



Tumor Anaplásico de Tireoide: Um Relato de Caso Raro

Marcelo Wilot Hettwer¹, Fernando Cogo Manduca², Guilherme Augusto Hettwer³, Vhiringinea Helena de Oliveira Staut Federle¹, Márcio Petenusso⁵, Pedro Afonso Ribeiro Champi¹, Jamille Rizzardi Lava⁴

1. Acadêmico(a) de Medicina na Universidade Municipal de São Caetano do Sul
2. Cirurgião de Cabeça e Pescoço na Clínica CITRADI: Centro de Tratamento de Doenças Digestivas, Santa Rosa, RS
3. Residente de Cirurgia Plástica no Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
4. Residente em Oncologia Clínica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
5. Docente na Universidade Municipal de São Caetano do Sul

INTRODUÇÃO

O câncer anaplásico da tireoide é um tumor indiferenciado do epitélio folicular da tireoide, conhecido por ser extremamente agressivo, implicando em uma taxa de mortalidade proximamente de assustadores 100% dos casos. A incidência anual ajustada por idade de câncer anaplásico é de aproximadamente um a dois por milhão de pessoas e é responsável por 0,9% a 9,8% de todos os cânceres de tireoide globalmente. É um carcinoma de apresentação mais comum após os 60 anos, em indivíduos do sexo feminino, em doentes com história de patologia tiroideia prévia e em zonas de bócio endêmico.^{2,3,4,10} Quase todos os pacientes com câncer anaplásico apresentam uma massa na tireoide e a disseminação regional ou distante é aparente no momento do diagnóstico inicial em 90% dos casos. Os locais de envolvimento regional podem incluir gordura e músculo peritireoidiano, linfonodos, laringe, traquéia, esôfago, tonsila e grandes vasos do pescoço e mediastino.^{3,5}

O principal sintoma do câncer anaplásico é uma massa cervical que aumenta rapidamente. O aumento do tumor da tireoide pode causar dor e sensibilidade no pescoço e compressão (ou invasão) do trato aerodigestivo superior, resultando em dispnéia, disfagia, rouquidão e tosse. É menos comum haver sintomas como dor torácica, dor óssea, cefaleia, confusão ou dor abdominal por metástases.⁶ Raramente, o rápido crescimento do tumor dentro da tireoide causa tireoidite. No exame físico, a maioria dos pacientes apresenta aumento da tireoide bilateral, mas assimétrico. O bócio é tipicamente duro e nodular e pode ser sensível. Um nódulo dominante geralmente está presente.^{6,7}

O diagnóstico de câncer anaplásico é geralmente estabelecido pelo exame citológico de células obtidas por biópsia aspirativa com agulha fina ou de tecido obtido por agulha grande ou biópsia cirúrgica.⁸ Para pacientes que apresentam tumores ressecáveis, sugere-se a ressecção completa seguida de radioterapia e quimioterapia combinadas. Para pacientes que apresentam doença inoperável localmente avançada que desejam terapia ativa (em vez de cuidados paliativos), sugere-se radioterapia e quimioterapia combinadas para controle local da doença.¹¹

A sobrevida média desde o diagnóstico varia de três a sete meses. Fatores que predizem um pior prognóstico incluem idade avançada no diagnóstico, sexo masculino e dispneia.⁹

RELATO DE CASO

M.A.S.B, sexo feminino, 68 anos, estava em uso de Fenoterol e Losartana e tinha como comorbidade hipertensão arterial sistêmica. Negou outros problemas de saúde.

Compareceu a consulta com queixa de dispneia e dor em região cervical com piora dos sintomas há 30 dias. Há 03 anos apresentou um nódulo de 2,8 cm hiperfuncionante, realizando dessa forma iodoterapia e tratamento com Tapazol, evoluindo com aumento do nódulo e hipotireoidismo.

Ao exame físico, volumoso nódulo acometendo vários níveis cervicais, dolorosos à palpação. No exame de imagem de região cervical (figura abaixo), constatou-se a presença de massa em região tireoidiana com infiltração em região traqueal e diversas metástases em região pulmonar. Sendo assim, a paciente foi encaminhada à cirurgia, porém devido a invasão da massa em estruturas adjacentes como por exemplo traqueia e artéria carótida, constatou-se a impossibilidade de realizar-se a ressecção total.

A biópsia da massa tireoidiana, corroborou com o diagnóstico de carcinoma anaplásico de tireoide, rico em células gigantes do tipo osteoclasto. Sendo assim, a paciente foi encaminhada para tratamento paliativo de radioterapia e quimioterapia.



DISCUSSÃO

Dado o curso muito rápido da progressão da doença e os maus resultados do tratamento, as questões do fim da vida e os planos para medidas de cuidados de conforto são uma parte integrante do planejamento inicial do manejo da doença. O reconhecimento precoce da doença é essencial para permitir o início imediato da terapia.¹

Referências:

1. Neff RL, Farrar WB, Kloos RT, Burman KD. Anaplastic thyroid cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2008;37(2):525-xi.
2. Burke JP, Hay ID, Dignan F, et al. Long-term trends in thyroid carcinoma: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1935-1999. *Mayo Clin Proc.* 2005;80(6):753-758.
3. Akslen LA, Haldorsen T, Thoresen SO, Glatte E. Incidence of thyroid cancer in Norway 1970-1985. Population review on time trend, sex, age, histological type and tumour stage in 2625 cases. *APMIS.* 1990;98(6):549-558.
4. Smallridge RC, Copland JA. Anaplastic thyroid carcinoma: pathogenesis and emerging therapies. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2010;22(6):486-497.
5. Nel CJ, van Heerden JA, Goellner JR, et al. Anaplastic carcinoma of the thyroid: a clinicopathologic study of 82 cases. *Mayo Clin Proc.* 1985;60(1):51-58.
6. Lip GY, Jaap AJ, McCruden DC. A presentation of anaplastic carcinoma of the thyroid with symptomatic intra-abdominal metastases. *Br J Clin Pract.* 1992;46(2):143-144.
7. Nishiyama RH, Dunn EL, Thompson NW. Anaplastic spindle-cell and giant-cell tumors of the thyroid gland. *Cancer.* 1972;30(1):113-127.
8. Us-Krasovec M, Golouh R, Auersperg M, Besic N, Ruparcic-Oblak L. Anaplastic thyroid carcinoma in fine needle aspirates. *Acta Cytol.* 1996;40(5):953-958.
9. McIver B, Hay ID, Giuffrida DF, et al. Anaplastic thyroid carcinoma: a 50-year experience at a single institution. *Surgery.* 2001;130(6):1028-1034.
10. Valente, Miguel F. e Capela-Costa, João. Carcinoma anaplásico da tireoide: tendências atuais e perspectivas futuras. *Rev. Port. Cir.* [online]. 2017, n.41 [citado 2020-08-23], pp.29-39.
11. Smallridge RC, Ain KB, Asa SL, et al. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid.* 2012;22(11):1104-1139.