



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 9 • Junho 2009

Metástase tiroidea solitária de carcinoma renal.

Caso clínico e revisão da literatura

Campos, L.¹; Medeiros, A.²; Bernardo, L.²; Anselmo, J.³; Sebastião, C.¹; Santos, V.².

¹ Serviço de Urologia do Hospital do Divino Espírito Santo – Ponta Delgada

² Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Divino Espírito Santo – Ponta Delgada

³ Serviço de Endocrinologia do Hospital do Divino Espírito Santo – Ponta Delgada

ABSTRACT: Metastases to the thyroid gland are infrequent. However, it is necessary to consider secondary lesion when evaluating a nodule in the thyroid. One of the most common primary sites is the kidney. FNAC (*fine needle aspiraton cytology*) associated with immunohistochemical stains is an important instrument in the diagnosis of thyroid nodules. The surgical treatment of renal cell carcinoma associated to solitary metastasis is radical nephrectomy and excision of the metastasis. We report a case of renal cell carcinoma that presented initially with secondary lesion in the thyroid gland. The diagnosis was made after thyroidectomy and nephrectomy and immunotherapy were then performed.

SUMÁRIO: As metástases na tiróide são pouco frequentes. Contudo, é necessário considerar lesão secundária quando estamos perante um nódulo tiroideo. Um dos locais primários mais comuns é o rim. A CAAF (citologia aspirativa de agulha fina) associada à imunohistoquímica é um instrumento importante no diagnóstico de nódulos na tiróide. O tratamento cirúrgico do carcinoma de células renais associado a metástase única consiste em nefrectomia e exérese da metástase. Descrevemos um caso clínico de um carcinoma de células renais que se apresentou inicialmente por lesão secundária na tiróide. O diagnóstico só foi feito após tiroidectomia, realizando-se posteriormente nefrectomia radical e imunoterapia.



INTRODUÇÃO

A primeira referência a metástase tiroidea por carcinoma renal foi feita por *Leva* em 1891 [1]. A partir dessa altura vários casos têm sido descritos. Em 1968, *Friberg and Kinnman* fizeram uma revisão dos casos de lesões metastáticas de carcinoma renal para a tiróide e encontraram 28 casos descritos [2]. Num trabalho publicado pela AFIP (*Armed Forces Institute of Pathology*), foram encontrados 36 casos de 1959 a 1998 [3]. Numa revisão mais recente, publicada em Novembro de 2008 por *Duggal e Horattas*, foram encontrados cerca de 150 casos de metástases tiroideas de carcinoma de células renais [4].

Apesar de as metástases clinicamente significativas serem raras, a tiróide constitui um alvo relativamente frequente para lesões secundárias [5]. Em estudos feitos em autópsias os valores variam de 1,25% em cadáveres seleccionados, a 24% em doentes com doença neoplásica disseminada. [6]. Em relação ao local de origem da metástase tiroidea, o rim, a mama e o pulmão surgem como os locais primários mais comuns [7].

A maioria das metástases da tiróide (80%) ocorre cerca de 3 anos após ressecção do tumor primário, mas, no caso do tumor de células renais, podem ocorrer até 19 anos depois [8]. O envolvimento da tiróide como sinal de apresentação de carcinoma renal é menos frequente, não se encontrando nenhum caso publicado.

Apresentamos o caso de um doente com carcinoma de células renais que se apresentou a partir de uma metástase tiroidea única.

CASO CLÍNICO:

AAA, sexo masculino, 60 anos de idade, é referenciado ao Endocrinologista por nódulo no lobo esquerdo da tiróide. O doente apenas notou massa indolor na região esquerda do pescoço, sem queixas acompanhantes. Sem antecedentes patológicos relevantes. Ao exame objectivo, nódulo de consistência pétrea, de cerca de 5cm de maior diâmetro na região cervical lateral, não associado a bócio.

Analicamente não se encontraram alterações, nomeadamente no doseamento das hormonas tiroideas: TSH= 1,85 uUI/ml (0,4–4,0), T3L= 2,97 pg/ml (1,8–4,2), T4L= 1,22 ng/dl (0,8–1,9), Anticorpos antitiroideos AAM <10,0 IU/ml (até 35), Anticorpos antitiroideos AAT <20,0 IU/ml (até 40). Foi realizada CAAF do nódulo da tiróide que revelou “tumor foliular com aspectos oncocíticos”.

Perante este quadro clínico, realizou-se tiroidectomia total a 13/01/2006, cujo resultado histológico da peça foi de “carcinoma de células granulosas, de padrão trabecular insular, por vezes com lagos de eritrócitos ao centro, com imagens de permeação vascular linfática e venosa, consistente com metástase de carcinoma do rim”. O estudo imunohistoquímico foi negativo para a tiroglobulina e calcitonina e positivo para o CD10 (Fig. 1).

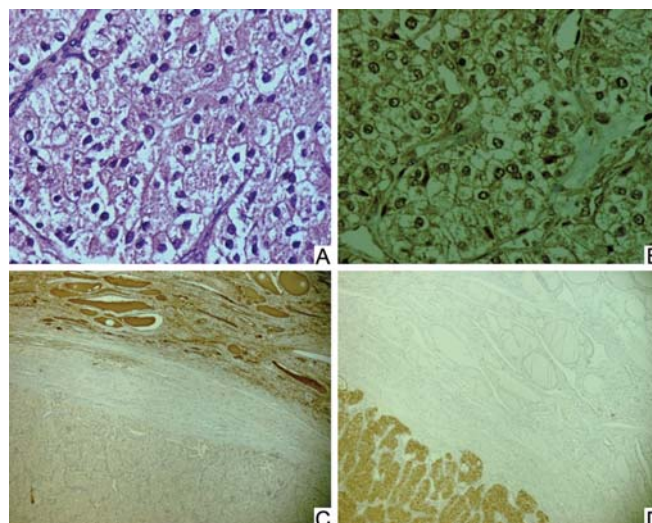


Figura 1: Histologia da peça de tiroidectomia. A-Tumor de células granulares acidófilas. B-Calcitonina. C-Troglbulina. D- CD10.

A tomografia computadorizada (TC) abdominopérvica realizada posteriormente revelou “volumoso tumor hipervascularizado na metade superior do rim direito com extensão à veia renal e ao espaço retroperitoneal” (Fig.2).

Com o diagnóstico de carcinoma renal direito, o doente é proposto para nefrectomia radical direita. No



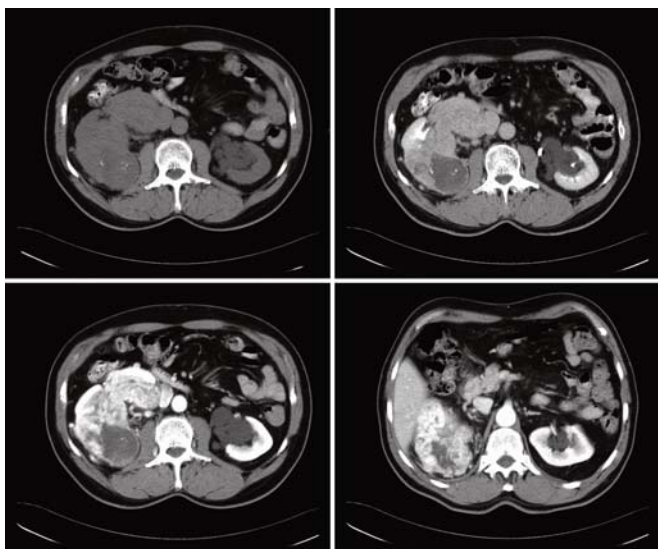


Figura 2: TAC-AP com contraste: tumor hipervascularizado no pólo superior do rim.

dia 06/03/2006 é submetido a nefrectomia radical direita e cavectomia parcial por invasão da veia cava. A peça operatória incluía tumor que ocupava todo o pólo superior do rim, constituído por tecidos heterogêneos (áreas amareladas de necrose, acastanhadas de hemorragia e esbranquiçadas), que aparentemente invade a gordura perirrenal e identificou-se a presença de trombo intramural da veia cava (Fig. 3). A histologia revelou carcinoma de células renais acidófilas.

Pós-operatório complicado por drenagens abdominais de conteúdo biliar abundantes por provável lesão iatrogénica da vesícula biliar. No dia 28/03/2006 foi

realizada drenagem de colecção peri-vesicular guiada por TC. O doente tem alta clinicamente bem com controlo imagiológico sem evidência de colecção intra-abdominal.

Após a cirurgia iniciou tratamento sistémico com Interferon Alfa 6 milhões UI sub-cutâneo três vezes por semana.

Até à data tem permanecido assintomático, sem evidência radiológica de recidiva (*follow-up* de 3 anos).

Discussão:

A maioria dos carcinomas renais permanecem assintomáticos e não palpáveis até tarde na história natural da doença. A tríade clássica de dor lombar, hematúria macroscópica e massa abdominal palpável é raramente encontrada (6-10%) [9]. Uma minoria dos pacientes apresenta sintomas directamente causados pela doença metastática, sendo que cerca de 25-30% dos doentes são diagnosticados devido a sintomas associados às lesões secundárias [10]. No caso clínico descrito, o diagnóstico de carcinoma renal foi feito após a detecção de nódulo tiroideo que revelou tratar-se de uma metástase. As lesões da tiróide, quando sintomáticas, podem manifestar-se como bócio, nódulos palpáveis, tosse, rouquidão, disfagia ou dispneia.

Uma vez detectado um nódulo na tiróide, a distinção pré-operatória entre benigno e maligno nem sempre é uma tarefa fácil. A CAAF é um procedimento simples, pouco dispendioso e seguro que ajuda no diagnóstico pré-operatório. Contudo, por vezes não é possível distinguir lesão metastática (nomeadamente de carcinoma

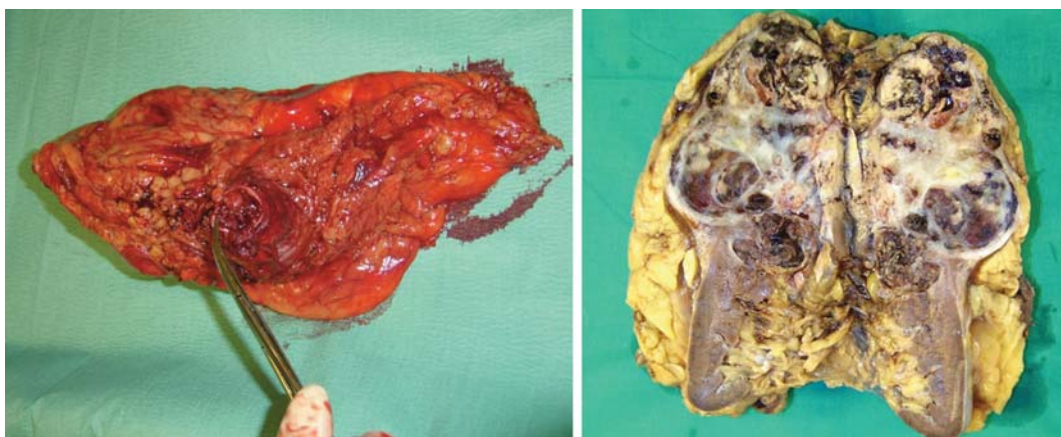


Figura3: Peça de nefrectomia (a pinça evidencia trombo intra-mural da veia cava).



de células renais) de lesão primária da tiróide, como o carcinoma anaplásico e o carcinoma folicular, variante de células claras. Nestes casos, o recurso a corantes de imunohistoquímica pode ser útil. Tiroglobulina, calcitonina e TTF-1 (*thyroid transcription factor-1*) são positivos na maioria das lesões tiroideas primárias, enquanto o carcinoma de células renais é negativo para estes marcadores e expressa CD10. No caso apresentado, a CAAF não permitiu o diagnóstico definitivo, que só foi possível a partir da peça de tiroidectomia.

A abordagem de pacientes com doença metastática na tiróide depende do tipo de tumor primário, da presença de outras lesões secundárias, dos sintomas do doente e do seu estado geral. No carcinoma de células renais, aproximadamente 1/3 dos pacientes apresenta doença metastática na altura do diagnóstico e cerca de 40% dos restantes vão desenvolver doença à distância. No caso de metástase solitária, que ocorre entre 1,6-3,2% dos casos, parece haver benefício na nefrectomia

com exérese da metástase [10]. Após a cirurgia de tumor renal metastizado está indicada terapêutica sistémica. Apesar de o doente em estudo ter realizado apenas imunoterapia, actualmente com os avanços na biologia molecular foram desenvolvidos novos agentes mais eficazes, nomeadamente os fármacos inibidores da angiogénese.

O carcinoma renal tem um curso clínico de lenta progressão, por isso o surgimento de doença metastática é sinal de mau prognóstico. Contudo num estudo realizado por *Chen et al*, num período de 5,2 anos, obteve uma sobrevida de 60% em pacientes com metástase tiroide isolada após tiroidectomia [8].

O diagnóstico de metástase tiroidea na abordagem do nódulo da tiróide é facilmente colocado quando estamos perante um doente com antecedentes de doença oncológica; contudo, este caso clínico serve para alertar para a possibilidade de lesão secundária em qualquer nódulo da tiróide.

REFERÊNCIAS:

1. Hudson MA, Kavoussi LR, Catalona WJ. Bilateral renal cell carcinoma with metastasis in thyroid. *Urology*. 1991;37:145-148.
2. Friberg S JR, Kinnman J. Renal adenocarcinoma with metastases to the thyroid gland. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 67: 552, 1969.
3. Heffess CS, Wenig BM, Thompson LD. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland. A Clinicopathologic study of 36 cases. *Cancer*. 2002; 95: 1869-1878.
4. Duggal NM, Horattas MC. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland. *Endocr Pract*. Nov 2008; Vol14 Issue 8.
5. Legahis I, Koutsoupa K, Doundoulakis G, Alami M, Kirodimou E. Metachronous Metastases to the thyroid from a renal clear cell carcinoma, initially diagnosed as papillary renal cell adenoma, coexisting with parathyroid tumors. *J Endocrinol*. 2008; Vol 4 (2).
6. Nakhjavani MK, Gharib H, Goellner JR, van Heerden JA. Metastasis to the thyroid gland. A report of 43 cases. *Cancer*. 1997;79: 574-578.
7. Abrams HL, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma – analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer*. 1950; 3: 74-85.
8. Chen H, Nicol TL, Udelsman R. Clinically significant, isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg*. 1999;23:177-181.
9. Patard JJ, Leray E, Rodriguez A, Rioux-Leclercq N, Guille F, Lobel B. Correlation between symptom graduation, tumor characteristics and survival in renal cell carcinoma. *Eur Urol* 2003; 44 (2): 226-232
10. Novick AC, Campbell SC. Renal tumours. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, eds. *Campbell's Urology*. Philadelphia: WB Saunders, 2002, pp. 2672-2731.

DR.^a LILIAN CAMPOS

Serviço de Urologia do Hospital do Divino Espírito Santos de Ponta Delgada,
Rua Grotinha, Arrifes,
9500-370
PONTA DELGADA

