

Carcinoma medular de tireoide metastático em faixa etária atípica: Relato de caso

Gabrielle Batista Moreira¹, Paulo Renan de Souza Figueiredo¹, Beatriz Moreira França¹, Thayslene de Carvalho Barbosa¹, Mário Jorge Ferreira da Silva².

¹Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Acre (UFAC).

²Professor do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Acre (UFAC); Médico especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

INTRODUÇÃO

O carcinoma medular de tireoide (CMT) tem prevalência de 5% dos tumores de tireoide e possui evolução indolente. Pode se apresentar com neoplasias endócrinas múltiplas, ligada ao proto-oncogene RET ou tumoração esporádica, mais comum. A investigação envolve verificação da mutação, punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ultrassonografia (USG) e tomografia computadorizada (TC) de tórax e pescoço. A conduta depende do estadiamento, podendo realizar tireoidectomia parcial ou total, esvaziamento cervical, além de radioterapia (RT) adjuvante.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 26 anos, parda, casada, católica, dor lar, é encaminhada para avaliação pela cirurgia de cabeça e pescoço devido ao surgimento de um nódulo cervical há cerca de 1 ano. Nega doenças prévias, tabagismo ou etilismo. Ao exame, apresenta-se em bom estado geral, com tireoide palpável, lobo esquerdo maior o que direito, consistência pétreia, móvel à deglutição, com linfonodomegalias atípicas em todos os níveis a esquerda, globosos e endurecidos. Ultrassonografia evidencia nódulo a esquerda, sem descrição de linfonodos. Realizou PAAF com achados citológicos sugestivos de Carcinoma Medular de Tireoide de padrão folicular. Realizou TC de pescoço com formação expansiva e infiltrativa de origem em lobo tireoidiano esquerdo e linfonodos nos níveis IIA, III, IV, VI e VII (Imagem 1). TC de tórax com nódulo e micronódulos suspeitos de lesão secundária, além de linfonodos hilares bilaterais numerosos (Imagem 2). Metanefrinas urinárias e catecolaminas normais, calcitonina elevada. Pela suspeita de CMT, optou-se por conduta cirúrgica.



Imagem 1: Tomografia computadorizada de pescoço com formação expansiva e infiltrativa de origem em lobo tireoidiano esquerdo e linfonodos nos níveis IIA, III, IV, VI e VII.



Imagem 2: Tomografia computadorizada de tórax com suspeita de lesão secundária.

DISCUSSÃO

Clinicamente, os achados de CMT são inconsistentes em ratificar seu diagnóstico, tendo na PAAF uma grande ferramenta com sensibilidade de 46,1 a 63%. A taxa de sobrevida depende do estágio tumoral e a falha/retardo do diagnóstico pode suscitar impacto negativo no manejo terapêutico. Embora a atipia etária, adversa a usualmente encontrada na forma esporádica de CMT, esteja associada a um prognóstico menos favorável nota-se, ainda, no caso supracitado, metástases linfonodais e pulmonares que corroboram para a menor taxa de remissão e sobrevida. Ademais, o uso de RT e/ou quimioterapia tem resultados inconsistentes para pacientes metastáticos, reservando-os a alas incuráveis da doença.

REFERÊNCIAS:

- SERMOUD, Letícia Morais Coelho de Oliveira et al. **15 anos de morbidade hospitalar do carcinoma medular da tireoide a partir do Registro Hospitalar de Câncer no Brasil**. Brazilian Journal of Oncology. 2018; 14(47):1-9.
- MARTINS, Ana Margarida; CAPELA, João. **Carcinoma medular da Tireoide – perspectiva após os guidelines de 2015 da ATA**. Revista Portuguesa de Cirurgia, 43. Edição. Lisboa: 2017.
- Chow SM, Chan JK, Tiu SC, Choi KL, Tang DL, Law SC. **Medullary thyroid carcinoma in Hong Kong Chinese patients**. Hong Kong Med J. 2005;11:251-8.