

ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA DE CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIREOIDE EM UMA PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO

Sofia de Souza Boscoli¹
sofiaboscoli@hotmail.com
Ighor Ramon Pallu Doro Pereira¹
Eduardo Morais de Castro²

¹Acadêmico do 6º período do Curso de Medicina da FPP
²Médico Patologista e Docente na FPP

Palavras-chave: Carcinoma Anaplásico da Tireoide; Neoplasias da Glândula Tireoide; Neoplasias; Imunoistoquímica

Caracterização do problema: O carcinoma anaplásico de tireoide (CAT) é uma neoplasia indiferenciada, agressiva e rara, correspondendo a apenas 1 a 2% dos tumores de tireoide. Predomina em mulheres e a idade média dos pacientes ao diagnóstico é 66,5 anos. Sua incidência vem diminuindo em todo o mundo, o que se correlaciona com a melhora na suplementação de iodo e, conseqüentemente, a diminuição da prevalência de bócio endêmico. Portanto, acredita-se que o CAT possa se desenvolver no contexto do bócio. Além disso, há associação entre carcinomas diferenciados de tireoide e o CAT – o que corrobora com a ideia de que o carcinoma anaplásico ocorra pela perda de diferenciação dos carcinomas papilífero e folicular. Apesar dessas associações, ainda não está claro se o bócio e os tumores diferenciados compartilham as mesmas vias moleculares na geração do CAT. O CAT apresenta 3 principais subtipos histopatológicos, incluindo os padrões sarcomatoide, de células gigantes e epitelial. Tais subtipos podem ocorrer simultaneamente em um mesmo tumor ou aparecer individualmente. Variantes menos comuns incluem a paucicelular, rabdoide, linfoepitelioma-like, angiomatoide e de pequenas células. Todos os tipos são caracterizados por atipias nucleares, elevado número de mitoses, geralmente acompanhados de necrose, infiltrado inflamatório e até células gigantes tipo-osteoclasto. Embora o CAT apresente padrões histopatológicos diversos, nenhuma correlação com o prognóstico do paciente foi observada até o momento. O diagnóstico diferencial desse carcinoma abrange os carcinomas de tireoide pouco diferenciado e medular, além de sarcomas, tireoidite fibrótica crônica, carcinoma espinocelular e linfomas (com destaque para os linfomas difuso de grandes células B e anaplásico). A classificação TNM de tumores malignos do *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) considera qualquer carcinoma anaplásico de tireoide como estágio IV quando diagnosticado. Tal estágio é subclassificado em: IVA - no qual tumor é considerado intratireoidiano; IVB – o tumor primário atinge outras estruturas cervicais; e IVC – quando há metástases à distância. Em média, 41% dos pacientes com CAT apresentam metástases à distância, atingindo majoritariamente o pulmão, mediastino, fígado e ossos, de forma decrescente. Além disso, comumente há a propagação para linfonodos próximos à tireoide. O tratamento multimodal com doxorrubicina é uma das poucas opções que vem apresentando resultados promissores no que diz respeito à sobrevida do paciente, mas mesmo assim a maior taxa de resposta observada até o momento é de apenas 20%. A taxa de sobrevida média costuma ser de apenas 5 meses.

Descrição da experiência: Paciente do sexo feminino, 41 anos, procurou atendimento médico devido a um nódulo no pescoço. Relatou aumento progressivo deste nos últimos 2 meses e dor em região cervical posterior à direita. Não apresentava comorbidades, negou alcoolismo e tabagismo. O exame físico revelou um nódulo

indolor em lobo direito da tireoide, de consistência endurecida, medindo aproximadamente 6 centímetros. Por meio de uma tomografia computadorizada (TC) do pescoço foi possível observar uma grande massa sólida, de margens mal delimitadas, oriunda do lobo direito da tireoide, estendendo-se até o mediastino. As imagens também mostraram áreas de necrose, provável invasão da traqueia e da veia jugular interna, além de linfadenomegalia cervical. Na TC de tórax, identificaram-se múltiplas opacidades nodulares com densidade de partes moles, de diferentes dimensões, espalhadas pelo parênquima pulmonar, sendo predominantemente peribroncovasculares e subpleurais, sugestivas de metástase. Devido ao rápido crescimento do nódulo e às características radiológicas suspeitas de malignidade, optou-se pela realização de uma tireoidectomia total. Ao longo da cirurgia, a extensão extra-tireoidiana da neoplasia tornou-se evidente, com invasão traqueal e de veia jugular. O exame macroscópico da peça cirúrgica evidenciou tireoide de 140 g, com tumor de 9 cm mal delimitado no lobo direito, caracterizado por uma superfície de corte heterogênea, lobulosa e carnosa, com áreas necróticas e hemorrágicas. A lesão era extensa e substituiu 95% do lobo tireoidiano. Durante a avaliação microscópica, foi detectada uma neoplasia composta por células fusiformes e numerosas células gigantes multinucleadas tipo-osteoclasto, com alto índice mitótico (até 17 mitoses/2mm²). Também foi identificada a presença de invasão angiolinfática difusa, infiltração perineural e extensão extra-tireoidiana. Adjacente a esta neoplasia, foi evidenciado um carcinoma papilífero de tireoide de 0,9cm. A imunoistoquímica foi positiva para o fator de transcrição da tireoide-1 (TTF-1), assim como para o gene PAX8 no carcinoma papilífero. Por outro lado, foi negativo para ambos os marcadores, revelando perda de sua expressão, corroborando o diagnóstico de CAT. Marcadores para outras linhagens também foram negativos. Metade dos linfonodos dissecados da amostra revelaram metástases e a invasão neoplásica da parede da veia jugular foi confirmada. A neoplasia classificava-se como IVB por estender-se à metade dos linfonodos – ou seja, pT4b pN1.

Resultados alcançados e Recomendação: Após a cirurgia, a paciente iniciou o primeiro ciclo de quimioterapia, composta por doxorrubicina e cisplatina, associada a radioterapia. Sendo assim, apesar de raro, em neoplasias pouco diferenciadas da tireoide, o diagnóstico de CAT deve ser considerado. Sua microscopia é muito variável e pode simular outras neoplasias, como sarcomas, linfomas e outros carcinomas, o que enfatiza a importância de se considerar um amplo espectro de diagnósticos diferenciais, os quais podem ser excluídos pela avaliação imunoistoquímica. Além disso, embora pacientes com menos de 60 anos não pertençam à epidemiologia típica do CAT, seu diagnóstico não deve ser descartado, levando-se em consideração que a paciente do caso tinha apenas 41 anos de idade.

REFERÊNCIAS

SMALLRIDGE, R. C. et al. American Thyroid Association Guidelines for Management of Patients with Anaplastic Thyroid Cancer. **Thyroid**, v. 22, n. 11, p. 1104-1139, 2012.

DEEKEN-DRAISEY, A. et al. Anaplastic thyroid carcinoma: an epidemiologic, histologic, immunohistochemical, and molecular single-institution study. **Human Pathology**, v. 82, n. 1, p. 140-148, 2018.

LLOYD, R. V. et al. **WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs**. 4 ed. Lyon: IARC Press, 2017.

