



Carcinoma papilífero de tireoide com múltiplas metástases: relato de caso

Gabrielle Batista Moreira¹, Thayslene de Carvalho Barbosa¹, Paulo Renan de Souza Figueiredo¹, Beatriz Moreira França¹, 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

A neoplasia de tireoide tem alta prevalência, estimada em 13.780 novos casos no Brasil para 2020¹, com cerca de 80% carcinomas papilares. Estes apresentam como principal fator de risco radiação ionizante. Têm reduzida capacidade metastática, mas, se positiva, se dá por contiguidade, para linfonodos cervicais. A conduta possui particularidades caso possua metástase, como pulmonar ou óssea, indicativos de mau prognóstico².

RELATO DE CASO

Feminina, 81 anos, negra, viúva, fundamental incompleto, natural de Tarauacá-AC, procedente de Rio Branco-AC; com história prévia de tireoidectomia em 2007, sem anatomopatológico (AP) dessa cirurgia, e nodulectomia cervical anterior direita em 2015 cujo AP revelou carcinoma papilífero de tireoide, é encaminhada ao serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Chega ao ambulatório, 2 meses após último procedimento, sem queixas. Ausência de lesões palpáveis ao exame, em uso de Levotiroxina sódica 88 mcg. Exames laboratoriais com TSH reduzido e Tireoglobulina (Tg) extremamente elevada, sendo solicitados cintilografia de corpo inteiro (PCI), radiografia de tórax sem alterações e ultrassonografia cervical evidenciando resquício glandular em lobo direito com nódulo hipoecogênico de 1,1 cm. PCI com tecido iodocaptante em região cervical anterior sugestivo de remanescente glandular, além de áreas focais captantes no tórax bilateralmente. É considerado nova abordagem cirúrgica, entretanto não foi realizada devido dimensão reduzida do remanescente somado ao quadro de metástase pulmonar. É encaminhada para radioiodoterapia (RIT), porém, mantém PCI com múltiplas áreas de acúmulo anômalo em cervical anterior, de intensidade acentuada; em campos pulmonares de grau moderado e no fêmur proximal à esquerda, grau discreto; mantendo níveis elevados de Tg e hipotireoidismo descompensado. Durante seguimento, apresentava-se eutireoidea, com queda de Tg. Todavia, 1 ano após RIT, Tg começou a se elevar progressivamente, sendo solicitado novo PCI. PCI evidencia tecido iodocaptante na calota craniana, região cervical, tórax bilateral, abdome/pelve e fêmur à direita, sugestivas de implantes. Encaminhada para nova RIT apresentando resposta bioquímica completa. Em seguimento, retorna com queixa de dor em face e traz tomografia computadorizada apresentando lesão osteolítica na mandíbula à esquerda, inespecífica, podendo representar metástase. É, então, encaminhada à oncologia para avaliação de tratamento com inibidor da tirosina quinase (ITQ).

DISCUSSÃO

As lesões metastáticas são tratadas com RIT. ITQ é reservado para casos refratários à RIT, radioterapia por feixe externo ou ressecção cirúrgica das metástases³. Embora o prognóstico geral seja ruim, com sobrevida em 5 e 10 anos a partir do diagnóstico inicial de metástase óssea de 61% e 27%⁴, respectivamente, ele depende de fatores individuais como idade no diagnóstico das metástases, distribuição e número de metástases, histologia do tumor primário, bem como a avidéz de radioiodo³.

REFERÊNCIAS:

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
2. CHOKSI, Palak et al. **Skeletal Complications and Mortality in Thyroid Cancer: A Population-Based Study**. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(4):1254-1260.
3. CAZZATO RL, Garnon J, Koch G, et al. **Current role of interventional radiology in the management of visceral and bone metastases from thyroid cancer**. Gland Surg. 2018;7(2):80-88.
4. IÑIGUEZ-ARIZA, Bible KC, Clarke BL. **Bone metastases in thyroid cancer**. J Bone Oncol. 2020; 21:100282.