

Carcinoma folicular de tireoide com metástases difusas para o pulmão. Relato de caso*

Follicular thyroid carcinoma with difuses lung metastases. Case report

Álvaro Regino Chaves Melo¹, Álvaro Regino de Carvalho Melo², Leticia Lux Mota², Naiana Melo de Aragão Ximenes², Teresa Emilia Rocha de Carvalho Melo³

*Recebido da Clínica Álvaro Regino. Teresina, PI.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O câncer de tireoide é o mais comum câncer (CA) endócrino e a sua incidência vem aumentando nas últimas três décadas. O seu correto manuseio permite uma sobrevida longa e de qualidade. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de uma paciente com CA de tireoide, desde 1985, com metástases múltiplas, sobrevida normal até os dias de hoje e que pariu, recentemente, uma criança sem intercorrências.

RELATO DO CASO: Paciente, sexo feminino, 12 anos, residente em Teresina-PI, com carcinoma folicular e metástases para linfonodos, musculoesquelético adjacente e pulmão, tratada apenas com levotiroxina em altas doses há mais de 26 anos, e com gestação normal durante o tratamento.

CONCLUSÃO: A radioterapia é o tratamento de escolha para tratar metástases tireoidianas, entretanto em casos de metástases difusas, devido à sua toxicidade, o tratamento isolado com levotiroxina em altas doses deve ser considerado.

Descritores: Câncer de tireoide, Carcinoma de tireoide, Neoplasias.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Thyroid cancer is the most common endocrine cancer and is increasing its incidence in the last three decades. The correct management of this patient provides a long survival with quality. The aim of this study is to report the case of a patient with thyroid cancer since 1985 with

multiple metastases, survival until today and that, recently, gave birth to a child without complications.

CASE REPORT: Female patient, 12 years, residing in Teresina with follicular carcinoma and lymph node, skeletal muscle and the adjacent lung metastases, treated only with high doses of levothyroxine for over 26 years and with normal pregnancy during treatment.

CONCLUSION: Radiotherapy is the treatment of choice for treating thyroid metastases, however in cases of diffuse metastases, due to the toxicity of the same, treatment with high-dose levothyroxine alone should be considered.

Keywords: Cancer of thyroid, Neoplasms, Thyroid carcinoma.

INTRODUÇÃO

O câncer de tireoide é o mais comum câncer endócrino e suas taxas vêm aumentando nas últimas três décadas¹. Há uma predominância de 3:1 para o sexo feminino. Cinco a 10% dos nódulos tireoidianos têm diagnóstico de neoplasia maligna².

A ultrassonografia é um excelente método de imagem tendo sensibilidade superior à tomografia computadorizada. A punção aspirativa com agulha fina do nódulo está indicada em nódulos maiores que 1 cm ou nódulos menores que 1 cm suspeitos². De acordo com o tipo histológico, há a classificação em papilar, folicular, medular ou indiferenciado³.

O tratamento do carcinoma tireoidiano é a tireoidectomia total. As metástases clinicamente detectáveis devem ser tratadas com radioiodoterapia. O prognóstico dos pacientes com câncer diferenciado de tireoide associado à metástase pulmonar é muito bom em pacientes com menos de 40 anos⁴.

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de paciente com câncer de tireoide e metástases para linfonodos, musculoesquelético adjacente e pulmões, diagnosticado aos 12 anos de idade, que não foi submetida à radioiodoterapia, evoluindo nos últimos 29 anos com tireoglobulina persistentemente maior que 300 ug/mL (normal < 60), e que após mais de 25 anos de tratamento engravidou parindo uma criança normal.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 12 anos (em 1982), natural e residente em Teresina deu entrada no Pronto-Socorro de um hospital da rede pública com crise convulsiva generalizada e estridor laríngeo 48 horas após submeter-se à tireoidectomia total por bócio mul-

1. Especialista em Clínica Médica e Endocrinologia e Metabologia. Professor de Clínica Médica e Endocrinologia da Faculdade Integral Diferencial (FACID). Teresina, PI, Brasil

2. Acadêmico (4º Ano) de Medicina da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAPI). Teresina, PI, Brasil

3. Graduada pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Ultrassonografia. Teresina, PI, Brasil

Apresentado em 13 de junho de 2011

Aceito para publicação em 31 de janeiro de 2012

Endereço para correspondência:

Dr. Álvaro Regino Chaves Melo

Rua Júlia Rosas Costa, 758 – Bairro São Cristóvão

64055-090 Teresina, PI.

Fone: (86) 9926-7734

E-mail: alvaro_regino@hotmail.com

tinodular. Referiu que há um ano havia notado crescimento de massa cervical anterior, tendo procurado atendimento médico e constatado bócio multinodular, com alguns nódulos de mais de 2 cm, mal delimitados ao ultrassom e com dosagens de T3, T4 e TSH normais. Foi, então, submetida a tratamento com levotiroxina, 100 µg/dia, durante cerca de 10 meses sem sucesso, o que levou à indicação cirúrgica. O procedimento ocorreu sem intercorrências, tendo recebido alta no segundo dia de pós-operatório. Porém, 24 horas após a alta, apresentou o quadro descrito. Diante disso, a associação de tireoidectomia total, crise convulsiva e estridor laríngeo sugeriam a hipótese de hipoparatiroidismo cirúrgico. Ao exame físico, possuía cicatriz cervical e foram constatados os sinais de Trousseau e Chvostek. A crise hipocalcêmica aguda foi confirmada laboratorialmente por uma dosagem de cálcio total menor que 6 mg% (VN: 9 a 11). A paciente foi tratada com gluconato de cálcio a 10% por via venosa, necessitando de repetidas doses que totalizaram 6 ampolas do medicamento. A paciente foi então internada e medicada com cálcio (500 mg), por via oral 3 vezes ao dia mais calcitriol (0,25 mg/dia) por 3 dias, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial com a mesma medicação, onde foi constatado pelo histopatológico: carcinoma folicular, metástases múltiplas para linfonodos regionais e tecidos musculares esqueléticos e conjuntivos circunjacente e uma radiografia de tórax com padrão compatível com metástases pulmonares múltiplas, fato este confirmado por tomografia computadorizada. A tireoglobulina era persistentemente elevada (> 300), o TSH era elevado (maior que 50), T3 e T4 baixos (T3 menor que 40 e T4 menor que 0,4) com anticorpos antitireoideanos negativos. A cintilografia mostrava restos de tecido iodo concentrante na região cervical e inúmeras metástases pulmonares. Não foi feito radioiodoterapia e desde então a paciente tem sido tratada com dose supressiva de hormônio tireoidiano (125 µg/dia), avaliação clínica laboratorial periódica (cálcio, fósforo, T3, T4, TSH, anti-tpo, anti-Tgo e TGO e radiológica: radiografia de tórax). Em 2008, procurou seu médico assistente, devido à gestação, quando foi mantida essencialmente a mesma conduta, tendo a gestação transcorrido normalmente e em 2009, foi submetida à cesariana parindo uma criança a termo, sexo feminino sem hipotireoidismo congênito. Em junho de 2011, aos 41 anos, em consulta de controle obteve uma tomografia computadorizada com evolução estável, tireoglobulina de 1352,70 nanog/mL e um TSH de 22,2 uIU/mL, justificado posteriormente pela paciente que reconheceu uso incorreto da medicação no último mês (Figura 1).

DISCUSSÃO

Em casos de ressecção tumoral incompleta, metástases clinicamente detectáveis, ou com alto risco de recidiva, mesmo que necessitando de cirurgia tenha sido aparentemente curativa, a radioiodoterapia está indicada^{2,5}. Esta prática é universalmente aceita.

Estudos usando a captação de ¹³¹I em leito tireoidiano confirmam que na presença de remanescentes discretos, 30 mCi é realmente eficaz, especialmente se a captação for < 2%. Esta atividade, que dispensa internação, é interessante em casos selecionados: pacientes de baixo risco, os submetidos à tireoidectomia total e ou sabidamente com pequenos remanescentes².

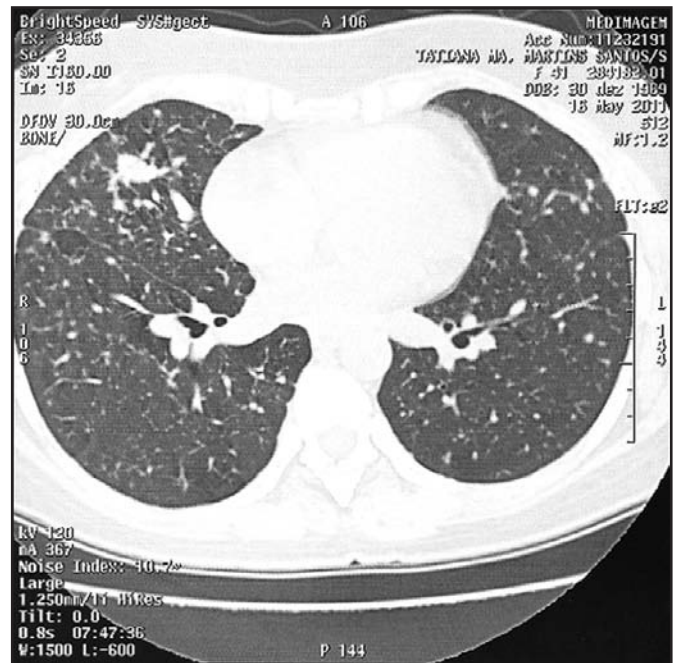


Figura 1 – Corte axial de tomografia computadorizada realizada em 2011 que evidencia múltiplos nódulos sólidos difusos pelos campos pulmonares, acenadamente em pulmão direito.

Atividades de 200 mCi ou mais, quando não se dispõe da dosimetria, exigem cautela, especialmente em idosos e pacientes com metástases pulmonares difusas, situações em que comumente ultrapassa a atividade máxima tolerada. Alguns autores sugerem que, mesmo em pacientes com metástases distantes, a atividade administrada por vez não deve superar 100 mCi². Mas, há estudos que aceitam até mesmo dose maior.

No caso em questão, a grande extensão das metástases pulmonares exigiria uma dose extremamente alta de radioiodo, o que poderia resultar em fibrose pulmonar grave^{7,8} e comprometer seriamente a quantidade e a qualidade de vida da paciente, por isto, tal terapia foi evitada e a paciente foi conduzida com levotiroxina (125 µg/d), visando a supressão de TSH, além da reposição de cálcio e vitamina D.

Mulheres com hipotireoidismo prévio à gravidez devem dosar o TSH mais breve possível para ajustar os medicamentos⁹. No caso da paciente em questão; entretanto, não foi necessário ajuste devido à alta dose que usava. A gravidez transcorreu normalmente, apesar de a dose ser muito elevada.

CONCLUSÃO

Este caso é inusitado e de grande importância para a prática médica, pois mostra a excelente evolução de uma paciente com carcinoma papilífero de tireoide, que em função da extensão das metástases pulmonares, não fez uso de radioiodo, como classicamente indicado. Devido ao risco de fibrose pulmonar, foi tratada apenas com levotiroxina e 25 anos de doença depois, teve uma gravidez sem complicações e nascimento de uma criança hígida. Em conjunto, tais fatos remetem à uma reflexão sobre o real papel do radioiodo no carcinoma de tireoide.

REFERÊNCIAS

1. Malloy KM. Pathology and cytologic features of thyroid neoplasms. *Surg. Oncol Clin N Am* 2008;17(1):57-70.
2. Maia AL, Ward LS, Carvalho GA, et al. Nódulos de tireóide e câncer diferenciado de tireóide: consenso brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2007;51(5):867-93.
3. Mcphee SJ, Papadakis MA. *Current Medical diagnosis and treatment* 2011. 50th ed. San Francisco: Mcgraw Hhill; 2011. p. 1078-81
4. Showalter TN, Siegel BA, Moley JF, et al. Prognostic factors in patients with well-differentiated thyroid cancer presenting with pulmonary metastasis. *Cancer Biother Radiopharm* 2008;23(5):655-9.
5. Sabet A. Postoperative management of differentiated thyroid cancer. *Otolaryngol Clin North Am* 2010;43(2):329-51.
6. Madhusmita M, Parangi S, Ross DS, et al. Case records of Massachusetts general hospital. *N Engl J Med* 2010;363:2445-54.
7. Chen L. Pulmonary fibrosis following radioiodine therapy of pulmonary metastases from differentiated thyroid carcinoma. *Thyroid* 2010;20(3):337-40
8. Lee SL. Complications of radioactive iodine treatment of thyroid carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw* 2010;8(11):1277-86.
9. Fitzpatrick DL. Diagnosis and management of thyroid disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2010;37(2):173-93.