



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 15 • Dezembro 2010

Carcinoma Papilar da Tiróide em Quisto do Canal Tiroglossal: um caso clínico

Papillary Thyroid Carcinoma in Thyroglossal Duct Cyst: a case report

Rita Paiva Baía¹, Marta Rodrigues Costa Correia Lamas¹, Henrique Sobral Candeias²,
Maria do Rosário Jacinto Eusébio³, Vítor Manuel Guerreiro Rocha³, Luís Mendonça Ferreira⁴

Serviço de Cirurgia Geral. Director do Serviço Dr. Luís Mendonça Ferreira
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

¹ Interna do Internato Complementar de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

² Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

³ Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

⁴ Chefe de Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Setúbal

Comentário:

Propomo-nos fazer uma revisão sobre o tema CARCINOMA PAPILAR DA TIRÓIDE EM QUISTO DO CANAL TIROGLOSSO, a propósito de um caso da nossa experiência clínica. *Este caso foi apresentado em formato de Comunicação Livre Oral nas XVI Jornadas da Sociedade Médica dos Hospitais da Zona Sul, realizado em Beja de 22 a 24 de Novembro de 2007.*

RESUMO

Apresentamos o caso clínico de uma doente com um Quisto do Canal Tiroglossal, submetida a operação de Sistrunk. O exame histológico revela carcinoma papilar na parede do quisto, tendo-se decidido proceder a tiroidectomia total. A peça histológica revela vários focos de carcinoma papilar na tiróide.

É comum a presença de tecido tiroideu ectópico na parede do Quisto do Canal Tiroglossal, mas rara a incidência de carcinoma. O diagnóstico é quase sempre pós-operatório. O tratamento consiste na excisão radical do quisto, sendo controversa a necessidade de tiroidectomia complementar.

Palavras-chave: *Quisto do canal tiroglossal, carcinoma papilar da tiróide*

ABSTRACT

We report a case of a woman who underwent Sistrunk operation for Thyroglossal Duct Cyst. Pathology revealed papillary thyroid carcinoma in duct walls and a total thyroidectomy was performed. Final pathology showed multiple papillary carcinoma foci in thyroid gland.

Although ectopic thyroidal tissue is common in thyroglossal duct cyst wall, the presence of carcinoma is rare. Diagnosis is usually postoperative. Treatment consists in radical cyst excision, while complementary total thyroidectomy remains controversial.

Key words: *Thyroglossal duct cyst; papillary thyroid carcinoma*



INTRODUÇÃO

O Quisto do Canal Tiroglosso (QCT) é o defeito congénito cervical mais frequente.^[1] O diagnóstico é feito habitualmente na infância, no entanto cerca de 7% da população adulta apresenta este defeito do desenvolvimento da glândula tiróide.^[2]

A glândula tiróide inicia o seu desenvolvimento embrionário por volta da 3ª semana de gestação, migrando através de uma invaginação de endoderme da faringe primitiva localizada na base da língua – o foramen cego.^[1] Adota um trajecto descendente, até que alcança a sua posição definitiva anterior em relação à cartilagem tiroideia por volta da 7ª semana. Durante este percurso, a tiróide permanece em conti-

nuidade com a base da língua por um ducto – o Canal Tiroglosso – que habitualmente encerra totalmente quando a embriogénese termina^[3] (figura 1). A persistência e dilatação deste ducto origina uma estrutura quística designada QCT, que se pode localizar em qualquer ponto do trajecto desde a base da língua até ao lobo piramidal da tiróide^[1], ocorrendo mais frequentemente abaixo do osso hióide.^[4] Em cerca de 62% dos casos estão presentes células de tecido tiroideu remanescente no ducto, que podem ser sede dos mesmos processos patológicos que ocorrem na glândula.^[5]

A incidência de tumor no QCT é inferior a 1%,^[5] com ligeiro predomínio no sexo feminino (3:2).^[1] A idade média de incidência de carcinoma ronda os 39

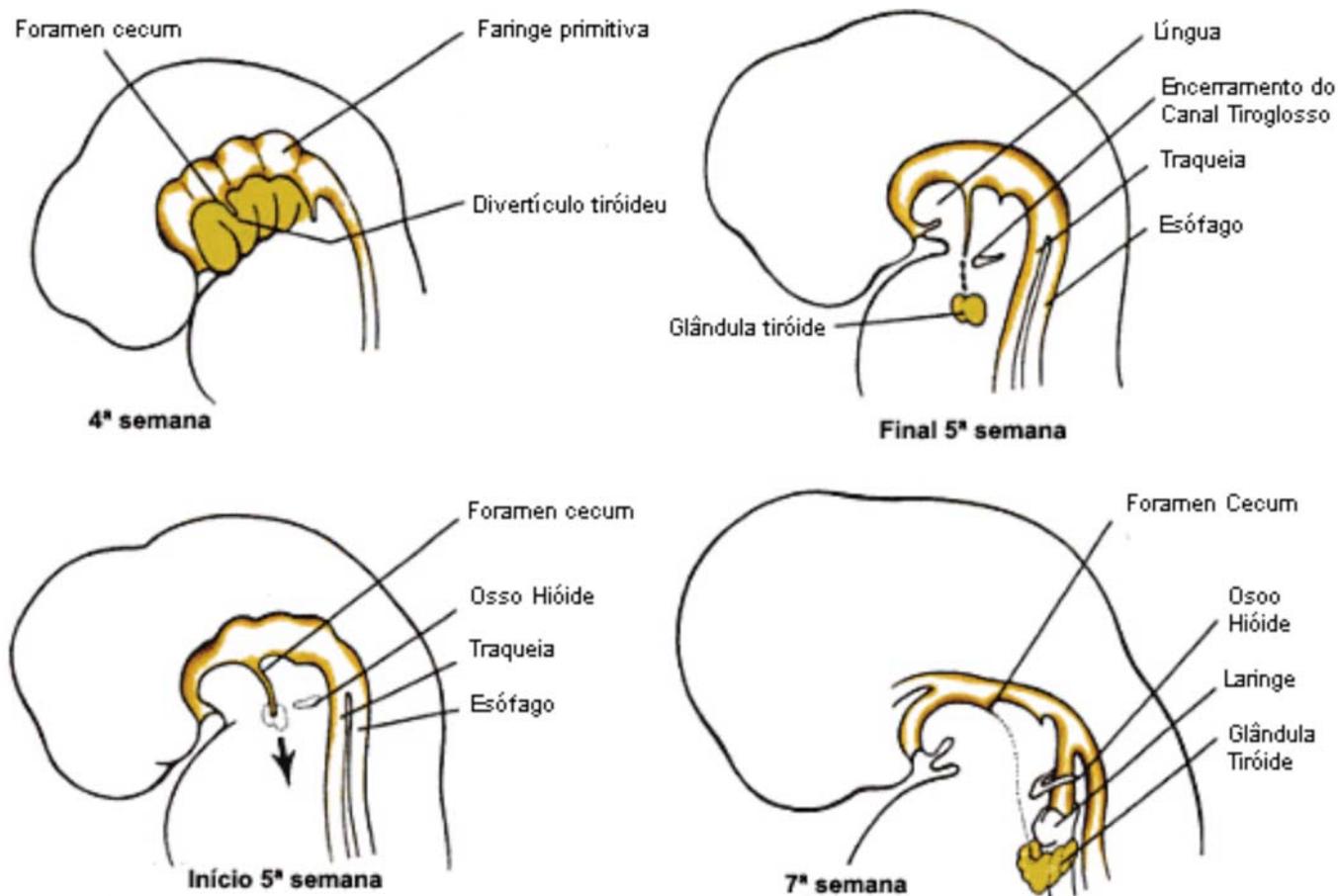


Figura 1 – Desenvolvimento embrionário da glândula tiróide. Adaptado de “ Human Embriology” de William James Larsen, Lawrence S. Sherman, S. Steven Potter, William James Scott, 3ª edição, com a autorização de Elsevier.



anos. Não foram identificadas condições predisponentes de transformação maligna, embora a radiação seja considerada um factor de risco tal como ocorre nos outros carcinomas papilares da tiróide.^[6]

Distinguem-se dois tipos histológicos: Carcinoma Epidermóide, com origem no epitélio cubóide do quisto embrionário, e Carcinoma de origem tiroideia. O Carcinoma Papilar corresponde a mais de 80% dos casos documentados, seguido do Subtipo Carcinoma Papilar Variante Folicular (8%), do Carcinoma Epidermóide em 6%, e restantes 6% incluindo casos raros de Carcinoma de Células de Hurthle, Folicular ou Anaplásico. Não há registo de casos de Carcinoma Medular.^[7]

Na década de 60, alguns autores defendiam que o carcinoma nesta estrutura era resultado de metastização de carcinoma da tiróide. Actualmente e uma vez demonstrada a presença de tecido tiroideu normal na parede do quisto, aceita-se que o tumor possa ser primário destas células remanescentes.^[6]

O envolvimento tumoral concomitante da glândula tiroideia está documentado em cerca de 14% dos casos.^[6] Tumores papilares síncronos na tiróide e no QCT representam mais possivelmente situações de multifocalidade que de metastização.^[1]

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 55 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, que recorre à Consulta de Cirurgia Geral por massa cervical desde há longa data, de crescimento lento e progressivo.

Ao exame físico apresentava uma massa na linha média anterior cervical, abaixo do osso hióide, com cerca de 2 cm de diâmetro, indolor, de consistência elástica, superfície lisa, móvel com a deglutição. Não eram evidentes sinais inflamatórios ou adenopatias cervicais. O exame clínico da tiróide não apresentava alterações.

Realizou exames auxiliares de diagnóstico, evidenciando-se Ecografia Cervical que relata *formação quística anecóica infrahioideia, de 2 cm de diâmetro, com*

paredes lisas e regulares, sem evidência de nódulos tiroideus ou adenopatias. Testes de Função Tiroideia sem alterações.

Foi colocada a hipótese diagnóstica de QCT. A doente foi submetida a Operação de Sistrunk.

O exame anatomopatológico da peça operatória mostra *carcinoma papilar em QCT, de padrão predominantemente papilar, com lesão na margem cirúrgica.*

Optou-se pela reintervenção, procedendo-se a tiroidectomia total com revisão da margem de ressecção do quisto. O resultado histológico relata *vários focos de carcinoma papilar da tiróide em ambos os lobos.*

A doente teve alta sem complicações pós-operatórias, encaminhada às consultas de Cirurgia Geral e Endocrinologia. Realizou terapêutica ablativa com Iodo Radioactivo e foi medicada com Levotiroxina para supressão de TSH. Encontra-se, até à data, sem evidência de doença activa.

DISCUSSÃO

A apresentação clínica de um Carcinoma no QCT pode assemelhar-se à de um quisto sem transformação neoplásica, indistinguível na sua localização, tamanho ou consistência. Por este motivo, o diagnóstico é feito, na maioria das vezes, durante o estudo anatomopatológico da peça de ressecção do quisto que se presumia benigno.^[1] No entanto, são critérios de suspeição de malignidade o crescimento rápido, consistência dura, contornos irregulares, aderência a planos profundos, presença de adenopatias cervicais ou existência de factores de risco como a exposição a radiação.^[2]

Apesar da baixa incidência de transformação maligna do QCT, devem ser feitos esforços para obter um diagnóstico pré-operatório, de forma a melhor programar a intervenção adequada.

O carcinoma pode ser reconhecido nos exames de imagem como um espessamento assimétrico ou um nódulo sólido na parede do quisto.^[1] A presença de calcificações é um marcador específico (embora pouco sensível) para o carcinoma no QCT.^[6]

O valor da Biópsia por Punção Aspirativa e Exame



Citológico tem sido questionado. Devido à baixa prevalência de malignidade no QCT, este exame foi associado a uma desvantajosa relação custo-benefício,^[1] não sendo realizado como exame de rotina durante a marcha diagnóstica de um QCT.^[3] Estudos recentes contrariam esta ideia, considerando a Biópsia um exame simples, rápido, pouco dispendioso, com risco mínimo para complicações, e que deve ser considerado em todos os doentes com QCT. A baixa sensibilidade descrita na literatura é atribuída à hipocelularidade obtida na amostra devido à diluição provocada pela aspiração do conteúdo quístico. Esta situação pode ser contornada com a punção repetida, de forma a incorporar conteúdo da parede do quisto que é o local de presença de tecido tiroideu.^[8]

O tratamento definitivo do Carcinoma do QCT permanece controverso. Deve sempre incluir a excisão alargada do Quisto pela Operação de Sistrunk, cirurgia que consiste na excisão do quisto e de todo o seu trajecto até à base da língua, ressecado em bloco com a porção central do osso hióide. A taxa de cura é superior a 95% com este procedimento.^[1]

Em caso de confirmação histológica de neoplasia estão descritas várias opções terapêuticas, sendo que os procedimentos complementares não são consensuais.

Alguns autores defendem que Operação de Sistrunk é curativa para doentes com menos de 45 anos, sem história de irradiação como factor de risco, na ausência de adenopatias cervicais suspeitas ou alterações clínicas ou imagiológicas da tiróide, tumores pequenos com margens cirúrgicas livres de lesão, dispensando nestes casos outros procedimentos. Esta corrente mais conservadora defende a sua posição com base a) no facto de o tumor associado na glândula se manifestar na grande maioria das vezes como focos de microcarcinoma, sem efeito na sobrevida; b) na ausência de recorrência de tumor após um follow-up prolongado num grande número de estudos.^[1]

Outro grupo de autores defende a excisão em bloco do tumor associado a Tireoidectomia Total em todos os casos. Esta abordagem mais radical é justificada com a ocorrência de multifocalidade nos tumores papilares da tiróide^[4] (18 a 75% dos casos)^[7], e à maior facilidade

de monitorização dos níveis de tiroglobulina e utilização de terapêutica ablativa com Iodo Radioactivo^[g] para um correcto follow-up.^[4] Alguns adoptam como critério para esta conduta a presença de um Quisto com dimensão superior a 1,5 cm de diâmetro ou invasão tumoral da sua cápsula.^[5]

O prognóstico é semelhante ao carcinoma do mesmo subtipo histológico localizado na glândula tiróide. Documenta-se metastização ganglionar em 7 a 12% dos casos, valores inferiores em relação ao tumor localizado na glândula^[9]. Quando existe envolvimento ganglionar, é consensual a necessidade de Tireoidectomia Total complementar à operação de Sistrunk e linfadenectomia cervical apropriada.^[1]

Os doente submetidos a Tireoidectomia Total complementar devem cumprir terapêutica com Levotiroxina em doses supressivas e/ou ablação com iodo radioactivo. Os doentes submetidos apenas a operação de Sistrunk não são submetidos a radioablação mas, face a falta de estudos que permitam clarificar o papel da inibição da TSH nestes casos, recomenda-se igualmente supressão hormonal. O follow-up nesta situação deve ser mais rigoroso, monitorizando-se anualmente alterações clínicas ou imagiológicas da tiróide.^[1]

CONCLUSÃO

O Carcinoma do QCT é um tumor raro. Exames imagiológicos e Biópsia por Punção Aspirativa são úteis para o diagnóstico, embora este seja habitualmente pós-operatório. A confirmação de Carcinoma obriga ao estudo da Tiróide, devido à possibilidade de multicentricidade. Alguns autores defendem que a Operação de Sistrunk é o tratamento adequado para o Carcinoma do QCT no doente jovem, sem adenopatias suspeitas e na presença de uma Glândula Tiróide clínica e imagiologicamente normal. Outros concordam com a Tireoidectomia Total suplementar dada a possibilidade de ocorrência de multicentricidade de tumor da tiróide, no sentido de permitir uma mais correcta vigilância pós-operatória na ausência de tecido tiroideu.



REFERÊNCIAS

1. PLAZA CR, LOPEZ MD, CARRASCO CE, MESEGUER LM PERUCHO AF, Management of well-differentiated thyroglossal remnant thyroid carcinoma: time to close the debate? Report of five new cases and proposal of a definitive algorithm for treatment. *Ann Surg Oncol* 2006; 13(5): 745-752
2. KANDOGAN T, REKAN N, VARDAR E, Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst with associated microcarcinoma of the thyroid and without cervical lymph node metastasis: a case report. *J Med Case Reports* 2008, 2:42
3. HESHMATI H, FATOURECHI V, HEERDEN J, HAY I, GOELLNER J, Thyroglossal Duct carcinoma: Report of 12 cases. *Mayo Clin. Proc.* 1997; 72: 315-319
4. ZIVALJEVIC V, BOZIC V, Papillary Carcinoma in Thyroglossal Duct Cyst. *Acta chir belg* 2006; 106:252-253.
5. CHAUHAN C, KAKKAR S, GUPTA A, Papillary Carcinoma Thyroid in a Thyroglossal Cyst. *Medical Journal Armed Forces of India* 2009; 65, 82-82
6. GLASTONBURY C, DAVIDSON H, HALLER J, HARSNBERGER H, The CT an MR Imaging Features of Carcinoma Arising in thyroglossal Duct Remnants.. *Am J Neuroradiol* 2000; 21, 770-774
7. CHU YC, HAN JY, HAN HS, KIM JM, KIM YM: Primary Papillary Carcinoma Arising in a Thyroglossal Duct Cyst. *Yonsei Med J* 2002; 43:381-384
8. YANG YJ, HAGHIR S, WANAMAKER J, POWERS C, Diagnosis of Papillary Carcinoma in a Thyroglossal Duct cyst by Fine-Needle Aspiration Biopsy. *Arch Pathol Lab Med* 2000, 124, 139-142
9. LUNA-ORTIZ K, LOPES LM, LANNDAETA JL, RUIZ-VEGA A, Thyroglossal Duct Cyst with Papillary Carcinoma: What must be done? *Thyroid* 2004 14(5): 363-6.



Contacto:

RITA DE PAIVA BAÍA

Av Guiné Bissau, N° 17 – 3° frente, 2900-590 Setúbal

Telemóvel: 91 2470958

ritapbaia@hotmail.com



Rita Paiva Baía, Marta R. Costa C. Lamas Henrique S. Candeias, Maria do Rosário J. Eusébio, Vítor Manuel G. Rocha, Luís Mendonça Ferreira