



DEBATE: Na abordagem do carcinoma diferenciado de tireoide
“Tentando um consenso regional”
Estratificação de risco de pós-cirurgia: o patologista e o clínico

Professora Daniella Serafin Couto Vieira, MD, Msc

Departamento de Patologia

Serviço de Anatomia Patológica

Hospital Universitário

Universidade Federal de Santa Catarina

Declaro não haver conflitos de interesses!

Estratificação de risco :

O que é um carcinoma da tireoide de baixo risco?

- **Carcinoma papilar, folicular , podendo ser encapsulado:**

Exceto variantes de células altas, células colunares ou subtipo insular

- **Carcinoma exclusivo na glândula tireoide**

Ausência de comprometimento em muitos linfonodos/<5linfonodos, focos menores que 0,2cm

Ausência de extensão para tecido adiposo peritireoidiano

Ausência de metástases a distancia

Apresentar menos que quatro focos de invasão vascular

- **Carcinomas foram completamente removidos na cirurgia**
- **Carcinomas que se comportam bem ao longo do tempo/segmento**
- **Pacientes com menos que 55 anos ao diagnóstico.**



Estratificação de risco de pós-cirurgia

Qual é o carcinoma diferenciado de alto risco?

É o tumor que apresenta critérios histológicos que determinam a necessidade de tireoidectomia completa e / ou terapia de ablação com iodo radioativo no pós-operatório.

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Comitê Conjunto de Câncer (AJCC)

College of American Pathologists (CAP)

American Thyroid Association (ATA)

National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Critérios Histológicos

- Extensão extratireoidiana
- Extensão da invasão vascular
- Extensão da invasão capsular
- Status da margem cirúrgica
- Características da metástase linfonodal

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Extensão extra tireoidiana

- Extensão do tumor além da cápsula da tireóide
- 23,5% de todos os carcinomas papilares da tireóide
- Extensão extratireoideana **mínima e extensa**

Risco de recorrência:

3 - 9%, para a extensão mínima

23 - 40% para a extensão extensa

Fator de prognóstico adverso com risco aumentado de recorrência, metastase linfonodal e mortalidade.

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Extensão extra tireoidiana:

- Mínima (ou microscópica):

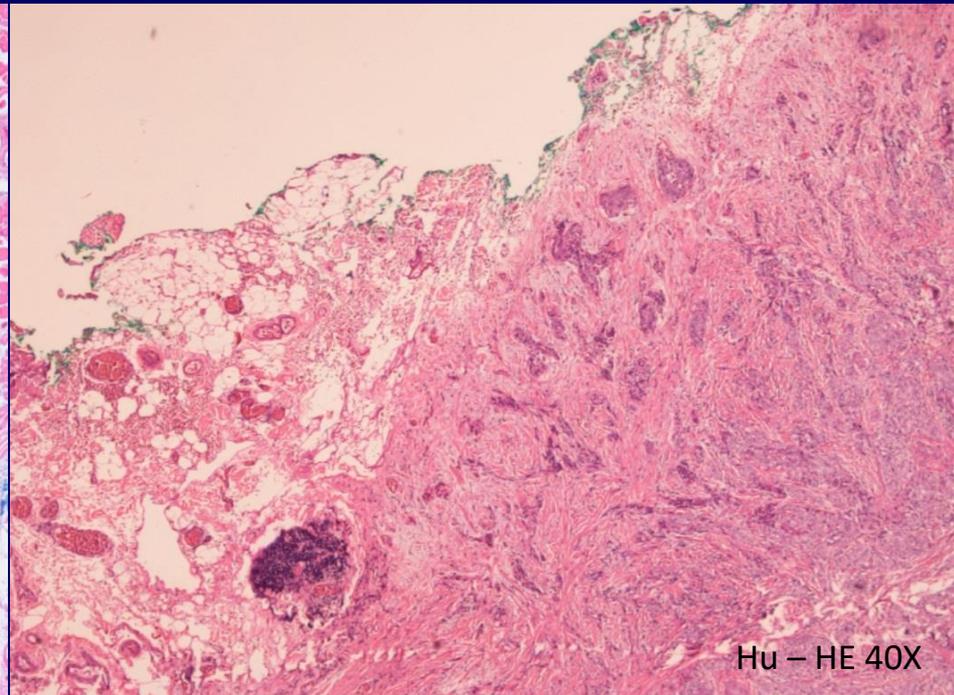
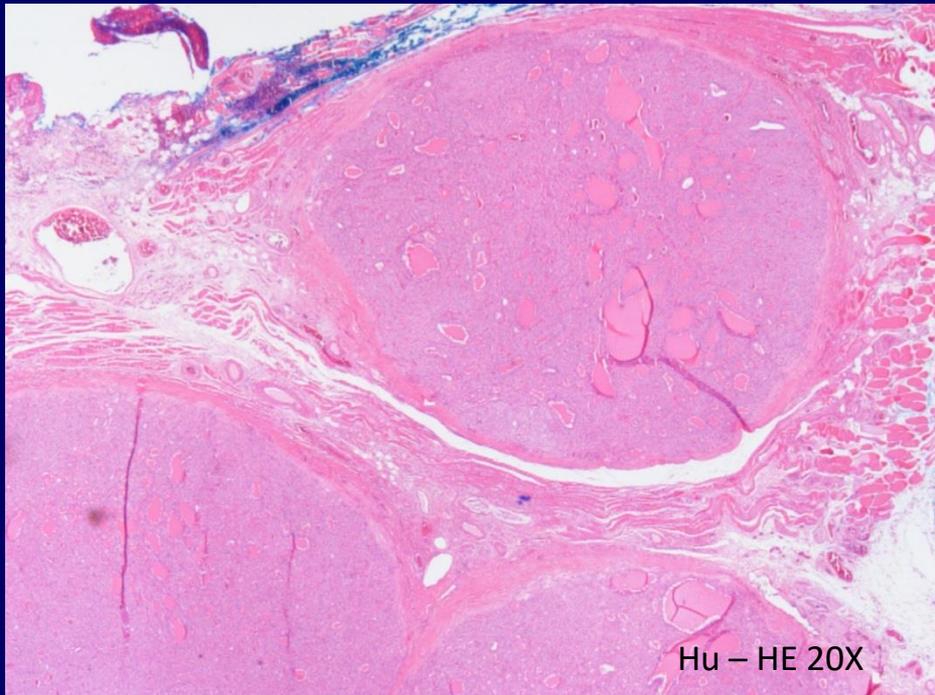
É a invasão no tecido mole peritireoideano , detectado exclusivamente a nível microscópico e não clinicamente ou grosseiramente no momento da cirurgia

- Extensa (ou macroscópica):

É a extensão direta do carcinoma nos músculos da periferia (esterno-hióideo, esternotireóideo, tireo-hióideo e omo-hióideos), tecido subcutâneo, laringe, traquéia e esôfago) ou para o nervo laringeo recorrente, sendo estabelecidos clinicamente por imagem ou durante a cirurgia

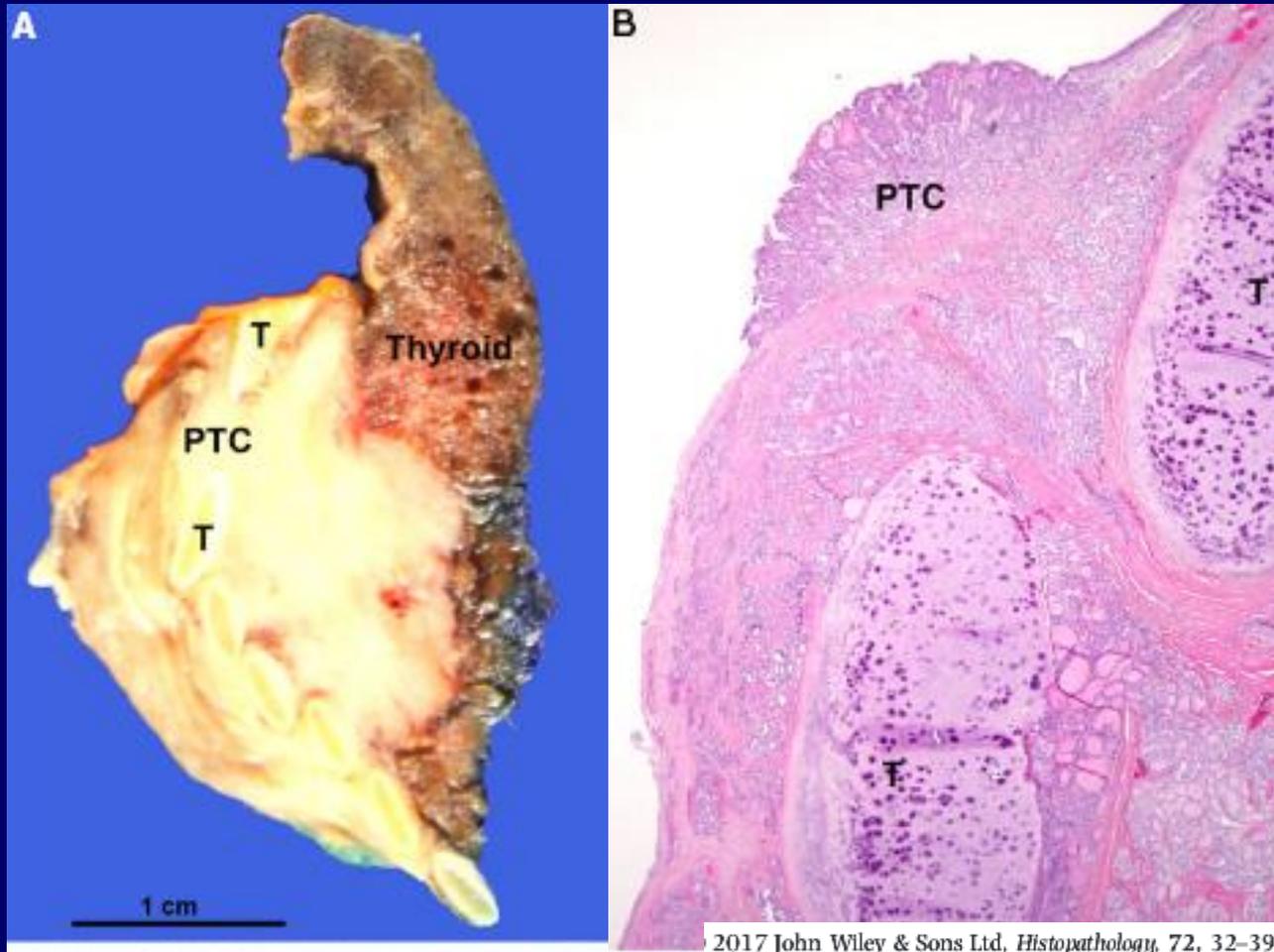
Estratificação de risco de pós-cirurgia

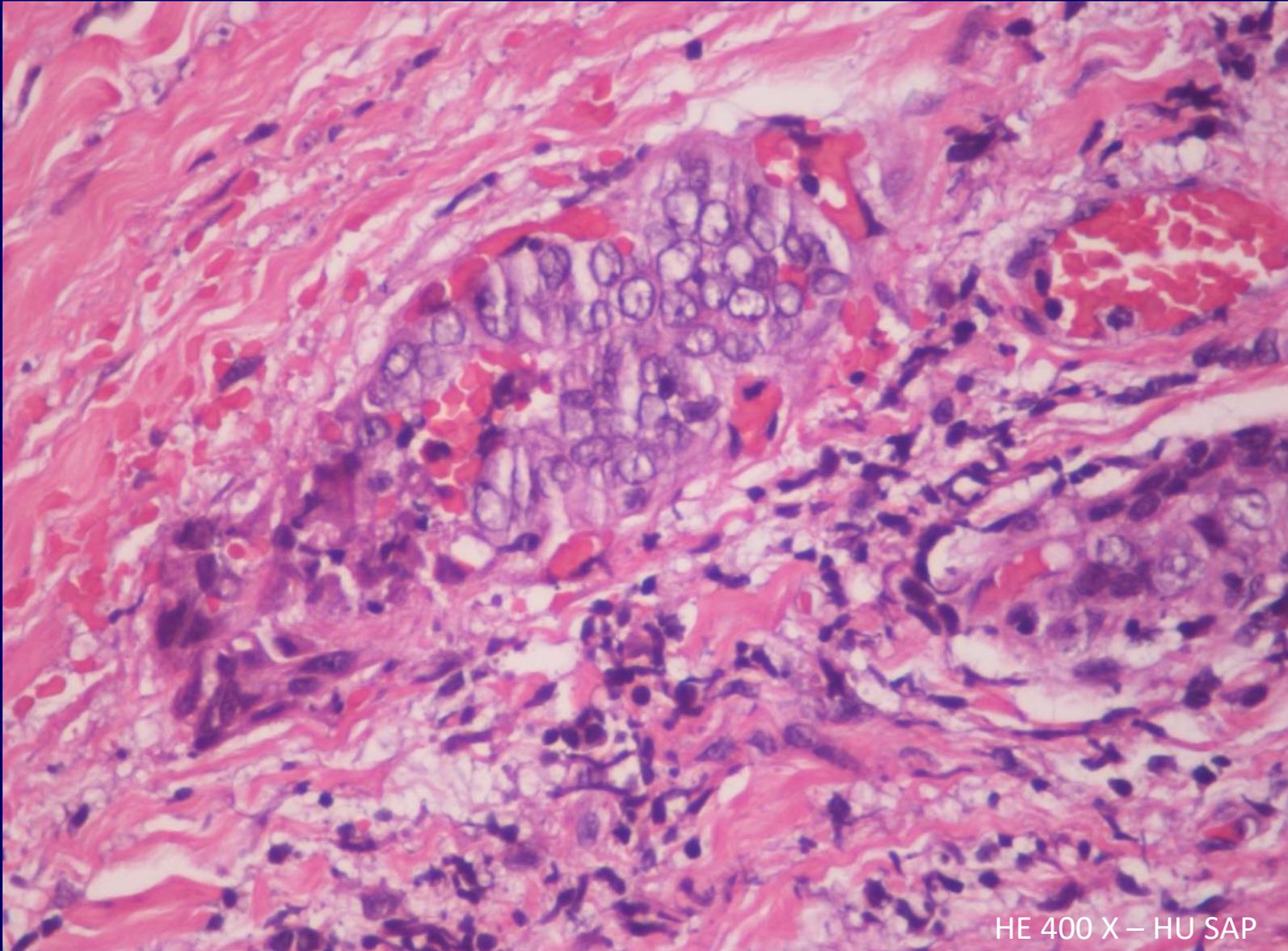
Extensão extra tireoidiana: mínima



Estratificação de risco de pós-cirurgia

Extensão extra tireoidiana: “extensa”





A
nixo grau.

HE 400 X – HU SAP

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Invasão vascular

ATA:

- Carcinoma diferenciado com invasão vascular mínima (baixo risco) não necessidade de tireoidectomia completa ou ablação com radioiodo terapia
- Carcinoma diferenciado com extensa invasão vascular (> 4 focos) grupo de alto risco, exige a tireoidectomia total e terapia com radioiodo pós-operatório

É fundamental que os patologistas avaliem e relatem a presença e extensão da invasão vascular de forma confiável no carcinoma diferenciado, para direcionar a estratificação de risco e tratamento subsequente.

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Invasão capsular

CAP e AFIP:

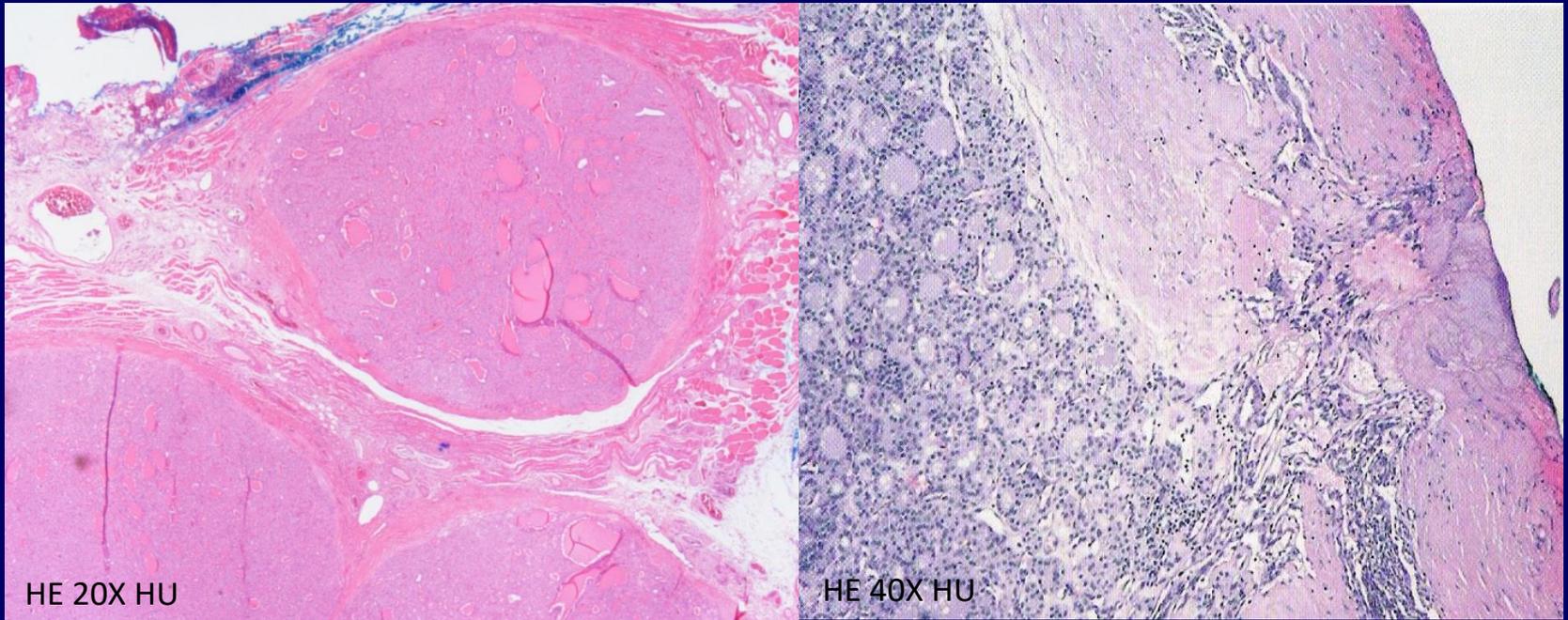
Tumor que transgrediu completamente além do contorno externo com ou sem formação de cápsula

ou

Nódulo satélite fora do cápsula do tumor.

O termo "minimamente invasivo" é utilizada para invasão capsular microscópico

Estratificação de risco de pós-cirurgia



ATA e NCCN:

Invasão capsular não é um fator considerado para a estratificação de risco em diretrizes

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Margem cirúrgica:

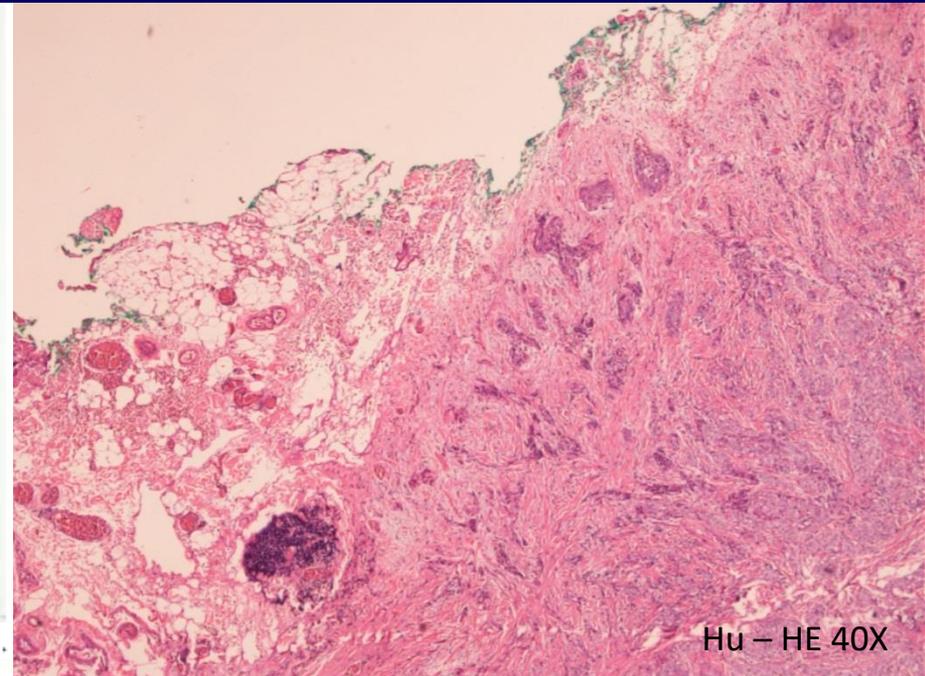
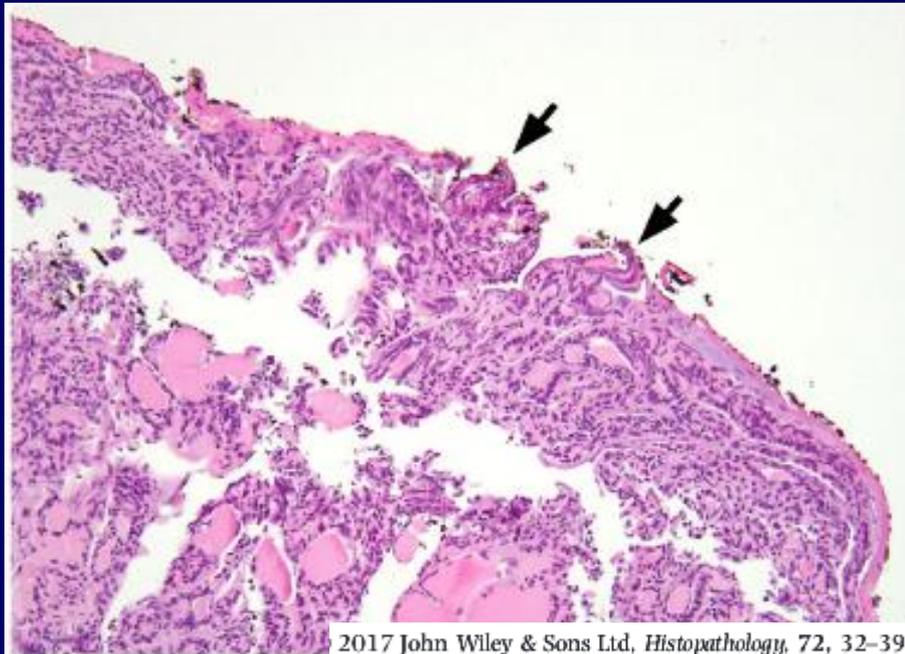
Presença de células tumorais no tecido com tinta.

Três categorias:

- Ressecção R0 (margem microscopicamente negativa)
- Ressecção R1 (ressecção completa com margem microscopicamente positiva)
- Ressecção R2 (margem grosseiramente positiva ou ressecção incompleta)

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Margem cirúrgica:



Estratificação de risco de pós-cirurgia

Margem cirúrgica: estratificação de riscos

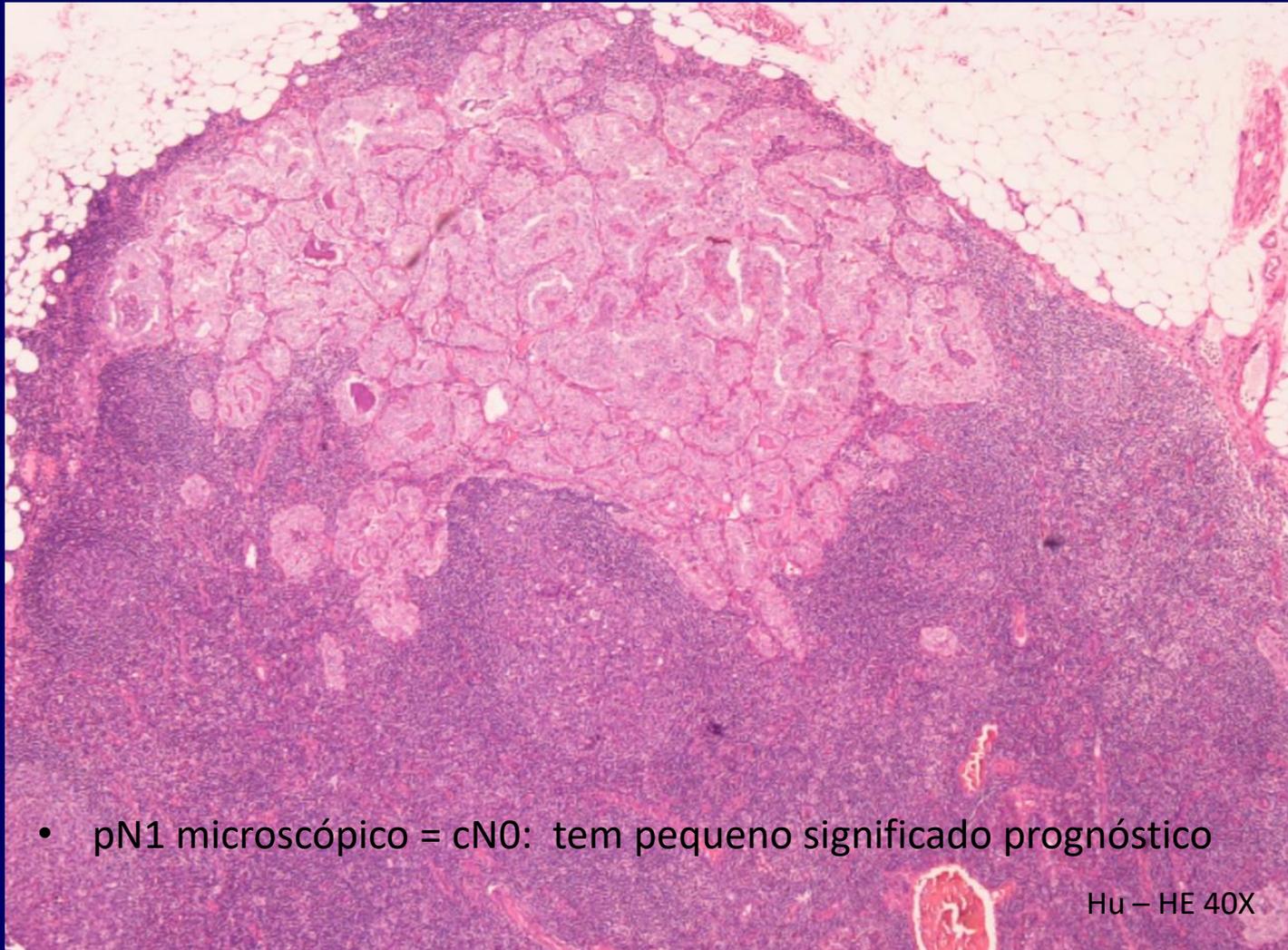
- **ATA** incluiu margem R2 para caracterizar lesões de alto risco
- **NCCN** incluiu qualquer margem de ressecção positiva como um dos critérios lesões de alto risco, associado a: tumor > 4 cm; ETE extensa, metástase linfonodal macroscópica, doença multifocal e invasão vascular **para recomendar a conclusão tireoidectomia.**
- O status de margem para carcinoma diferenciado é um relato obrigatório nas orientações do **CAP**.

Estratificação de risco de pós-cirurgia

Metástase Linfonodal:

- Metástase regional é um achado comum no carcinoma papilífero da tireoide
- Frequência: até 80% dos pacientes
- O impacto da metástases linfonodal na recorrência é relativamente pequeno, sendo mais evidente em idosos
- As metástases linfonodais foram incorporadas ao *AJCC* (TNM) dividido em central (pN1a) e envolvimento do compartimento lateral (pN1b).

Estratificação de risco de pós-cirurgia





Estratificação de risco de pós-cirurgia metástase linfonodal : estratificação de riscos

NCCN (2017): não recomenda tireoidectomia e iodo pós-operatório na doença pN1a com < 5 linfonodos envolvidos com metástase < 2 mm no maior dimensão, considerado N1 patológico microscópico subclínico (*Randolph et al, 2012*)

ATA: número de gânglios linfáticos > 5 é considerado como risco intermediário) e tamanho dos linfonodos metastáticos ≥ 3cm como alto risco.

AJCC: recomendou descrever características histológicas detalhadas da metástase linfonodal no relatório patológico, incluindo o número de linfonodos comprometidos, localização dos linfonodos envolvidos, tamanho do maior linfonodo envolvido, tamanho dos focos metastáticos dentro do linfonodo envolvido e a presença de ENE.

Nota: é importante documentar o extensão extra nodal no relatório de patologia de um carcinoma diferenciado de tireóide.



Estratificação de risco de pós-cirurgia- o patologista e o clínico

Considerações finais

- O campo da patologia da tireoide evoluiu durante as últimas décadas.
- Descrições anatomopatológicas detalhadas e informações clínicas são fundamentais.
- Mudanças na caracterização de carcinoma da tiroide levaram ao refinamento da estratificação do risco e escalonamento da terapia em diferentes carcinomas de tireoide
- O prognóstico e terapia de carcinomas da tiroide podem ser delineados mais claramente se uma análise microscópica meticulosa for realizada.
- É importante que os patologistas relatem essas características para estimar o risco da disseminação, recidiva e sobrevida auxiliando o clínico na tomada de decisões.

Obrigada!

