

CARCINOMA FOLICULAR TIREOIDEO METASTÁTICO PARA DUCTO TIREOGLOSSO

THYROGLOSSAL DUCT METASTATIC FOLLICULAR CARCINOMA

Roberto Campos Meirelles, TCBC-RJ¹
Ronaldo Antonio Reis Vianna Salles, TCBC-RJ²

INTRODUÇÃO

Os cistos do canal ou ducto tireoglossos são lesões benignas, da linha mediana, infra-hióideos, móveis com a deglutição e de fácil diagnóstico. Predominam em crianças, embora ocorram no adulto, geralmente após infecção das vias aéreas superiores. A transformação maligna não é freqüente, havendo confusão se são tumores primários do ducto tireoglossos ou metastáticos da glândula tireóide, estes últimos extremamente raros.^{1,2,3,4,5}

RELATO DO CASO

RPP, sexo feminino, 44 anos, branca, casada, do lar, natural de Nova Iguaçu – RJ. Relatou queixa de massa cervical há cerca de dois anos, com maior crescimento nos últimos dois meses, passando a incomodar durante a deglutição. Em três consultas prévias, diagnosticaram cisto tireoglossos e propuseram conduta expectante. Mãe falecida de câncer da mama.

No exame físico constatou-se lesão tumoral de consistência fibro-elástica, indolor, localizada na região infra-hióidea, com cerca de 2 cm x 2 cm x 2 cm, recoberta por pele de aspecto e coloração normais, móvel com a deglutição e com a protusão da língua. A ultra-sonografia mostrou lesão cística justa ao osso hióide, sem qualquer alteração da glândula tireóide, que estava presente (Figura 1-A). A cintilografia revelou glândula tímica com características morfológicas normais, com distribuição regular do radioiodo. Presença de nódulo acima do pólo superior esquerdo não captante de iodo radioativo (Figura 1-B). Captação de 27% nas 24 horas. Formulada a hipótese de cisto do ducto tireoglossos.

Foi submetida à exérese cirúrgica do cisto em 14/9/98. No ato operatório observou-se lesão endurecida, aderida à laringe e ao plano muscular, sendo retirada na totalidade em

peça única com o corpo do osso hióide e com o trajeto do canal tireoglossos.

O exame anatomopatológico revelou nódulo pardacento com 2,0 cm x 2,0 cm x 1,0cm. Aos cortes, foi evidenciada lesão branco-amarelada de consistência firme, com o restante do tecido pardacento envolvendo o fragmento ósseo.

Microscopicamente, o nódulo era constituído pela proliferação de folículos tireoidianos predominantemente pequenos, contendo colóide espesso em suas luzes, ou levemente dilatados e revestidos por células cúbicas que exibem núcleos hipercromáticos, citoplasmas por vezes claros, e que em algumas áreas assumem disposição trabecular. O nódulo mostrou-se revestido por cápsula fibrosa, em algumas áreas infiltrado pela neoplasia, que também foi vista ocupando luzes de vasos sanguíneos (angioinvasão). Na periferia do nódulo, observaram-se folículos tireoidianos pequenos e atrofiados com discreto infiltrado inflamatório crônico de permeio. Observaram-se dois pequenos linfonodos apresentando folículos linfóides hiperplasiados. A conclusão foi: carcinoma folicular, minimamente invasivo em tecido tireoidiano ectópico (ducto tireoglossos), com linfadenite crônica reativa e osso hióide com estrutura conservada (Figura 2-A).

Realizada tireoidectomia total em 28/11/98.

O exame anatomopatológico da glândula revelou folículos variáveis revestidos por células cubóides, contendo colóide na luz. Presença de nódulo de 0,2 cm no lobo esquerdo, delimitado por cápsula fibrosa espessa, com focos de calcificação e constituído por folículos pequenos, revestidos por células cubóides com citoplasma claro e núcleos vesiculosos com anisocariose, cromatina finamente granular e nucléolos pequenos. Os folículos, por vezes, não contêm colóide intraluminal, em áreas invadem a cápsula fibrosa e o parênquima adjacente. Confirmado o diagnóstico de carcinoma folicular de tireóide, nódulo de 0,2cm (Figura 2-B).

1. Professor Adjunto e Coordenador da Disciplina de Otorrinolaringologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. Doutor em Otorrinolaringologia pela FMUSP.

2. Professor Titular da Disciplina de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. Vice-Presidente do Núcleo Central do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Recebido em 18/8/99

Aceito para publicação em 18/10/99

Trabalho realizado no Serviço de Otorrinolaringologia – Departamento de Especialidades Cirúrgicas, Serviço de Cirurgia Geral – Departamento de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

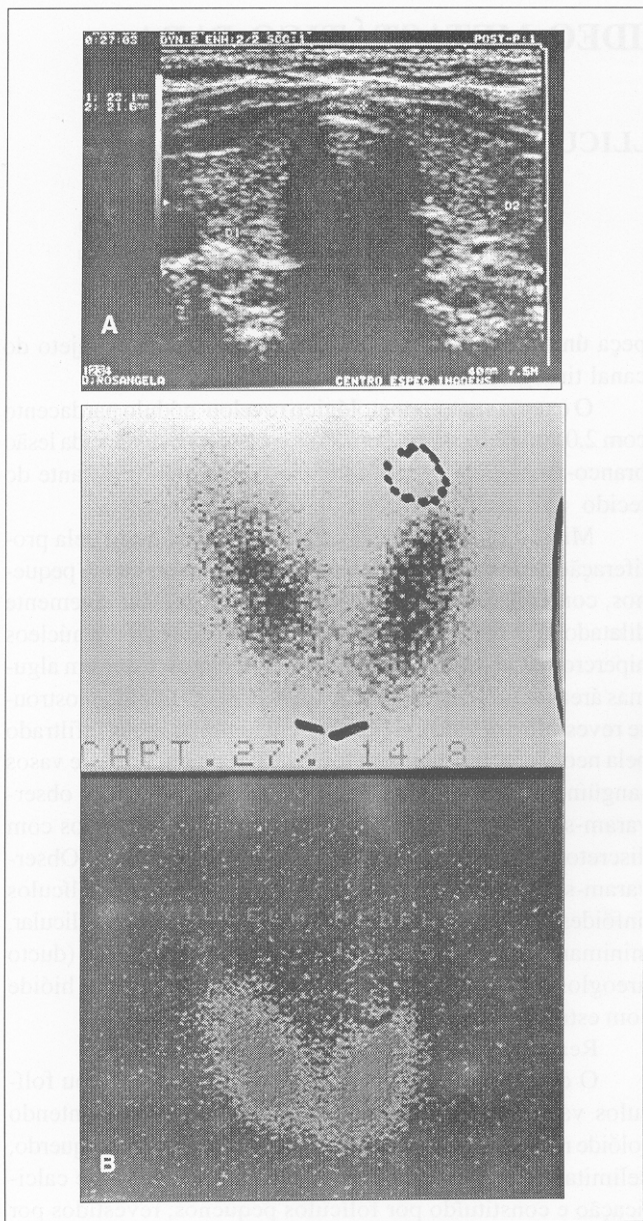


Figura 1-A – Ultra-sonografia revelando glândula tireóide normal. **1-B** – Cintilografia tireóidea normal, com nódulo não captante acima do pólo superior esquerdo

A avaliação pós-cirúrgica foi feita pela cintilografia óssea corpórea e da região cervical, dosagens de T3, T4, TSH e tireoglobulinas. Instituída supressão hormonal com tiroxina.

DISCUSSÃO

A dúvida em saber se os carcinomas de ducto tireoglossos são primários ou secundários a tumor da glândula tireóide é antiga. Em revisão da literatura realizada em 1979,¹ foram encontrados nove casos de carcinoma folicular inicial no ducto tireoglossos, com um caso próprio de paciente do sexo

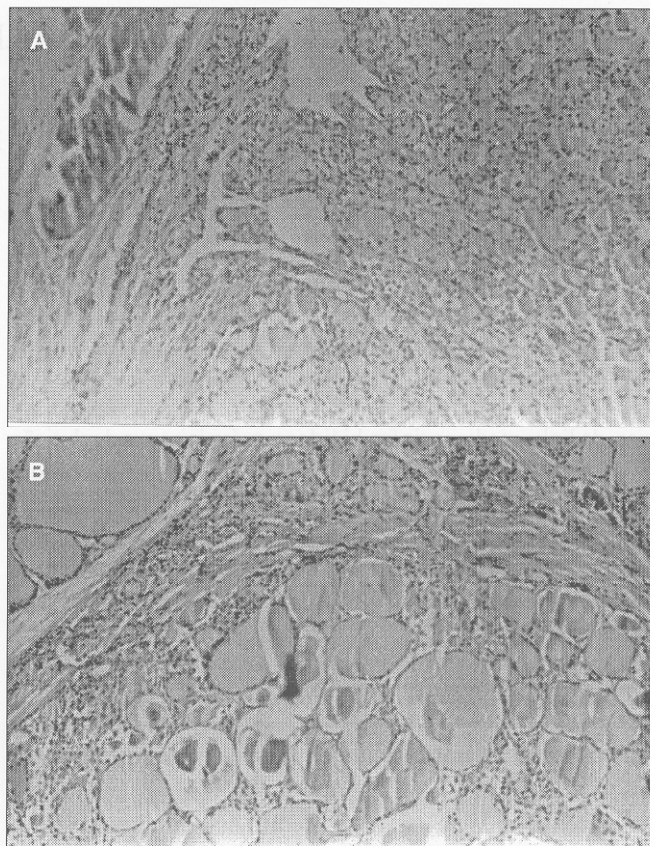


Figura 2-A – Exame anatomopatológico da lesão metastática no ducto tireoglossos. **2-B** – Exame anatomopatológico do tumor tireóide primário

feminino, 45 anos. Os mesmos autores estabeleceram três critérios para confirmação do diagnóstico de carcinoma folicular primário do ducto: presença do ducto tireoglossos; ausência de carcinoma dentro da glândula tireóide; angioinvasão. Citaram o tratamento baseado na literatura incluindo a operação pela técnica de Sistrunk e a tireoidectomia subtotal para eliminar a possível presença de carcinoma tireóide primário, que não encontraram em seus casos.

Bennett et al² encontraram um caso de carcinoma folicular, sem lesão na tireóide, em série de 64 pacientes operados de cisto tireoglossos. Referiram como fator predisponente a radioterapia quando criança para lesão do timo. Discutiram, sem concluírem, a necessidade ou não de tireoidectomia complementar.

Em 1991, Fernandez et al³ contabilizaram menos de cem casos de carcinoma de ducto tireoglossos relatados. Os autores apresentaram mais dez casos, um em homem e nove em mulheres, ao longo de quarenta anos. Todos foram submetidos à operação de Sistrunk, com nove casos de carcinomas papilíferos e apenas um carcinoma folicular. Na evolução, quatro pacientes foram apenas acompanhados, cinco foram submetidos a tireoidectomia total, incluído o caso de carcinoma folicular. Só acharam um foco mínimo de malignidade na

tireóide em dois casos, sem evidência de linfadenopatia. Em um deles, o do carcinoma folicular.

Somenti et al, em 1995,⁴ relatam novo caso em paciente do sexo feminino e citam que o diagnóstico permanece sempre como uma surpresa no exame anatomopatológico. Baseados na literatura, afirmam que dos casos de cancerização do ducto tireoglossos, a forma mais freqüente é o carcinoma papilífero (82%). Outros tipos relatados foram os tumores mistos (nove casos), carcinomas de células escamosas (dez casos) e carcinoma folicular (três casos). A existência de lesão tumoral maligna na glândula tireóide era a hipótese mais aceita nos anos 60. Atualmente, pela demonstração de normalidade na tireóide em numerosos casos, sabe-se que o carcinoma pode ter origem nos remanescentes tireoglossos. Parece que a operação de Sistrunk é suficiente, se o carcinoma for limitado às paredes do cisto.⁴ A indicação de tireoidectomia é discutível, porém melhor aceita nos casos de carcinomas foliculares.⁵

O'Connell et al⁵ verificaram oito pacientes com tumor do ducto tireoglossos, cinco homens e três mulheres, onde encontraram sete carcinomas papilíferos e apenas um folicular. O trabalho é consistente, com seguimento pós-operatório que variou de seis a 41 anos. Os tratamentos consistiram de excisão cirúrgica em quatro pacientes, excisão mais tireoidectomia, seguida de radioiodo em três e biópsia em um paciente com carcinoma de tireóide lingual. Na tireoidectomia foram encontrados um caso de carcinoma multifocal, um com foco simples de carcinoma folicular e dois com metástases linfonodais, ambos papilíferos.

O caso relatado de carcinoma folicular metastático para ducto tireoglossos, com tumor primário na tireóide, é raro, com apenas três descrições encontradas.^{3,4,5} Algumas vezes não se confirmou a presença de tumor tireóideo primário.^{1,2} Em todos os artigos consultados, existiu sempre a dúvida sobre qual tipo de tireoidectomia deveria ser feita. Acharmos que, para lesão metastática papilífera ou folicular, como verificada na paciente, o tratamento indicado é a tireoidectomia total, mesmo que não haja evidência clínica pelo estudo por imagem da lesão, pois o tumor primário poderá estar microscopicamente presente, conforme foi constatado.

Normalmente, a lesão folicular ocasiona metástases à distância e não para os linfonodos regionais, sendo então inoportuno o esvaziamento ganglionar cervical. É importante o estadiamento da lesão no pós-operatório com cintilografia óssea corpórea e dosagem da tireoglobulina. Outro ponto importante a ser relatado é o tratamento da lesão – 0,2 cm, evidenciando que a agressividade de um tumor nada tem a ver com o tamanho da lesão, como é aceito por alguns grupos cirúrgicos.

A tiroxina deve ser prescrita em doses que mantenham o TSH em níveis de indissolubilidade. A dosagem de tireoglobulina, TSH, T3, T4 deve ser repetida a cada seis meses, para, caso necessário, ajuste da dose.

Recomendamos para as lesões de ducto tireoglossos no adulto, independentemente do volume, a remoção sistemática. A nossa paciente teve consultas prévias com três médicos que mantiveram apenas a observação clínica.

ABSTRACT

The authors present a case of a female, 43-year-old patient, with a neck mass suggestive of a thyroglossal duct cyst. During the operation, a hard and adherent mass was found and the pathological findings demonstrated a metastatic follicular carcinoma. Despite of the negative image, total thyroidectomy was performed and a small primary tumor of 0,2cm was found in the left inferior lobe. There were only three of these cases reported.

Key Words: *Follicular carcinoma; Thyroglossal duct; Thyroglossal cyst.*

REFERÊNCIAS

1. van Zuiden LJ, Machin GA, Mydland WE – Follicular carcinoma in a thyroglossal duct. *Can J Surg* 1979;22:590-592.
2. Bennett KG, Organ CH Jr, Williams GR – Is the treatment for thyroglossal duct cysts too extensive? *Am J Surg* 1986;152:602-605.
3. Fernandez JF, Ordonez NG, Schultz PN, et al – Thyroglossal duct carcinoma. *Surgery* 1991;110:928-934.
4. Sorrenti G, Cavazzuti PP, Zanetti G – Papillary carcinoma arising in thyroglossal duct cyst: a case report and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1995;15:460-464.
5. O'Connell M, Grixti M, Harmer C – Thyroglossal duct carcinoma: presentation and management, including eight cases reports. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1998;10:186-190.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Roberto Campos Meirelles
Av. Pasteur, 72 – 2º andar
22290-240 – Rio de Janeiro – RJ
E-mail: meirelles@radnet.com.br