









































# Revisão técnica da SBCO e SBCCP sobre a codificação hierarquizada na cirurgia de tireoide

## *Technical review by the Brazilian Society of Surgical Oncology and the Brazilian Society of Head and Neck Surgery on hierarchical coding in thyroid surgery*

CARLOS EDUARDO SANTA RITTA BARREIRA, TCBC<sup>1,2</sup> ; FERNANDO LUIZ DIAS, TCBC<sup>1,2</sup> ; TERENCE PIRES DE FARIAS<sup>1,2</sup> ; LUIZ PAULO KOWALSKI, TCBC<sup>1,2</sup> ; IZABELLA COSTA SANTOS<sup>1,2</sup> ; JOSÉ GUILHERME VARTANIAN<sup>1,2</sup> ; ANDRÉ FERRARI BELTRÃO<sup>1,2</sup> ; ULLYANOV BEZERRA TOSCANO DE MENDONÇA<sup>1,2</sup> ; BRUNO SIMAAN FRANÇA<sup>1</sup> ; CARLOS CHONE, TCBC<sup>1,2</sup> ; ANTÔNIO VITOR MARTINS PRIANTE, TCBC<sup>1,2</sup> ; GUILHERME DE SOUZA SILVA, TCBC<sup>1,2</sup> ; PETERSON FASOLO BILHAR<sup>1,2</sup> ; PAOLA ANDREA GALBIATTI PEDRUZZI<sup>1,2</sup> ; RAFAEL DE CICCIO<sup>1,2</sup> ; STENIO ROBERTO SANTOS<sup>1,2</sup> ; DORIVAL DE CARLUCCI JUNIOR<sup>1</sup> ; ALINE DE OLIVEIRA RIBEIRO VIANA<sup>1</sup> ; CHRISTIANA MARIA RIBEIRO SALLES VANNI<sup>1</sup> ; MARINA AZZI QUINTANILHA<sup>1</sup> ; ADDILIS FONTE NETO<sup>1</sup> ; RICARDO MAI ROCHA, ACBC<sup>1</sup> ; ANDRÉ POVOA MIRANDA<sup>1</sup> ; MARCELO CAVASSANI<sup>1</sup> ; ERNANDES NAKAMURA<sup>1</sup> ; RENATO DE CAPUZZO<sup>1</sup> ; MURILO CATAFESTA DAS NEVES<sup>1</sup> ; PEDRO MAIA FILHO<sup>1</sup> ; KLECIUS LEITE FERNANDES<sup>1</sup> ; MARIO AUGUSTO DE CASTRO<sup>1</sup> ; MARIANNE YUMI NAKAI<sup>1</sup> ; LEANDRO LUONGO MATOS MATOS<sup>1</sup> ; FLAVIO CARNEIRO HOJAU, TCBC<sup>1</sup> ; FÁBIO CAPELLI<sup>1</sup> ; GIULIANO MOLINA DE MELO, TCBC<sup>1</sup> ; LUCIO NOLETO<sup>1</sup> ; HELÁDIO FEITOSA E CASTRO NETO, TCBC<sup>2</sup> ; FATIMA CRISTINA MENDES DE MATOS<sup>1</sup> ; ALEXANDRE FERREIRA OLIVEIRA, TCBC<sup>2</sup> ; RODRIGO NASCIMENTO PINHEIRO, TCBC<sup>2</sup> .

## R E S U M O

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e a Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço elaboraram um consenso técnico sobre a codificação hierarquizada na cirurgia da tireoide, considerando o papel da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos no enquadramento das indicações para cada cirurgia. O documento foi elaborado por um colegiado de 40 especialistas, reconhecidas lideranças de representatividade acadêmica e assistencial, provenientes de diferentes regiões do país, que avaliaram a pertinência dos códigos aplicáveis às principais cirurgias da tireoide. As deliberações foram realizadas por meio de votação eletrônica entre 37 participantes, sendo o consenso estabelecido quando se atingiu concordância  $\geq 80\%$ . Foram avaliados cenários de tireoidectomia total para doenças benignas, malignas e para ressecção de bócio mergulhante, incluindo códigos de exploração de nervos laríngeos, monitorização neurofisiológica, ligadura de ramos da carótida, biópsia e reimplante de paratireoide, linfadenectomia e esvaziamentos cervicais. Houve consenso favorável à pertinência dos seguintes códigos: exploração de nervos (83,3%), monitorização neurofisiológica (97,3%), biópsia e reimplante de paratireoide (89,2%), linfadenectomia cervical (89,2%) e esvaziamentos uni ou bilaterais (97,3% e 94,6%), ratificando a utilização destes códigos. Não houve consenso para inclusão do código de ligadura da carótida e/ou ramos nem para agregar um código de tireoidectomia parcial em casos de bócio mergulhante apenas unilateral, afastando a validação destes. O consenso fornece normatização clara e objetiva para a codificação hierarquizada nas cirurgias da tireoide, fundamentada em critérios técnico-científicos e éticos. Destina-se a orientar médicos assistentes e auditores, promovendo uniformidade, transparência e redução de conflitos na prática clínica e administrativa.

**Palavras-chave:** Tireoidectomia. Glândula Tireoide. Oncologia Cirúrgica. Neoplasias de Cabeça e Pescoço.

## INTRODUÇÃO

No Brasil as iniciativas para orientar a cobrança de honorários médicos ocorreram por iniciativa da Associação Médica Brasileira (AMB), desde sua fundação em 1951. Estas orientações discorriam apenas sobre valores mínimos de honorários a serem cobrados, sem padronização ou hierarquização. A primeira publicação Brasileira de uma tabela codificada de Procedimentos

Médicos data de abril de 1967 com a criação da Tabela de Honorários Médicos pela AMB, que inicialmente não foi aceita pelo Departamento Nacional de Previdência Social<sup>1</sup>.

Durante décadas as tabelas passaram por revisões periódicas, mas ainda mantendo críticas quanto a padronização da complexidade e tempo de execução dos procedimentos. Também não obtiveram fortalecimento e adesão universal, já que muitas operadoras de planos

1 - Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço São Paulo - SP - Brasil

2 - Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica Rio de Janeiro - RJ - Brasil

de saúde decidiam pela utilização de tabela própria de honorários.

Em 2003 houve um avanço significativo com o lançamento da primeira versão da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) resultante de esforço conjunto das principais entidades médicas nacionais (AMB, Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos), entidades estaduais e das Sociedades de Especialidade<sup>2</sup>. A CBHPM foi incorporada no Brasil por diferentes operadoras de saúde, e reconhecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Atualmente a tabela CBPM é utilizada amplamente no serviço de saúde suplementar para solicitação dos procedimentos médicos, e para fins de faturamento, auditoria, planejamento e gestão. A codificação deve ser periodicamente revisada e atualizada para incluir novos procedimentos e tecnologias médicas, refletindo as mudanças e avanços na prática médica. A Resolução do CFM nº 1.673/2003 delega às Sociedades de especialidades médicas e a AMB a exclusividade para a interpretação de seus códigos.

A hierarquização impacta profundamente na regulação dos honorários médicos, gerando desafios para remuneração justa e na judicialização da saúde. O ponto principal nesta discussão ocorre porque cada cirurgia é composta de um sequenciamento de etapas executadas, e que cada etapa realizada dentro de uma cirurgia agrega maior tempo e risco cirúrgico, gerando códigos que deveriam ser adicionados ao procedimento final e que devem ser valorados proporcionalmente.

Como é processo exclusivo das Sociedades de especialidades médicas e a AMB a interpretação dos códigos utilizados, muitas Sociedades realizaram esforços e lançaram Manuais de Diretrizes para a codificação hierarquizada de procedimentos cirúrgicos. Estes manuais devem ser revisados periodicamente e devem ser referência para médicos e principalmente para auditores de operadoras de saúde, os quais nesta função não podem vetar ou modificar procedimentos solicitados pelo médico assistente, segundo os Art. 8º da Resolução do CFM no 1.614/2001 e Art. 52º, Art. 94º e Art. 97º do Capítulo XI do vigente Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº2217/18). Uma interpretação equivocada por parte de médicos assistentes ou de médicos auditores torna frequente a formação de junta médica, respaldada pela

ANS (Resolução Normativa – RN N.º 424/17), formada para resolução da divergência técnico-assistencial sobre procedimento.

Este documento é resultado de esforço conjunto das Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) e da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP) para a formação de um Consenso com orientação sobre quais códigos podem ser solicitados e autorizados de forma hierarquizada em relação as cirurgias da tireoide. Com o resultado tem-se de forma clara e objetiva uma normatização consensual sobre os códigos cabíveis ao tratamento proposto instituído, servindo como base para arbitragem final sobre o tema, que deverá ser respeitado por médicos assistentes e médicos auditores.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este consenso foi proposto e formulado pelas principais Sociedades de Especialidade Médicas cirúrgicas responsáveis pela interpretação dos códigos e hierarquização de procedimentos relacionados a cirurgia da tireoide. A SBCO e a SBCCP estabeleceram uma cooperação institucional com o propósito de constituir um colegiado de especialistas pautado pela excelência técnico-científica e pela estrita observância dos princípios éticos que regem o exercício da medicina. Esse grupo é composto por profissionais de reconhecida liderança em suas áreas de atuação, incluindo mestres e doutores docentes de Universidades públicas e privadas, e preceptores vinculados a serviços de referência na formação de especialistas. Sua composição foi cuidadosamente estruturada para assegurar a representatividade de profissionais provenientes de distintas regiões do território nacional. Tal cuidado na seleção dos integrantes visa prevenir potenciais conflitos de interesse que possam comprometer a imparcialidade na avaliação e na aplicação das referências científicas adotadas. Um grupo de 40 especialistas atuou para analisar os códigos passíveis de solicitação para as principais cirurgias realizadas para as doenças tireoidianas. Estes códigos hierarquizados foram discutidos ponto a ponto, conforme a indicação da cirurgia. Após análise e racionalização, cada código, com sua respectiva recomendação e justificativa de pertinência, foi submetido à votação entre 37 especialistas por meio do sistema online Survey Monkey® (através de respostas simples: sim ou não). Considerou-se consenso (e,

portanto, uma recomendação) apenas quando o nível de concordância atingiu pelo menos 80%.

Para a elaboração das questões fundamentais, a comissão responsável por este Consenso utilizou como referência a Tabela CBHPM, edição 2022<sup>3</sup>, bem como os Manuais de Diretrizes de Codificação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço<sup>4</sup> e em Cirurgia Oncológica<sup>5</sup>. Além disso, foi realizada uma análise crítica de publicações relevantes sobre o tema, disponíveis nas bases de dados MEDLINE e SciELO, culminando na formulação de recomendações práticas para a codificação hierarquizada no contexto brasileiro.

Na elaboração da pertinência dos códigos referentes a Tireoidectomia total para doenças benignas foram avaliados 3 códigos iniciais que podem ser propostos na solicitação cirúrgica; 3.14.03.12-3 Exploração cirúrgica de Nervo, 2.02.02.04-0 Monitorização neurofisiológica intraoperatória, 3.09.06.21-0 Ligadura da carótida e/ou ramos, e mais 2 códigos que apesar de não serem propostos inicialmente, podem ter a necessidade de procedimento realizado, e posterior inclusão no procedimento total (quando bem indicadas e justificadas) e somadas por relatório médico cirúrgico; 3.02.14.01-7 Biopsia da paratireoide e 3.02.14.03-3 Reimplante de paratireoide. Importante, esses dois procedimentos não fazem parte da rotina e não podem ser solicitados a priori.

Quando avaliada a tireoidectomia total para câncer, outros três códigos foram propostos, a saber: 3.09.14.05-1, referente a Linfadenectomia cervical (para avaliação de linfonodos suspeitos com biopsia de congelação, por nível), e os de esvaziamento cervical unilateral 3.02.12.03-0, ou bilateral 3.02.12.04-9. Por último foi avaliado a situação do bócio mergulhante, onde além dos códigos compartilhados com a tireoidectomia total, também pode representar um código a ser somado, ou isolado de acordo com a necessidade, 3.02.13.02-9 ressecção de bócio mergulhante: extirpação por acesso cervico-torácico.

### **Tireoidectomia total para doenças benignas**

Em relação a tireoidectomia total para doenças benignas os pacientes têm indicação para extirpação da glândula tireoide onde ocorre além de dissecação glandular, a exploração cirúrgica e preservação dos nervos vago

e dos nervos laríngeos, com auxílio de monitorização neurofisiológica e a ligadura das artérias tireoidianas superiores (ramos da carótida externa). Não há dúvidas que o código 3.02.13.05-3 tireoidectomia total deve ser sempre solicitado. No entanto a associação de alguns códigos a tireoidectomia são motivo de grande controvérsia, gerando divergências entre médicos assistentes e serviços de auditoria dos planos de saúde. Esses códigos são avaliação a seguir.

### **Em relação ao código 3.14.03.12-3 Exploração cirúrgica de Nervo?**

A exploração cirúrgica de nervo é procedimento que envolve a dissecação externa de um nervo, isolando-o de estruturas adjacentes, com o objetivo de permitir intervenções diretas em órgãos com relação anatômica associada, assim como: biópsias, enxertos, transposições, ressecções ou liberações. Durante a tireoidectomia este procedimento se tornou fundamental nos cuidados para minimizar complicações e garantir melhores desfechos funcionais, quanto à preservação da função vocal, respiratória e da deglutição. Três nervos estão diretamente relacionados com a cirurgia da glândula tireoide, o nervo laríngeo inferior (ou laríngeo recorrente), o ramo externo do nervo laríngeo superior e o nervo vago. Estes nervos podem apresentar variações anatômicas significativas e a dissecação cuidadosa com preservação destas estruturas representa redução importante das taxas de paralisia laríngea transitória ou permanente, e de traqueostomia<sup>6,7</sup>. Além de representarem complicações dramáticas aos pacientes, também aumentam os custos do tratamento, com aumento do tempo de internação hospitalar, e da necessidade de outras terapias associadas como fonoterapia ou procedimentos cirúrgicos para reabilitação vocal. Desse modo, está justificada a neuromonitorização.

Mesmo com a sedimentação do conceito da importância em identificar os nervos laríngeos, tornou-se prática usual durante décadas a realização de tireoidectomia subtotal por cirurgiões menos experientes e especializados. Nesta tática cirúrgica se remove a maior parte da glândula tireoide sem a dissecação dos nervos laríngeos. Foi adotada na intenção de minimizar complicações como as lesões neurais ou de paratireoides e tem como principal problema a ressecção incompleta

do tecido tireoidiano. Desde o início de século XXI a tireoidectomia subtotal não é mais indicada por apresentar taxas significativamente maiores de recidivas e reoperações, sem efeito nas taxas de complicações permanentes, quando comparadas a lobectomia ou a tireoidectomia total<sup>8-10</sup>. Atualmente a técnica considerada padrão ouro indica a ressecção completa do tecido tireoidiano, seja por lobectomia (quando unilateral) ou tireoidectomia total, com a inclusão de um procedimento de segurança com benefício significativo, a exploração e dissecação dos nervos laríngeos<sup>11</sup>.

A exploração Cirúrgica de Nervo não representa um simples passo dentro da tireoidectomia, e sim um procedimento autônomo que exige tempo, habilidade técnica e recursos adicionais.

A identificação, dissecação, liberação e isolamento dos nervos laríngeos são recomendação forte nas Diretrizes da Associação Americana de Tireoide (ATA) de 2015, durante a tireoidectomia total ou parcial, sendo importante ponto da boa prática operatória<sup>12</sup>.

### **Pergunta 1 - É pertinente a utilização do código 3.14.03.12-3 Exploração cirúrgica de Nervo?**

Resposta 1, sim. Ao avaliar as respostas da Survey Monkey®, se o Código 3.14.03.12-3, referente a Exploração cirúrgica de Nervo, é pertinente a ser solicitado junto ao código de tireoidectomia total, 30 especialistas desta força tarefa concordaram que sim, representando 83.33% dos participantes. Apenas 6 (16.67%) foram desfavoráveis e 1 participante se absteve.

A avaliação final chegou a um consenso que é pertinente a solicitação deste procedimento junto a tireoidectomia total.

Apesar da identificação, dissecação, liberação e isolamento dos nervos laríngeos serem parte da boa prática durante a tireoidectomia, este procedimento deve ser considerado um tempo adicional e também somado a cirurgia.

### **Em relação ao código 2.02.02.04-0 Monitorização neurofisiológica intraoperatória**

Apesar de existirem trabalhos que não comprovam a diminuição da incidência de lesões de

nervos laríngeos com a utilização da Monitorização Neurofisiológica Intraoperatória (MNIO), a maioria destes estudos são considerados inadequados devido à baixa incidência desta complicação, que variam entre 1,1% com paralisia definitiva a 11% por paralisia transitória<sup>13</sup>. Mesmo com a baixa incidência estas ocorrências são dramáticas para o paciente afetado, principalmente se ocorrerem bilateralmente, levando a necessidade de traqueostomia. A ATA recomenda que a MNIO deve ser considerada, no mínimo, para facilitar a identificação e a confirmação da função neural nas cirurgias de tireoide<sup>12</sup>, indicação que deve ser valorizada principalmente porque 89% dos casos de lesões ocorrem por tração da estrutura neural<sup>14</sup>. A seguir foram analisados 4 estudos recentes e considerados robustos devido ao grande número de pacientes e alta qualidade de evidência.

Em 2020, pesquisadores da universidade da California publicaram importante artigo com mais de 17 mil pacientes submetidos a tireoidectomia onde concluíram que os pacientes operados com auxílio de monitorização neurofisiológica intraoperatória foram associados a um menor risco para lesão de nervo laríngео recorrente<sup>13</sup>. Wilhelm et al.<sup>15</sup> analisando mais de 5.400 pacientes também concluíram que o uso rotineiro do MINO foi associado de forma independente a um menor risco de complicações específicas da cirurgia endócrina, com menor risco para lesões neurais e ainda uma maior probabilidade de alta mais precoce. Um estudo multicêntrico Europeu com mais e 8.700 pacientes submetidos a tireoidectomia referiu a importância de utilizar a MINO para adaptar a estratégia cirúrgica a fim de prevenir a paralisia de prega vocal bilateral e a morbidade associada, evitando assim a possibilidade de traqueostomia. Assim como também concluiu que a MNIO foi associada com menor risco de dano neural e paralisia de pregas vocais<sup>16</sup>.

A paralisia laríngео bilateral decorrente de tireoidectomia é uma das maiores preocupações quando ambos os lobos tireoidianos necessitam ser abordados, é um evento grave que cursa com comprometimento do fluxo das vias aéreas, e pode exigir ação emergencial e traqueostomia, com potencial para gerar sequelas graves e risco de morte<sup>17</sup>. Com a utilização de MINIO, na ocorrência e identificação de paralisia unilateral da laringe, o cirurgião deve interromper o procedimento, abortando a ressecção do lobo contralateral e assim evitando esta

grave complicação. Esta estratégia é um ponto muito importante na indicação para a neuro monitorização dos nervos laríngeos nas tireoidectomias. Mesmo com a dissecação e a preservação macroscópica de toda estrutura neural, pode ocorrer disfunção com consequente paralisia de prega vocal, evento que pode ser prognosticado pela MNIO.

A Associação Britânica de Cirurgiões endócrinos (BAETS) realizou uma análise de todos os pacientes submetidos a tireoidectomia registrados no Reino Unido, com inclusão de mais de 42.300 pacientes e concluiu que a MNIO foi associada a um menor risco de lesão de nervos laríngeos recomendando a utilização rotineira do monitoramento<sup>18</sup>.

**Pergunta 2 - É pertinente a utilização do código 2.02.02.04-0 Monitorização neurofisiológica intraoperatória?**

Resposta 2, sim. Entre os 37 especialistas participantes da Survey Monkey®, 36 (97.30%) responderam que sim, o código 2.02.02.04-0, referente a Monitorização neurofisiológica intraoperatória é pertinente para ser somado a tireoidectomia, conferindo consenso por ampla maioria favorável. Apenas um participante foi contrário.

**Em relação ao código 3.09.06.21-0, Ligadura da carótida e/ou ramos**

A ligadura de ramos da carótida externa é frequentemente necessária devido à sua relação íntima com estruturas na região anatômica da cabeça e pescoço, como a glândula tireoide, linfonodos cervicais e músculos. É técnica fundamentada e respaldada por diretrizes da AMB e outras sociedades médicas, como a SBCCP e a SBCO. A glândula tireoide é altamente vascularizada, recebendo sangue principalmente das artérias tireoidianas superiores (1º ramo da artéria carótida externa) e artérias tireoidianas inferiores (ramos do tronco tireocervical)<sup>19</sup>.

As técnicas padrão de tireoidectomia são amplamente descritas na literatura com táticas de refinamento ao longo dos anos, permitindo aumento da eficácia e segurança, com a redução da morbidade. Desde os estudos de Halsted, em 1907<sup>20</sup>, a dissecação

capsular meticulosa, sem a ligadura diretamente da artéria tireoidiana superior, desempenhou por muito tempo um papel importante, visando minimizar a incidência de complicações, como o hipoparatiroidismo permanente e lesões neurais. Esse aspecto torna-se particularmente relevante, pois no lobo superior da tireoide a artéria tireoidiana superior encontra-se em estreita relação com o ramo externo do nervo larígeo superior<sup>21</sup>, cuja lesão pode comprometer a modulação da tonalidade vocal durante a fonação. A tireoidectomia sem a ligadura direta do tronco da artéria tireoidiana superior foi técnica utilizada na intenção de evitar esta complicação<sup>22</sup>, mas na atualidade, o domínio da técnica por cirurgiões especialistas, e avanços como a prática da MNIO, tonaram cada vez menor a incidência de lesões dos ramos do nervo larígeo superior. Além disso, a técnica com a ligadura massiva do polo superior do lobo tireoidiano tem as desvantagens de aumentar o risco de sangramento<sup>23</sup> e possibilitar a ressecção inadequada de todo tecido tireoidiano, neoplásico ou de linfonodos. Alguns autores defendem que a ligadura da artéria tireoidiana superior (ramo da artéria carótida) na cirurgia da tireoide é justificada atualmente pelo melhor controle de sangramento e prevenção de hematomas<sup>24,25</sup>, além de facilitar a dissecação de todo polo superior da tireoide, com remoção completa do tecido tireoidiano.

O grande ponto de controvérsia ocorre na distinção se a realização da ligadura da artéria tireoidiana superior deve ser considerado um tempo adicional da cirurgia, ou se realmente é um procedimento rotineiro, que deve fazer parte essencial da tireoidectomia.

**Pergunta 3 - É pertinente a utilização do código 3.09.06.21-0, Ligadura da carótida e/ou ramos na tireoidectomia total, ou parcial?**

Resposta 3, não. O resultado final da Survey Monkey® demonstrou que realmente este código é bastante controverso, com 19 (51.35%) especialistas a favor e 18 (48.65%) contrários a pertinência deste código. Com este resultado o código 3.09.06.21-0, referente a Ligadura da carótida e/ou ramos é considerado não pertinente para associação ao procedimento de tireoidectomia, já que não obteve o consenso necessário. E deve ser considerado como parte obrigatória da tireoidectomia.

**Em relação aos códigos 3.02.14.01-7 (Biopsia da paratireoide) e 3.02.14.03-3 (Reimplante de paratireoide)**

Durante a tireoidectomia eventualmente a equipe cirúrgica possa se encontrar em dúvida quanto a diferenciação entre uma paratireoide e estruturas que porventura possam se assemelhar a estas glândulas (linfonodos, fragmentos de gordura ou até metástases linfáticas). Em alguns casos pode ser necessário a biópsia deste tecido para uma tomada de decisão, já que a paratireoide necessita ser preservada. A principal atenção pode ocorrer nos casos de tratamento de câncer de tireoide, quando paratireoide pode ser ressecada junto ao tecido linfo adiposo do esvaziamento cervical no compartimento central, nesse caso a paratireoide necessita ser reimplantada, e deve ser evitado que qualquer tecido neoplásico seja implantado por engano. As Diretrizes da SBCO sobre Indicações e Aspectos Técnicos do Esvaziamento Cervical nos tumores malignos de tireoide, recomenda a biópsia da paratireoide antes desta glândula ser reimplantada<sup>26</sup>. É recomendação das Diretrizes da SBCO e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões para prevenção e manejo do hipoparatiroidismo pós tireoidectomia que as paratireoides comprovadamente desvascularizadas ou removidas acidentalmente junto a peça cirúrgica sejam adequadamente preparadas e reimplantadas<sup>27</sup>.

**Pergunta 4 - É pertinente que estes códigos possam ser solicitados em relatório cirúrgico pós-operatório se forem necessárias as suas realizações durante o ato cirúrgico?**

Resposta 4, sim. A maioria dos especialistas foi favorável a adição dos códigos 3.02.14.01-7 (Biopsia da paratireoide) e 3.02.14.03-3 (Reimplante de paratireoide) em relatório pós-operatório, nos casos de necessidade para a realização destes procedimentos durante a tireoidectomia. O consenso foi atingido com 33 participantes (89.19%) respondendo sim ao Survey Monkey®, e com apenas 4 votos contrários (10.81%). Portanto os códigos são pertinentes de somatório a tireoidectomia em relatório pós-operatório justificado.

**Tireoidectomia total para doenças malignas**

Além dos códigos avaliados anteriormente outros três códigos são constantemente necessários para o tratamento adequado do câncer de tireoide, e estão relacionados com a possibilidade ou existência de comprometimento linfático metastático.

**Quanto ao código 3.09.14.05-1, referente a Linfadenectomia cervical (para avaliação de linfonodos suspeitos com biopsia de congelação, por nível)?**

A linfadenectomia cervical é um procedimento cirúrgico realizado para a remoção dos linfonodos do pescoço, sendo indicada para avaliação de metástases linfonodais em casos de neoplasias de cabeça e pescoço, e no caso em questão nas neoplasias de tireoide, sendo um procedimento mais restrito e seletivo, com remoção de um ou poucos linfonodos isolados. Deve ser diferenciado do esvaziamento cervical, procedimento onde ocorre a remoção de todos os linfonodos de uma ou mais cadeias linfáticas do pescoço.

Durante a tireoidectomia para tratamento oncológico é passo essencial a inspeção do compartimento central (correspondente ao nível VI cervical), já que as taxas de metástases ocultas em linfonodos do compartimento central do pescoço alcançam taxas maiores que 50%, mesmo entre pacientes com microcarcinoma papilar e que não apresentam evidência clínica de metástases em linfonodos na avaliação das imagens pré-operatórias<sup>28,29</sup>. Quando há suspeita de acometimento metastático, pode-se recorrer à biópsia de congelação, um exame intraoperatório que permite uma análise rápida dos linfonodos removidos. Existe controvérsia quanto a presença da ocorrência de micrometástases (metástases menores ou iguais a 2mm), que elevam consideravelmente a taxa de metástases quando são consideradas.

Enquanto a linfadenectomia cervical terapêutica pode ser realizada comumente, o esvaziamento profilático do compartimento central não é recomendado no tratamento de pacientes com carcinoma bem diferenciado de tireoide T1 e T2 sem metástases clinicamente detectadas, pois a maioria dos estudos com melhor nível de evidência, falharam em

demonstrar a redução das taxas de recorrência local, além de demonstrarem o aumento do risco de complicações. O esvaziamento profilático do compartimento central pode ser indicado em carcinoma papilífero com tumores avançados (T3 ou T4), ou na presença de metástases nos níveis laterais do pescoço (II a V), se for importante no planejamento de terapias adjuvantes<sup>12,26,30</sup>, e também nos casos de carcinoma medular ou anaplásico da tireoide<sup>31,32</sup>.

A linfadenectomia cervical, é indicada na tabela CBHPM por níveis. Podendo ser solicitada por cada nível que é indicada e realizada.

**Pergunta 5 - É pertinente a utilização do código 3.09.14.05-1, referente a Linfadenectomia cervical (para avaliação de linfonodos suspeitos com biopsia de congelação, por nível)?**

Resposta 5, sim. O consenso também foi atingido e favorável a pertinência deste código com 33 participantes (89.19%) respondendo sim ao Survey Monkey®, e com apenas 4 votos contrários (10.81%). O código 3.09.14.05-1, referente a Linfadenectomia cervical, deve ser considerado pertinente e pode ser somado a tireoidectomia quando justificado de acordo com o texto.

**Referente a utilização do código 3.02.12.03-0, de esvaziamento cervical unilateral**

O esvaziamento cervical é um procedimento cirúrgico que consiste na ressecção compartimental de linfonodos cervicais em pacientes com neoplasias malignas de cabeça e pescoço. Inicialmente descrita por Jawdyński em 1888 e popularizado por Crile no início do século XX, a técnica tem sido continuamente aperfeiçoada, acompanhando a evolução do conhecimento sobre o comportamento biológico dos tumores e o desenvolvimento de novas tecnologias médicas<sup>33</sup>.

A sistematização do esvaziamento cervical é realizada pela divisão dos linfonodos cervicais em seis níveis anatômicos<sup>34</sup>. Os Níveis; I (submandibular), II (cadeia jugular alta), III (cadeia jugular média), IV (cadeia jugular baixa), V (cadeia posterior ao músculo Esternocleidomastoideo), e o Nível VI (pré laríngeo, pré e paratraqueal, e recorrencial, até a vasculatura braquiocéfálica - divididos em direito e esquerdo)<sup>35</sup>.

No contexto dos carcinomas de tireoide, a indicação do esvaziamento cervical é somente terapêutica, quando há evidência pré ou intraoperatória de metástases linfonodais, ou eletiva, em situações nas quais não há evidência clínica de metástases. Esvaziamentos eletivos de cadeias laterais não são indicados.

No estadiamento linfonodal regional clínico pré-operatório (cN) para carcinomas de tireoide, conforme a 8ª edição TNM do AJCC (American Joint Committee on Cancer), classifica-se o paciente como cN0 quando não há evidência clínica de metástase linfonodal; cN1a quando há metástase no nível VI (compartimento central - direito e esquerdo); e cN1b quando há envolvimento dos níveis I-V (compartimentos laterais) ou de linfonodos retrofaríngeos<sup>36</sup>.

De acordo com as diretrizes mais recentes da ATA, o esvaziamento cervical terapêutico concomitante à tireoidectomia está indicado para pacientes com evidência clínica pré-operatória de metástases linfonodais (estadiamento cN1a ou cN1b). Nos casos de acometimento do nível VI (cN1a), recomenda-se a ressecção das cadeias linfonodais pré-laríngeas, pré-traqueais e, no mínimo, das paratraqueais ipsilaterais ao tumor primário, quando lateralizado em um dos lobos tireoidianos, podendo-se considerar a inclusão das paratraqueais contralaterais. No contexto de envolvimento dos compartimentos laterais (cN1b), o esvaziamento deve abranger os níveis II-V do lado acometido, independentemente do nível comprometido. A indicação do esvaziamento cervical eletivo do nível VI, em pacientes com estadiamento cN0, pode ser considerada em casos de carcinoma diferenciado de tireoide localmente avançado (T3 ou T4), carcinoma medular ou carcinoma anaplásico de tireoide<sup>12,26,31</sup>.

Ao utilizar o código 3.02.12.03-0, o cirurgião assistente indica que realizará o esvaziamento cervical dos níveis II-V de um dos lados do pescoço, concomitantemente à tireoidectomia, por indicação terapêutica, conforme consagrado na literatura científica e nas principais diretrizes clínicas. A tabela CBHPM 2022 reserva o código 3.02.12.05-7 exclusivamente para o esvaziamento do compartimento central, relativo ao esvaziamento do nível VI, que deve ter o lado especificado (se direito ou esquerdo).

**Pergunta 6 - É pertinente a utilização do código 3.02.12.05-7, de esvaziamento do compartimento central, lado específico?**

**Pergunta 7 - É pertinente a utilização do código 3.02.12.03-0, de esvaziamento cervical unilateral terapêutico, referentes ao esvaziamento dos níveis II a V?**

Respostas 6 e 7, sim. As respostas a Survey Monkey® referentes aos esvaziamentos terapêuticos das perguntas 6 e 7 demonstraram ampla maioria favoráveis a adição dos códigos 3.02.12.05-7 e 3.02.12.03-0 a cirurgia quando indicados. Atingindo consenso com 36 (97.30%) participantes respondendo sim a pertinência, e apenas 1 contrário.

**Referente a utilização do código 3.02.12.04-9 de esvaziamento cervical bilateral**

Embora os conceitos relativos ao esvaziamento cervical tenham sido abordados no item anterior, cabe uma ressalva quanto à realização do procedimento quando indicado bilateralmente. Na presença de linfonodos comprometidos no nível VI (cN1a), recomenda-se o esvaziamento do compartimento central, tanto à direita quanto à esquerda. Mesmo na ausência de evidência clínica de metástases, esse esvaziamento é indicado em tumores da tireoide bem diferenciados classificados como T3 ou T4, assim como em todos os casos de carcinoma medular ou anaplásico da tireoide.

Quando ocorre envolvimento dos compartimentos laterais (cN1b), o esvaziamento deve abranger os níveis II-V do lado acometido, e deve ser estendido a ambos os lados do pescoço nos casos de linfonodos comprometidos bilateralmente. Nos casos de carcinoma medular o esvaziamento cervical eletivo dos níveis II a V bilateralmente pode ser considerado em pacientes com valores pré-operatórios de calcitonina elevados (> 20pg/ml)<sup>12,26,31</sup>.

**Pergunta 8 - É pertinente a utilização do código 3.02.12.04-9 de esvaziamento cervical bilateral?**

Resposta 8, sim. Quanto ao código 3.02.12.04-9, referente ao esvaziamento cervical bilateral, as respostas ao Survey Monkey® também apontaram amplo

favorecimento ao somatório do código quando bem indicado, com 94.59% (35) dos especialistas votando sim, para pertinência da codificação, e apenas 2 contrários.

**Ressecção de bócio mergulhante**

Não existe consenso claro em toda a literatura para a definição de bócio mergulhante, mas em geral aceita-se a definição de um crescimento de um segmento de tecido tireoidiano com insinuação ou extensão para o mediastino<sup>37-39</sup>. Na maioria dos casos a invasão no mediastino ocorre por crescimento de segmento da porção inferior do lobo tireoidiano adjacente, podendo acometer um único lobo ou ocorrer bilateralmente. Em alguns casos pode ser originada de tecido ectópico tireoidiano localizadas no introito mediastinal, sem contato com a glândula tireoide, e contendo inclusive vascularização distinta<sup>39,40</sup>. Em mais de 95% dos casos o diagnóstico inicial é de benignidade<sup>41</sup>.

A extensão da cirurgia depende do tipo da lesão que levou a indicação cirúrgica, sem necessidade de tireoidectomia total quando a doença for unilateral<sup>37,42</sup>, inclusive pode apenas haver a necessidade da ressecção do tecido tireoidiano ectópico com crescimento mediastinal. É claro que em relação a ressecção da porção referente ao bócio mergulhante, cabe a codificação 3.02.13.02-9 (Bócio mergulhante: extirpação por acesso cervico-torácico). Outras questões referentes aos procedimentos executados devem ser avaliadas se pertinentes.

**Pergunta 9 - Toda ressecção de bócio mergulhante significa tireoidectomia total?**

Resposta 9, não. O resultado a esta questão também atingiu consenso com 83.78% (31) dos especialistas apontando que não, nem toda ressecção de bócio mergulhante implica em tireoidectomia total. Apenas 6 participantes foram contrários a esta definição.

Este consenso é importante pois define que o código 3.02.13.02-9 (referente a Bócio mergulhante: extirpação por acesso cervico-torácico), pode ser solicitado apenas para a ressecção da porção ou lobo tireoidiano que resulta na doença descrita. Não implicando necessariamente na ressecção total da tireoide, visto que um dos lobos tireoidianos pode se apresentar saudável.



**Pergunta 10 - Quando o bócio mergulhante for unilateral, e houver outra indicação para lobectomia contralateral, além do segmento mergulhante, é pertinente a adesão do código 3.02.13.04-5 (tireoidectomia parcial)?**

Resposta 10, não. Apesar da maioria dos participantes concordar que a ressecção do bócio mergulhante não implica em tireoidectomia total, não foi atingido um percentual necessário para um consenso com adição de um código para a remoção do lobo tireoidiano não mergulhante. Na pesquisa Survey Monkey®, 12 participantes (32.43 %) não concordaram com a possibilidade de somar o código 3.02.13.04-5 (referente a tireoidectomia parcial) ao código de ressecção de bócio mergulhante nas condições citadas. Assim quando for solicitado o código para Ressecção de bócio mergulhante, e houver a indicação para ressecção completa da glândula, este deve ser o único código referente a tireoide, não cabendo os códigos de tireoidectomia total ou parcial somados ao principal.

**Pergunta 11 - Durante a ressecção bócio mergulhante os códigos associados a tireoidectomia são pertinentes?**

Resposta 11, sim. Também foi atingido consenso nesta questão, com 31 participantes (83.78%) confirmando a pertinência de todos os códigos associados a tireoidectomia, com votação pelo sim na pesquisa Survey Monkey®. Assim todos os códigos referidos como pertinentes para a tireoidectomia, também devem ser considerados pertinentes para a ressecção de bócio mergulhante.

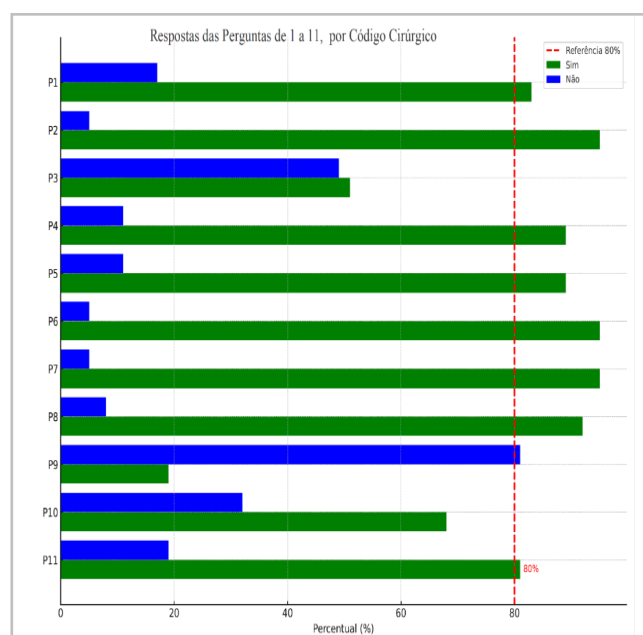
## CONCLUSÃO

A presente revisão técnica, fruto da colaboração entre a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) e a Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP), representa um marco relevante no processo de normatização da codificação hierarquizada dos procedimentos cirúrgicos aplicados à tireoidectomia no Brasil. Ao estabelecer diretrizes claras e fundamentadas para a solicitação de códigos complementares à

tireoidectomia, o documento contribui para reduzir conflitos entre médicos assistentes e auditores, fortalecer a transparência e valorizar adequadamente a complexidade técnica das intervenções realizadas.

O método de consenso empregado, com base em ampla participação de especialistas e análise crítica da literatura e das diretrizes nacionais e internacionais, confere legitimidade e robustez às recomendações propostas. A validação da pertinência de códigos como a exploração cirúrgica de nervo, a monitorização neurofisiológica intraoperatória e os diversos tipos de esvaziamento cervical, entre outros, reflete o reconhecimento da diversidade técnica que pode ser exigida em cada cenário clínico, respeitando a complexidade do procedimento.

Esta normativa valida com poder de consenso a pertinência de determinados códigos para fins de auditoria e regulação, mas a decisão final quanto à solicitação de cada código deve permanecer sob a responsabilidade do cirurgião assistente, com base em critérios técnico-científicos, individualização do caso clínico, e no compromisso ético com a segurança do paciente e a boa prática médica. Ao respeitar a autonomia médica e ao mesmo tempo oferecer respaldo normativo, este consenso contribui de maneira significativa para o aprimoramento do sistema de saúde suplementar e para a proteção da atividade médica especializada.



**Figura 1.** Resultado geral da votação.

## ABSTRACT

*The Brazilian Society of Surgical Oncology and the Brazilian Society of Head and Neck Surgery developed a technical consensus on hierarchical coding in thyroid surgery, considering the role of the Brazilian Hierarchical Classification of Medical Procedures in determining appropriate codes. A panel of 40 specialists — recognized academic and clinical leaders from across Brazil — assessed the applicability of procedure codes for common thyroid surgeries and prepared the current consensus. Deliberations were conducted via electronic voting among 37 participants, and consensus was defined as agreement by at least 80%. Scenarios included total thyroidectomy for benign and malignant disease and resection of substernal goiter. The analysis covered codes for laryngeal nerve exploration, neurophysiological monitoring, carotid artery branch ligation, biopsy, parathyroid reimplantation, lymphadenectomy, and neck dissection. Consensus supported the use of the following codes: nerve exploration (83.3%), neurophysiological monitoring (97.3%), biopsy and parathyroid reimplantation (89.2%), cervical lymphadenectomy (89.2%), and unilateral or bilateral neck dissections (97.3% and 94.6%, respectively). No consensus was reached on including carotid artery branch ligation or adding a partial thyroidectomy code for unilateral substernal goiter; therefore, these codes were not validated. The current consensus provides clear, objective guidance on hierarchical coding for thyroid surgery based on technical, scientific, and ethical criteria. It is intended to support attending physicians and auditors by promoting consistency, transparency, and reduced conflict in clinical and administrative settings.*

**Keywords:** Thyroidectomy. Thyroid Gland. Surgical Oncology. Head and Neck Neoplasms.

## REFERÊNCIAS

1. Associação Médica Brasileira. Galeria de presidentes. Disponível em: <https://amb.org.br/galeria-de-presidentes/>. Acesso em: 27 ago. 2025.
2. Paiva EV, Giron AM. Classificação brasileira hierarquizada de procedimentos médicos. 4. ed. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2005. 199 p. ISBN: 85-89073-03-3.
3. Associação Médica Brasileira. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2022. 12. ed. São Paulo: AMB; 2022.
4. Manual de Diretrizes de Codificação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço [livro eletrônico]. ISBN: 978-65-981016-0-2.
5. Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. Manual de diretrizes de codificação em cirurgia oncológica. Disponível em: [versao-impressao-manual-de-codificacao-SBCO-v.andrea-09.11.23-1.pdf](#). Acesso em: 27 ago. 2025.
6. Steurer M, Passler C, Denk DM, et al. Advantages of recurrent laryngeal nerve identification in thyroidectomy and parathyroidectomy and the importance of preoperative and postoperative laryngoscopic examination in more than 1000 nerves at risk. *Laryngoscope*. 2002;112(1):124-33. doi: 10.1097/00005537-200201000-00022.
7. Chiang FY, Wang LF, Huang YF, et al. Recurrent laryngeal nerve palsy after thyroidectomy with routine identification of the recurrent laryngeal nerve. *Surgery*. 2005;137(3):342-7. doi: 10.1016/j.surg.2004.09.008.
8. Tezelman S, Borucu I, Senyurek Giles Y, et al. The change in surgical practice from subtotal to near-total or total thyroidectomy in the treatment of patients with benign multinodular goiter. *World J Surg*. 2009;33(3):400-5. doi: 10.1007/s00268-008-9808-1.
9. Vaiman M, Nagibin A, Hagag P, et al. Subtotal and near total versus total thyroidectomy for the management of multinodular goiter. *World J Surg*. 2008;32(7):1546-51. doi: 10.1007/s00268-008-9541-9.
10. Pappalardo G, Guadalajara A, Frattaroli FM, et al. Total compared with subtotal thyroidectomy in benign nodular disease: personal series and review of published reports. *Eur J Surg*. 1998;164(7):501-6. doi: 10.1080/110241598750005840.
11. Dralle H, Sekulla C, Haerting J, et al. Risk factors of paralysis and functional outcome after recurrent laryngeal nerve monitoring in thyroid surgery. *Surgery*. 2004;136(6):1310-22. doi: 10.1016/j.surg.2004.07.018.
12. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020.

13. Kim J, Graves CE, Jin C, et al. Intraoperative nerve monitoring is associated with a lower risk of recurrent laryngeal nerve injury: A national analysis of 17,610 patients. *Am J Surg.* 2021;221(2):472-477. doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.10.013.
14. Schneider R, Randolph G, Dionigi G, et al. Prospective study of vocal fold function after loss of the neuromonitoring signal in thyroid surgery: The International Neural Monitoring Study Group's POLT study. *Laryngoscope.* 2016;126(5):1260-6. doi: 10.1002/lary.25807.
15. Wilhelm A, Conroy PC, Calthorpe L, et al. Routine use of intraoperative nerve monitoring is associated with a reduced risk of vocal cord dysfunction after thyroid cancer surgery. *BMC Surg.* 2023;23(1):215. doi: 10.1186/s12893-023-02122-3.
16. Staubitz JI, Watzka F, Poplawski A, et al; EUROCRINE® Council. Effect of intraoperative nerve monitoring on postoperative vocal cord palsy rates after thyroidectomy: European multicentre registry-based study. *BJS Open.* 2020;4(5):821-9. doi: 10.1002/bjs5.50310.
17. Pardal-Refoyo JL, Ochoa-Sangrador C. Bilateral recurrent laryngeal nerve injury in total thyroidectomy with or without intraoperative neuromonitoring. Systematic review and meta-analysis. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 201;67(2):66-74. doi: 10.1016/j.otorri.2015.02.001.
18. Abdelhamid A, Aspinall S. Intraoperative nerve monitoring in thyroid surgery: analysis of United Kingdom registry of endocrine and thyroid surgery database. *Br J Surg.* 2021;108(2):182-7. doi: 10.1093/bjs/znaa081.
19. Netter FH. *Atlas de Anatomia Humana*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
20. Halsted WS, Evans HM. I. The Parathyroid Glandules. Their Blood Supply and their Preservation in Operation upon the Thyroid Gland. *Ann Surg.* 1907;46(4):489-506. doi: 10.1097/00000658-190710000-00001.
21. Naidoo D, Boon JM, Mieny CJ, et al. Relation of the external branch of the superior laryngeal nerve to the superior pole of the thyroid gland: an anatomical study. *Clin Anat.* 2007;20(5):516-20. doi: 10.1002/ca.20463.
22. Stefanou CK, Papathanakos G, Stefanou SK, et al. Surgical tips and techniques to avoid complications of thyroid surgery. *Innov Surg Sci.* 2022;7(3-4):115-23. doi: 10.1515/iss-2021-0038.
23. Jin S, Sugitani I. Narrative review of management of thyroid surgery complications. *Gland Surg.* 2021;10(3):1135-1146. doi: 10.21037/gs-20-859.
24. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBCCP). *Recomendações para Tireoidectomia e Esvaziamento Cervical*. 2020. Disponível em: [www.sbccp.org.br] (<http://www.sbccp.org.br>).
25. Associação Médica Brasileira (AMB). *Diretrizes para Cirurgias de Cabeça e Pescoço*. 2021. Disponível em: [www.amb.org.br] (<http://www.amb.org.br>).
26. Farias T, Kowalski LP, Dias F, Barreira CSR, et al. Guidelines from the Brazilian society of surgical oncology regarding indications and technical aspects of neck dissection in papillary, follicular, and medullary thyroid cancers. *Arch Endocrinol Metab.* 2023;67(4):e000607. doi: 10.20945/2359-3997000000607.
27. Barreira CESR, Kowalski LP, Dias FL, et al. Guideline From the Brazilian Society of Surgical Oncology and Brazilian College of Surgeons in Preventing and Managing Acute Hypoparathyroidism After Thyroid Surgery. *J Surg Oncol.* 2024;130(4):705-13. doi: 10.1002/jso.27910.
28. Hughes DT, Rosen JE, Evans DB, et al. Prophylactic Central Compartment Neck Dissection in Papillary Thyroid Cancer and Effect on Locoregional Recurrence. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(9):2526-2534. doi: 10.1245/s10434-018-6528-0.
29. Ywata de Carvalho A, Chulam TC, Kowalski LP. Long-term Results of Observation vs Prophylactic Selective Level VI Neck Dissection for Papillary Thyroid Carcinoma at a Cancer Center. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;141(7):599-606. doi: 10.1001/jamaoto.2015.0786.
30. Haddad RI, Bischoff L, Ball D, et al. Thyroid Carcinoma, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2022;20(8):925-51. doi: 10.6004/jnccn.2022.0040.
31. Wells SA Jr, Asa SL, Dralle H, et al; American Thyroid Association Guidelines Task Force on Medullary Thyroid Carcinoma. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid

- carcinoma. *Thyroid*. 2015;25(6):567-610. doi: 10.1089/thy.2014.0335.
32. Filetti S, Durante C, Hartl D, et al; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2019;30(12):1856-83. doi: 10.1093/annonc/mdz400.
  33. Ferlito A, Rinaldo A, Silver CE, et al. Neck dissection: then and now. *Auris Nasus Larynx*. 2006;33(4):365-74. doi: 10.1016/j.anl.2006.06.001.
  34. American Thyroid Association Surgery Working Group; American Association of Endocrine Surgeons;; American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery; American Head and Neck Society; Carty SE, Cooper DS, Doherty GM, et al. Consensus statement on the terminology and classification of central neck dissection for thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19(11):1153-8. doi: 10.1089/thy.2009.0159.
  35. Stack BC Jr, Ferris RL, Goldenberg D, et al; American Thyroid Association Surgical Affairs Committee. American Thyroid Association consensus review and statement regarding the anatomy, terminology, and rationale for lateral neck dissection in differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2012;22(5):501-8. doi: 10.1089/thy.2011.0312.
  36. Tuttle M, Morris L.F, Haugen B, et al. in *AJCC Cancer Staging Manual*, ed. By M.B. Amin, S.B. Edge, F.L. Greene 8th edn. (Springer, New York, NY, 2017), pp. 1–19
  37. Shaha AR. Substernal goiter: what is in a definition? *Surgery*. 2010;147(2):239-40. doi: 10.1016/j.surg.2009.10.066.
  38. Hanson MA, Shaha AR, Wu JX. Surgical approach to the substernal goiter. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2019;33(4):101312. doi: 10.1016/j.beem.2019.101312.
  39. Unlu MT, Aygun N, Kostek M, et al. Substernal Goiter: From Definitions to Treatment. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2022;56(2):167-76. doi: 10.14744/SEMB.2022.30806.
  40. Mack E. Management of patients with substernal goiters. *Surg Clin North Am*. 1995;75(3):377-94. doi: 10.1016/s0039-6109(16)46628-4.
  41. Testini M, Gurrado A, Avenia N, et al. Does mediastinal extension of the goiter increase morbidity of total thyroidectomy? A multicenter study of 19,662 patients. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(8):2251-9. doi: 10.1245/s10434-011-1596-4.
  42. Chen AY, Bernet VJ, Carty SE, et al; Surgical Affairs Committee of the American Thyroid Association. American Thyroid Association statement on optimal surgical management of goiter. *Thyroid*. 2014;24(2):181-9. doi: 10.1089/thy.2013.0291.

## Disponibilidade de Dados

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

Recebido em: 02/09/2025

Aceito para publicação em: 23/10/2025

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

## Editor

Daniel Cacione

## Endereço para correspondência:

Carlos Eduardo Santa Ritta Barreira

E-mail: csantaritta@yahoo.com.br

