

# Carcinoma Papilífero de Glândula Tireóide na Infância: relato de caso

## *Papillary Thyroid Carcinoma in Childhood: report of a case*

Cagol AR<sup>1</sup>, Borges JK<sup>2</sup>, Coelho G<sup>3</sup>, Lazzarotto AP<sup>4</sup>.

Escola de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, RS.

### Resumo

No presente artigo, relatamos um caso de carcinoma de tireóide na infância atendido no serviço de pediatria de um hospital universitário. Tal relato é justificado pela raridade desta patologia na infância e pelas circunstâncias em que a mesma foi diagnosticada. Também foi feita a revisão da literatura referente ao câncer da tireóide na infância. Por fim, concluem que é necessária uma investigação cautelosa de alterações radiológicas na infância, chamando atenção para a importância da palpação da tireóide durante o exame físico em busca de alterações sugestivas de possível neoplasia.

### Unitermos

Pediatria, oncologia pediátrica, carcinoma de tireóide, palpação da tireóide.

### Abstract

In this article the authors, report a case of thyroid carcinoma in childhood seen at pediatric service of a university hospital. This case report is justified because of the rarity of this pathology in childhood as well as due to the circumstances surrounding its diagnosis. We also review the literature about thyroid cancer in childhood. We concluded that a careful investigation of radiologic alterations in children is necessary, and emphasize the importance of thyroid palpation during physical examination, in search of signs of alterations suggestive of possible neoplasia.

### Key Words

Pediatrics, pediatric oncology, thyroid carcinoma, thyroid palpation.

## INTRODUÇÃO

O carcinoma diferenciado da glândula tireóide é uma patologia rara na infância e na adolescência, correspondendo a 0,5% a 3% das neoplasias malignas nesta faixa etária. Apenas 10% de todas as neoplasias da glândula tireóide ocorrem em pacientes com menos de 21 anos<sup>1,2</sup>. A incidência anual desta neoplasia na infância e adolescência varia de 0,2-5,0: 1 milhão, sendo de maior frequência em pacientes submetidos à radiação ionizante<sup>3</sup>. É uma neoplasia pouco frequente antes dos 10 anos de idade, sendo o gênero feminino o mais afetados em relação ao masculino numa proporção de 2-2,5:1<sup>1</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 13 anos de idade, branca, 33kg, medindo 1,56 de altura com história pregressa de asma (leve), sendo encaminhada em dezembro de 2008 para o Serviço de Ambulatório de Especialidades Pediátricas (SAEP-RS) por apresentar tosse seca há 15 dias, sem a presença de febre, náuseas, vômitos, diarreia, taquicardia ou demais sintomas associados. Ao exame físico não apresentava alterações à ausculta pulmonar ou à revisão dos sistemas. Foi tratada com salbutamol *spray* e realizou radiografia de tórax nas incidências pósterio-anterior e perfil, apresentando-se com um infiltrado micronodular difuso bilateral. (Figura 1).

Na possibilidade de tuberculose miliar ou até mesmo de sarcoidose, seguiu-se a investigação, sendo então realizado um exame de escarro, com resultado ausente para germes, e reação de Mantoux com resultado de 7 mm, onde a paciente havia recebido a vacina BCG aos 6 anos de idade.

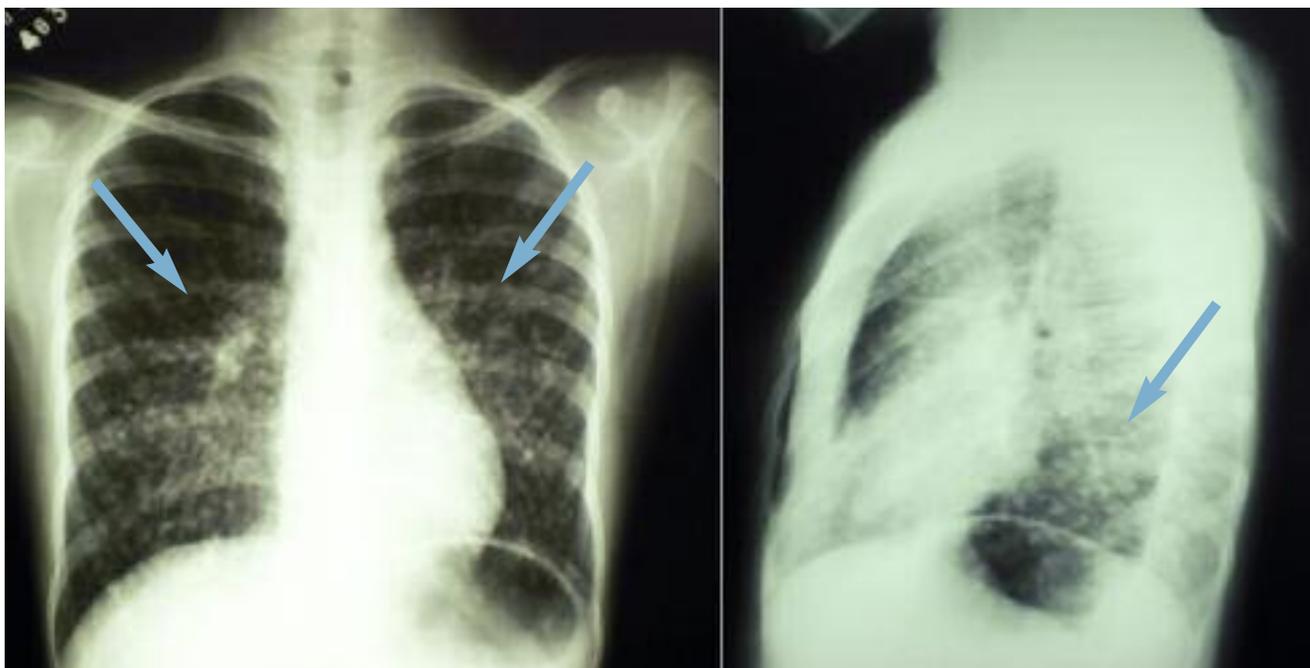
<sup>1</sup> **Angela Rech Cagol** - Médica Oncologista-pediátrica. Doutorado em Oncologia Pediátrica pela UFRGS. Professora Adjunta da disciplina de Pediatria da Universidade de Caxias do Sul.

<sup>2</sup> **João Kras Borges** - Médico Pneumologista pediátrico. Professor adjunto da disciplina de Pediatria da Universidade de Caxias do Sul.

<sup>3</sup> **Guilherme Coelho** - Médico Patologista e Mestre em Medicina-Cirurgia pela UFRGS.

<sup>4</sup> **Ana Paula Lazzarotto** - Acadêmica do 6º ano do curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

CORRESPONDÊNCIA: CECAN. Ângela Rech Cagol. Rua Pinheiro Machado, 2569/31- Bairro Centro - Caxias do Sul - RS - CEP 95020-170

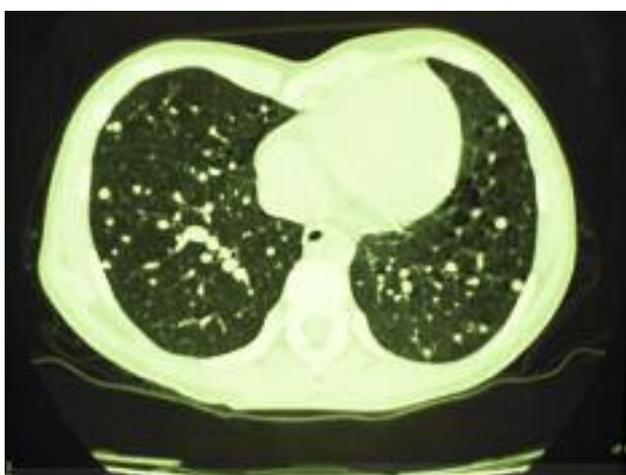


**Figura 1** . Raio-X DE TÓRAX (PA e PERFIL DIREITO) - Padrão micronodular difuso bilateral.

Em 07 de janeiro de 2009 solicitou-se uma tomografia computadorizada de tórax, a qual confirmou o padrão micronodular, com nódulos bem delimitados e de tamanhos variados com padrão semelhante ao de metástases pulmonares (Figura 2).

Em 26 de janeiro de 2009, a paciente foi encaminhada à equipe de cirurgia torácica do Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS) para a realização de uma biópsia diagnóstica. No momento da internação a paciente não apresentava sintomas respiratórios e o exame físico geral não apresentava alterações significativas. Foram solicitados exames laboratoriais que encontravam-se dentro da normalidade, tais como, Hb: 13,5; Ht: 38,2; Leucócitos: 6.150; Plaquetas: 210.000; Velocidade de Hemossedimentação: 10 e Proteína C Reativa: <6.

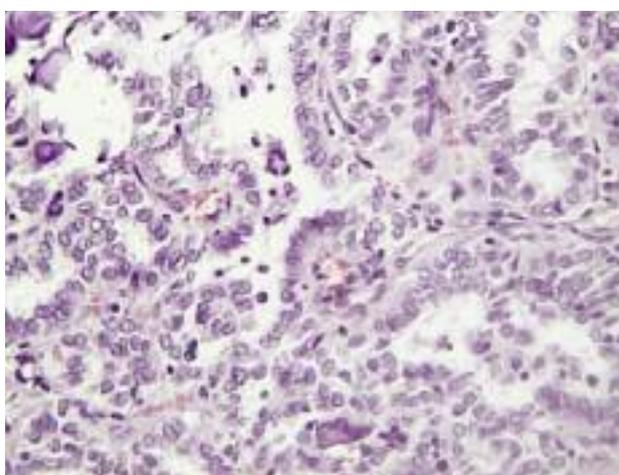
Em 28 de janeiro de 2009, foi realizada pela equipe de cirurgia torácica, biópsia pulmonar, sem intercorrência



**Figura 2** . TC de tórax- Padrão micronodular com nódulos bem delimitados e tamanhos variados bilaterais.

clínica ou cirúrgica, sendo que após o terceiro dia o exame anatomo-patológico revelou um parênquima pulmonar com carcinoma papilífero metastático e também, calcificações tipo psamoma, assim sugerindo a glândula tireóide e o ovário como prováveis sítios primários desta neoplasia (Figura 3). Diante deste diagnóstico procedeu-se a avaliação laboratorial da tireóide, apresentando T4 livre de 1,8 e TSH de 3,1 e ao exame físico com palpação da tireóide que apresentava discreto aumento difuso.

Em 30 de janeiro de 2009 foi realizado exame ultrassonográfico da glândula tireóide e região cervical (avaliação linfonodal) foi solicitada e mostrou glândula tireóide com ecotextura usual, exceto por imagem nodular, hipocóica, heterogênea, localizada no lobo esquerdo, hipervascularizada, medindo 1,6 x 1,2 cm. Na região cervical lateral esquerda múltiplas imagens nodulares, alongadas, hipocóicas, agrupadas, as maiores medindo



**Figura 3** . Biópsia Pulmonar – carcinoma papilífero pulmonar com calcificações tipo psamoma.

2,3; 1,5; 1,1 e 1,0 cm sugestivas de linfonodomegalias

Em 06 de fevereiro de 2009 o resultado do exame imuno-histoquímico caracterizou os achados como os de carcinoma papilífero de glândula tireóide, assim as imagens radiológicas foram confirmadas como sendo de metástases pulmonares.

Com estes achados a paciente logo após obter alta cirúrgica foi encaminhada para o Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital Geral de Caxias do Sul (SOPHGCS) com diagnóstico de carcinoma papífero da glândula tireóide com metástases pulmonares disseminadas.

## DISCUSSÃO

Existem quatro tipos histológicos principais de câncer de tireóide: o carcinoma papilífero, que é a forma mais comum, correspondendo a 80% dos carcinomas de tireóide na infância e adolescência, sendo diferenciado; o carcinoma folicular que é menos freqüente; o carcinoma anaplásico, sendo raro e o carcinoma medular que se origina das células para-foliculares da tireóide<sup>3</sup>.

Existe diferença de comportamento dos tumores diferenciados entre adultos e crianças. Na faixa etária infantil, em geral, o carcinoma papilífero de glândula tireóide é agressivo e com freqüência apresenta altas taxas de metástases ao diagnóstico inicial<sup>4</sup>. Em se tratando de metástases pulmonares ao se comparar como indivíduo adulto, é mais freqüente a ocorrência bilateral, com maiores dimensões e apresentando ao diagnóstico invasão da cápsula e metástase linfonodal cervical ou pulmonar<sup>1</sup>.

Quanto à sua etiologia, a tireóide é um dos órgãos mais sensíveis ao efeito tumorigênico das radiações externas, principalmente na infância, fato demonstrado após o acidente nuclear de Chernobyl, onde os níveis atingidos foram de 80 casos anuais por milhão de habitantes<sup>1</sup>, sendo que o intervalo entre a radiação ionizante e diagnóstico do tumor de glândula tireóide é em média 8,7 anos após um período que varia de 3,6 a 14 anos<sup>5</sup>.

Outros fatores de risco são a carência de iodo, aumento persistente dos níveis de tireotrofina e doenças autoimunes da tireóide, com 50% dos carcinomas tireoideanos apresentando tireoidites concomitantes<sup>6</sup>.

Em relação ao estudo de biologia molecular, vem se estudando o gene BRAF presente no carcinoma papilífero da glândula tireóide do adulto, o qual é no entanto raro na população infantil e a presença de IGF-1 (*Insulin-like growth factor1*) nos tumores na infância pode ser responsável pela agressividade relatada nessa

faixa etária<sup>4</sup>. Em 5% das crianças há relevância em relação à história familiar de carcinoma de glândula tireóide<sup>1</sup>.

Em geral, na criança e adolescente os carcinomas diferenciados de glândula tireóide manifestam-se clinicamente pelo encontro de um nódulo na região cervical anterior, sendo que em 90% dos pacientes pediátricos já existe ao diagnóstico envolvimento de linfonodos cervicais metastáticos, o que não representa um prognóstico ruim<sup>3</sup>.

É importante salientar aqui, para informação e atenção a todos os profissionais não especialistas, que no exame físico na criança é fundamental a avaliação de linfonodos, principalmente em cadeia cervical. A presença de linfonodos de consistência endurecida, fixos a planos profundos e indolores devem ser investigados, pois podem estar associados mais fortemente a processos de tumoração maligna.

Para o diagnóstico histológico, a biópsia por punção com agulha fina (PAAF) guiada por ultrassonografia (ecografia) deve ser realizada tanto na avaliação do nódulo tireoideano como dos linfonodos suspeitos<sup>4</sup>. Nesta punção aspirativa deve-se solicitar a dosagem de tireoglobulina.

O tratamento cirúrgico consiste na tireoidectomia total com ressecção dos linfonodos acometidos. Os carcinomas diferenciados da tireóide têm uma boa resposta ao tratamento cirúrgico, sendo este o tratamento padrão para estes tumores, independentemente da presença de metástases disseminadas ou faixa etária.

O tratamento ablativo de restos de glândulas tireoidianas após a cirurgia e as metástases devem ser realizadas com radioterapia, ajustando a dose (dosimetria) para as crianças, que no caso deste relato deve-se ter a preocupação com os ovários e no caso de meninos a preocupação é a dosagem do radiodo com os testículo e em ambos os sexos devemos também dosar esse elemento para as complicações pulmonares, proporcionando um longo período livre de doenças e com raras recidivas, com boa resposta das metástases, em especial as pulmonares<sup>4</sup>. A terapia com iodo radioativo em altas doses não é considerado seguro em relação aos cuidados com a dosimetria, que hoje é realizada somente em São Paulo e em Minas Gerais.

O tratamento de manutenção é feito com doses supressivas de levotiroxina (LT4)<sup>2</sup> (dose de 1,5 a 2,0 mcg /Kg), para manter TSH menor do que 0,1 mCi /mL<sup>6</sup>. A dosagem de tireoglobulina sérica e a pesquisa de corpo inteiro (PCI) com iodo (PET Scan) são os exames utilizados no seguimento dos pacientes operados por

carcinoma diferenciado de tireóide e qualquer foco fora do leito tireoideano deve ser considerado disseminação metastática<sup>1,3</sup>.

Em relação ao prognóstico do paciente pediátrico portador de carcinoma papilífero de glândula tireóide, submetido a protocolo de tratamento cirúrgico, iodo radioativo, supressão hormonal e acompanhamento com tireoglobulina e TSH, mesmo na presença de resíduos metastáticos, haverá uma boa evolução e sobrevida.

### CONCLUSÃO

A paciente relatada havia sido encaminhada para avaliar e tratar uma crise de asma, sendo que as imagens nodulares presentes à radiografia de tórax foram um achado incidental. Não se pensou em nenhum momento na hipótese de uma metástase advinda da tireóide, visto que a grande maioria dos pediatras não tem por hábito examinar a glândula tireóide, salvo quando há queixa por parte da paciente e/ou familiares. Por sorte, acabou-se realizando o diagnóstico a tempo de iniciar-se algum tipo de tratamento oncológico. Embora na criança, a recidiva seja mais freqüente do que no adulto, com tratamento adequado o prognóstico ainda é melhor do que em adultos.

Este relato, portanto tem o objetivo de alertar pediatras em geral e outros especialistas da importância de um exame físico completo na criança e adolescente, mesmo que não haja queixa por parte do paciente, especialmente da glândula tireoidiana.

**Conflito de interesses:** Nada a declarar.

### REFERÊNCIAS

1. Monte O, Calliari LEP, Kochi C, *et al.* Carcinoma de Tireóide na Infância e na Adolescência. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia 2007; 51/5:763-768.
2. Alves C, Camelier V, Cavalcante MGC, *et al.* Aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos do câncer de tireóide em crianças e adolescentes. Acta Pediátrica Portuguesa 2007; 38(4):157-9.
3. Cardoso AA, Pianovski MAD, França SN, *et al.* Câncer de Tireóide na Infância e Adolescência - Relato de 15 Casos. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metab 2004; 48/6: 835-841.
4. Corbo R. Considerações Sobre o Câncer de tireóide na Infância. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia 2004; 48.
5. Stein RP, Santana JC, Prado CHR de A, *et al.* Carcinoma misto papilar-folicular de tireóide na infância: relato de um caso. Jornal de Pediatria 1994; 70/01: 48-51.
6. Seliga DMV, Setian N, Passos LD, *et al.* Carcinoma de tireóide em crianças e adolescentes – revisão de seis casos. Jornal de Pediatria 2001; 77/01: 45.

**Submetido em 26/02/2010.**

**Aprovado para publicação em 15/04/2010.**