Case Report

Metastização Ganglionar no Microcarcinoma Papilar Incidental da Tiróide: A Propósito de Um Caso Clínico

Lymph Node Metastases in Papillary Thyroid Microcarcinoma: Case Report

Ana Isabel Silva Valente da Costa[1]*, Carla Quental[1], Maria João Martins[2,3], João Almeida[1], José Guilherme Tralhão[1,4]

1. Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
2. Instituto de Anatomia Patológica-Patologia Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal
3. Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
4. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Corresponding Author/Autor Correspondente:
Ana Isabel Silva Valente da Costa [ana.is.valentecosta@gmail.com]
Rua das Areínhas, Costa Má, 3720-683– São Roque – Oliveira de Azeméis

https://doi.org/10.34635/rpc.887

ABSTRACT

Papillary thyroid carcinoma is a frequent incidental finding after thyroidectomy and is associated with a good prognosis.
The authors present a clinical case of a female 54-year-old patient who underwent total thyroidectomy for a non-toxic multinodular goiter with pathological diagnosis of incidental, bifocal, classic papillary microcarcinoma, with tall cell focus, at that time classified as pT3(m); R0, AJCC/TMN 7th edition, but a pT1b (m) R0, AJCC/TMN 8th edition, at the moment. At the 28th postoperative month, a 15 mm right supraclavicular nodule was detected, whose aspiration cytology confirmed papillary carcinoma metastasis.
Neck dissection was performed, confirming a single cervical lymph node metastasis in right Vb level.

Received/Recebido: 09/03/2025 **Accepted/Aceite:** 03/12/2024 **Published online/Publicado online:** 21/03/2025 **Published/Publicado:**

© Author(s) (or their employer(s)) and Portuguese Journal of Surgery 2025. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.
© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista Portuguesa de Cirurgia 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

Despite the excellent prognosis of papillary microcarcinoma, locoregional or distant metastasis can occur, so the therapy is not consensual and must be individualized. As described in the literature, there is an increased risk of lymph node metastasis in multifocal tumors and with capsule invasion, as seen in this case.

Keywords: Carcinoma, Papillary; Lymph Nodes; Lymphatic Metastasis; Thyroid Neoplasms

RESUMO

O microcarcinoma papilar da tiroide é um achado incidental frequente pós-tiroidectomia e está associado a bom prognóstico. Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 54 anos submetida a tiroidectomia total por bócio multinodular não tóxico, cujo estudo histológico revelou microcarcinoma papilar clássico incidental, bifocal, com 9 e 3 mm, com componente de células altas, à data classificado como pT3(m); R0, AJCC/TMN 7ª edição, mas atualmente enquadrável em pT1b(m); R0, AJCC/TMN 8ª edição. Ao 28º mês pós-operatório foi detetado nódulo supraclavicular direito com 15 mm, cuja citologia aspirativa diagnosticou metástase de carcinoma papilar. Realizado esvaziamento ganglionar, confirmando-se metastização ganglionar única, no grupo Vb cervical direito.
Apesar do excelente prognóstico do microcarcinoma papilar, o envolvimento ganglionar e/ou a metastização à distância podem ocorrer, pelo que a terapêutica não é consensual e deve ser individualizada. Como descrito na literatura, existe risco acrescido de metastização ganglionar no microcarcinoma papilar multifocal e com invasão da cápsula, como verificado neste caso.

Palavras-chave: Carcinoma Papilar; Metástase Ganglionar; Neoplasias da Tiroide; Nódulos Linfáticos

INTRODUÇÃO

O carcinoma papilar da tiroide (CPT), é a neoplasia maligna endócrina mais frequente, constituindo_cerca de 80% dos tumores malignos da tiroide e a sua incidência tem aumentado nas últimas décadas. A justificação para o aumento do número de casos de carcinoma da tiroide, que é feita sobretudo à custa de microcarcinomas, não está bem esclarecida, podendo dever-se a um verdadeiro aumento da incidência ou à melhoria das técnicas de diagnóstico.[1-6]

Cerca de 30% dos carcinomas papilares da tiroide são microcarcinomas, tumores com < 10 mm de diâmetro, constituindo um achado incidental frequente pós-tiroidectomia/lobectomia.[6,7] O microcarcinoma papilar da tiroide (mCPT) tem um excelente prognóstico e sobrevida, com uma taxa de mortalidade inferior a 1%.[1,5,8,9] A incidência de metastização ganglionar no mCPT não é desprezível e está associada a maior recorrência loco-regional.[2,5] Alguns fatores parecem estar relacionados com a metastização ganglionar no mCPT: o tamanho do tumor (>5-6 mm), idade do doente (<45 anos), multifocalidade, bilateralidade, ou a presença de subtipo histológico agressivo. Vários têm sido os estudos realizados no sentido de identificar as características associadas a maior risco que poderão ter implicações na terapêutica e seguimento destes doentes.[2,9-12]

O objetivo deste artigo é descrever a apresentação, diagnóstico e tratamento de um caso clínico de microcarcinoma papilar da tiroide identificado incidentalmente pós-tiroidectomia. No seguimento clínico foi detetada metástase cervical lateral, chamando à atenção da necessidade de estar alerta para esta possibilidade, sobretudo se estão presentes fatores de risco.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 54 anos, encaminhada para consulta de Cirurgia por bócio multinodular (BMN) não tóxico. A doente encontrava-se clinicamente eutiroideia, e como sintomatologia compressiva referia apenas episódios de "sensação de engasgamento" *sic.*, negando disfagia, disfonia ou dispneia.

Como antecedentes pessoais de referir hipertensão arterial, diabetes *mellitus* não insulino-tratada e colecistectomia por litíase vesicular sintomática. Sem história de irradiação cervical. Sem antecedentes familiares de patologia tiroideia.

Ao exame objetivo, apresentava tiroide palpável, parecendo individualizar-se nódulo com cerca de 3 cm à direita, de consistência elástica, contornos regulares e móvel, sem infiltração dos tecidos adjacentes. Sem adenopatias cervicais palpáveis.

Como exames complementares de diagnóstico realizou estudo analítico: TSH e T4L normais.

A ecografia cervical mostrava tiroide de dimensões aumentadas, de textura heterogénea, com múltiplos nódulos

sólidos, hipoecogénicos, o maior à direita de 29 mm, com calcificações grosseiras e o maior nódulo à esquerda com 17,8 mm.

A citologia aspirativa do nódulo dominante à direita (29 mm) teve o diagnóstico de nódulo coloide/ hiperplásico (Bethesda II) (Fig. 1).

Submetida a tiroidectomia total com boa evolução clínica após a intervenção. O estudo anatomopatológico da peça operatória revelou microcarcinoma papilar, variante clássica com focos de células altas, bifocal, incidental; o foco maior da transição do istmo para o lobo esquerdo da tiroide com 9 mm, que toca superficialmente os tecidos peritiroideus; o segundo com 3 mm intratiroideu e localizado ao lobo direito. Nos cortes estudados não se observou permeação dos espaços venolinfáticos. pTNM: T3(m); R0, AJCC/TMN 7ª edição, atualmente classificado como pT1b (m); R0, AJCC/TMN 8ª edição (Fig. 2).

Foi encaminhada para consulta de Oncologia da Tiroide, mas a doente perdeu o seguimento.

Em consulta de Cirurgia Geral, foi detetado nódulo supraclavicular direito com 15 mm, ao 28º mês pós-tiroidectomia. Realizada ecografia e submetida a punção aspirativa por agulha fina com o diagnóstico de malignidade (Bethesda VI), sugestiva de metástase do primário da tiroide. Realizado também doseamento da TG no lavado da agulha, que revelou valores elevados (TG: 5720 ng/mL). TC cervical e torácica confirmou a adenopatia, sem evidência de metástases à distância (Fig. 3).

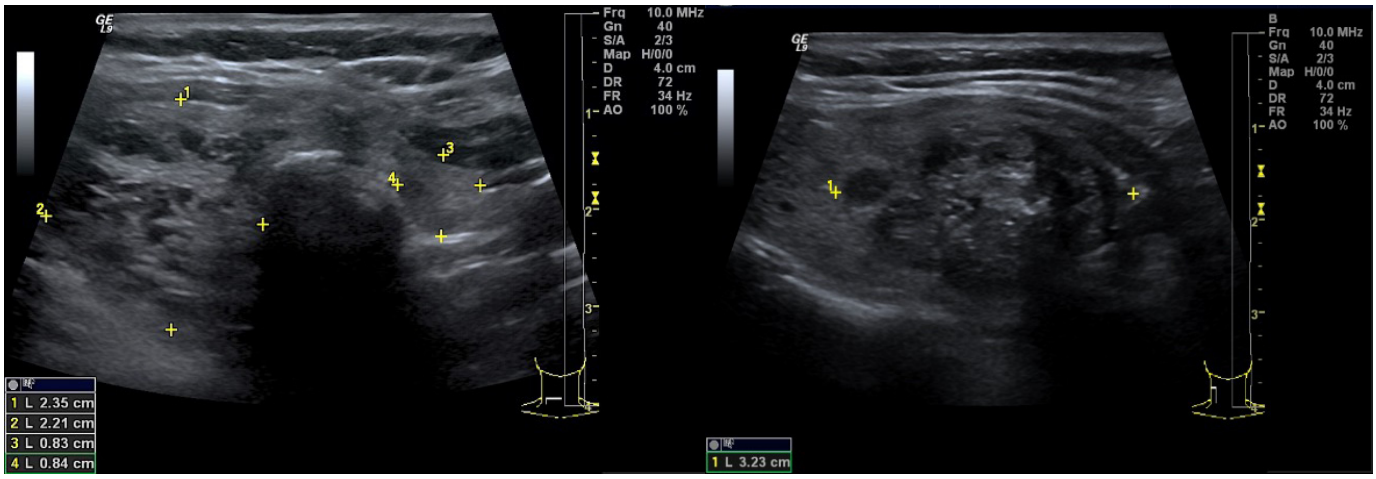


Figura 1: Ecografia cervical. Imagem da esquerda demonstra ecografia cervical com achados compatíveis com bócio multinodular. Imagem da direita, revela achados ecográficos de nódulo dominante à direita (29 mm) com calcificações.

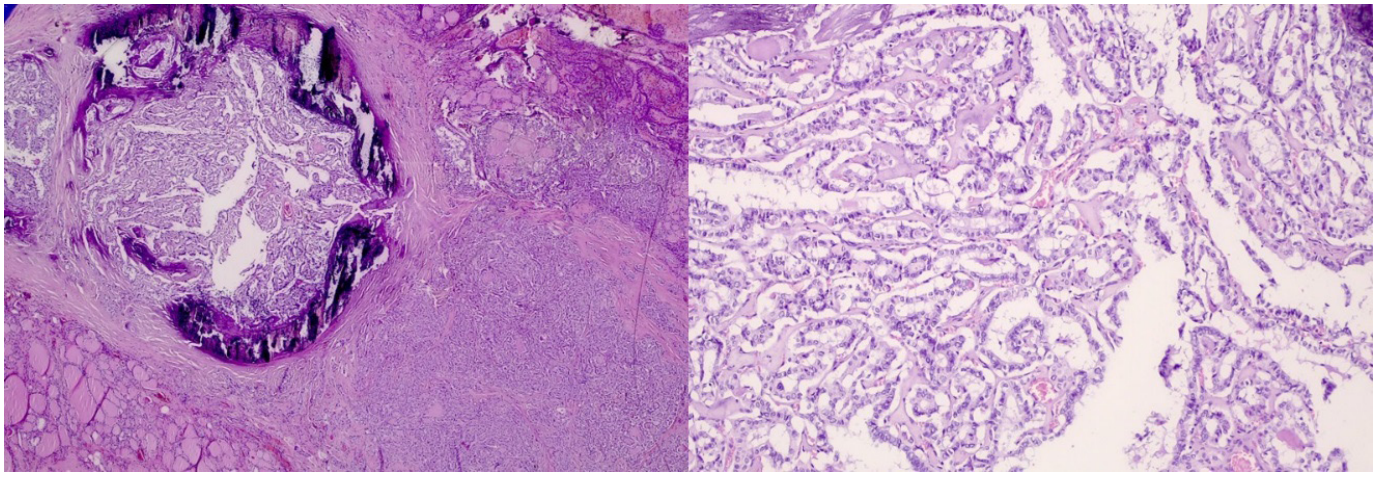


Figura 2: Estudo anatomopatológico de tiroidectomia revela microcarcinoma papilar variante clássica com focos de células altas.

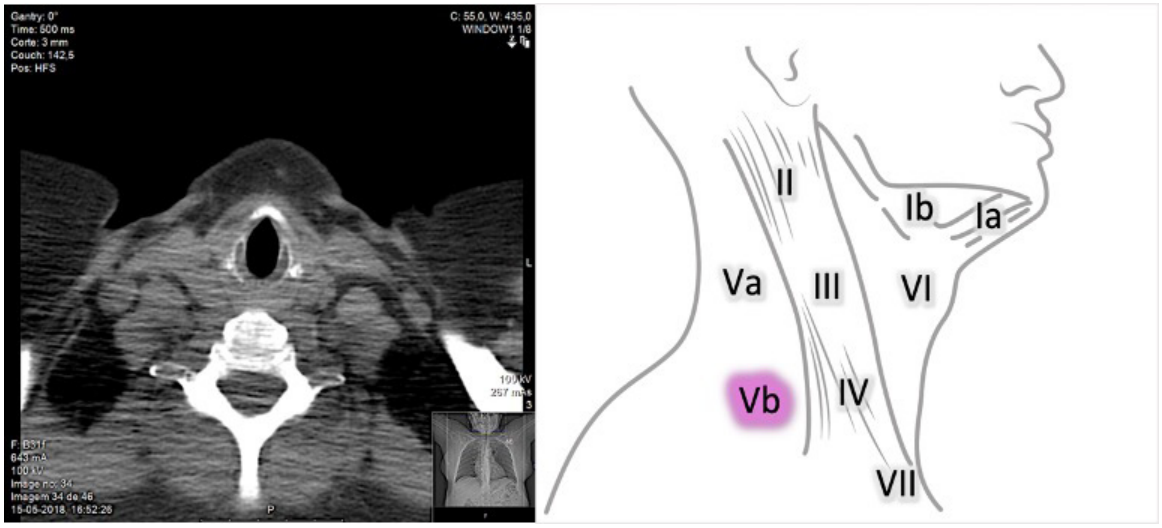


Figura 3: Tomografia computorizada cervical: Adenopatia cervical supraclavicular direita, localizada no grupo ganglionar cervical Vb, como representado na imagem à direita.

Realizado esvaziamento ganglionar cervical dos grupos II, III IV e V direitos. O resultado anatomopatológico foi de metastização num gânglio no compartimento Vb (1 em 7 gânglios isolados) compatível com metástase do microcarcinoma da tiróide, já conhecido e ausência de metastização em 7 gânglios no produto de linfadenectomia dos grupos II a IV (Fig. 4).

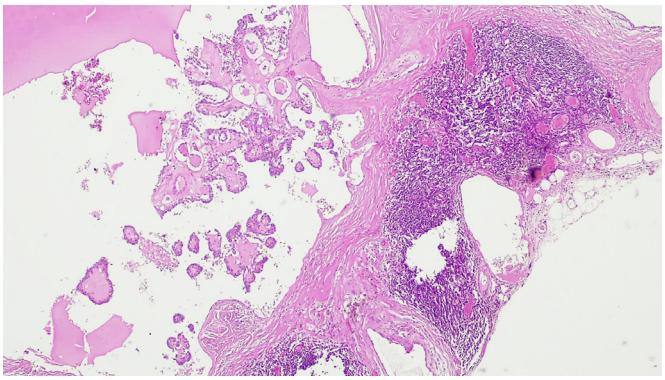


Figura 4: Histologia compatível com metástase ganglionar de microcarcinoma papilar.

O cintigrama corporal com iodo radioativo não evidenciava captação anómala de I^{131} sugestiva de metastização à distância.

A doente tem mantido seguimento em consulta, desde há 5 anos, com avaliação clínica, analítica (TSH, TG e anti-TG) e ecográfica, sem evidência de recorrência da doença.

DISCUSSÃO

Este caso salienta a importância do seguimento clínico com um exame físico detalhado, complementado por exames de diagnóstico (controlo analítico, ecografia e PCA) para a deteção de possíveis metástases ganglionares no mCPT.

O mCPT é considerado um tumor de comportamento indolente, com baixo risco de recorrência e por esse motivo as diretrizes da ATA 2015 incluíram essa entidade na categoria de baixo risco.[1] No entanto, alguns mCPT exibem comportamento agressivo, apresentando metástases ganglionares e/ou recorrência local ou à distância. Vários têm sido os esforços no sentido de identificar os fatores de maior risco.[4,5,8,9]

O tamanho do tumor parece ser um fator preditivo significativo na metastização ganglionar e recorrência no mCPT (> 5 mm ou >6 mm), dependendo dos estudos.[2,9,13]

A multifocalidade é um achado comum no mCPT, associada à bilateralidade em 84% dos casos e parece condicionar maior risco de envolvimento ganglionar e recorrência.[4,9,12]

Outros fatores de risco considerados são idade inferior a 45 anos, variantes histológicas do carcinoma papilar da tireoide (células altas, colunar, pouco diferenciado...), história familiar ou irradiação cervical prévia.[8,9,12-14] Marcadores moleculares como mutação *BRAF-V600E* estão presentes frequentemente no CPT, contudo a sua associação a pior prognóstico não é consensual.[12,13] Em contrapartida, as

mutações do promotor da telomerase (TERT) são um indicador de tumores clinicamente agressivos e correlacionam-se com pior prognóstico e mortalidade no carcinoma diferenciado da tiroide, nomeadamente no CPT.[15]

O mCPT é frequentemente um achado incidental pós-tiroidectomia parcial,[6] pelo que posteriormente deve ser ponderada a totalização da tiroidectomia, avaliando os riscos ou benefícios potenciais para o doente, tendo em conta que a totalização da tiroidectomia não está associada a melhoria da sobrevida.[1,4]

O esvaziamento ganglionar profilático no compartimento central no mCPT é uma questão controversa.[5,12] A ATA recomenda que seja realizado apenas em doentes em que haja evidência clínica de invasão ganglionar desse compartimento.[1] Contudo, no mCPT, têm sido descritas taxas de metastização ganglionar do compartimento central em até 64,1% e no compartimento lateral até 24,1%.[13] A metastização ganglionar cervical no CPT está associada a maior recorrência e a um risco onze vezes superior de metastização à distância,[4] ocorrendo esta última entre 0,2% a 2,85% dos casos.

Alguns autores defendem esvaziamento ganglionar profilático no compartimento central, em casos selecionados, defendendo o facto da metastização ganglionar nessa localização ser frequente e a sua deteção ecográfica muitas vezes difícil.[9]

No presente caso, foi realizado esvaziamento ganglionar terapêutico seletivo dos grupos II, III, IV e V, onde tinha sido detetada clinicamente metástase ganglionar do grupo Vb. A dissecção ganglionar do grupo V não é realizada por rotina, a não ser que haja doença ganglionar, uma vez que acarreta maior morbilidade cirúrgica. Uma questão a colocar é se deveria ter sido ponderado esvaziamento ganglionar no compartimento central, embora não houvesse evidência imagiológica de adenopatias neste compartimento ganglionar, tendo em conta que o diagnóstico pré-operatório é difícil.

Apesar de não ser possível saber ao certo qual o nódulo que metastizou, se o de 9 mm localizado na transição istmo/lobo esquerdo ou o de 3 mm do lobo direito, os autores consideram que o mais lógico seria este último metastizar para o gânglio locorregional cervical ipsilateral.

Segundo as indicações atuais da ATA, os doentes com CPT de baixo risco não precisam de terapêutica ablativa com iodo radioativo, uma vez que nenhuma melhoria na mortalidade ou recorrência seria conseguida.[1,4] Embora a ablação com I^{131} possa melhorar a especificidade do doseamento da TG e vigilância do doente, o seu uso não é geralmente recomendado, sendo indicada apenas em casos de invasão local ou metástases à distância.[4]

Relativamente à supressão da TSH com levotiroxina, usada na terapêutica do carcinoma da tiroide, não apresenta benefício nos doentes de baixo risco, sendo nestes realizado apenas tratamento substitutivo com levotiroxina.[3]

O mCPT têm um excelente prognóstico, com uma mortalidade em torno de 1% e uma taxa de sobrevida aos 10 anos que atinge os 90%.[1,5,6]

Os doentes com carcinoma da tiroide devem ter uma vigilância prolongada, e esta tem como principais objetivos a identificação precoce de doença persistente/recidivada e a implementação atempada do respetivo tratamento, bem como a monitorização da terapêutica com levotiroxina.[1] Nos doentes com mCPT de baixo risco, o doseamento de tireoglibulina (TG) em associação a ecografia cervical têm uma sensibilidade de 96,3% e um valor preditivo negativo de 99,5%.[4]

Nos últimos anos esforços têm sido realizados no sentido de se estabelecer diretrizes de prática clínica baseadas em evidências para a abordagem do mCPT, mas ainda há escassez de ensaios clínicos randomizados, com seguimento prolongado para uma melhor compreensão desta patologia.

CONCLUSÃO

Apesar do bom prognóstico do microcarcinoma papilar, a metastização ganglionar e à distância podem ocorrer, pelo que a terapêutica não é consensual e deve ser individualizada. Como descrito na literatura, existe risco acrescido de metastização ganglionar no mCPT com tamanho > 5-6 mm, multifocal, bilateral, com invasão capsular, assim como na variante histológica de células altas, tal como neste caso, aspetos a considerar nestes doentes, nos quais o seguimento clínico com exame físico atento, é fundamental.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.
Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.
Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.
Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.
Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.
Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.
Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.
Patient Consent: Consent for publication was obtained.
Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

AVC, CQ, MJM, JA e JGT: Contribuíram para a conceção, análise, redação do manuscrito e contribuíram para o manuscrito final. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

AVC, CQ, MJM, JA and JGT: Contributed to the design, analysis, writing of the manuscript and contributed to the final manuscript.
All authors approved the final version to be published.

REFERÊNCIAS

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26:1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020.
2. Medas F, Canu GL, Cappellacci F, Boi F, Lai ML, Erdas E, et al. Predictive factors of lymph node metastasis in patients with papillary microcarcinoma of the thyroid: retrospective analysis on 293 Cases. Front Endocrinol. 2020;11:551. doi: 10.3389/fendo.2020.00551.
3. Rodrigues F, Limbert E, Marques AP, Santos AP, Lopes C, Rodrigues E, et al. Protocolo de tratamento e seguimento dos carcinomas diferenciados da tiróide de origem folicular. Acta Med Port. 2005;18:2-16.
4. Bernet V. Approach to the patient with incidental papillary microcarcinoma. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95:3586-92. doi: 10.1210/jc.2010-0698.
5. Akın Ş, Yazgan Aksoy D, Akın S, Kılıç M, Yetişir F, Bayraktar M. Prediction of central lymph node metastasis in patientswith thyroid papillary microcarcinoma. Turk J Med Sci. 2017;47:1723-7. doi: 10.3906/sag-1702-99.
6. Kaliszewski K, Zubkiewicz-Kucharska A, Kiełb P, Maksymowicz J, Krawczyk A, Krawiec O. Comparison of the prevalence of incidental and non-incidental papillary thyroid microcarcinoma during 2008-2016: a single-center experience. World J Surg Oncol. 2018;16:202. doi: 10.1186/s12957-018-1501-8.
7. Cecoli F, Ceresola EM, Altrinetti V, Cabria M, Cappagli M, Montepagani A, et al. Therapeutic strategies and clinical outcome in papillary thyroid microcarcinoma: a multicenter observational study. Eur Thyroid J. 2016;5:180-6. doi: 10.1159/000446746.
8. Bartella I, Meyer F, Frauenschläger K, Reschke K, Wallbaum T, Buth B, et al. Incidental diagnosis of the tall-cell variant of the papillary microcarcinoma of the thyroid gland requires completion lymphadenectomy: case report. Pol Przegl Chir. 2017;89:40-3.
9. Goran M, Markovic I, Buta M, Gavrilovic D, Cvetkovic A, Santrac N, et al. The influence of papillary thyroid microcarcinomas size on the occurrence of lymph node metastases. J BUON. 2019;24:2120-6.
10. Liu QF, Bian LL, Sun MQ, Zhang RH, Wang WB, Li YN, et al. A rare intrahepatic subcapsular hematoma (ISH) after laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature review. BMC Surg. 2019;19:3. doi: 10.1186/s12893-018-0453-9.
11. Zhang L, Wei WJ, Ji QH, Zhu YX, Wang ZY, Wang Y, et al. Risk factors for neck nodal metastasis in papillary thyroid microcarcinoma:

a study of 1066 patients. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97:1250-7. doi: 10.1210/jc.2011-1546.

12. Zhang Q, Wang Z, Meng X, Duh QY, Chen G. Predictors for central lymph node metastases in CN0 papillary thyroid microcarcinoma (mPTC): A retrospective analysis of 1304 cases. Asian J Surg. 2019;42:571-6. doi: 10.1016/j.asjsur.2018.08.013.

13. Zheng X, Peng C, Gao M, Zhi J, Hou X, Zhao J, et al. Risk factors for cervical lymph node metastasis in papillary thyroid microcarcinoma: a study of 1,587 patients. Cancer Biol Med. 2019;16:121-30. doi: 10.20892/j.issn.2095-3941.2018.0125.

14. Anastasilakis AD, Polyzos SA, Makras P, Kampas L, Valeri RM, Kyriakoulis D, et al. Papillary thyroid microcarcinoma presenting as lymph node metastasis--a diagnostic challenge: case report and systematic review of literature. Hormones. 2012;11:419-27. doi: 10.14310/horm.2002.1373.

15. Melo M, da Rocha AG, Vinagre J, Batista R, Peixoto J, Tavares C, et al. TERT promoter mutations are a major indicator of poor outcome in differentiated thyroid carcinomas. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99:E754-65. doi: 10.1210/jc.2013-3734.