

CARCINOMA PAPILÍFERO PRIMÁRIO DE DUCTO DO CISTO TIREOGLOSSO – RELATO DE CASO

Primary Papillary Carcinoma of the Thyroglossal Duct Cyst: Case Report

Elisa Basso Donatti¹

Sulene Pirana²

Antônio Fernando Salaroli³

Helenice Piovesan⁴

Ana Carolina Tavares Abrahão⁵

Gabriela Marie Fukumoto⁵

Fabiana Caldini Pissini⁵

Thais Matsuda Assunção⁵

¹ Médica residente na área de Otorrinolaringologia Crânio-Cérvico-Facial do Hospital Universitário São Francisco de Assis (HUSF), Bragança Paulista, São Paulo, Brasil.

² Doutorado em Otorrinolaringologia pela Universidade de São Paulo, Coordenadora do Serviço de Otorrinolaringologia Crânio-Cérvico-Facial do HUSF, Professora da Faculdade de Medicina da Universidade São Francisco de Assis, Professora de medicina da Universidade Federal de Alfenas.

³ Professor Doutor Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia Crânio-Cérvico-Facial do HUSF.

⁴ Patologista do Centro de Diagnóstico em Anatomia Patológica (CEDAP) - Bragança Paulista, SP, Brasil.

⁵ Otorrinolaringologistas.

Recebido em: 15/03/2019

Aceito em: 14/04/2020

DONATTI, Elisa Basso *et al.* Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglossos – relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.

RESUMO

O cisto do ducto tiroglossos é uma anomalia congênita comum, decorrente da falha do desenvolvimento embriológico. Sempre que diagnosticado, é indicada a excisão cirúrgica do cisto, devido ao risco de infecção e malignidade, sendo mais comum o carcinoma papilífero da tireoide. Este trabalho relata o caso de uma paciente jovem que apresentou massa em região cervical anterior, cujo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma de cisto do ducto tireoglossos com tecido tireoidiano ectópico, sem evidência de carcinoma em glândula tireoide. Trabalho realizado através da revisão do prontuário, e em seguida, análise e discussão com base na

literatura atual. Este artigo visou reforçar a importância de realizar um estudo anatomopatológico dos cistos do ducto tireoglosso e da diferenciação de carcinomas metastáticos e carcinomas primários.

Palavras-chave: *Cisto tireoglosso. Carcinoma papilífero de tireoide. Tireoidectomia. Glândula tireoide.*

DONATTI, Elisa Basso et al. Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.

ABSTRACT

Thyroglossal duct cyst is a common congenital anomaly, due to failure of embryological development. Whenever diagnosed, surgical excision of the cyst is indicated due to the risk of infection and malignancy, with papillary thyroid carcinoma being the most common. This paper reports the case of a young patient who presented mass in the anterior cervical region, whose anatomopathological confirmed the diagnosis of thyroglossal duct cyst carcinoma with ectopic thyroid tissue, without evidence of carcinoma in the thyroid gland. Work carried out by reviewing the medical chart, and then analysis and discussion based on current literature. This article aimed to reinforce the importance of conducting an anatomopathological study of the thyroglossal duct cysts and the differentiation of metastatic carcinomas and primary carcinomas.

Keywords: *Thyroglossal cyst. Thyroid cancer, papillary. Thyroidectomy. Thyroid gland.*

INTRODUÇÃO

Emбриologicamente a glândula tireoide se desenvolve no dorso da língua como proliferação de tecido epitelial que invagina e forma o forame cego, em seguida migra inferiormente. Na sétima semana localiza-se entre a cartilagem cricóide e a traquéia. O trato de migração é chamado de ducto tireoglosso, que, normalmente, atrofia, porém quando persiste epitélio viável (7 a 41%) em algum ponto da migração, pode ocorrer o Cisto de Ducto do Tireoglosso (CDTG), que corresponde a 70% das lesões congênitas em cabeça e pescoço sendo geralmente assintomático e detectado nas primeiras duas décadas de vida (SADLER; 2015; SHAH; PATEL; SINGH, 2012; SISTRUNK; 2012).

A ultrassonografia (USG) é o exame de escolha para confirmar o diagnóstico de CDTG e evidenciar tecido tireoidiano ectópi-

DONATTI, Elisa Basso et al. Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.

co (FLINT et al., 2015; OOMEN; MODI; MADDALOZZO, 2015; SPRINZL et al., 2000) e a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) não é indicada, pois não modifica a terapia, e a malignidade só será confirmada por anatomopatologia após a cirurgia (OOMEN; MODI; MADDALOZZO, 2015; THOMPSON, HERRERA, LAU; 2016).

O carcinoma do CDTG (CaCDTG) é estimado em 1 a 3,52%, sendo o mais comum o carcinoma papilífero de tireoide.(FLINT et al., 2015; OOMEN; MODI; MADDALOZZO, 2015; STURNIIOLO et al. 2016; THOMPSON, HERRERA, LAU; 2016). Duas teorias explicam a sua origem: a teoria do novo - desenvolvimento do tumor a partir de tecido tireoidiano ectópico na parede do ducto; e a teoria metastática - origem a partir de uma lesão primária oculta da tireoide (STURNIIOLO et al. 2016).

São classificados em quatro grupos: 1) intralingual, 2) suprahióideo ou submentoniano, 3) tireo-hióidea, e 4) supraesternal (SPRINZL et al., 2000), e histologicamente é constituído por epitélios respiratório e escamoso (OOMEN; MODI; MADDALOZZO, 2015).

O tratamento cirúrgico do CDTG sempre é indicado devido ao risco de infecção e de malignidade (SPRINZL et al., 2000). O tratamento de escolha descrito por Sistrunk (1920) inclui a ressecção do cisto e de todo o seu trajeto, estendendo-se para o forame cego e para a porção média do osso hióide.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, de 28 anos, com queixa de abaulamento cervical, de crescimento progressivo nos últimos 10 anos. Apresentava massa de consistência fibroelástica, aparentemente aderida a planos profundos, de cerca de 5 cm, em região anterior cervical, discretamente lateralizada para direita. Não apresentava doenças pregressas. Sem outras alterações dignas de nota ao exame físico geral e otorrinolaringológico.

A USG evidenciava imagem cística em região cervical anterior direita, medindo 4,4 x 3,3 cm, de contornos considerados mal delimitados, com septações grosseiras, conteúdo amorfo em seu interior e vascularização ao Doppler. Tireoide apresentava-se em topografia habitual, com dimensões, forma e contorno habituais, além de ecotextura homogênea, sem evidências de nódulos parenquimatosos. A tomografia computadorizada (TC) realizada para melhor definição evidenciou formação expansiva complexa, em região cervical anterior paramediana direita, em região infra-hióide, com áreas císticas multisseptadas e pequena área nodular sólida com calcificações pe-

riféricas (Figura 1 e Figura 2). A lesão se localizava na linha média e media 5,0 x 3,3 x 3,7 cm (L x Ap x T).

Os achados clínicos e de imagem subsidiaram a hipótese diagnóstica de CDTG. Foi então indicada e realizada a cirurgia de Sistrunk, encaminhando a peça cirúrgica para estudo anatomopatológico (AP) e ampliação do estudo por imunohistoquímica (IH). O AP confirmou o CDTG com tecido tireoidiano intracístico ectópico, com projeções papilíferas e foliculares apresentando atipias de núcleos celulares e fendas transversais e tecido tireoidiano sem alterações neoplásicas na borda externa do cisto (Figuras 3 e 4). A IH do tecido tireoidiano intracístico foi positiva para: 1) Fator de transcrição tireoide/pulmão 8G7G3/1 TTF-1; 2) Galectina – 3 (associada a B – galactosídeos) 9C4; 3) Tireoglobulina Policlonal e; 4) HBME-1, confirmando-se o diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide de CDTG.

DONATTI, Elisa Basso et al. Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.

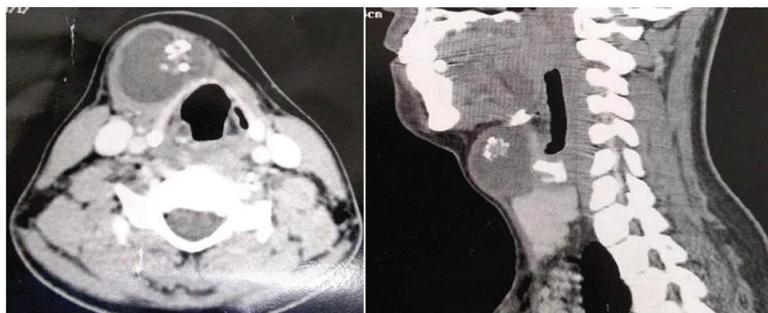


FIGURA 1 – Tomografia computadorizada em corte axial evidenciando formação expansiva complexa, em região cervical anterior paramediana direita, em região infra-hióide, com áreas císticas multisseptadas e pequena área nodular sólida que apresenta calcificações periféricas.

FIGURA 2 – Tomografia computadorizada em corte sagital evidenciando as alterações descritas na FIGURA 1.

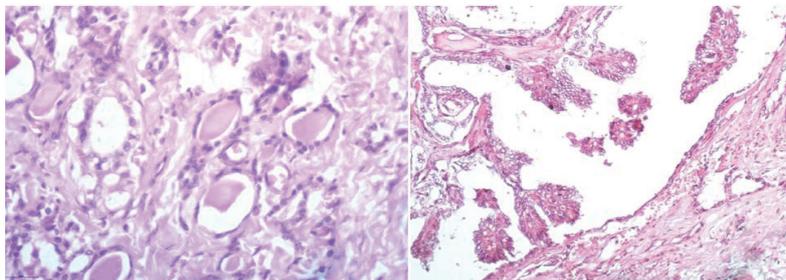


Figura 3 – Tecido tireoidiano intracístico ectópico com projeções papilíferas e foliculares atípicas nucleares e fendas transversais.

Figura 4 – Tecido tireoidiano sem alterações neoplásicas na borda externa do cisto.

Em consequência ao quadro atípico, e também devido à íntima relação do CDTG e seu conteúdo neoplásico com o parênquima ti-

DONATTI, Elisa Basso *et al.* Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.

reoidiano, indicou-se a tireoidectomia total. O AP da segunda abordagem cirúrgica demonstrou ausência de neoplasia no tecido tireoidiano normal.

Confirmou-se, então, que o caso se tratava de carcinoma papilífero no tecido tireoidiano ectópico dentro do CDTG, sem sinais de neoplasia no tecido adjacente ao cisto e na tireoide.

Paciente foi encaminhada ao Serviço de Medicina Nuclear para realizar radioioterapia.

DISCUSSÃO

Os CDTGs geralmente se apresentam como massas cervicais medianas localizadas próximas ao osso hióide, um terço pode se apresentar submentonianas ou em região cervical inferior. Menos de 1% estão fora da linha média.

O primeiro caso de CaCDTG foi relatado por Brentano em 1911, em uma tireoide lingual (OOMEN; MODI; MADDALOZZO, 2015; THOMPSON, HERRERA, LAU; 2016). São menos de 300 casos relatados, a grande maioria como relatos de casos individuais ou pequenas séries de casos. Em um estudo realizado por Thompson *et al.*³ com 625 pacientes foram encontrados 22 casos de carcinoma papilífero de tireoide dentro do CDTG, totalizando 3,52%. Os casos de CaCDTG relatados se distribuem como carcinoma papilífero (81,7%), carcinoma papilífero-folicular (6,9%), carcinoma de células escamosas (5,2%), carcinoma folicular e adenocarcinoma (1,7% cada), e carcinoma epidermóide e anaplásico (0,9%).

A cirurgia realizada nos casos de CDTG é a de Sistrunk com as menores chances de recidiva lingual (OOMEN; MODI; MADDALOZZO, 2015; ZIZIC *et al.*, 2016). Deve ser realizado estudo anatomopatológico e a presença de tecido maligno indica a necessidade de complemento na investigação e terapia (SPRINZL *et al.*, 2000).

Para o manejo correto é essencial diferenciar o CaCDTG primário e o carcinoma metastático. O diagnóstico de carcinomas primários provenientes de um CDTG é feito a partir de três critérios obrigatórios: 1) presença de carcinoma na parede do CDTG; 2) presença de tecido normal da glândula tireoide adjacente ao tumor; 3) presença de glândula tireoide clinicamente normal, sem qualquer evidência de carcinoma tireoidiano primário (STURNIOLO *et al.* 2016). São indicadas a cirurgia de Sistrunk e tireoidectomia seguida de ablação com iodo 131 (I^{131}) e supressão do TSH nas lesões metastáticas. Geralmente o prognóstico é favorável.

O manejo do CaCDTG ainda é controverso. Não há um consenso a respeito do manejo terapêutico e estadiamento após a excisão adequada do CDTG (SHAH; PATEL; SINGH, 2012).

CONCLUSÃO

O artigo traz o caso de um CaCDTG e reforça a importância da realização do estudo anatomopatológico, destacando a necessidade de se diferenciar os carcinomas metastáticos dos carcinomas primários do CDTG.

DONATTI, Elisa Basso *et al.* Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.

DONATTI, Elisa Basso *et al.* Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.

REFERÊNCIAS

FLINT, P.W.; HAUGHEY, B.H.; LUND, V.J.; NIPARKO, J.K.; ROBBINS, K.T.; THOMAS, J.R. *et al.* **Cummings Otolaryngology: head and eck surgery**. Philadelphia: Elsevier; 2015.

HASSAN. M.J.; RANA, S.; KHAN, S.; JAIRAJPURI, Z.S.; MONGA, S. JAIN, A. *et al.*

An incidental primary papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: report of a rare finding. **J Lab Physicians**.v.8, p. 62-64, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4103/0974-2727.176236>>

OOMEN, K.P.; MODI, V.K.; MADDALOZZO, J. Thyroglossal duct cyst and ectopic thyroid: surgical management. **Otolaryngol Clin North Am**.v.48, p.15-27, 2015 Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2014.09.003>>

SADLER, T.W. **Langman's medical embryology**. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.

SHAH, J.P.; PATEL, S.G.; SINGH, B. **Jatin Shah's head and neck sugery and oncology**. New York: Mosby; 2012.

SISTRUNK, W.E. **The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract**. **Ann Surg** v.71, p.121-122, 1920.

SPRINZL, G.M.; KOEBKE, J.; WIMMERS-KLICK, J.; ECKEL, H.E.; THUMFART, W.F. Morphology of the human thyroglossal tract: a histologic and macroscopic study in infants and children. **Ann Otol Rhinol Laryngol**. v.109, p.1135-1139, 2000. <<http://dx.doi.org/10.1177/000348940010901210>>

STURNIOLO, G.; VIOLI, M.A.; GALLETTI, B.; BALDARI, S.; CAMPENNÍ, A.; VERMÍGLIO, F. Differentiated thyroid carcinoma in lingual thyroid. **Endocrine**.v.51, p.189-198, 2016. <<http://dx.doi.org/10.1007/s12020-015-0593-y>>

THOMPSON, L.D.; HERRERA, H.B.; LAU, S.K. A clinicopathologic series of 685 thyroglossal duct remnant cysts. **Head Neck Pathol.**, v.10,p.465-474, 2016. <<http://dx.doi.org/10.1007/s12105-016-0724-7>>

ZIZIC, M.; FAQUIN, W.; STEPHEN, A.E.; KAMANI, D.; NEHME, R.; SLOUGH, C.M. *et al.* Upper neck papillary thyroid cancer (UPTC): A new proposed term for the composite of thyroglossal duct cyst-associated papillary thyroid cancer, pyramidal lobe papillary thyroid cancer, and Delphian node papillary thyroid cancer metastasis. **Laryngoscope**. v.126, p.1709-1714, 2016. <<http://dx.doi.org/10.1002/lary.25824>>

