

Carcinoma anaplásico de tireóide com metástases pulmonares

Gustavo Motta Simplício do Nascimento¹

Cláudio Trevisan Júnior¹

Ana Lídia Régis²

Rosilene Melo Menezes³

Anaplastic thyroid carcinoma with lung metastasis

RESUMO

O carcinoma anaplásico de tireóide representa 1 a 2% dos cânceres da tireóide, apresentando-se na sexta e sétima décadas de vida. É o mais agressivo, com média de sobrevida de seis meses após diagnóstico. A invasão de tecidos adjacentes determina disfonia, estridor e dispnéia de forma progressiva. O pulmão é o principal sítio de metástase à distância, porém, como a evolução da doença é rápida, não é comum. Os autores apresentam um caso de carcinoma anaplásico de tireóide com metástase pulmonar confirmada por biópsia incisional e tomografia computadorizada, evoluindo para óbito durante a investigação diagnóstica.

Descritores: Neoplasias da Glândula Tireóide. Carcinoma. Metástase Neoplásica. Pulmão.

ABSTRACT

The anaplastic thyroid cancer accounts from 1% to 2% of the thyroid tumors, occurring in the 6th and 7th decades of life. It is the most aggressive form with median survival time of 6 months after the diagnosis. The progressive invasion of surrounding tissues presents dysphonia, stridor e dyspnea. Lungs are the most common site of metastases but they are rare because of the fast evolution. The authors present a case of anaplastic thyroid cancer with pulmonary metastases confirmed through incisional biopsy and computed tomography. The patient died during the clinical investigation.

Key words: Thyroid Neoplasms. Carcinoma. Neoplasm Metastasis. Lung.

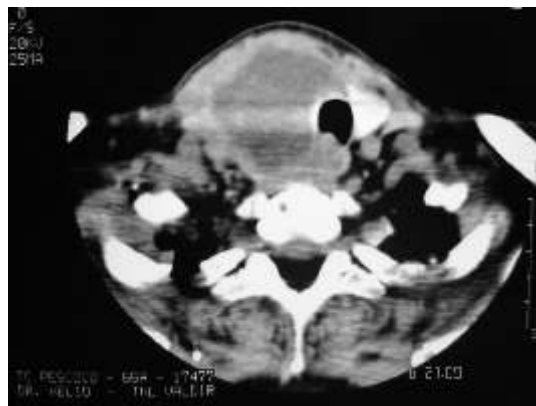
INTRODUÇÃO

Os tumores primários da tireóide apresentam uma incidência anual de 0,5 a 10 casos por 100.000, dentre os quais o carcinoma anaplásico de tireóide (CAT) compreende de 1 a 2% de todos os tumores primários de tireóide. Em contrapartida, é o tumor mais agressivo e letal dos carcinomas de tireóide e ocorre em indivíduos na sexta e sétima décadas de vida. A invasão de tecidos adjacentes pelo rápido crescimento determina disfonia, estridor e dispnéia de forma rapidamente progressiva. Os pulmões são os principais sítios de metástase à distância (80%), seguido pelos ossos (6-15%) e cérebro (5-13%). O prognóstico do CAT é extremamente pobre, com uma sobrevida média de seis meses após o diagnóstico^{1,2}.

RELATO DE CASO

Paciente de 66 anos, do gênero feminino, apresentou-se com história de emagrecimento nos últimos dois meses, associada à disfonia, disfagia e dispnéia progressiva. Ao exame físico, apresentava estado geral decaído, massa cervical de aproximadamente 6cm, endurecida, localizada em lobo direito e istmo da glândula tireóide, dolorosa à palpação e, à ausculta pulmonar, apresentava crepitações em ambas as bases torácicas. Foram realizadas tomografia computadorizada de pescoço e tórax e biópsia excisional de massa cervical. O

exame tomográfico demonstra lesão expansiva que ocupava todo o lobo direito e istmo da tireóide, envolvendo a traquéia que se mantinha pérvia, com múltiplas metástases pulmonares. O exame anátomo-patológico confirmou a suspeita de carcinoma anaplásico de tireóide. Diante dos achados e do estado geral da paciente, optou-se por terapia de suporte. Pelo quadro de insuficiência respiratória, foi realizada intubação orotraqueal, com evolução para falência pulmonar e óbito no terceiro dia de pós-operatório de biópsia cervical.



1) Médico Residente do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

2) Médica Assistente do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

3) Mestre pelo Curso de Pós-Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, São Paulo. Médica Assistente do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Instituição: Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência: Gustavo Motta Simplício do Nascimento, Rua Martiniano de Carvalho, 926, ap 81-B - 01321-000 São Paulo, SP. E-mail: gustavoms1@hotmail.com

Recebido em: 13/01/2008; aceite para publicação em: 27/08/2008; publicado online em: 15/12/2008.

Conflito de interesse: nenhum. Fonte de fomento: nenhuma.

DISCUSSÃO

Após o exame clínico, o diagnóstico de CAT é confirmado por punção por agulha fina (PAAF) ou *core biopsy*. A biópsia excisional é indicada quando a suspeita clínica permanece alta e os métodos descritos anteriormente são inadequados. A paciente do caso foi submetida à biópsia excisional, pois os métodos descritos anteriormente careciam de técnica adequada para o seu correto procedimento. O CAT faz diagnóstico diferencial com linfoma ou carcinoma medular de tireóide pouco diferenciado. Essas entidades eram classificadas previamente como CAT de pequenas células, que conserva melhor prognóstico e apresentavam alta sobrevida em algumas publicações sobre CAT. Portanto, uma história clínica detalhada é fundamental para estabelecer o diagnóstico correto dos cânceres de tireóide. O pico de incidência do CAT ocorre na sexta e sétima décadas de vida. Acomete preferencialmente o gênero feminino, em uma relação de 1,5 a 3:1. Aproximadamente 50% dos pacientes apresentam antecedente de bócio ou carcinoma bem diferenciado de tireóide¹⁻³.

A paciente deste caso esteve em programação de tireoidectomia por bócio sem atividade metabólica sete meses antes da última internação. Muitos pacientes apresentam massa cervical que varia de 3 a 20cm de crescimento rápido, dolorosa, endurecida, fixa aos planos profundos. O tumor, em pouco tempo, infiltra estruturas adjacentes como traquéia, esôfago, músculo esternocleidomastóideo e pele. Os sintomas compressivos locais são evidenciados por disфония, disfagia e dispnéia de caráter progressivo^{2,4,5}. A classificação TNM considera todos os casos de CAT como T4. Os tipos T4a são limitados à tireóide (considerados ressecáveis cirurgicamente) e os T4b ocorrem se o tumor ultrapassa a cápsula tireóidea (considerados irressecáveis). O envolvimento de linfonodos não altera o estadiamento clínico do CAT. A presença de metástase à distância classifica-o como T4c. Os sítios de metástases à distância ocorrem em aproximadamente 75%

dos casos, dos quais o pulmão é o mais comum (80%), seguido pelos ossos (6 a 15%) e cérebro (5 a 13%), todavia, devido à rápida evolução, não é comum o encontro de metástases à distância. O caso analisado foi classificado como T4c, pois observou-se a presença de múltiplas metástases pulmonares em concomitância ao diagnóstico de CAT, seguido de suporte clínico. O prognóstico do CAT é extremamente pobre com uma sobrevida média de seis meses após o diagnóstico. Diante da rápida evolução e do prognóstico reservado, o tratamento do CAT é motivo de controvérsia. Em tumores muito avançados, como do caso relatado, não se dispõe de muitas alternativas, nem mesmo a traqueostomia pôde ser feita, pois o tumor não obstruía a traquéia. A quimioterapia ou radioterapia isolada carecem de resultados que demonstrem um aumento da sobrevida no seguimento. Algumas séries demonstraram resultados satisfatórios, inclusive com aumento da sobrevida, diante de um diagnóstico imediato com um tratamento cirúrgico sem atraso, associado à quimioterapia e radioterapia.

REFERÊNCIAS

1. De Dellis RA, Lloyd RV, Heitz PU. Pathology of genetics tumours of endocrine organs. World Health Organization Classification of Tumours. Lyon: IARC Press; 2004.
2. Patel KN, Shaha AR. Poorly differentiated and anaplastic thyroid cancer. *Cancer Control*. 2006;13(2):119-28.
3. Becker DV, Sawin CT. Radioiodine and thyroid disease: the beginning. *Semin Nucl Med*. 1996;26(3):155-64.
4. Nix PA, Nicolaidis A, Coatesworth AP. Thyroid cancer review 3: management of medullary and undifferentiated thyroid cancer. *Int J Clin Pract*. 2006;60(1):80-4.
5. Carvalho GA, Graf H. [Anaplastic thyroid carcinoma] Carcinoma indiferenciado de tireóide. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2005;49(5):719-24.