



MARIANE MORAES

METÁSTASE PAPILÍFERA DE CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE: RELATO DE  
CASO RARO

PAPILLARY METASTASIS OF MEDULLARY CARCINOMA: RARE CASE

SANTA MARIA – RIO GRANDE DO SUL

2019

MARIANE MORAES

METÁSTASE PAPILÍFERA DE CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE: RELATO DE  
CASO RARO

Trabalho de Final de Graduação (TFG) apresentado à Universidade Franciscana, como parte das exigências do Programa do Curso de Medicina, para obtenção do Título de Bacharel.

Orientador: Prof. Me. Maria Cecília Dambros Gabbi.

SANTA MARIA – RIO GRANDE DO SUL

2019

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	6
1.1	JUSTIFICATIVA.....	6
1.2	OBJETIVO.....	7
1.2.1	Objetivo geral:.....	7
1.2.2	Objetivos específicos: .....	7
1.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	7
2	RELATO DE CASO .....	7
2.1	HISTÓRIA CLÍNICA .....	8
2.2	EXAMES COMPLEMENTARES E TRATAMENTOS REALIZADOS.....	8
3	REVISÃO DE LITERATURA .....	12
3.1	CARCINOMA DE TIREOIDE.....	12
3.1.1	CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE .....	13
3.1.2	CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE .....	13
3.1.3	CARCINOMA FOLICULAR DE TIREOIDE .....	14
3.2	METÁSTASES DE TUMOR DE TIREOIDE.....	14
3.2.1	METÁSTASE EM LINFONODO CERVICAL SUBTIPO PAPILÍFERO DE CARCINOMA PRIMÁRIO DE TIREOIDE DO SUBTIPO MEDULAR .....	15
3.3	DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE TIREOIDE .....	15
3.4	CLASSIFICAÇÃO DE NÓDULOS DE TIREOIDE .....	16
3.5	TRATAMENTO DO CANCER DE TIREOIDE E UTILIZAÇÃO DE RADIOIODOTERAPIA .....	18
4	DISCUSSÃO.....	19
5	CONCLUSÃO .....	20
6	ANEXOS.....	21
6.1	LISTA DE ABREVIATURAS .....	21
6.2	LISTA DE IMAGENS .....	21
6.3	LISTA DE QUADROS.....	21
	REFERÊNCIAS .....	22

## **RESUMO:**

O câncer da glândula tireoide é um câncer relativamente raro, tendo no Brasil 9,610 novos casos no ano de 2018; com uma prevalência de 4,0% no sexo feminino e 0,7% no sexo masculino. O carcinoma de tireoide pode ser classificado em três principais tipos histológicos: o carcinoma papilífero de tireoide (CPT), carcinoma folicular de tireoide (CFT) e o carcinoma medular de tireoide (CMT); sendo o CPT o mais frequente de todos os cânceres de tireoide, totalizando cerca de 70%. Já o carcinoma folicular apresenta-se em cerca de 20% dos casos; e ainda mais raro, o CMT engloba em torno de 5% dos cânceres de tireoide. Outros 5% dos casos engloba os cânceres indiferenciado/anaplásicos e de células não tireoidianas. Os cânceres de tireoide, principalmente o CMT, metastizam frequentemente cedo para linfonodos cervicais laterais e com o avanço da doença podem alcançar outros órgãos como fígado, pulmões, ossos e, menos frequentemente, cérebro e pele. A principal linha de tratamento de cânceres de tireoide é a abordagem cirúrgica, considerando desde lobectomia a tireoidectomia total; além disso, deve-se considerar terapias adjuvantes como a iodoterapia. Com isso, este estudo visa relatar um caso raro de CMT que produziu metástase do tipo folicular sendo que o esperado seriam metástases do mesmo tipo histológico do tumor primário, logo, metástases do tipo medular. Devido à raridade do caso em questão, revelou-se certo grau de dificuldade em encontrar referências bibliográficas para elucidar este caso.

**Palavras-chave:** Carcinoma de tireoide, metástase linfonodal, carcinoma misto de tireoide, iodoterapia.

**ABSTRACT:**

Thyroid cancer is a relatively rare cancer, with 9,610 new cases in Brazil in 2018; with a prevalence of 4.0% in females and 0.7% in males. Thyroid carcinoma can be classified into three main histological types: papillary thyroid carcinoma (TLC), follicular thyroid carcinoma (CFT) and medullary thyroid carcinoma (CMT); CPT being the most frequent of all thyroid cancers, totaling about 70%. Follicular carcinoma is present in about 20% of cases; Even rarer, CMT accounts for 5% of thyroid cancers. Another 5% of cases include undifferentiated / anaplastic and non-thyroid cell cancers. Thyroid cancers, especially CMT, often metastasize early to lateral cervical lymph nodes and as the disease progresses they can reach other organs such as liver, lungs, bones and, less often, brain and skin. The main line of treatment for thyroid cancers is the surgical approach, considering from lobectomy to total thyroidectomy; In addition, adjuvant therapies such as iodine therapy should be considered. Thus, this study aims to report a rare case of CMT that produced follicular-type metastasis, and the expected would be metastases of the same histological type as the primary tumor, therefore, medullary type metastases. Due to the rarity of the case in question, it has proved somewhat difficult to find bibliographic references to elucidate this case.

**Key words:** Thyroid carcinoma, lymph node metastasis, mixed thyroid carcinoma, iodine therapy.

METÁSTASE PAPILÍFERA DE CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE: RELATO DE  
CASO RARO

PAPILLARY METASTASIS OF MEDULLARY CARCINOMA: RARE CASE

## 1 INTRODUÇÃO

O carcinoma de tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino e seus subtipos são classificados de acordo com seus tipos histológicos, os tumores diferenciados como o carcinoma folicular de tireoide (CFT) e o carcinoma papilífero de tireoide (CPT), indiferenciados/anaplásicos e de células para-foliculares como o carcinoma medular de tireoide (CMT) (MACIEL, 1998).

A incidência aumenta com a idade e apresenta um pior prognóstico em idosos (>65 anos). Com relação ao sexo, o carcinoma de tireoide é mais prevalente em mulheres, mas quando presente em homens apresenta pior prognóstico (INCA, 2018).

O CMT é uma neoplasia das células C ou parafoliculares da tireoide, correspondendo a 5% dos tumores malignos da glândula. O CMT apresenta-se como tumor esporádico (75-80%) ou na forma hereditária (20-25%) (PUNALES, et al., 2004).

O CMT metastiza cedo para linfonodos cervicais laterais e esse processo tem relação com o tamanho do tumor primário (descrito pela letra T, na classificação TNM). Metástases linfonodais são encontradas em 20% a 30% dos pacientes com CMT menores de 1 cm de diâmetro (T1 - Tumor  $\leq 2$  cm na maior dimensão limitada à tireoide), em 50% dos pacientes com tumor T2 (Tumor  $> 2$  cm mas  $< 4$  cm na maior dimensão limitada à tireoide), e em até 90% dos pacientes operados por tumores T3 (Tumor  $\geq 4$  cm ou com extensão extratireoidiana) e T4 (Doença avançada), considerando a classificação TNM para CMT. (PACINI, et al., 2010; EDGE, 2010).

Os pacientes com câncer de tireoide medular multifocal se diferenciam, significativamente, dos pacientes com câncer medular unifocal em relação à frequência de metástases linfonodais, independentemente se origem esporádica ou hereditária; ou seja, um CMT multifocal apresenta maior risco de desenvolver metástase linfonodal (PUNALES, et al., 2004).

O tratamento de primeira linha para os tumores de tireoide é a abordagem cirúrgica, e após esta, pode-se optar por uma intervenção adjuvante com Iodo Radioativo (RAI) para ablação de possíveis focos remanescentes (SAWKA, et al., 2008; MOHAMMED, et al., 1983). A terapia com RAI também tem indicação para o manejo de metástases regionais e à distância.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Este trabalho apresenta importante relevância científica por se tratar de uma apresentação rara de carcinoma tireoidiano, e com isso, poderá oferecer novos conhecimentos a outros profissionais da saúde acerca do tema.

## 1.2 OBJETIVO

### 1.2.1 Objetivo geral:

Relatar um caso raro de um paciente portador de metástase papilífera de um CMT e com isso ajudar outros profissionais médicos a identificarem e manejarem casos como este.

### 1.2.2 Objetivos específicos:

Revisar bibliografia sobre o tema carcinoma de tireoide, como foco principal em carcinoma medular de tireoide e metástases de carcinoma tireoidiano.

Elucidar aplicação do tratamento com radioiodo no manejo de casos como o descrito neste trabalho.

## 1.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi submetido à Plataforma Brasil sob número de CAAE: 25214919.6.0000.5306.

## 2 RELATO DE CASO

## 2.1 HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente masculino, 37 anos, com queixa de “dor no pescoço”. Em ultrassom cervical, evidenciou-se nódulo em lobo tireoideano direito, medindo 2,0 x 1,3 x 1,0 cm, hipoeoico, com microcalcificações e fluxo periférico e central importantes ao Doppler; sem linfonodomegalias regionais. Foi realizado biópsia por Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do nódulo supracitado a qual foi sugestiva de neoplasia folicular (classe IV de Bethesda). Paciente submeteu-se, então, à lobectomia direita; congelação transoperatória compatível com lesão folicular circunscrita, sem diagnóstico definitivo. Após inclusão em parafina, os achados histológicos e imuno-histoquímicos foram consistentes com carcinoma medular de tireoide (Imagem 1 e Imagem 2, respectivamente). Procedeu-se, assim, em um segundo ato operatório, tireoidectomia total com esvaziamento cervical nível VI. Nesse material, evidenciaram-se nódulo colóide em lobo tireoideano esquerdo e dois linfonodos com metástase de carcinoma papilífero de tireoide. Paciente foi submetido à dose terapêutica de <sup>131</sup>iodo para ablação de restos cervicais.

## 2.2 EXAMES COMPLEMENTARES E TRATAMENTOS REALIZADOS

ULTRASSOM (US) de tireoide (janeiro de 2018) – “tireoide tóxica, de dimensões, ecogenicidade e ecotextura habituais, exceto por formação nodular hipoeoica localizada no terço médio do lobo direito, em sua região superficial, de formato ovalado, contornos regulares e limites parcialmente definidos, com ecotextura heterogênea no seu interior, apresentando discretos focos ecogênicos com sombra acústica posterior, sugestivo de microcalcificações, sem evidencia de halo, medindo 2,0 x 1,3 x 1,0 cm (volume = 1,5 cm<sup>3</sup>). Avaliação complementar com Doppler demonstra importante fluxo periférico e central. Não há evidencia de outras formações expansivas sólidas ou císticas na glândula tireoideia. Istmo de tireoide mede 0,2 cm. Lobo direito tem volume de 8,9 cm<sup>3</sup>. Lobo esquerdo tem volume de 8,3 cm<sup>3</sup>. Ausência de linfonodomegalias regionais”.

PAAF de nódulo em lobo direito (fevereiro de 2018) – “Achados suspeitos para neoplasia folicular. Classe IV de Bethesda”.

Lobectomia direita (março de 2018) – Diagnóstico transoperatório – “Lesão folicular circunscrita. Diagnóstico definitivo a ser definido após a inclusão do espécime em parafina”.

Diagnóstico após inclusão do espécime em parafina (março de 2018) - Tireoide, lobo direito (Imagem 1). “Carcinoma medular da tireoide medindo 1,6 cm no maior eixo; a lesão apresenta padrão de crescimento infiltrativo e não apresenta cápsula; ausência de invasão perimeural; presença questionável de invasão angiolinfática; parênquima tireoidiano adjacente exibindo ocasionais folículos dilatados; margens cirúrgicas livres da lesão”.

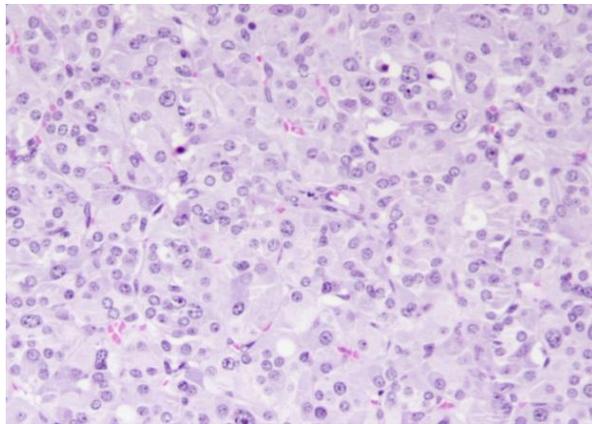


Imagem 1: Resultado do exame de inclusão do espécime em parafina – tireoide lobo direito - Coloração hematoxilina-eosina – CMT.

Exame Imuno-histoquímico da tireoide (março de 2018) (Imagem 2) - “Conclusão: os achados histológicos, associados aos achados imuno-histoquímicos, são consistentes com carcinoma medular de tireoide”.

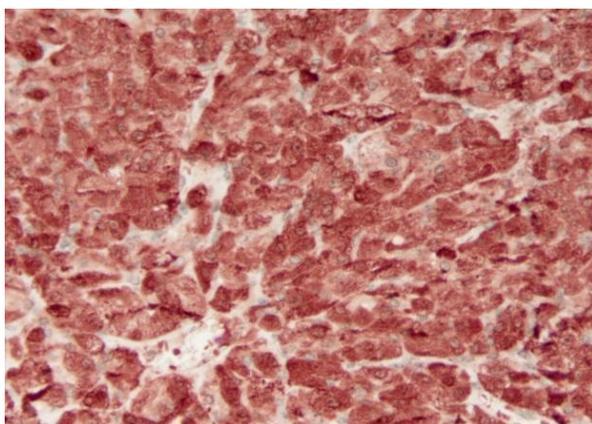


Imagem 2: Resultado do exame Imunohistoquímico – tireoide lobo direito – CMT.

Lobectomia esquerda e esvaziamento cervical direito e esquerdo (abril de 2018) (Imagem 3) – Nódulo Colóide em tireoide; metástase de carcinoma papilífero em 1 linfonodo cervical esquerdo e metástase de carcinoma papilífero em 1 linfonodo cervical direito.

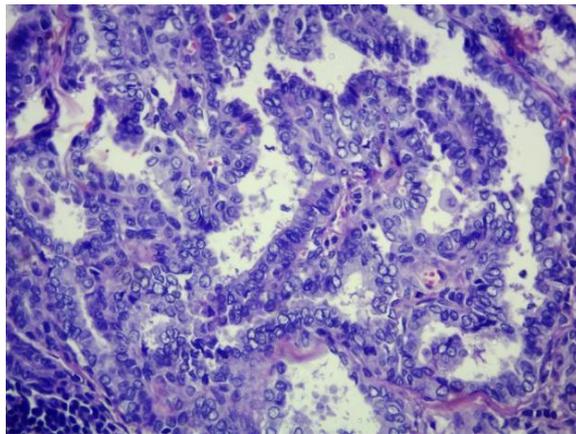


Imagem 3: Resultado de histológico – linfonodos de cadeia direita e esquerda – Coloração hematoxilina-eosina – metástase linfonodal de CPT.

US de pescoço (maio de 2018) - presença de tecido tireoidiano remanescente.

Junho de 2018 - Foi administrada ao paciente dose de 150 mCi (5550 MBq) de iodo-131 por via oral, em quarto terapêutico blindado segundo normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), conforme prescrição do médico assistente, para tratamento complementar de neoplasia da tireoide (pós tireoidectomia total).

PCI (pesquisa de corpo inteiro) com iodo – 131 pós-dose terapêutica de 150 mCi (junho de 2018) – o estudo para documentação da distribuição da dose terapêutica mostra áreas radioiodo-captantes na região anterior do pescoço, acima da cicatriz cirúrgica, atribuíveis a tecido tireoideano remanescente. Não se evidenciam acúmulos anormais nas demais áreas em especial no pescoço, mediastino e tórax que possam pressupor comprometimento ganglionar ou metástases à distância. (imagem 4).

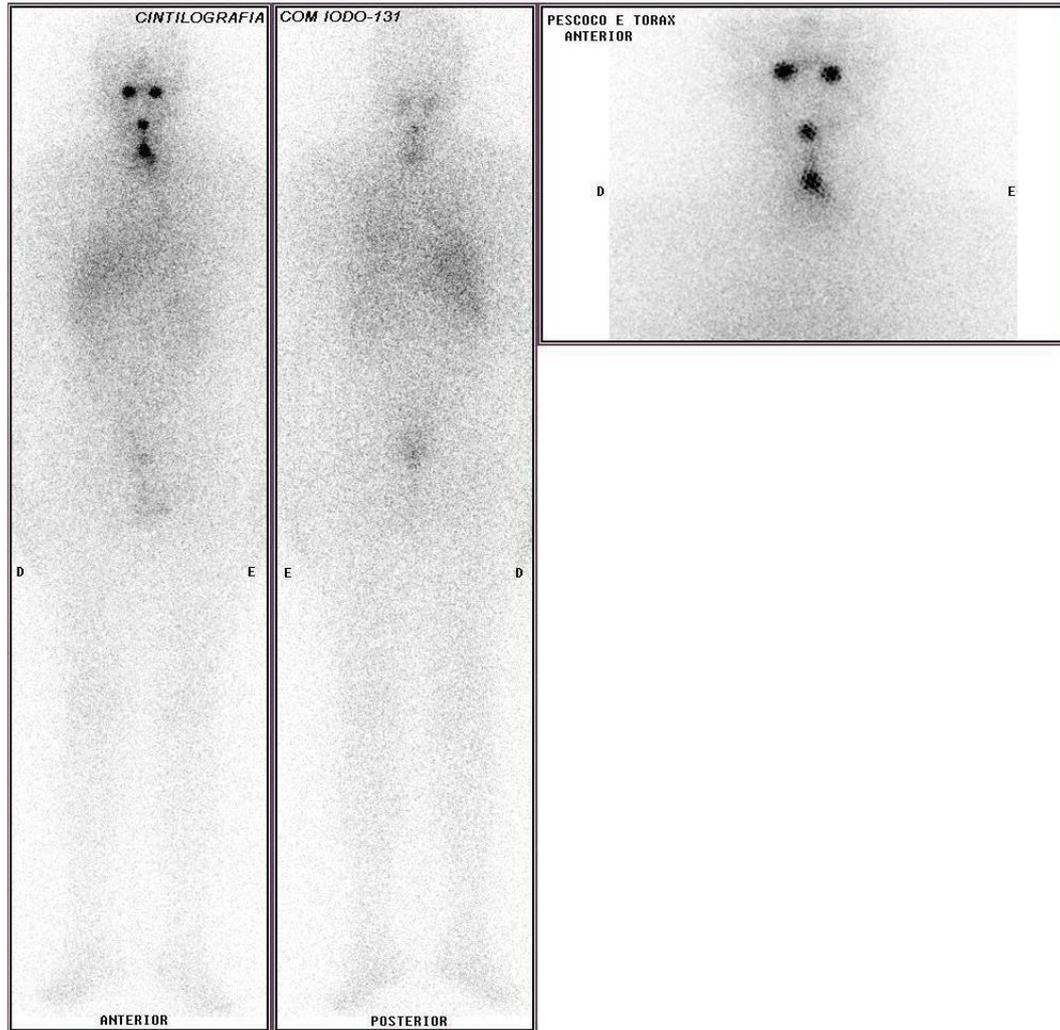


Imagem 4: PCI pós dose de iodo-131

PCI com iodo - 131 3,23 mCi (julho de 2019) – não se evidenciam acúmulos na região anterior do pescoço compatível com tecidos tireoidianos remanescentes nem acúmulos anormais nas demais áreas em especial no pescoço, mediastino e tórax que possam pressupor comprometimento ganglionar ou metástases a distância ávidas ao radioiodo. (imagem 5).

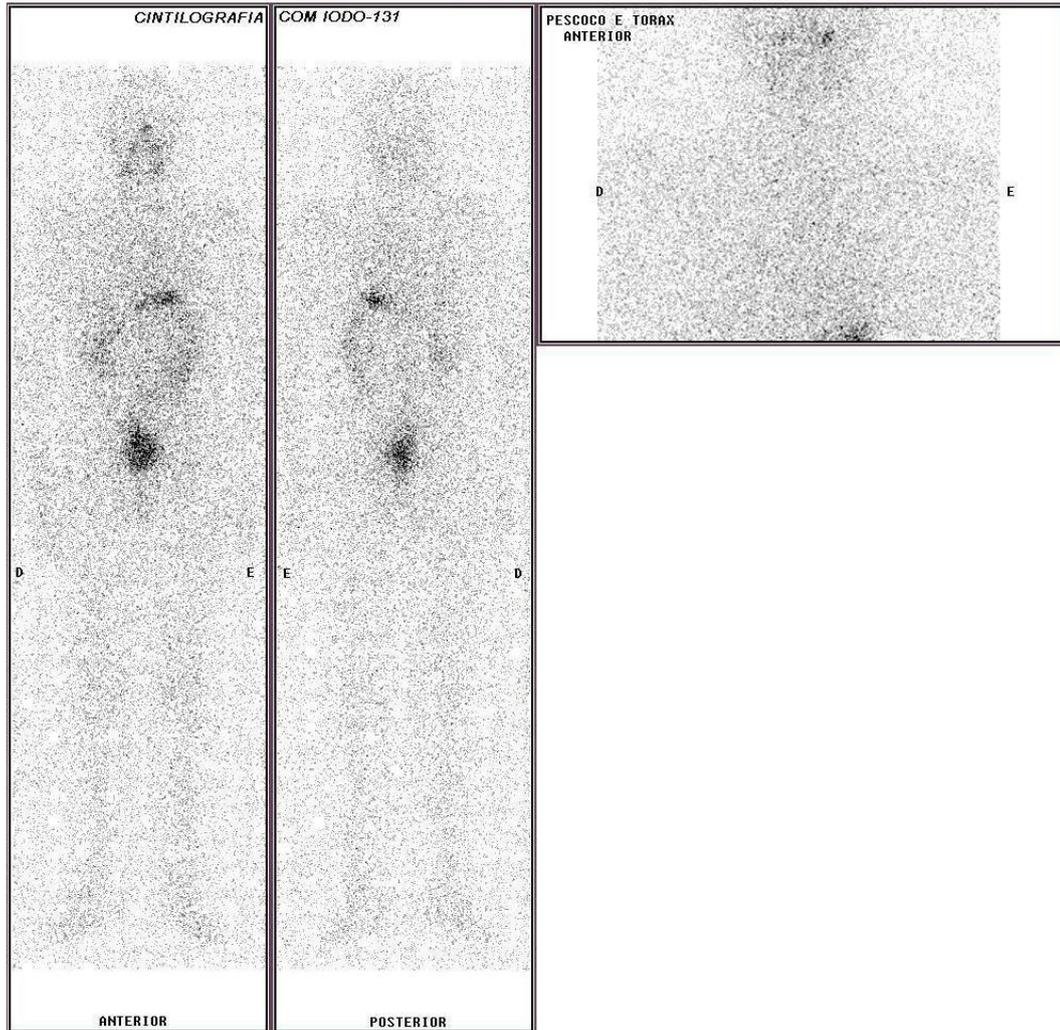


Imagem 5: PCI de controle

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CARCINOMA DE TIREOIDE

São três os principais subtipos de carcinoma de tireoide: o CPT, CFT e CMT.

### 3.1.1 CARCINOMA MEDULAR DE TIREOIDE

O CMT origina-se das células C parafoliculares produtoras de calcitonina (CT) que estão localizadas na camada basal dos folículos da tireoide e representam cerca de 1% das células da tireoide.

O CMT é principalmente de natureza esporádica, mas um padrão hereditário está presente em 20% a 30% dos casos (PACINI, et al., 2010).

Os CMT esporádicos apresentam-se mais comumente de forma unilateral e unifocal principalmente na quinta e sexta décadas de vida. Clinicamente, caracteriza-se como nódulo único ou massa tireoidiana associada à linfadenopatia cervical ou a outros sintomas locais (PUNALES, et al., 2004).

Já os CMT hereditários apresentam-se mais comumente com distribuição bilateral e multifocal com pico de incidência na terceira e quarta décadas de vida. Clinicamente, também se manifestam com nódulo ou massa cervical, e normalmente no momento do diagnóstico já há comprometimento de linfonodos cervical. Tem um comportamento mais agressivo em relação ao padrão esporádico e também em relação aos subtipos diferenciados (PUNALES, et a., 2004).

Macroscopicamente, o carcinoma medular de tireoide é, usualmente, de consistência firme, de cor esbranquiçada ou avermelhada, bem demarcado ou grosseiramente invasivo na secção transversal (PACINI, et al., 2010).

Na histologia da doença encontra-se hiperplasia de células C, definida como a existência de  $> 40$  células C /  $\text{cm}^2$  ou três campos de ampliação  $\times 100$  contendo  $> 50$  células C; apesar de esse padrão ser mais comumente associado ao CMT hereditário, foi observado em alguns casos de CMT esporádico (PACINI, et al., 2010).

### 3.1.2 CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE

O carcinoma papilífero corresponde a cerca de 40 a 70% de todos os carcinomas tireoidianos. São derivados das células foliculares da tireoide, estas perfazem mais de 90% das células da glândula. Seu crescimento é lento e apresenta baixo grau de malignidade, de modo que períodos longos são necessários para o seu aparecimento. Acomete principalmente indivíduos mais jovens e até mesmo crianças. Sua disseminação se dá por meio dos vasos

linfáticos intra-glandulares, evoluindo do foco inicial para as outras partes da tireoide e por isso, lesões multicêntricas na tireoide são comuns (MACIEL, 1998).

Os 5-10% dos casos de carcinoma papilífero que evoluem para a morte são constituídos pelo grupo de pacientes acima dos 40 anos que apresentam lesões aderentes às estruturas vizinhas ou com metástases invasivas cervicais ou à distância (MACIEL, 1998).

### 3.1.3 CARCINOMA FOLICULAR DE TIREOIDE

Tipo histológico que acomete faixas etárias mais avançadas em relação aos outros subtipos de carcinoma tireoidianos, tendo seu pico de incidência a 5ª década de vida e é até 3 vezes maior no sexo feminino (MACIEL, 1998).

Sua apresentação mais comum se dá como nódulo único e dificilmente ocorrem metástases para linfonodos cervicais. Porém cerca de 15 a 20% dos diagnósticos de CFT é realizado por histórico de metástases à distância como, por exemplo, fraturas patológicas e nódulos em pulmões e ossos (MACIEL, 1998).

Na histologia do CMT possivelmente se pode observar células multiformes (poligonais a fusiformes) dispostas em ninhos, trabéculas e, em certas ocasiões, folículos. Com frequência, verificam-se depósitos amiloides (em razão da calcitonina alterada) no estroma. (MITCHELL, R N. et al. Fundamento de Robbins & Cotran: patologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: editora Elsevier, 2012).

## 3.2 METÁSTASES DE TUMOR DE TIREOIDE

Um estudo (Machens A. et al) revela que os pacientes com tumores medulares de tireoide multifocais diferiram, significativamente, dos pacientes com câncer de tireoide medular unifocal na ocorrência de metástase linfonodal, tanto quando comparados ambos na configuração os esporádica (90% vs. 41%;  $p = 0,005$ ) como quando comparados ambos na configuração hereditária (48% vs. 14%;  $p < 0,001$ ) (Machens, et al., 2007). Isso mostra que há

uma chance aumentada de desenvolver metástase linfonodal em pacientes com tumores multifocais em relação aos que apresentam a forma unifocal.

Além disso, os carcinomas medulares esporádicos da tireoide multifocais revelaram mais frequentemente crescimento extratireoidiano e metástase à distância em relação às apresentações unifocais (Machens, et al., 2007). Metástases fora do pescoço podem ocorrer no fígado, pulmões, ossos e, menos frequentemente, cérebro e pele. Metástases hepáticas ocorrem precocemente durante o curso da doença. Metástases a distância são geralmente múltiplas em um único órgão, e geralmente afetam múltiplos órgãos (PACINI, et al., 2010).

### 3.2.1. METÁSTASE EM LINFONODO CERVICAL SUBTIPO PAPILÍFERO DE CARCINOMA PRIMÁRIO DE TIREOIDE DO SUBTIPO MEDULAR

Não foi encontrado referencial literário sobre o assunto.

## 3.3 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE TIREOIDE

A principal manifestação do CMT é aparecimento de nódulo na região anterior do pescoço (PUNALES, et a., 2004).

Um dos primeiros exames complementares indicados é a US, pois é capaz de detectar com precisão nódulos ainda não palpáveis. Além disso, a US pode estimar o tamanho do nódulo e o volume do bócio, e diferenciar cistos simples, com baixo risco de malignidade, de nódulos sólidos ou de nódulos císticos e sólidos mistos (HEGEDÜS, 2004).

Características reveladas pela ultrassonografia - como hipoecogenicidade, microcalcificações, margens irregulares, aumento do fluxo nodular visualizado pelo Doppler e, principalmente, evidências de invasão ou linfadenopatia regional - estão associadas a um risco aumentado de câncer; no entanto, os achados ultrassonográficos não podem distinguir com segurança entre lesões benignas e cancerígenas (HEGEDÜS, 2004).

A US também fornece orientação para procedimentos de diagnóstico (por exemplo, biópsia por aspiração com agulha fina), procedimentos terapêuticos (por exemplo, aspiração de cisto) e facilita o monitoramento dos efeitos do tratamento (HEGEDÜS, 2004).

Outro exame indicado para avaliação de nódulos tireoidianos é a biópsia por PAAF. A PAAF fornece as informações mais diretas e específicas sobre um nódulo tireoidiano. Em centros com experiência em aspiração por agulha fina, o uso dessa técnica foi estimado para reduzir o número de tireoidectomias em aproximadamente 50% e praticamente dobrou números de confirmação cirúrgica de carcinoma. A biópsia por PAAF é um exame diagnóstico e as amostras obtidas tem maior valor quando o exame é guiado por US (HEGEDÜS, 2004).

### 3.4 CLASSIFICAÇÃO DE NÓDULOS DE TIROIDE

A classificação de Bethesda classifica os nódulos de tireoide de acordo com a citologia relacionando risco implícito de malignidade e manejo clínico recomendado (CIBAS, 2009). Essa classificação é composta por seis categorias (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação de Bethesda relacionando diagnóstico, risco de malignidade e manejo usual.

CLASSIFICAÇÃO BETHESDA	DIAGNÓSTICO RECOMENDADO	RISCO DE MALIGNIDADE (%)	MANEJO USUAL
I- Não-diagnóstico ou não-satisfatório	Apenas líquido de cisto, amostra virtualmente acelular e outros (sangue, artefato de coagulação etc.).	1-4	Repetir exame de biópsia por PAAF guiado por US.

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO QUADRO 1)

II- Benigno	Nódulo folicular benigno (inclui nódulo adenomatoide, nódulo colóide, etc.), tireoidite	0-3	Acompanhamento clínico.
-------------	---	-----	-------------------------

(CONTINUA)

	linfocítica (Hashimoto) no contexto clínico adequado, tireoidite granulomatosa (subaguda) e outros.		
III- Atipia ou lesão folicular indeterminada		~ 5-15	Repetir exame de biópsia por PAAF.
IV- Neoplasia folicular ou suspeita de neoplasia folicular		15- 30	Lobectomia cirúrgica.
V- Suspeita de malignidade	Suspeita de carcinoma papilar, suspeita de carcinoma medular, suspeita de carcinoma metastático, suspeita de linfoma e outros.	60-75	Lobectomia ou tireoidectomia total.

(CONTINUA)

(CONTINUAÇÃO QUADRO 1)

VI- Malignidade	Carcinoma papilífero da tireoide, carcinoma pouco		Tireoidectomia total.
-----------------	---	--	-----------------------

	diferenciado, carcinoma medular da tireoide, carcinoma indiferenciado (anaplásico), carcinoma de células escamosas, carcinoma com características mistas, carcinoma metastático, linfoma não-Hodgkin e outros.	97-99	
--	--	-------	--

(Adaptado de CIBAS, 2009)

### 3.5 TRATAMENTO DO CANCER DE TIREOIDE E UTILIZAÇÃO DE RADIOIODOTERAPIA

A primeira linha de tratamento é tireoidectomia, parcial ou total; as principais indicações para a cirurgia são características clínicas ou citológicas sugestivas de câncer ou sintomas devido ao nódulo, no caso de uma forte suspeita clínica de câncer, a cirurgia é recomendada, independentemente dos resultados da biópsia aspirativa por agulha fina (PAAF) (HEGEDÛS, 2004).

Podem-se considerar tratamentos adicionais que inclui a RAI principalmente em casos de tireoidectomia bilateral (SAWKA, et al., 2008). A RAI pode ser administrada como uma forma de terapia adjuvante para ablação de focos remanescentes, tratamento de metástases regionais e à distância e até mesmo no tratamento de câncer recorrente (SAWKA, et al., 2008).

A ablação com RAI consiste na destruição do tecido tireoidiano normal residual após ressecção cirúrgica, a fim de eliminar possíveis focos microscópicos do tumor e evitar recorrência da doença (SAWKA, et al., 2008), por isso, recomenda-se a suspensão do uso de hormônios tireoidianos antes da terapia a fim de elevar os níveis de TSH, pois a elevação nos níveis deste hormônio faz com que haja maior captação do iodo radioativo (FLORES-REBOLLAR, et al., 2013).

O iodo-131 tem um lugar bem documentado no manejo de carcinomas papilares e foliculares da glândula tireoide, como adjuvante à cirurgia ou no manejo de metástases desses tipos histológicos. Como a eficácia do tratamento está diretamente relacionada à sua captação e retenção pelo tumor, não é recomendado para o tratamento do CMT, pois as suas células C não concentram iodo (MOHAMMED, et al., 1983).

#### **4 DISCUSSÃO**

Este trabalho relatou o caso de um paciente masculino, 37 anos com carcinoma medular de tireoide. A literatura traz o intervalo da quinta à sexta década de vida como faixa etária de maior prevalência de ocorrência do CMT (PUNALES, et al., 2004).

A primeira manifestação apresentada pelo paciente foi a dor cervical, que foi o que orientou o médico a solicitar um US, onde foi evidenciado um nódulo tireoidiano. Segundo a literatura, o aparecimento de um nódulo em região anterior do pescoço é a manifestação principal nesses casos (PUNALES, et al., 2004), sendo o US o exame complementar inicial indicado em casos com suspeita de nódulos tireoidianos pela sua capacidade em evidenciar nódulos que ainda não são palpáveis e suas características morfológicas (HEGEDÜS, 2004).

Na suspeita ecográfica de nódulo maligno, a literatura indica que seja realizada biópsia por PAAF. A PAAF tem capacidade de fornecer informações mais específicas do nódulo (HEGEDÜS, 2004), como por exemplo, aplicação do sistema de Bethesda que classifica, através da citologia, o grau de malignidade (CIBAS, 2009). Através desse exame também se pode decidir a intervenção. O paciente do caso apresentou um nódulo em lobo direito com características sugestivas de malignidade ao US cervical e então foi submetido a PAAF, que revelou achados sugestivos de neoplasia folicular com classificação IV de Bethesda.

O paciente do caso estudado foi submetido inicialmente a lobectomia direita e após, em uma segunda intervenção cirúrgica, a tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal bilateral (CIBAS, 2009). Esse é o manejo indicado pela literatura em casos de CMT, subtipo que fora evidenciado no paciente pós avaliação histopatológica e imuno-histoquímica do material coletado no primeiro ato cirúrgico.

Em nova avaliação histopatológica, evidenciou-se acometimento linfonodal, porém, apresentando subtipo histológico diferente do tumor primário, compatível com carcinoma papilífero de tireoide. Quanto a esse achado, não foram encontradas referências para embasamento do estudo.

O seguimento iniciou com um novo exame de US cervical que evidenciou presença de tecido tireoideano remanescente e diante disso, foi indicada terapia com iodo-131 seguida de um exame de pesquisa de corpo inteiro (PCI) para documentação da distribuição da dose

terapêutica. Essa terapia com iodo radioativo é bem documentada na literatura para manejo de carcinomas papilífero da glândula tireóide, como adjuvante à cirurgia ou no manejo de metástases (MOHAMMED, et al., 1983).

Um ano após a intervenção com iodo-131, um novo exame de PCI foi realizado a fim de avaliar resposta a dose terapêutica. No resultado não se evidenciou acúmulos na região anterior do pescoço compatível com tecidos tireoidianos remanescentes nem acúmulos anormais que possam pressupor metástases regionais ou à distância.

## **5 CONCLUSÃO**

O caso de CMT relatado e a revisão de literatura sobre o assunto demonstram que as características da metastização do tumor do caso discutido são incomuns e raras. A importância desse estudo se dá justamente pela raridade do caso, por isso há pouca literatura médica disponível que aborda o assunto.

Este trabalho contribuirá para pesquisas de outros profissionais da área da saúde quando deparados com casos semelhantes, bem como oferecerá auxílio para detecção desses tumores, diagnóstico e tratamentos recomendados, pois o manejo do paciente e o presente estudo tiveram embasamento literário quanto ao manejo do CMT e metástases de CPT; em conjunto, os tratamentos específicos para cada subtipo obtiveram resultado satisfatório, pois até o momento, não houve recidivas do tumor primário e nem novos focos metastáticos.

## **6 ANEXOS**

### **6.1 LISTA DE ABREVIATURAS**

CPT – carcinoma papilífero de tireoide

CFT – carcinoma folicular de tireoide

CMT – carcinoma medular de tireoide

INCA – Instituto Nacional de Câncer

TG – tireoglobulina

CT – calcitonina

RAI – iodo radioativo

PAAF – punção aspirativa com agulha fina

US – ultrassom

CNEN – Comissão Nacional de Energia Nuclear

PCI – pesquisa de corpo inteiro

### **6.2 LISTA DE IMAGENS**

Imagem 1: Resultado do exame de inclusão do espécime em parafina –tireoide lobo direito - Coloração hematoxilina-eosina – CMT.

Imagem 2: Resultado do exame Imunohistoquímico – tireoide lobo direito – CMT.

Imagem 3: Resultado de histológico – linfonodos de cadeia direita e esquerda – Coloração hematoxilina-eosina – metástase linfonodal de CPT.

Imagem 4: PCI pós dose de iodo-131.

Imagem 5: Imagem 5: PCI de controle

### **6.3 LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Classificação de Bethesda relacionando diagnóstico, risco de malignidade e manejo usual.

## REFERÊNCIAS

1. CIBAS, E.S. et al. “The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology”. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*. (2009): 19:1159-65.
2. Edge SB, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York: Springer; 2010.
3. Flores-Rebollar, A, et al. “Effect of 1110 MBq Radioiodine in Reducing Thyroid Volume in Multinodular Goiter: A New Protocol.” *Journal of clinical medicine research* vol. 5,3 (2013).
4. HEGEDÜS, L.M.D. The thyroid nodule. *The New England Journal of Medicine*. Oct. 21, 2004.
5. Machens A. et al. Increased risk of lymph node metastasis in multifocal hereditary and sporadic medullary thyroid cancer. *World J Surg*. 2007 Oct; 31(10):1960-5.
6. MACIEL, Rui M.B. Carcinoma diferenciado da tireóide (Papilífero e Folicular): diagnóstico e conduta. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 299-305, Aug. 1998.
7. Mohammed F. S. et al. Radioactive Iodine in the Treatment of Medullary Carcinoma of the Thyroid. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 57, Issue 1, 1 July 1983.
8. MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2018. Available from <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Access on 12 May. 2019.
9. Pacini, F. et al. Medullary Thyroid Carcinoma. **Clinical Oncology**, Volume 22, Issue 6, 475 – 485, May 2010.
10. PUNALES, Marcia K. et al. Carcinoma medular de tireóide: aspectos moleculares, clínico-oncológicos e terapêuticos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 137-146, Feb. 2004.
11. Sawka A. M. et al. An updated systematic review and commentary examining the effectiveness of radioactive iodine remnant ablation in well-differentiated thyroid cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* (2008) Jun;37(2):457-80, x. doi: 10.1016/j.ecl.2008.02.007.
12. SOUSA, Maísa S. et al. Carcinoma misto medular-papilar de tireóide: relato de caso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 628-632, Dec. 2001.

13. WELLS, S.A. Jr et al. "Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma". *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association* vol. 25, 6 (2015): 567-610. doi:10.1089/thy.2014.0335.