

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à tireoidectomia parcial e total

Quality of life assessment in patients undergoing partial and total thyroidectomy

PEDRO HENRIQUE SERRA CARVALHO DOS SANTOS¹ ; ROBERTA ZAMBO GALAFASSI¹ ; GIULIA FERNANDES MANHÃES RODRIGUES LOPES¹ ; LEIZIANE ASSUNÇÃO ALVES GUIMARÃES² ; FATIMA ROSALIA HARTELSBERGER BOBADILLA² ; INÊS NOBUKO NISHIMOTO³ ; ROGÉRIO APARECIDO DEDIVITIS TCBC-SP⁴ .

RESUMO

Objetivo: A tireoidectomia, remoção parcial ou total da glândula tireoide, é uma cirurgia comumente realizada para diversas doenças da tireoide. Recentemente, tem-se observado uma tendência pelo uso de tireoidectomias parciais, devido às taxas de complicações mais baixas e resultados terapêuticos adequados. **Objetivo:** Avaliar o impacto da tireoidectomia parcial e total na qualidade de vida.

Métodos: O questionário ThyPRO-39 foi utilizado para avaliar os resultados específicos de qualidade de vida relacionados à tireoide em pacientes que se submeteram a diferentes abordagens de tireoidectomia. **Resultados:** As complicações pós-operatórias foram paralisia unilateral transitória do nervo recorrente (6,5%) e hipoparatiroidismo transitório (22,4%). Os resultados de qualidade de vida após a tireoidectomia não apresentou diferença estatística ($p = 0,982$). Escores significativamente mais baixos foram associados ao gênero feminino e ao esvaziamento cervical. **Conclusão:** Os escores de qualidade de vida foram elevados, com escores mais baixos entre as mulheres e na presença de esvaziamento cervical.

Palavras-chave: Tireoidectomia. Qualidade de Vida. Complicações Pós-Operatórias. Disfonia. Hipoparatiroidismo.

INTRODUÇÃO

A tireoidectomia pode ser parcial ou total¹. Com o aumento da segurança e eficácia desses procedimentos, observa-se uma tendência crescente na realização de tireoidectomia menos que total devido às menores taxas de complicações e ao tratamento suficiente para tumores de baixo risco e doenças benignas^{2,3}.

A cirurgia da tireoide acarreta complicações que podem impactar a qualidade de vida dos pacientes. Suas principais complicações incluem hipocalcemia permanente ou transitória, paralisia do nervo laríngeo recorrente permanente ou transitória,⁵ além de hemorragia e hematoma. A tireoidectomia total está associada a maiores taxas de complicações em comparação à hemitireoidectomia quanto ao hipoparatiroidismo^{4,5}.

Nos últimos anos, a discussão sobre a qualidade de vida em pacientes submetidos à tireoidectomia tem ganhado destaque. Qualidade de vida relacionada à saúde pode ser definida como o impacto global que as doenças

e seus tratamentos exercem sobre todas as dimensões relevantes da vida do paciente. Esse conceito só pode ser avaliado pelo próprio paciente, por ser subjetivo e incluir diferentes aspectos do bem-estar, como físicos, mentais e sociais. Para sua medição, utilizam-se questionários padronizados⁶.

Um instrumento que é utilizado para avaliar resultados específicos do tratamento de tireoide é o questionário ThyPRO (Thyroid-Related Patient-Reported Outcome), desenvolvido por Watt et al.^{7,8} no Rigshospitalet, em Copenhague, Dinamarca, que avalia a qualidade de vida dos pacientes com distúrbios benignos da tireoide, incluindo disfunção tireoidiana e bocio. O questionário inclui 12 domínios que cobrem aspectos físicos e mentais, sintomas, bem-estar, função, bem como o impacto de doenças da tireoide na vida social e diária e, no geral, da qualidade de vida dos pacientes com distúrbios benignos da tireoide. O sufixo PRO denota “resultado relatado pelo paciente”. O questionário foi originalmente desenvolvido por meio das quatro fases de desenvolvimento: fase I

1 - Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Centro Universitário Lusiada - Santos - SP - Brasil 2 - Hospital Ana Costa - Santos - SP - Brasil 3 - Centro Universitário Lusiada - Santos - SP - Brasil 4 - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Cirurgia de Cabeça e Pescoço - São Paulo - SP - Brasil

(edição geração), onde questões em relação à qualidade de vida e com possível relevância foram identificadas em relação às doenças da tireoide; fase II (operacionalização), onde questões relevantes selecionadas foram convertidas para itens de um rascunho de questionário; fase III (pré-teste), onde um rascunho do questionário foi testado e revisado com base na técnica de entrevista cognitiva; e fase IV (validação da escala quantitativa), onde a consistência interna, confiabilidade e validade (a de Cronbach) da escala construída foram testados em uma grande amostra de pacientes. O questionário foi validado e considerado útil em estudos clínicos^{9,10}.

Em 2015, uma versão abreviada deste questionário, com 39 questões, foi desenvolvida e denominada ThyPRO-39 (Thyroid-Related Patient-Reported Outcome-39). Esse novo questionário apresentou boas propriedades de medição e foi recomendado para uso clínico¹¹. Essa mesma versão foi traduzida e validada de maneira satisfatória para o português brasileiro e é conhecido como ThyPRO-39br¹².

Apesar de inicialmente construído para avaliar os resultados em doenças benignas da tireoide, o ThyPRO pode ser aplicado em pacientes submetidos à tireoidectomia, independente da indicação cirúrgica e incluindo suspeita ou confirmação de malignidade^{13,14}. Baseado nisso, em nosso estudo não consideramos malignidade como fator de exclusão.

O objetivo foi investigar as diferenças no impacto à qualidade de vida do paciente comparando a tireoidectomia total e parcial e analisar potenciais fatores de risco para pior qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento por doença benigna e maligna..

MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) do Centro Universitário Lusíadas (UNILUS), sob número de protocolo 895/2024, número do CAAE 80501324.9.0000.5436.

Trata-se de um estudo transversal observacional em que foi aplicado questionário sobre qualidade de vida em portadores de doenças da tireoide, o Thyroid-Related Patient-Reported Outcome-39 (ThyPRO-39), validado para o português do Brasil pelo Dr. Jônatas Catunda¹².

Foram incluídos no estudo pacientes consecutivos submetidos à tireoidectomia que fazem acompanhamento no Núcleo de Cirurgia de Cabeça e Pescoço de Santos. Foram submetidos à tireoidectomia total ou parcial entre 2021 e 2023, com tempo de seguimento pós-operatório de, pelo menos, doze meses. Considerando a validação prévia^{13,14}, arrolamos pacientes operados por doença benigna e maligna. Foram excluídos aqueles com menos de 18 anos ou incapazes de realizar alguma das avaliações do estudo. A coleta de dados epidemiológicos e clínicos aconteceu a partir da consulta aos prontuários médicos.

Os pacientes foram solicitados a preencher, em plataforma Google Formulários, de forma independente, o ThyPRO-39br¹². O primeiro campo de preenchimento foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, o questionário. A coleta de dados foi realizada entre maio e setembro de 2024.

Após responder as perguntas para segmentação da amostra, o participante respondia o questionário ThyPRO-39br. As respostas são pontuadas de 0 a 4, seguindo uma escala de Likert (onde “0” é igual a “não” e “4” é igual a “muito”), sempre considerando a percepção durante as últimas quatro semanas.

Os resultados são distribuídos em 13 escalas e um resultado composto final que geram uma pontuação de 0 a 100 para cada uma delas, quanto maior a pontuação maior a frequência de sintomas da devida escala e maior o impacto na qualidade de vida.

As escalas são: 1. Sintomas do bocio; 2. Sintomas de hipertireoidismo; 3. Sintomas de hipotireoidismo; 4. Sintomas oculares; 5. Fadiga; 6. Problemas cognitivos; 7. Ansiedade; 8. Depressão; 9. Emocional; 10. Impacto na vida social; 11. Impacto no dia-a-dia; 12. Reclamações da aparência; e 13. Qualidade de vida em geral. A forma como os resultados do ThyPRO-39br são calculados estão no Anexo.

O desfecho dos métodos utilizados foi criar escores comparativos dos resultados das escalas do ThyPRO-39br com as seguintes variáveis categóricas: sexo, idade, resultado anatomo-patológico, presença de tireoidite, extensão da tireoidectomia, esvaziamento cervical, radioiodoterapia, paralisia unilateral do nervo recorrente, perda de extensão vocal, hipoparatireoidismo, necessidade de reposição

definitiva de cálcio e necessidade de reposição definitiva de hormônio tireoidiano.

Análise estatística. A distribuição de frequências foi utilizada para descrever as variáveis categóricas (número de casos e percentual relativo) e as medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão) para as numéricas. As associações entre os escores/escalas em relação a variáveis categóricas independentes: com 2 categorias foram verificadas através do teste U de Mann-Whitney e com 3 ou mais categorias o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado. O nível de significância de 5% foi adotado para todos os testes estatísticos. O programa estatístico para computadores Stata versão 18 foi utilizado para a realização de todas as análises estatísticas¹⁵.

RESULTADOS

Foram incluídos 107 pacientes que responderam o questionário. Houve uma predominância do sexo feminino (77,6%) e a idade média foi de 50,9 anos. Quanto ao diagnóstico anatomo-patológico, 57,9% foram bócio ou adenoma e a tireoidite não foi verificada em 83,2%. Tireoidectomia total foi realizada em 81,3% (87); 86,9% não realizaram esvaziamento cervical; e 92,5% não receberam radioiodoterapia adjuvante. Quanto às complicações, sete pacientes (6,5%) apresentaram paralisia unilateral transitória de nervo recorrente e 24 (22,4%), hipoparatiroidismo, sendo que 98,1% (105) não necessitam de reposição de cálcio (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da casuística de acordo com variáveis demográficas e clínicas dos pacientes – 107 casos.

Variável	Categoria / Medidas	Freq. (%) / Medidas
Sexo	Feminino	83 (77,6)
	Masculino	24 (22,4)
Idade (anos)	Variação	25 – 84
	Mediana	51
	Média (Desvio Padrão)	50,9 (13,4)
Anatomopatológico	Bócio / Adenoma	62 (57,9)
	Carcinoma bem diferenciado	45 (42,1)
Tireoidite	Não	89 (83,2)
	Sim	18 (16,8)
Extensão da tireoidectomia	Parcial	20 (18,7)
	Total	87 (81,3)
Esvaziamento cervical	Não	93 (86,9)
	Compartimento central unilateral	1 (0,9)
	Compartimento central bilateral	0
	Lateral	12 (11,2)
	Radical modificado	1 (0,9)
Esvaziamento cervical	Não	93 (86,9)
	Sim	14 (13,1)
Radioiodoterapia	Não	99 (92,5)
	Sim	89 (7,5)
Paralisia unilateral de nervo	Não	100 (93,5)
	Transitório	7 (6,5)
	Definitivo	0
Hipoparatiroidismo	Não	83 (77,6)
	Sim	24 (22,4)
Reposição de cálcio	Não	105 (98,1)
	Sim	2 (1,9)
Reposição de hormônio tireoidiano	Não	22 (20,6)
	Reposição hormonal	47 (43,9)
	Supressão do TSH	38 (35,5)

O questionário ThyPRO-39 permitiu distribuir a casuística de acordo com a escala de sintomas. Dentre os sintomas relatados, há um destaque para a fadiga, com uma mediana de 33 e pontuação média de 42,2; depressão, com mediana de 22 e média de 28,1; e ansiedade, com mediana de 18 e média de 23,6. A escala emocional com mostrou mediana de 28 e média de 32,8. Problemas cognitivos apresentaram mediana de 14 e média de 20,2 (Tabela 2).

Em relação ao impacto geral na qualidade de vida, a média foi de 18,9 (Tabela 3).

Houve predomínio de sintomas de bócio no sexo feminino e entre os indivíduos que necessitaram de reposição de cálcio, bem como os sintomas de bócio foram mais acentuados entre os indivíduos que passaram pelo esvaziamento cervical. Em relação aos resultados dos sintomas de hipertireoidismo, sexo feminino e aqueles com idade menor que 50 anos apresentaram maiores sintomas. Os pacientes

submetidos à tireoidectomia total apresentaram maior pontuação para sintomas de hipotireoidismo, enquanto o esvaziamento cervical apresentou aumento na manifestação de sintomas oculares. Pacientes do sexo feminino e os que realizaram esvaziamento cervical apresentaram pontuações maiores para a escala de fadiga. Sexo feminino e hipoparatiroidismo mostraram maiores escores para ansiedade. A escala de depressão foi mais elevada entre as mulheres, em idade até 50 anos e entre os que se submeteram à radioiodoterapia. A avaliação dos escores da escala sensibilidade emocional revelou maiores taxas entre as mulheres, em idade até 50 anos e em carcinoma bem diferenciado de tireoide. A análise da escala de impacto na vida social e da escala de impacto no dia-a-dia revelou maiores escores no sexo feminino e em caso de esvaziamento cervical. A investigação da escala de reclamações da aparência revelou maior impacto após tireoidectomia total.

Tabela 2 - Distribuição da casuística de acordo com escala dos sintomas – 107 casos.

Variável	Medidas	Medidas
Sintomas de bócio	Variação	2 – 73
	Mediana	10
	Média (desvio-padrão)	12,2 (13,8)
Sintomas de hipertireoidismo	Variação	2 – 84
	Mediana	8
	Média (desvio-padrão)	11,6 (12,8)
Sintomas de hipotireoidismo	Variação	0 – 87,5
	Mediana	6,25
	Média (desvio-padrão)	15,8 (18,5)
Sintomas oculares	Variação	1 – 68
	Mediana	1
	Média (desvio-padrão)	8,3 (12,2)
Fadiga	Variação	0 – 100
	Mediana	33
	Média (desvio-padrão)	42,2 (28,7)
Problemas cognitivos	Variação	1 – 76
	Mediana	14
	Média (desvio-padrão)	20,2 (20,5)
Ansiedade	Variação	1 – 79
	Mediana	18
	Média (desvio-padrão)	23,6 (20,5)
Depressão	Variação	0 – 97
	Mediana	22
	Média (desvio-padrão)	28,1 (22,4)
Emocional	Variação	1 – 95
	Mediana	28
	Média (desvio-padrão)	32,8 (25,2)

Variável	Medidas	Medidas
Impacto na vida social	Variação	0 – 75
	Mediana	0
	Média (desvio-padrão)	11,9 (17,8)
Impacto no dia-a-dia	Variação	0 – 98
	Mediana	0
	Média (desvio-padrão)	17,2 (22,8)
Reclamações da aparência	Variação	1 – 87
	Mediana	1
	Média (desvio-padrão)	18,1 (23,1)

Tabela 3 - Distribuição da casuística de acordo com escala de Qualidade de Vida em Geral e da escala composta dos sintomas – 107 casos.

Variável	Medidas	Medidas
Qualidade de vida em geral	Variação	0 – 100
	Mediana	0
	Média (desvio-padrão)	18,9 (26,6)
Escala composta	Variação	1,1 – 71,6
	Mediana	23,9
	Média (desvio-padrão)	25,8 (16,7)

As variáveis demográficas e clínicas quando relacionadas aos escores da escala de Qualidade de Vida em Geral não apresentaram diferenças significativas, salvo o esvaziamento cervical (Tabela 4). Já em relação aos escores da escala composta do ThyPRO-39, sexo feminino e esvaziamento cervical relacionaram-se a pontuação maior (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados de qualidade de vida obtidos em nosso estudo foram bons. Cento e sete pacientes participaram do estudo e o impacto geral na qualidade de vida ao ThyPRO-39 apresentou média de 18,9, enquanto a mediana para a escala composta dos sintomas foi de 23,9. Os sintomas predominaram no sexo feminino, entre pacientes sob reposição de cálcio e entre os que passaram realizaram esvaziamento cervical. Mulheres tendem a apresentar níveis mais altos de ansiedade relacionados ao diagnóstico de nódulo ou câncer de tireoide, mesmo em casos de baixo risco. Isso amplifica a percepção negativa dos sintomas residuais e das limitações no pós-operatório¹⁶.

O comprometimento na qualidade de vida é mais frequente em acompanhamento de um ano

após a tireoidectomia. Isso pode ter sido atribuído a complicações pós-operatórias, como hipocalcemia, paralisia das pregas vocais ou hematoma durante o período pós-operatório de um ano¹⁷.

A qualidade de vida pós-tireoidectomia pode variar entre os pacientes e depende de vários fatores, como a presença de complicações, a necessidade de terapia de reposição hormonal e a adaptação às mudanças pós-operatórias. As complicações não são incomuns¹⁸, portanto, as vantagens da tireoidectomia parcial, incluindo menor risco de lesão do nervo laríngeo recorrente e hipoparatireoidismo, são importantes. Além disso, há uma consciência crescente de que as imperfeições da terapia de reposição da tireoide e a cicatriz pós-operatória têm efeitos no bem-estar¹⁹.

Verificamos associação entre hipoparatireoidismo e ansiedade. A tireoidectomia parcial minimiza o risco de hipoparatireoidismo. Ao preservar parte da tireoide e, portanto, as glândulas paratireoides no lado não manipulado, a cirurgia reduz a probabilidade de danos ou remoção das paratireoides. No entanto, mesmo em tireoidectomias parciais, ainda existe algum risco de hipoparatireoidismo. O acompanhamento pós-operatório é importante para monitorar a função paratireoidiana e os níveis de cálcio^{20,21}.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis demográficas e clínicas de acordo com escalas ThyPro Impacto geral na qualidade de vida – 107 pacientes.

Variável	Medidas	N	Variação	Mediana	Média (\pm DP)	p-value
Sexo	Feminino	83	0 – 100	0	21,4 (\pm 27,9)	0,081
	Masculino	24	0 – 75	0	10,4 (\pm 19,4)	
Age (anos)	\leq 50	53	0 – 100	0	22,6 (\pm 29,5)	0,193
	> 50	54	0 – 75	0	15,3 (\pm 23,0)	
Anatomopatológico	Bócio / Adenoma	62	0 – 75	0	17,7 (\pm 24,1)	0,896
	Carcinoma bem diferenciado	45	0 – 100	0	20,5 (\pm 29,8)	
Tireoidite	Não	89	0 – 100	0	17,4 (\pm 26,5)	0,097
	Sim	18	0 – 75	25	26,4 (\pm 26,4)	
Extensão da tireoidectomia	Parcial	20	0 – 75	0	17,5 (\pm 23,1)	0,982
	Total	87	0 – 100	0	19,2 (\pm 27,4)	
Esvaziamento cervical	Não	93	0 – 100	0	16,9 (\pm 25,0)	0,058
	Sim	14	0 – 100	25	32,1 (\pm 33,1)	
Radioiodoterapia	Não	99	0 – 100	0	17,9 (\pm 26,0)	0,108
	Sim	8	0 – 100	25	31,2 (\pm 32,0)	
Paralisia unilateral de nervo	Não	100	0 – 100	0	19,2 (\pm 27,0)	0,822
	Transitório	7	0 – 50	0	14,3 (\pm 19,7)	
Hipoparatireoidismo	Não	83	0 – 100	0	19,9 (\pm 27,0)	0,468
	Sim	24	0 – 75	0	15,6 (\pm 25,3)	
Reposição de cálcio	Não	105	0 – 100	0	19,3 (\pm 26,7)	NA
	Sim	2	0	0	0	
Reposição de hormônio tireoidiano	Não	22	0 – 75	0	13,6 (\pm 21,4)	0,669*
	Reposição hormonal	47	0 – 75	0	19,1 (\pm 25,1)	
	Supressão do TSH	38	0 – 100	0	21,7 (\pm 30,8)	

p-valor obtido pelo teste U de Mann-Whitney; * p-valor obtido pelo teste de Kruskal-Wallis; NA = Não avaliável estatisticamente

Tabela 5 - Distribuição das variáveis demográficas e clínicas de acordo com escalas ThyPro Escala composta – 107 pacientes.

Variável	Medidas	N	Variação	Mediana	Média (\pm DP)	p-valor
Sexo	Feminino	83	1,1 – 71,6	27,3	28,6 (\pm 17,2)	<0,001
	Masculino	24	2,3 – 46,6	12,5	16,0 (\pm 10,6)	
Faixa Etária (anos)	\leq 50	53	2,3 – 71,6	28,4	29,5 (\pm 18,5)	0,051
	> 50	54	1,1 – 56,8	20,4	22,2 (\pm 14,0)	
Anatomopatológico	bócio / adenoma	62	1,1 – 71,6	20,4	23,3 (\pm 15,9)	0,086
	Carcinoma bem diferenciado	45	2,3 – 69,3	25,0	29,2 (\pm 17,4)	
Tireoidite	Não	89	1,1 – 69,3	22,7	25,5 (\pm 16,3)	0,780
	Sim	18	3,4 – 71,6	25	27,4 (\pm 19,0)	
Extensão da tireoidectomia	Parcial	20	3,4 – 56,8	20,4	21,4 (\pm 13,6)	0,220
	Total	87	1,1 – 71,6	25	26,8 (\pm 17,3)	
Esvaziamento cervical	Não	93	1,1 – 71,6	20,4	24,3 (\pm 16,4)	0,018
	Sim	14	20,4 – 67,0	30,1	35,5 (\pm 16,1)	
Radioiodoterapia	Não	99	1,1 – 71,6	22,7	25,0 (\pm 16,2)	0,118
	Sim	8	11,4 – 67,0	34,1	36,1 (\pm 21,1)	
Paralisia unilateral de nervo	Não	100	1,1 – 71,6	23,9	26,4 (\pm 16,8)	0,144
	Transitório	7	4,5 – 36,4	9,1	17,4 (\pm 13,4)	
Hipoparatireoidismo	Não	83	1,1 – 71,6	22,7	24,6 (\pm 17,2)	0,055
	Sim	24	6,8 – 59,1	31,8	30,0 (\pm 14,5)	

Variável	Medidas	N	Variação	Mediana	Média (\pm DP)	p-valor
Reposição de cálcio	Não	105	1,7 – 71,6	23,9	25,8 (\pm 16,9)	0,757
	Sim	2	19,3 – 35,2	27,3	27,3 (\pm 11,2)	
Reposição de hormônio tireoidiano	Não	22	3,4 – 56,8	17,6	20,7 (\pm 13,6)	0,135*
	Reposição hormonal	47	1,1 – 71,6	23,9	24,3 (\pm 15,2)	
	Supressão do TSH	38	2,3 – 69,3	27,3	30,6 (\pm 19,2)	

p-valor obtido pelo teste U de Mann-Whitney; * p-valor obtido pelo teste de Kruskal-Wallis.

A disfonia após a tireoidectomia é relativamente comum e pode ocorrer devido a trauma nas pregas vocais, intubação ou inflamação do processo de cicatrização. Como os pacientes foram avaliados após um ano de operados, a paralisia de prega vocal definitiva é o desfecho com potencial em impactar na qualidade vocal. Na tireoidectomia parcial, pode ter um risco menor em comparação com a tireoidectomia total, em que ambos os lados são manipulados²². Não verificamos disfonia nas avaliações feitas em longo prazo.

A cicatriz no pescoço é um dos fatores potenciais que podem afetar a qualidade de vida²³. Os pacientes costumam ficar satisfeitos com suas cicatrizes em curto prazo²⁴; no entanto, há poucas evidências sobre a evolução em longo prazo das percepções dos pacientes²⁵. Embora tenda a melhorar com o tempo, a cicatriz cervical após tireoidectomia pode comprometer a qualidade de vida, sobretudo em mulheres, ao acentuar ansiedade, preocupação estética e impacto social. Contudo, na maioria das pacientes, a cicatriz é discreta e esteticamente aceitável, com satisfação elevada. Não verificamos queixa estética significativa, porém, esta foi significativamente maior no grupo da tireoidectomia total. A literatura não compartilha tais achados, não havendo diferença significativa nos escores de cicatriz entre hemitireoidectomia e tireoidectomia total, o que seria intuitivo, visto que a cicatriz em ambas as condições tende a ser semelhante²⁶.

As razões para um pior prognóstico após tireoidectomia incluem o medo de recorrência, ajuste ao TSH normal e complicações pós-operatórias^{27,28}. O fato de que as pontuações relacionadas à saúde mental e vitalidade, bem como limitações devido a problemas físicos ou emocionais, não se deterioraram dentro do período examinado, sinaliza que a tireoidectomia não afeta em longo prazo a qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico e o tratamento do câncer podem

acarretar uma série de mudanças na capacidade mental/psicológica do paciente, no papel social que ele exerce na sociedade, na sua vida pessoal e, por fim, em tudo o que envolve a aparência²⁹.

A persistência de níveis mais altos de depressão em pacientes que requerem vários ajustes de dosagem de levotiroxina para manter o eutireoidismo em comparação com pacientes que não requerem ajustes pode ser devido ao fato de que os sintomas depressivos requerem um período mais longo de eutireoidismo para desaparecer após o tratamento cirúrgico. Isso explica o maior achado de sintomas de hipotireoidismo entre pacientes que fizeram tireoidectomia total em nosso estudo. A remissão dos sintomas depressivos após o tratamento farmacológico da doença da tireoide foi amplamente demonstrada¹⁹.

A extensão da tireoidectomia no manejo cirúrgico inicial do carcinoma diferenciado da tireoide tem gerado um debate significativo. Existem indicações claras e amplamente aceitas para a tireoidectomia total: doença bilateral evidente, extensão extratireoidiana, variantes agressivas e metástases regionais ou à distância. Na ausência dessas características, surgem diferentes indicações quanto à extensão. Um dos argumentos para apoiar a hemitireoidectomia é que essa operação tem menos impacto na qualidade de vida dos pacientes³⁰.

A presente casuística revela bons resultados de qualidade de vida para pacientes submetidos à tireoidectomia, relacionado ao baixo índice de complicações. As limitações deste estudo são seu caráter retrospectivo e o tamanho da amostra ser moderado, porém, suficiente para a análise estatística.

CONCLUSÃO

A qualidade de vida após tireoidectomia foi boa no geral, sendo influenciada por variáveis clínicas

e demográficas específicas. O sexo feminino apresentou piores escores em múltiplos domínios (fadiga, ansiedade, depressão, sensibilidade emocional, impacto social e aparência). O esvaziamento cervical associou-se a maior comprometimento global da qualidade de vida, com aumento de sintomas de bôcio, fadiga, impacto social e ocular. A tireoidectomia total relacionou-se a maior pontuação para sintomas de hipotireoidismo e pior percepção estética. O hipoparatiroidismo correlacionou-se com maior ansiedade, embora raramente exigisse

reposição contínua de cálcio. Já a radioiodoterapia e a idade <50 anos associaram-se a maior depressão e sintomas de hipertireoidismo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Jônatas Catunda pelo auxílio e disponibilização do questionário ThyPRO-39 validado para o português, bem como o cálculo das escalas¹².

ABSTRACT

Introduction: Thyroidectomy, which consists of partial or total removal of the thyroid gland, is a commonly performed surgery to treat various thyroid diseases. In recent years, the trend has been toward partial thyroidectomies, due to their association with lower complication rates and the fact that they may be sufficient for adequate management. **Objective:** To evaluate the impact of partial and total thyroidectomy on quality of life. **Methods:** This study used the ThyPro questionnaire, which assesses the quality of life of patients with thyroid disorders, to investigate the impact of different thyroidectomy approaches on patients' quality of life. **Results:** The postoperative complications were transient unilateral recurrent nerve paralysis (6.5%) and transitory hypoparathyroidism (22.4%). The quality of life outcomes after thyroidectomy were favorable. The extension of the thyroidectomy did not present statistical difference ($p = 0.982$). Significantly lower scores were associated with female gender and neck dissection. **Conclusion:** Quality of life scores were high, with lower scores among women and neck dissection.

Keywords: Thyroidectomy. Quality of Life. Postoperative Complications. Dysphonia. Hypoparathyroidism.

REFERÊNCIAS

- Dent P, Kumar A. Thyroidectomy Surgery Oxford. 2024;42(4):246-251. doi: 10.1016/j.mpsur.2024.01.001
- Scott B, Wong RJ. Step-by-Step Thyroidectomy-Incision, Nerve Identification, Parathyroid Preservation, and Gland Removal. Otolaryngol Clin North Am. 2024 Feb;57(1):25-37. doi: 10.1016/j.otc.2023.08.007. Epub 2023 Sep 23. PMID: 37748983.
- Marciniak C, Lenne X, Clément G, Bruandet A, Lifante JC, Sebag F, Mirallé E, Mathonnet M, Brunaud L, Donatini G, Tresallet C, Ménégaux F, Theis D, Pattou F, Caiazzo R; on the behalf of AFCE Study Group. Partial Versus Total Thyroidectomy: What Influences Most Surgeons' Decision? Analysis of a Nationwide Cohort of 375,810 Patients Over 10 Years. Ann Surg. 2021 Nov 1;274(5):829-835. doi: 10.1097/SLA.0000000000005134. PMID: 34353991.
- Baral S, Borgohain R, Timungpi G. Complications of thyroidectomy: Insights from a single-centre study in northeast India. J Otorhinolaryngol Allied Sci. 2023;6(4):113-118. doi: 10.18231/j.ijoas.2023.026
- Daba SA, Tekleewold B, Suga Y, Biratu TD, Hassen IK. Post-Thyroidectomy Complications at St Paul's Hospital Millennium Medical College, Ethiopia: Associated Factors and Outcomes', Open Access Surg. 2023;16:77-86. doi: 10.2147/OAS.S428155.
- Boronat M, González-Lléó A, Rodríguez-Pérez C, Feldt-Rasmussen U, López-Plasencia Y, Rasmussen ÅK, Alberiche-Ruano MP, Hegedüs L, Alvarado-Martel D, Bonnema SJ, Marrero-Arencibia D, Groenvold M, Björner JB, Watt T. Adaptation and cross-cultural validation of the Spanish version of the Thyroid-Related Quality-of-Life Patient-Reported Outcome questionnaire. Endocrinol Diabetes

- Nutr (Engl Ed). 2018 Nov;65(9):500-507. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2018.06.010. Epub 2018 Aug 17. PMID: 30126798.
7. Watt T, Hegedüs L, Rasmussen AK, Groenvold M, Bonnema SJ, Bjorner JB, Feldt-Rasmussen U. Which domains of thyroid-related quality of life are most relevant? Patients and clinicians provide complementary perspectives. *Thyroid*. 2007 Jul;17(7):647-54. doi: 10.1089/thy.2007.0069. PMID: 17696835.
 8. Watt T, Rasmussen AK, Groenvold M, Bjorner JB, Watt SH, Bonnema SJ, Hegedüs L, Feldt-Rasmussen U. Improving a newly developed patient-reported outcome for thyroid patients, using cognitive interviewing. *Qual Life Res*. 2008 Sep;17(7):1009-17. doi: 10.1007/s11136-008-9364-z. Epub 2008 Jun 27. Erratum in: *Qual Life Res*. 2008 Sep;17(7):1019. PMID: 18584308.
 9. Watt T, Bjorner JB, Groenvold M, Rasmussen AK, Bonnema SJ, Hegedüs L, Feldt-Rasmussen U. Establishing construct validity for the thyroid-specific patient reported outcome measure (ThyPRO): an initial examination. *Qual Life Res*. 2009 May;18(4):483-96. doi: 10.1007/s11136-009-9460-8. Epub 2009 Mar 14. PMID: 19288224.
 10. Watt T, Hegedüs L, Groenvold M, Bjorner JB, Rasmussen AK, Bonnema SJ, Feldt-Rasmussen U. Validity and reliability of the novel thyroid-specific quality of life questionnaire, ThyPRO. *Eur J Endocrinol*. 2010 Jan;162(1):161-7. doi: 10.1530/EJE-09-0521. Epub 2009 Oct 1. PMID: 19797502.
 11. Watt T, Bjorner JB, Groenvold M, Cramon P, Winther KH, Hegedüs L, Bonnema SJ, Rasmussen ÅK, Ware JE Jr, Feldt-Rasmussen U. Development of a Short Version of the Thyroid-Related Patient-Reported Outcome ThyPRO. *Thyroid*. 2015 Oct;25(10):1069-79. doi: 10.1089/thy.2015.0209. Epub 2015 Aug 26. PMID: 26214034.
 12. Freitas JC. Validação do questionário thypro-39br e desenvolvimento de aplicativo para avaliar a qualidade de vida em pacientes com doenças da tireoide. 2021. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médico-Cirúrgicas). Ceará: Universidade Federal do Ceará, 2021.
 13. Dwivedi S, Kumar S, Saxena V, Dutta A, Dinker Y, Dwivedi S, Majumdar SS, Varshaney A, Sharma M. Evaluation of Scar Cosmesis and Quality of Life After Thyroid Surgery: A Retrospective Study. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2025 Mar;77(3):1505-1512. doi: 10.1007/s12070-025-05368-w. Epub 2025 Feb 6. PMID: 40093436; PMCID: PMC11909309.
 14. Honkanen J, Molnár K, Karhumaa T, Kakko S, Koivunen P, Franssila H, Koskela U, Erkinaro T, Liisanantti J. Patients undergoing thyroid surgery suffer preoperatively from poor quality of life. *J Endocrinol Invest*. 2025 Jul 29. doi: 10.1007/s40618-025-02661-x. Epub ahead of print. PMID: 40728709.
 15. StataCorp. 2023. Stata Statistical Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC.
 16. Monzani ML, Piccinini F, Boselli G, Corleto R, Margiotta G, Peeters RP, Simoni M, Brigante G. Changes in quality of life after thyroidectomy in subjects with thyroid cancer in relation to the dose of levothyroxine. *J Endocrinol Invest*. 2023 Feb;46(2):319-326. doi: 10.1007/s40618-022-01903-6. Epub 2022 Aug 21. PMID: 35988109.
 17. Yu HW, An AR, Kang HI, Suh YJ, Kwon H, Kim SJ, Chai YJ, Choi JY, Choi H, Lee KE, Cho B. Does Thyroidectomy Impact Quality of Life: Retrospective Case-Control Study of Post-Thyroidectomy Patients and Matched Individuals from the General Population. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Nov 10;56(11):603. doi: 10.3390/medicina56110603. PMID: 33182641; PMCID: PMC7697461.
 18. Bergenfelz A, Jansson S, Kristoffersson A, Mårtensson H, Reihné E, Wallin G, Lausen I. Complications to thyroid surgery: results as reported in a database from a multicenter audit comprising 3,660 patients. *Langenbecks Arch Surg*. 2008 Sep;393(5):667-73. doi: 10.1007/s00423-008-0366-7. Epub 2008 Jul 17. PMID: 18633639.
 19. Ritchie M, Yeap BB. Thyroid hormone: Influences on mood and cognition in adults. *Maturitas*. 2015 Jun;81(2):266-75. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.03.016. Epub 2015 Mar 28. PMID: 25896972.
 20. Caglià P, Puglisi S, Buffone A, Bianco SL, Okatyeva V, Veroux M, Cannizzaro MA. Post-thyroidectomy

- hypoparathyroidism, what should we keep in mind? Ann Ital Chir. 2017;6:371-381. PMID: 29197191.
21. Dedivitis RA, Aires FT, Cernea CR. Hypoparathyroidism after thyroidectomy: prevention, assessment and management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Apr;25(2):142-146. doi: 10.1097/MOO.0000000000000346. PMID: 28267706.
22. Kim GJ, Bang J, Shin HI, Kim SY, Bae JS, Kim K, Kim JS, Hwang YS, Shim MR, Sun DI. Persistent subjective voice symptoms for two years after thyroidectomy. Am J Otolaryngol. 2023 May-Jun;44(3):103820. doi: 10.1016/j.amjoto.2023.103820. Epub 2023 Mar 1. PMID: 36893530.
23. Kurumety SK, Helenowski IB, Goswami S, Peipert BJ, Yount SE, Sturgeon C. Post-thyroidectomy neck appearance and impact on quality of life in thyroid cancer survivors. Surgery. 2019 Jun;165(6):1217-1221. doi: 10.1016/j.surg.2019.03.006. Epub 2019 Apr 26. PMID: 31030973.
24. Linos D, Economopoulos KP, Kiriakopoulos A, Linos E, Petralias A. Scar perceptions after thyroid and parathyroid surgery: comparison of minimal and conventional approaches. Surgery. 2013 Mar;153(3):400-7. doi: 10.1016/j.surg.2012.08.008. Epub 2012 Sep 12. PMID: 22980435.
25. Dordea M, Aspinall SR. Short and long-term cosmesis of cervical thyroidectomy scars. Ann R Coll Surg Engl. 2016 Jan;98(1):11-7. doi: 10.1308/rcsann.2016.0022. PMID: 26688393; PMCID: PMC5234393.
26. Felix C, Russell JO, Juman S, Medford S. Cervical scar satisfaction post conventional thyroidectomy. Gland Surg. 2019 Dec;8(6):723-728. doi: 10.21037/gs.2019.11.17. PMID: 32042680; PMCID: PMC6989920.
27. Hedman C, Djärv T, Strang P, Lundgren CI. Effect of Thyroid-Related Symptoms on Long-Term Quality of Life in Patients with Differentiated Thyroid Carcinoma: A Population-Based Study in Sweden. Thyroid. 2017 Aug;27(8):1034-1042. doi: 10.1089/thy.2016.0604. Epub 2017 Jun 5. PMID: 28474541.
28. Rogers SN, Mepani V, Jackson S, Lowe D. Health-related quality of life, fear of recurrence, and emotional distress in patients treated for thyroid cancer. Br J Oral Maxillofac Surg. 2017 Sep;55(7):666-673. doi: 10.1016/j.bjoms.2016.09.001. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28648407.
29. Bârbus E, Peştean C, Larg MI, Piciu D. Quality of life in thyroid cancer patients: a literature review. Clujul Med. 2017;90(2):147-153. doi: 10.15386/cjmed-703. Epub 2017 Apr 25. PMID: 28559697; PMCID: PMC5433565.
30. Mishra A, Sabaretnam M, Chand G, Agarwal G, Agarwal A, Verma AK, Mishra SK. Quality of life (QoL) in patients with benign thyroid goiters (pre- and post-thyroidectomy): a prospective study. World J Surg. 2013 Oct;37(10):2322-9. doi: 10.1007/s00268-013-2133-3. PMID: 23838927.

Disponibilidade de Dados:

Os dados relacionados a este artigo estarão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente.

Recebido em: 05/12/2024

Aceito para publicação em: 16/09/2025

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Editor

Daniel Cacione

Endereço para correspondência:

Pedro Henrique Serra Carvalho dos Santos

E-mail: serracs.pedro@gmail.com

