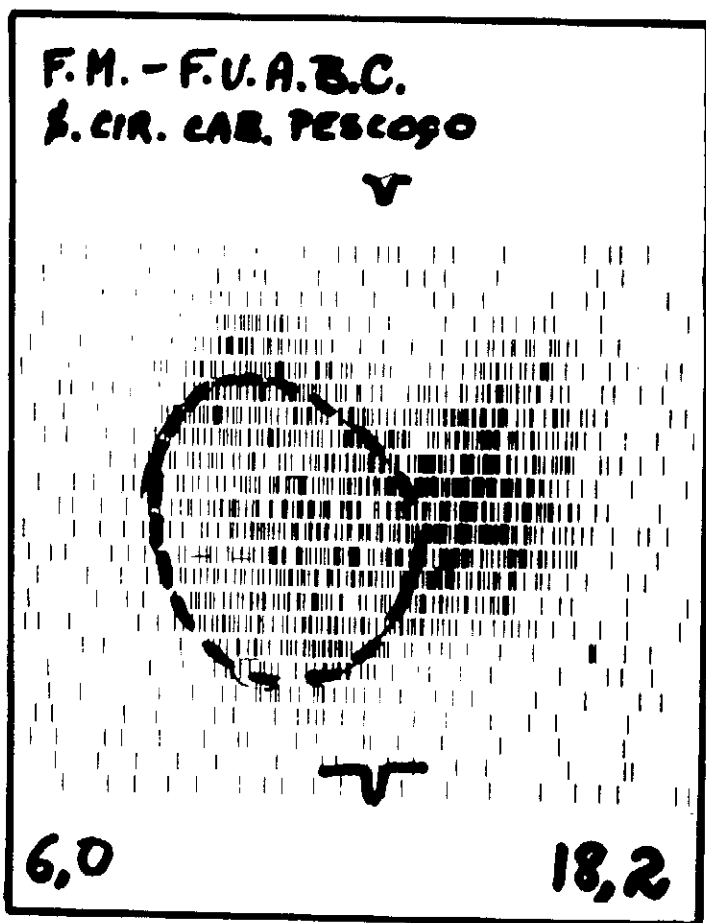


Fig. 3. Nódulo "morno" ou "isocaptante" ou "isofixante", situado no lobo D da glândula tireóide

O nódulo é considerado "quente", "hipercaptante", ou "hiperfixante", quando a concentração radioativa que lhes é correspondente é significativamente maior que a do parênquima tireoideano circunjacente, chegando mesmo, por vezes, a tornar quase que imperceptível a delimitação do parênquima restante, como sucede no caso apresentado na Fig. 4.

Em não raras ocasiões observa-se a concomitância de diferentes "tipos" cintilográficos de nódulos, obviamente em casos de bócios multinodulares: a associação mais frequente é a de nódulos "mornos" e "frios", como o que poderá ser observado na Fig. 5, num mapeamento de paciente proveniente de zona de carência iódica crônica.

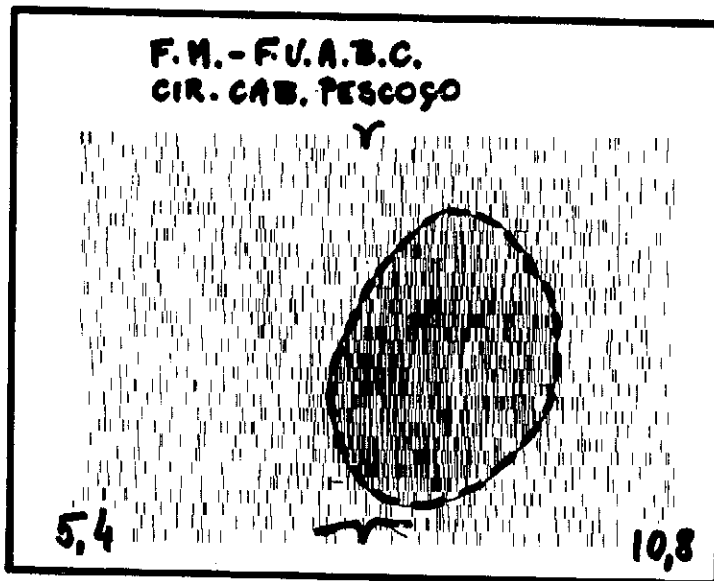


Fig. 4. Tireograma mostrando nódulo "quente" ou "hipercaptante" situado no lobo E da glândula tireóide.

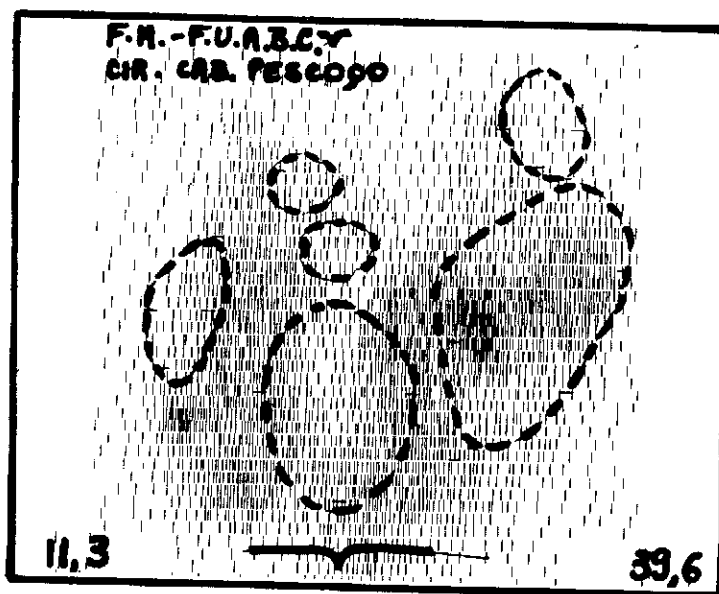


Fig. 5. Cintilografia de tireóide evidenciando nódulos "frios" e "mornos" de um bócio multinodular simples, pertencente a doente oriundo de zona iodocarential (Zona endêmica).

3.2. ANÁLISE CINTILOGRÁFICA DA NOSSA CASUÍSTICA

3.2.1. Bócios Simples

Nesta avaliação, obtivemos uma incidência de 47 casos de pacientes com zonas de "hipocaptação", sendo que em 25 (53,19%) desses casos havia a presença de uma formação uninodular "hipocaptante" e nos 22 casos restantes (46,81%) verificamos a presença de vários nódulos com as mesmas características.

3.2.2. Bócios Tóxicos

Nos portadores de moléstias de Basedow-Graves encontramos uma glândula difusamente aumentada de volume e "hiperfi-

xante"; os pacientes com doença de Plummer foram caracterizados cintilograficamente por um nódulo "hipercaptante", e que à prova de depressão da função tireoidiana, permaneceu "autônomo", demonstrando a sua independência do mecanismo de "feedback" normalmente existente entre o eixo hipotalâmico-hipofisário, corroborado pela prova de estímulo com THS exógeno, aparecendo o lobo contra-lateral anteriormente inibido pela produção anormal de hormônios tireoidianos, produzidos pelo mais rápido metabolismo do nódulo autônomo.^{6,8,23}

Nos bócios multinodulares tóxicos, "não autônomos" (4 casos), os nódulos eram, na sua maioria, "hipocaptantes" e "mornos", perfazendo um percentual de 36,36%, porém a glândula apresentava-se, em seu conjunto "hipercaptante".

4. DAS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

4.1. CRITÉRIOS DA INDICAÇÃO CIRÚRGICA

4.1.1. Bócios Simples

A indicação das tireoidectomias nos bócios simples, baseia-se fundamentalmente na presença de áreas "frias" no mapeamento da glândula tireóide, de fenômenos de compressão e em alterações estéticas. Quando existem áreas "hipocaptantes" a experiência de autores nacionais^{20,25} e da literatura universal^{1,17}, é unânime na afirmação de possibilidade de neoplasias malignas principalmente nos bócios uninodulares; tal incidência varia de 15 a 40%. Curiosamente em nossa estatística não tivemos nenhum caso de neoplasia proveniente de bócio uninodular simples "frio", o que no entanto não invalida a nossa indicação, pois acreditamos que com o aumento de nosso material provavelmente nos aproximaremos das estatísticas de outros Serviços^{1,2,4,11,18,19,20,25,26,27,28} (Quadro I). Ao contrário nos casos de bócios multinodulares "hipercaptantes" onde habitualmente a incidência de neoplasias é menor, tivemos 3 casos de neoplasias malignas, que correspondem a um percentual de 13,5%.^{1,6}

AUTOR	Nº TIREOIDECTOMIAS	% Ca
BEAHR e cols.	3.247	7,58
BEREGI e cols.	14.122	0,90
CALCOCK & CATTEL	-	10,80
HERSHEY	1.216	2,50
METROPOL & MYERS	1.249	4,70
REGO	1.809	4,00
ROSA e cols.	981	9,40
TOLEDO	3.638	5,80
TRIVELLINI	1.012	3,10
WILLIAMS e cols.	1.330	7,70
WILLIS	3.590	4,10

QUADRO I. Incidência percentual de câncer da tireóide em tireoidectomias, segundo vários autores.

Os bócios volumosos costumam produzir fenômenos compressivos sobre a traquéia e eventualmente sobre o esôfago e os nervos laringícos inferiores, produzindo respectivamente, dispênia, disfagia e disфонia.

4.1.2. Bócios Tóxicos

Nos bócios tóxicos nodulares, tanto na Doença de Plummer como nos nodulares "não autônomos", não há dúvida da indicação do tratamento cirúrgico^{8,24}. Já nos casos de Moléstia de Basedow-Graves, caracterizada por hipertireoidismo, exoftalmopatia, presença de "LATS" no soro e dermatopatia infiltrativa (mixedema pré-tibial), o tratamento cirúrgico ainda se constitui no método terapêutico mais eficaz (deixando-se casos selecionados para o tratamento clínico ou radioiodoterápico, da ordem de 30%). Tal atitude afigura-se-nos como a mais adequada pois,

quando cotejada aos outros meios terapêuticos atualmente em uso, o tratamento cirúrgico possibilita: 1) menor morbidade; 2) mais pronto domínio do quadro; 3) é empregado em um só tempo, não necessitando de várias sessões para conseguir-se a remissão; 4) custo razoável; 5) possibilitada a rápida recuperação social do doente, reintegrando-o ao meio e mercado do qual é oriundo.

É sempre de fundamental importância o preparo adequado dos pacientes hipertireoideos com a finalidade de evitar a crise tireotóxica, sendo usadas as drogas antitireoidianas clássicas (PTU, Metimazol), associadas à solução de Lugol, usando-se também, na maioria das vezes, drogas betabloqueadoras.^{12,13,14,15}

4.2. TIPOS DE CIRURGIA

4.2.1. Bócios Simples

Nos bócios uninodulares simples "frios", costumam os fazer a lobectomia correspondente ao lobo afetado; aguardando-se o resultado da biópsia de "congelamento" intra-operatória: caso se positivo o diagnóstico de certeza de neoplasia maligna, faz-se a tireoidectomia total, com ou sem esvaziamento cervical, dependendo da presença de linfonodos metastáticos. Algumas vezes quando se tem certeza de áreas císticas intra-glandulares, pode-se optar por nodulectomia.

Nos bócios multinodulares existe a indicação da retirada do tecido tireoidiano macroscopicamente alterado, advindo daí, geralmente, uma tireoidectomia sub-total, onde, via de regra, retiram-se 2/3 ou mais de tecido nodular da tireóide.

Desta maneira, em 47 casos de bócios simples, foram realizadas 20 tireoidectomias sub-totais e 12 lobectomias tireoidianas, perfazendo respectivamente percentuais de 42,55% e 25,53%. Nota-se na Tabela 6 que houve um erro diagnóstico concernente a um diagnóstico de bócio uninodular simples "frio" que, no achado cirúrgico, revelou tratar-se de cisto do ducto tireoglosso, realizando-se então a clássica operação de Sistrunk (Tabela 6). Nota-se, outrossim, a presença de 3 casos de carcinoma de tireóide, inferidos pelo tipo de cirurgia empregado: tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar cervical (1 caso), tireoidectomia total (1 caso) e descompressão traqueal e traqueotomia (1 caso).

TIPOS DE CIRURGIA	Nº CASOS	%
Tireoidectomia Subtotal	20	42,55
Lobectomia + Istmectomia	12	25,53
Lobectomia Subtotal	4	8,51
Lobectomia Parcial	2	4,25
Tireoidectomia Total + Esvaziamento Cervical	1	2,13
Istmectomia	4	8,51
Sistrunk	1	2,13
Nodulectomia	1	2,13
Tireoidectomia Total	1	2,13
Traqueostomia + Descompressão Traqueal	1	2,13
Total	47	100,0

TABELA 6. Incidência percentual dos diversos tipos de tireoidectomias realizadas nos casos de bócios simples.

4.2.2. Bócios Tóxicos

Na moléstia de Plummer, atendendo à fisiopatologia da própria doença, tornamos o paciente curado com a retirada do nódulo "autônomo", através de uma simples enucleação (ou lobectomia, se o nódulo tomar todo um lobo tireoidiano).

Na Moléstia de Basedow-Graves, faz-se uma tireoidectomia sub-total ampla, deixando-se aproximadamente de 2 a 4 gramas de tecido tireoidiano em cada coto remanescente, visando, com isto, uma diminuição da formação de hormônios tireoidianos, u'a vez que se adequou o tamanho do efetor (tireóide).

Os bócios multinodulares tóxicos "não autônomos" tem comportamento clínico semelhante aos bócios difusos tóxicos, ou seja "Basedow-Graves com nódulos" onde o parênquima circunjacente aos nódulos é responsável pela hipersecreção hormonal. Aqui também se faz o mesmo tipo de cirurgia que é realizada na doença de Basedow-Graves, ou seja, tireoidectomia sub-total.

A casuística do nosso Serviço está apresentada na Tabela 7.

TIPOS DE CIRURGIA	Nº CASOS	%
Tireoidectomia Subtotal	8	72,73
Lobectomia Total	1	9,09
Lobectomia Subtotal	1	9,09
Nodulectomia	1	9,09
Total	11	100,00

TABELA 7 Incidência percentual dos diversos tipos de tireoidectomias nos bócios tóxicos.

4.3. DIAGNÓSTICO INTRA-OPERATÓRIO

Nos casos de diagnóstico clínico pré-operatório de bócio uninodulares houve durante o ato cirúrgico em alguns casos (10 casos) o achado de outros nódulos, que em tais situações são geralmente pequenos e posteriores, normalmente inacessíveis à palpação pré-operatória, tendo sido encontrados após um meticolosa inspeção glandular. Este fato levou a um aumento percentual de bócios multinodulares próximo a 50%. Este erro diagnóstico coloca-se pouco acima do que se encontra referido normalmente na literatura e que se situa em torno de 30%^{10,24}.

Saliente-se aqui que este erro diagnóstico só ocorreu em relação aos bócios uninodulares simples.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RESULTADOS

5.1. DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Em 47 casos de bócios nodulares tivemos um caso de carcinoma papilífero, e dois de carcinoma indiferenciado da tiróide; no restante, bócio colóide a não ser em um paciente em que havia concomitância de bócio colóide e adenomatoso. O que mais se estranhou, foi a presença em nosso material de dois carcinomas anaplásticos, apesar de sua incidência estar condizente com os grupos etários dos pacientes atingidos (50 a 70 anos).

O paciente com carcinoma papilífero apresentava na época da admissão 63 anos de idade. Da totalidade de nossos casos tivemos uma percentagem de 6,4 pacientes com neoplasias malignas da glândula tiróide.

5.2. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Analisaremos as intercorrências cirúrgicas relacionadas com recidivas, hipotireoidismo, lesões de glândulas paratireóides, lesões dos nervos laringícos e hemorragias, que são as mais importantes⁵.

Relativo às recidivas e ao hipotireoidismo pós-operatório não tivemos nenhum caso, porém tal incidência nula talvez resulte do pouco tempo de acompanhamento destes casos, sendo que, em alguns deles, o seguimento não pode ser realizado devido à ausência dos pacientes nos retornos ambulatoriais.

O único caso de hipoparatiroidismo que se verificou foi transitório, e aconteceu em uma tireoidectomia total onde, na realidade, existe maior risco para a lesão das glândulas paratireóides.

Verificou-se em um caso de bócio difuso tóxico lesão de nervo laringeo superior, permanecendo a paciente com dificuldade transitória e qualitativa de fonação. Tivemos ainda um hematoma pós operatório de fácil resolução.

Quanto aos óbitos (2 casos: 3,45%) ocorreram nos pacientes portadores de carcinoma indiferenciado da tiróide, no período pós-operatório mediato, devido à própria patologia. Ressalte-se que tal tipo histológico é dotado de extrema agressividade; cumpre aqui salientar não termos tido qualquer outro caso de êxito letal.

6. CONCLUSÕES

Na análise dos 58 casos operados, observamos que a incidência percentual da doença tireotóxica se fez em 18,97 dos casos. Por outro lado, dentre os bócios simples todos os doentes eram portadores de bócios nodulares, sobressaindo-se os uninodulares hipocaptantes com um percentual de 53,19.

A grande maioria dos pacientes pertence ao sexo feminino, estando siuados principalmente entre a 3ª e 5ª décadas da vida em relação a sua distribuição por idades.

As indicações cirúrgicas se basearam essencialmente na sintomatologia apresentada pelo paciente (fenômenos de compressão), na presença de áreas anômalas ou alteradas do mapeamento tireoidiano e nos pacientes que tivessem sinais e sintomas de hipertireoidismo; nestes últimos, fez-se um preparo pré-operatório específico, obrigatório e apropriado.

A tireoidectomia sub-total foi a cirurgia realizada na maior parte das vezes, com bons resultados, pois, do estudo apresentado e comparado com o da literatura consultada, notamos um índice mínimo de complicações em nosso material.

FERRAZ, A.R.; SILVA FILHO, G.B.; BRANDÃO, L.G.; SAMPAIO, M.A.R.; VARELLA, A.L.B.; PRIETO, A.F.P.; FRAIGE FILHO, F. & OLIVEIRA, M.R. Simple and toxic goiters: considerations on the first fifty-eight cases that underwent surgery at the Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. Arq. med. ABC, 1: 10-6, 1978.

SUMMARY: The authors present the first fifty-eight thyropathy cases that underwent surgery at the Head and Neck Surgery Department of the Faculdade de Medicina da Fundação do ABC; they circumstantially annalyse this display of cases, formulating epidemiological considerations and covering several different aspects related to the diagnosis, procedure and treatment used; they also mention the post-operative complications, comparing some of their data with that verified in worldwide medical literature.

UNITERMOS: Goiters; Thyroid surgery.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEAHR, O.H.; PEMBERTON, J.J. & BLACK, B.M. Nodular goiter and malignant lesion of thyroid gland. J. Clin. Endocr. 11: 1157, 1957.
2. BEREGI, E.; JANKAOVICS, R. & BRASCH, Z. Malignant tumors of the thyroid gland. Budapest, Akademiai Kiado, 1967.
3. CAMPOS, P.C.; GARCIA, A.M.; HORRILENO, E.G. & CLEMENTE, A.O. Scintigraphy examination of nodule of the thyroid. Acta Med. Philipp. 16:131, 1960.
4. COLCOCK, B.P. & CATTEL, R.B. Carcinoma of thyroid. Surg. Clin. N. Amer. 42:687, 1962.
5. COLCOCK, B. & KING, M. Mortality and morbidity of thyroid surgery. Surg. Gynec. Obstet. 114:131, 1962.

6. DECOURT, J.; SAVOLE, J.C.; DE GENNES, J.L. & JUNGERS, P. L'adenome thyroïdien toxique a la lumiere des explorations par l'iode radioactif. Etude de 24 observations. *Sem. Hóp. Paris*, 36:323, 1962.
7. DI MATTEO, G.; GENNARELLI, L.; MARCHEGGIA-NI, E. & MAMMUCARI, R. Diagnostic value of scintigraphy in nodules thyroid diagnosis. The "cold" nodule: anathomo clinical an surgical considerations. *Ann. ital. Chir.* 42:291, 1965.
8. FERRAZ, A.R. **Nodullectomia como tratamento cirúrgico de eleição para os nódulos tireoidianos autônomos: justificativas tácticas, fisiopatológicas e apreciação evolutiva.** São Paulo, 1972. Tese de Docência livre em Clínica Cirúrgica-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
9. FERRAZ, A.R. Hipertireoidismo. In: FERRAZ, A.R. **Atualização em moléstias da tireóide.** 2. ed. São Paulo, 1974.
10. FERRAZ, A.R. & TOLEDO, A.C. Tratamento cirúrgico dos bócios simples e tóxicos. In: BASTOS, E.S. **Rumos modernos da cirurgia.** São Paulo, Fundo Ed. Prociens, 1964, p. 163.
11. HERSCHER, C.T. Thyroid carcinoma and nodular goiter in a community hospital. *Arch. Surg.* 76:407, 1958.
12. HERSHMAN, J.M. The treatment of hiperthyroidism. *Ann. Inter. Med.* 64:1306, 1966.
13. HERSHMAN, J.M.; GIVENS, J.R.; CASSIDY, C.E. & ASTWOOD, E.B. Longterm outcome of hyperthyroidism treated with antityroid drugs. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 26:803, 1966.
14. LEE, T.C.; COFFER, R.J.; MACKIN, J.; COBB, M.; ROUNTON, J. & CANART, J.J. The use of propranolol in the surgical treatment of thyrotoxic patients. *Ann. Surg.* 172:643, 1973.
15. McLARTY, D.G.; BROWNLIE, B.E.W. & ALEXANDER, W.D. Remission of thyrotoxicosis during treatment with propranolol. *Brit. med. J.* 2: 232, 1973.
16. MALOOF, F.; WANG, C.A. & VICKERT, Jr, A.L. Bócio não tóxico difuso ou nodular. *Clin. med. Aemr. Norte*, 59: 1221, 1975.
17. MEADOWS, P.M. Scintillation scanning in management of clinically single thyroid nodule. *J. Amer. med. Ass.* 177:229, 1961.
18. METROPOL, H.J. & MYERS, R.T. Cancer of thyroid. *Surg. Gynec. Obstet.* 113:425, 1961.
19. REGO, A.M. Orientação terapêutica no câncer da tireóide. *Rev. bras. Cir.* 29:30, 1955.
20. ROSA, J.C. Noções atuais sobre o tratamento dos tumores malignos da tireóide. In: PINOTTI, H. W. **Atualização cirúrgica.** São Paulo, Mandé, 1975. v.5; p.55.
21. SAMPAIO, A.A. Evolução e patologia do bócio endêmico no Estado de São Paulo. *Rev. paul. Med.* 69:227, 1966.
22. SHIMAOKA, K. & SOKAL, J.E. Differentiation of benign and malignant thyroid nodules by scyntiscan. *Arch. Int. Med.* 114:36, 1964.
23. SILVA Fº, G.B.; FERRAZ, A.R.; BRANDÃO, L.G.; CORDEIRO, A.; CORIOLANO, M.R.A. & TOLEDO, A.C. O tratamento da tireotoxicose pelas tireoidectomias sub-totais amplas-principais complicações, conceituação, conduta e aspectos profiláticos. *Rev. bras. Cir. Cab. e Pesc.* 2:1, 1975.
24. TOLEDO, A.C. Tratamento cirúrgico do hipertireoidismo. In: ROSA, J.C. **Glândula tireóide: funções e disfunções.** São Paulo, Artes Médicas, 1974. p. 131.
25. TOLEDO, A.C. apud BRANDÃO, L.G.; FERRAZ, A.R.; CORDEIRO, A.C.; POMPEO, A.C.L. & CORIOLANO, M.R.A. Carcinoma primário da bexiga metastático na glândula tireóide. *Rev. bras. Cir. Cab. e Pesc.* 2:1, 1975.
26. TRIVELLINI, A. Terapia chirurgica dei tumori della tiroide. *Atti.Soc.ital.Cancer*, 5:311, 1964.
27. WILLIAMS, A.C.; DAVIS, J.M. & KIELY, A.A. Thyroid cancer in 1330 cases of surgical goiter. *Amer. J. Surg.* 104:672, 1962.
28. WILLIS, J. Incidence and aetiology of thyroid carcinoma. *Brit. Med. J.* 1:1646, 1961.

Recebido para publicação em 3-10-1978.
Aprovado para publicação em 31-10-1978.