

Metástase óssea frontal de carcinoma papilífero da tireoide: excepcional resposta a radioiodoterapia - relato de caso

Skull metastasis of thyroid papillary carcinoma: great radioiodine therapy response - case report

Francisco Monteiro de Castro Junior ¹
Francisco de Assis Castro Bonfim Junior ²
Regis Oquendo Nogueira ³
Selinaldo Amorim Bezerra ⁴
Jônatas Catunda de Freitas ⁵
Igor Furtado Soares Melo ⁵

RESUMO

Introdução: Os carcinomas diferenciados da tireoide não costumam apresentar grande agressividade clínica, principalmente o seu tipo histológico mais comum, o carcinoma papilífero (80%), cuja forma de disseminação é preferencialmente por via linfática para os linfonodos regionais, e, portanto, dificilmente desenvolve metástases sistêmicas. Metástases ósseas de tumores papilíferos são raras, e as que envolvem o crânio foram poucas vezes relatadas na literatura. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com metástase de carcinoma papilífero para o osso frontal, como apresentação inicial da doença, que obteve excelente resposta com a Radioiodoterapia. **Relato de Caso:** Mulher de 55 anos apresentou uma volumosa metástase de carcinoma papilífero para o osso frontal, e que obteve regressão total da metástase com a radioiodoterapia realizada após a tireoidectomia total. **Considerações Finais:** O relato mostra que, apesar de remota, existe a possibilidade de metástases de carcinoma papilífero da tireoide para o crânio e a iodoterapia pode ser uma forma de tratamento importante.

Descritores: Glândula Tireoide; Metástase Neoplásica; Carcinoma Papilar.

ABSTRACT

Introduction: Usually, differentiated thyroid carcinomas are not clinically aggressive, especially its most frequent histological type, papillary carcinoma (80%), which main form of spread is by lymphatic vessels to cervical lymph nodes, and therefore difficult to develop metastatic disease. Bone metastases of papillary tumors are rare, and those involving the skull were seldom reported in literature. **Objective:** Report a case of a patient with metastatic papillary carcinoma to the frontal bone as the first disease symptom, who had an excellent response to radioiodine therapy. **Case Report:** 55 woman showed a massive papillary carcinoma metastasis on the frontal bone, which achieved total regression after radioiodine and total thyroidectomy. **Conclusion:** The case report shows that, despite remote, it is possible papillary thyroid carcinoma metastasis to the skull and radioiodine therapy may be an important form of treatment.

Key words: Carcinoma, Papillary; Thyroid Neoplasm's; Neoplasm Metastasis.

INTRODUÇÃO

Os carcinomas diferenciados da tireoide não costumam apresentar grande agressividade clínica. O carcinoma papilífero corresponde à cerca de 80% dos carcinomas diferenciados¹ e é o de melhor prognóstico, pois seu crescimento é lento e restrito à glândula². A principal forma de disseminação é por via linfática, progredindo pela cadeia ipsilateral para os linfonodos regionais do pescoço, dificilmente desenvolvendo me-

tástases sistêmicas³. Metástases à distância são observadas em 5 a 10% dos casos, sendo mais comuns para os pulmões³. Metástases ósseas de tumores papilíferos são raras, e as que envolvem o crânio foram poucas vezes relatadas na literatura⁴. Neste artigo, foi relatado o caso de uma paciente de 55 anos que deu entrada no nosso serviço com uma volumosa metástase para o osso frontal e que após a realização da tireoidectomia total, obteve completa resposta com radioiodoterapia.

- 1) Mestrado. Chefe do serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da UFC.
- 2) Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da UFC.
- 3) Médico Nuclear do Hospital do Câncer do Ceará / Instituto do Câncer do Ceará.
- 4) Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da UFC.
- 5) Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da UFC.

Instituição: Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará (Hospital Walter Cantídio).
Fortaleza-CE. Rua Alexandre Baraúna, 949, Rodolfo Teófilo, CEP: 60430-160, Fortaleza / CE - Brasil.

Correspondência: Dr. Francisco Monteiro, Av. Pontes Vieira 2531, Hospital São Carlos, Fortaleza CE. E-mail: monteiro@hospitalsaocarlos.com.br

Recebido em 29/07/2010; aceito para publicação em: 25/06/2011; publicado online em: 30/06/2011.

Conflito de interesse: não há. Fonte de fomento: não há.

Figura não referencia no texto

RELATO DE CASO

Mulher de 55 anos procurou atendimento em novembro de 2008 após aparecimento de uma massa de aumento progressivo (evolução de 12 meses) em região frontal à direita. Relata também aumento do volume tireoidiano há 25 anos sob acompanhamento médico irregular. Ao exame físico, observava-se uma lesão proeminente, bem evidente, localizada na região frontal à direita, de consistência cística no centro e óssea nas bordas, medindo aproximadamente 6 cm, indolor, fixa, recoberta por pele íntegra e sem sinais flogísticos. Apresentava também tireoide aumentada e de aspecto irregular à palpação.

A análise citopatológica da punção aspirativa com agulha fina (PAAF) do nódulo da região frontal mostrou lesão proliferativa atípica, e a ultrassonografia evidenciou nódulo sólido hipervascular ao doppler colorido. A ultrassonografia de tireoide mostrou tireoidopatia hipertrófica mergulhante. Na tomografia computadorizada de crânio, observou-se uma lesão expansiva de aspecto agressivo, erodindo osso frontal à direita, sugestiva de implante secundário. Exames de função tireoidiana não apresentaram alteração. Em maio de 2009 a paciente foi submetida a tireoidectomia total, com o intuito de viabilizar o uso de radioiodoterapia. O exame histopatológico da peça cirúrgica mostrou carcinoma papilífero da tireoide em quatro focos, o maior medindo 6 cm, presença de invasão angiolinfática, margens cirúrgicas livres, estadiamento pT3.

Em outubro, quando apresentava anticorpo anti-tireoglobulina <10 ng/dL e tireoglobulina de 108 ng/ml, foi submetida à nova internação hospitalar para terapia radioisotópica com 11,1 GBq (300 mCi) de iodeto-¹³¹I em hipotireoidismo induzido e após preparo com dieta pobre em iodo. No estudo de corpo inteiro, realizado cinco dias após este procedimento ("PCI pós dose"), foram evidenciadas áreas de captação acentuada e satisfatória da dose terapêutica de iodeto-¹³¹I na região cervical inferior, na calota craniana, na coluna lombossacra, na articulação sacrílica esquerda e na cabeça femoral direita, achados bem relacionados à clínica de lombalgia baixa e dor no quadril importante apresentada pela paciente àquela época.

Foi então solicitado TC de crânio e quadril incluindo coluna lombossacra, havendo correlação morfológica das imagens metastáticas com as anteriormente detectadas na cintilografia pós-dose. Devido ao caráter agressivo, distinto do costumeiramente observado em carcinoma papilífero clássico, foi solicitado revisão do material histopatológico, resultando o laudo final em carcinoma papilífero variante células altas.

Apesar desta agressividade clínica, houve excepcional resposta ao tratamento com radioiodo, e em fevereiro de 2010 a paciente já se apresentava com regressão significativa da massa em região frontal. Exames laboratoriais mostraram também importante melhora dos valores, com dosagens de tireoglobulina < 0,2 ng/ml, anti-

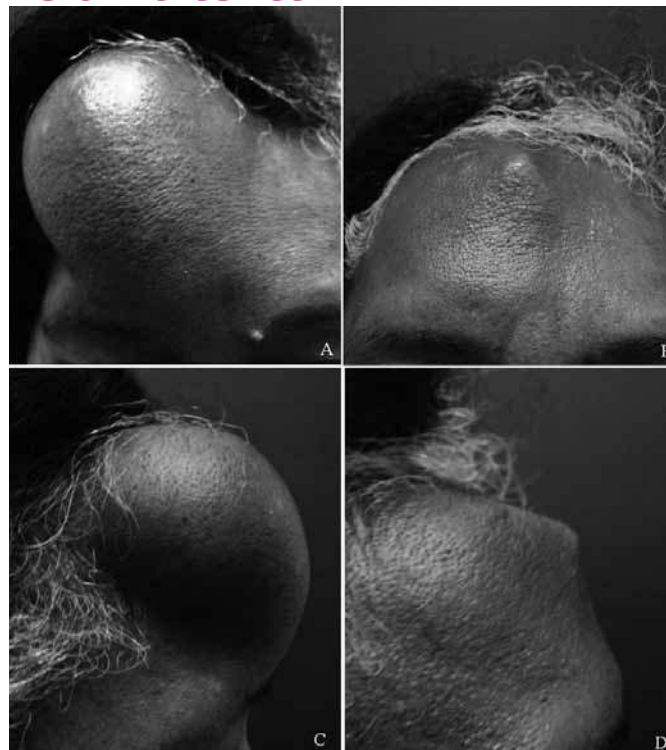


Figura 1. Imagem à esquerda da paciente em AP e perfil direito antes e à direita depois da radioiodoterapia.

corpo anti-tireoglobulina 33,9 ng/ml, TSH 0,064 UI/ml e T4 livre 1,26 ng/dL. Em decorrência dos bons resultados obtidos pela radioiodoterapia, foi adotada uma conduta conservadora, suspendendo o tratamento cirúrgico crânio-facial, inicialmente proposto para diminuir áreas iodocaptantes a fim de direcionar melhor o tratamento radioiodoterápico para o quadril.

Desde julho de 2010, a paciente está em uso de 112 mcg de levotiroxina, sem dor no quadril, pescoço negativo e TC de quadril e coluna lombossacra normais, portanto sem evidência de doença ativa. Deverá permanecer em acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO

Metástase óssea de carcinoma da tireoide é predominantemente encontrada em mulheres na sexta e sétima décadas de vida. Quando envolve o crânio, a lesão metastática frequentemente apresenta-se como uma massa amolecida no couro cabeludo indolor e geralmente única. Raramente provoca aumento da pressão intracraniana ou compressão do cérebro, ocasionalmente, uma extensão intracraniana pode levar a graves sintomas neurológicos, tendo sido relatado um caso de morte por essa invasão^{4,5}. A frequência de metástases de carcinomas da tireoide para o crânio é bem mais comuns em carcinomas foliculares se comparado ao carcinoma papilífero⁴. Em uma série de 12 casos de metástases para o crânio apresentados por Nagamine et al. somente 1 caso era de carcinoma papilífero⁵. Apenas sete casos

Tabela 1. Resumo dos casos relatados de metástase de carcinoma papilífero de tireoide para o crânio.

Autor	Idade	Sexo	Localização do tumor
Nagamine et al. ⁵	71	M	Parietal e temporal
Lin et al. ⁶	75	F	Occipital
Coconu et al. ⁷	67	M	Parietal
Kusunoki et al. ⁸	70	F	Parietal
Miyawaki et al. ⁹	55	F	Parietal
Tetsuo et al. ¹⁰	74	F	Frontal
Feng et al. ⁴	60	F	Frontal
Castro Jr et al. (atual)	55	F	Frontal

de metástase para o crânio e dois casos de metástases para o osso frontal oriundos de carcinomas papilíferos de tireoide foram relatados⁴ (Tabela 1).

O tratamento inicial para metástases à distância de carcinomas de tireoide é a tireoidectomia juntamente com a excisão das metástases quando possível. A terapia secundária é feita com I¹³¹, principalmente quando houver padrão de captação na cintilografia⁵. Devido às características clínicas e a grande captação das metástase, optamos pelo tratamento com I¹³¹, obtendo excelente resultado. A metástase frontal apresentou quase total involução, e ocorreu significativa redução das metástases ósseas de coluna e quadril, implicando em substancial melhora da sintomatologia algica bem como da auto-estima da paciente.

O prognóstico de pacientes com metástases para o crânio de carcinomas de tireoide, incluindo papilífero e folicular, é reservado. Em uma série de 12 casos, a sobrevivência média foi cerca de 4,5 anos, variando de 5 meses a 17 anos⁵. Assim, no curso clínico de pacientes com carcinomas de tireoide, a metástase para o crânio deve ser considerada como diagnóstico diferencial quando ocorre surgimento de abaulamento na região da cabeça. O seguimento mais próximo desses pacientes pode ajudar a identificar mais precocemente esse tipo de lesão, melhorando o prognóstico.

CONCLUSÃO

O relato deste caso mostra que apesar da ocorrência reduzida de metástases para o crânio de carcinomas papilíferos da tireoide, esta possibilidade deve ser aventada, mesmo na forma inicial de apresentação do tumor e ressalta também a excepcional resposta obtida com a radioiodoterapia.

REFERÊNCIAS

1. Favero E, Pasquoto MLM, Andrade Júnior A, Mello MC, Ferraz LGC, Franzi SA. Achado incidental de carcinoma de papilífero de tireoide em esvaziamentos cervicais. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(1):6-8.
2. Pareschi R, Mincione A, Destito D, Mola M, Righini S, Assi A, Dottorini M. Surgery of thyroid cancer: twelve years personal experience. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2004;24(6):348-53.
3. Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Engl J Med*. 1998;338(5):297-306.
4. Feng D, Rhatigan R, Shuja S, Wolfson D, Makary R, Koch K, Masood S. Papillary thyroid carcinoma with metastasis to the frontal skull. *Diagn Cytopathol*. 2009;37(7):522-6.
5. Nagamine Y, Suzuki J, Katakura R, Yoshimoto T, Matoba N, Takaya K. Skull metastasis of thyroid carcinoma. Study of 12 cases. *J Neurosurg*. 1985;63(4):526-31.
6. Lin KD, Lin JD, Huang HS, Ho YS. Skull metastasis with brain invasion from thyroid papillary microcarcinoma. *J Formos Med Assoc*. 1997;96:280-282.
7. Coconu M, Berdan G, Rosculescu I, Herlea V. An unusual metastasis of a papillary thyroidian carcinoma with follicular pattern. *Rom J Morphol Embryol*. 1998;44:183-185.
8. Kusunoki T, Urano K, Saito K, Murata K. A case of skull metastasis from thyroid papillary carcinoma. *Thyroid*. 2003;13:889-890.
9. Miyawaki S, Yamazaki R, Harada T, Takanashi S, Nagashima T, Nakaguchi H, Okazaki R, Yamazaki K, Ishida Y, Matsuno A. Skull metastasis of thyroid papillary carcinoma. *J Clin Neurosci*. 2007;14:481-484.
10. Tetsuo H, Motohiko M, Yasunori F, Tsuyoshi S, Kouichi W, Toshihiko I, Shuichi I, Toshiki Y. Skull metastasis from papillary thyroid carcinoma accompanied by neurofibromatosis type 1 and pheochromocytoma: Report of a case. *Brain Tumor Pathol*. 2006;23:97-100.