



APRESENTAÇÃO DE CASO

Carcinoma misto papilar-folicular de tireóide na infância: relato de um caso

Mixed papillary follicular carcinoma of the thyroid gland in childhood. Report of a case.

Renato P. Stein¹, João Carlos Santana¹, Cristina H. R. de Almeida Prado² e Sérgio R. Pioner²

Resumo

Os autores relatam um caso de carcinoma de tireóide na infância visto no serviço pediátrico. Eles justificam este relato pela raridade desta patologia na infância e por apresentar um quadro clínico pouco comum. Os autores revisam a etiologia e o diagnóstico desta patologia. Apresentam, ainda, a investigação clínica, bem como o curso clínico da doença. Revisam, também, a literatura do câncer de tireóide na infância. Concluem enfatizando a necessidade de uma investigação cuidadosa nas crianças com achados radiológicos incomuns, sendo o diagnóstico de metástase de carcinoma de tireóide uma das possibilidades.

Unitermos: carcinoma, tireóide, neoplasia e tireóide.

Introdução

O carcinoma de tireóide é uma doença relativamente incomum na infância, de crescimento lento, permanecendo confinada à glândula tireóide e à região cervical por longo período de tempo⁴. A incidência do carcinoma de tireóide perfaz 5,1% dos tumores de cabeça e pescoço na infância⁹, sendo mais freqüente no sexo feminino na proporção de 2:1².

Descrição do caso

Um menino de 8 anos, branco, foi encaminhado para avaliação por apresentar respiração ruidosa, aumento de linfonodos cervicais e radiografia torácica mostrando um grosseiro infiltrado granular difuso bilateral, de padrão miliar (Figura 1).



Figura 1 - Raios-X de tórax - Processo infiltrativo microndular disseminado em ambos os pulmões

A história prévia dizia que há trinta meses surgiram adenopatias na região cervical. Nos últimos dezoito meses o paciente começou a apresentar respiração ruidosa, cansaço ao exercício leve e hipoatividade. Dois meses antes do encaminhamento, alguns linfonodos começaram a aumentar significativamente de volume, não sendo acom-

1. Serviço de Pediatria do Hospital Universitário da PUC-RS.
2. Acadêmicos de Medicina.

panhado de sinais de febre, tosse, diminuição do apetite, emagrecimento ou qualquer outra intercorrência. Com relação à história pregressa, o paciente era hígido; com relação a patologias na família, apenas a avó paterna apresenta hipotireoidismo.

Esta criança foi admitida no Hospital Universitário da PUC (HUP) para investigação diagnóstica.

Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, eutrófico, mucosas úmidas e coradas, apirético, lúcido e ativo. Pesando 21,5 quilos e medindo 1,22m. Na ausculta pulmonar havia murmúrios vesiculares presentes e bem distribuídos em todo o campo pulmonar, sem ruídos adventícios. Ao exame do pescoço, evidenciaram-se gânglios cervicais anteriores e posteriores aumentados, indolores à palpação e não-aderidos a planos profundos. O restante do exame físico mostrou-se inalterado.

Foram, ainda, solicitados:

- raios-X de tórax, que confirmaram os achados anteriores (Figura 1);
- hemograma: hemoglobina 12,7 g/dl, leucócitos 7000 μ l, bastonados 1%, segmentados 59%, monócitos 2%, linfócitos 33%, plaquetas 385.000/ μ l, VSG 14mm/1^oh;
- reação de mantoux: não-reator
- teste cutâneo para histoplasmina: não-reator.

Após a realização destes exames, o paciente foi submetido à biópsia excisional do linfonodo de maior volume. O resultado anátomo-patológico mostrou ser carcinoma misto de tireóide, predominantemente papilífero, com componente folicular (Figura 2), sendo, portanto, as imagens radiológicas compatíveis com metástases pulmonares.

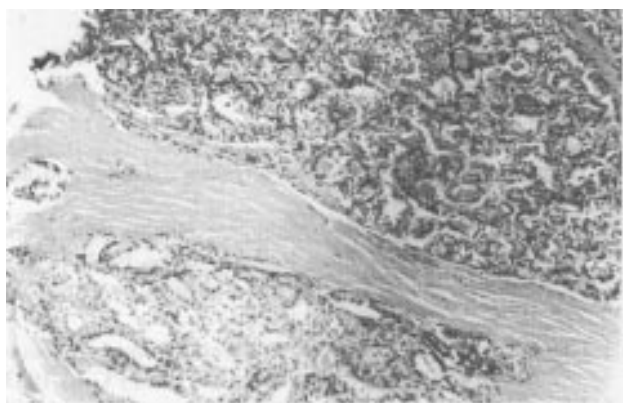


Figura 2 - Aspecto microscópico revelando arranjos neoplásicos papilares e tubulares do tecido tireoidiano (HE. 100x)

A cintilografia de tireóide mostrou pequeno nódulo Frio no lobo esquerdo, com 2,5 cm de diâmetro, e a cintilografia óssea não mostrou nenhuma área hipercaptante.

Com este resultado, foi proposto tratamento radical com tireoidectomia total, com esvaziamento cervical. Durante o ato cirúrgico, observou-se que o nódulo da tireóide estava aderido à traquéia. Realizada tireoidectomia total com esvaziamento cervical, identificação e preservação de nervos laríngeo recorrentes e três paratireóides.

O laudo anátomo-patológico do material retirado mostrou tireóide com superfície nodular, com vários nódulos fasciculados, brancacentos e firmes, disseminados pelo parênquima e, dos seis linfonodos retirados, cinco estavam comprometidos. O diagnóstico foi, então, confirmado como de um carcinoma misto papilar folicular de tireóide com metástases pulmonares.

O paciente evoluiu muito bem no pós-operatório imediato. Trinta dias após a cirurgia foi realizada cintilografia pulmonar, que mostrou metástases iodo captantes, utilizando-se, assim, dose terapêutica de iodo radiativo. Seis meses após a cirurgia, o paciente encontra-se bem e deve receber nova dose iodo radiativo.

Comentários

O carcinoma de Tireóide, quanto à sua etiologia, apresenta estreita correlação com exposição a baixas dosagens de irradiação na infância (50-500 rad). Em 75 dos casos descritos deste tumor havia história prévia de irradiação cervical por hemangiomas, adenoidites, adenopatias cervicais, higroma císticos, acnes, eczemas, nevus, timonas, linfomas e outros^{3,6,13,14}. Quatro por cento dos pacientes expostos à irradiação em cabeça e pescoço na infância desenvolveram carcinoma de tireóide³. O intervalo entre irradiação e diagnóstico do tumor é em média 8,7 anos - de 3,6 a 14 anos¹³. Outros fatores etiológicos podem estar relacionados com a terapia com I¹³¹ em altas doses; em estimulação constante com TSH em glândulas tireóides com alteração na síntese enzimática de tiroxina; predisposição congênito-familiar e idiopáticos⁵. Este caso é considerado de etiologia idiopática, pois a criança nunca realizou exames radiológicos ou qualquer outro tipo de exposição a irradiações.

No quadro clínico, o sinal mais freqüente encontrado é a presença de múltiplos nódulos linfáticos cervicais aumentados uni ou bilateralmente. Pode-se, também, encontrar nódulos solitários na glândula tireóide, massas na região cervical e/ou bócio. Em alguns casos, encontram-se associados à disfonia, disfagia, dispnéia, hemoptise, sintomas pressóricos e/ou angústia ou dor na região cervical. Porém, na literatura, de 12% a 30% dos pacientes apresentaram metástases pulmonares na primeira investigação, como em nosso caso. Estas metástases pulmonares são a princípio interpretadas como *Tuberculose Miliar Histoplasmosose* ou *Pneumonia Atípica por Mycobacterium Não-Tuberculoso*. O achado radiológico deste paciente (Figura 1) levou a estas mesmas hipóteses, sendo realizados exames complementares. A negatividade do resultado destes exames levou a pesquisar os gânglios cervicais

aumentados, diagnosticando-se, assim, o carcinoma de tireóide. Na série de Winship (878 casos relatados), metástases pulmonares estiveram presentes em 14,4% dos pacientes em exame inicial e apareceram em 5,2% em outros pacientes após algum tempo^{4,8,12-14}. Há também relatos de metástases para outros órgãos, porém com baixa incidência na infância.

Vinte e três por cento dos casos são diagnosticados em primeira consulta. Ao exame físico, deve-se ter particular atenção para queixas de dor em região cervical, presença de nódulos no pescoço e alterações no tecido tireoideano¹³.

Para auxiliar o diagnóstico, pedem-se raios-X simples de tórax e pescoço e testes funcionais da tireóide - T3, T4, TSH séricos dosados por radioimunoensaio. A mensuração de calcitonina sérica pode ser realizada quando se suspeita de carcinoma medular de tireóide. Na cintilografia de tireóide os nódulos malignos aparecem como áreas hipocapantes, sendo denominados nódulos "Frios"⁷. Vinte por cento dos nódulos frios de tireóide são malignos. Outro exame que vem sendo largamente utilizado no diagnóstico é a punção biópsia aspirativa, devido à sua alta precisão diagnóstica, que pode chegar até 95%, evitando-se, assim, cirurgias desnecessárias^{7,11}. O diagnóstico diferencial de massa tireoideia unilateral na infância inclui¹¹.

- tireoidite de Hashimoto;
- tireoidite não-supurativa subaguda;
- abscessos de tireóide;
- disgenesias de tireóide;
- adenoma benigno;
- carcinoma de tireóide.

Em geral, segundo Altman (1978), a suspeita de malignidade ocorre quando:

- houver história prévia de irradiação;
- nódulos endurecidos;
- linfonodos adjacentes aumentados;
- evidência de invasão traqueal ou paralisia de cordas vocais;
- nódulos de crescimento rápido;
- nódulos frios na cintilografia;
- presença de metástase à distância.

O carcinoma de tireóide pode ser classificado em três formas histológicas distintas: forma diferenciada - papilar, folicular - , forma anaplástica e forma medular. As formas diferenciadas do carcinoma de tireóide são os tipos mais comumente encontrados na infância. Eles consistem em quatro subgrupos histológicos: puro papilar, puro folicular, misto papilar-folicular e hurthle e cell⁴.

Há uma diversidade quanto à incidência dos diferentes tipos histológicos. A maioria dos autores considera como sendo o mais freqüente o carcinoma papilar^{3,10,14}. Porém, outros autores consideram o carcinoma misto papilar-folicular como sendo o mais freqüentemente encontrado. Acredita-se que esta divergência encontrada na literatura

se deva tanto à pouca precisão de métodos para o diagnóstico, como também à pequena casuística de alguns autores^{3,6,10,13,14}.

O importante, no relato deste caso, foi salientar a importância da investigação de massas tumorais da região cervical. Os carcinomas de tireóide podem apresentar-se com uma clínica pouco específica; portanto, o achado de linfonodos cervicais aumentados de volume, associados ou não a raios-X de tórax de padrão miliar, pode ser o achado inicial mais significativo da patologia.

Summary

The authors have reported a case of childhood Thyroid Carcinoma at a Pediatric Service. This report has been justified since this is an uncommon pathology in children and a very unusual clinical picture for children. The etiology and diagnostic have been reviewed by the authors.

The clinical investigation as well as the clinical course of the disease has been present. The literature for thyroid cancer in children has also been reviewed. The need for a careful investigation in children with unusual radiologic finding has been emphasized; being the thyroid carcinoma methastasis diagnosis one of the possibilities.

Uniterms: carcinoma, thyroid, thyroid neoplasm.

Referências bibliográficas

1. Altman. *Malignant Diseases of Infancy*. Childhood and Adolescente. 1978.
2. Birsell DC, Lindsay WK. Malignant Tumors of tead and Neck in Children. *Plast Reconstr. Surg.* 1963, 44:255.
3. Cassileth PA, Davila E. Thyroid Cancer. *Cancer update*, 1979; vol 3, número 7.
4. Clayton GW. *Tumors of the Endocrine Glands. Clinical Pediatric Oncology*. St. Louis. C.V. Mosby C.O. 1983.
5. Elman DS. Familial Association of Nerve Deafnes with nodular Goiter and Thyroid carcinoma. *N Engl J Med*, 1958, 219:59.
6. Harness JK, Thompson NW, Nishiyama RII. Childhood Thyroid Carcinoma. *Arch Surg*, 1981, 102:278-362.
7. Hopwood NJ, Carrol RG, Kenny FM, et al. Functioning Thyroid Masses in Childhood and Adolescence. *J Pediatric*. 1976, nº 89, p.710.
8. Ivy HK. Cancer Metastatic to the Thyroid: A Diagnostic Problem. *Mayo Clinic Proc*, 1984, 59:856-915.
9. Jaffe BF, Jaff N. Head and Neck Tumors in Children. *Pediatrics*, 1973, 51, p.731.

10. McConahey WM, Hay ID, Woolner LB *et alli*. Papilar Thyroid Cancer Treated at the Mayo Clinic, 1946 Through 1970: Initial Manifestations, Pathologic Findings, Therapy and outcome. *Mayo Clinic Proc.* 1986, 61:978-1074.
11. Scott MD, Crawford JD. Solitary Thyroid nodules in childhood: Is the Incidence of Thyroid Carcinoma Declining? *Pediatrics*, 1976, 58: p. 521.
12. Thomas CG, Buckwalter JA, Staab EV *et alli*. *Evaluation of Dominant Thyroid Masses.* *Ann Surg.* 1876, 183-463.
13. Wanebo HJ, Andrews W, Kauser DL. Thyroid Cancer: Some Basic Considerations. *Ca-A Cancer Journal for Clinicians*, 1983, 33:87-97.
14. Winship T, Rosvoll RV. Childhood Thyroid Carcinoma. *Cancer*, 1961, 4:734-77.
15. Winship T. Carcinoma of the Thyroid in Children. *Trans Am Goiter Assoc.* 1951, 364.

Correspondência

Rua Luís Manuel, 31
90040-380 - Porto Alegre - RS
ou
Sérgio R. Pioner
Rua Dr. José Casanova, 378
95080 - Caxias do Sul - RS

Nº 92/1048 - Recebido em 21/12/92 - Aceito para publicação em 22/09/93.