

Carcinoma do ducto tireoglosso

Carcinoma of thyroglossal duct

ROSANA LEITE DE MELO¹, ELLEN CRISTINA GAETTI JARDIM², CASSIANO COSTA SILVA PEREIRA³, JOSÉ CARLOS GARCIA DE MENDONÇA⁴

RESUMO

Introdução: O carcinoma do ducto tireoglosso é raro, ocorrendo em aproximadamente 1% dos cistos desse ducto, sendo em 80% dos casos do tipo papilífero. O carcinoma folicular é ainda mais raro, correspondendo a menos de 6% desse tipo de carcinoma. A etiologia desse tumor é motivo de controvérsia, assim com seu tratamento. **Objetivo:** Realizar revisão da literatura incluindo a informação atual envolvendo o tema. **Método:** A revisão de literatura foi realizada na base de dados online PubMed, utilizando para pesquisa os termos “carcinoma do ducto tireoglosso”, “neoplasias da glândula tireoide”, “tumores do pescoço”, no período compreendido entre 1970 e 2012. **Resultados:** Vinte publicações foram incluídas nesta revisão de literatura. **Conclusão:** O desenvolvimento desse tipo de carcinoma é evento muito incomum. A apresentação clínica de pacientes é idêntica àqueles com cisto benigno. Um rápido aumento do volume do cisto pode sugerir malignidade, porém o diagnóstico raramente é feito antes da cirurgia e só é confirmado mediante exame anatomopatológico. Os pacientes devem receber acompanhamento pós-operatório periódico.

Descritores: Neoplasias da glândula tireoide. Cisto tireoglosso. Adenocarcinoma papilar.

ABSTRACT

Background: Thyroglossal duct carcinoma is rare occurring in approximately 1% of thyroglossal duct cysts, and in 80% of cases of papillary type. The follicular carcinoma is even rarer, corresponding to less than 6% of such carcinoma. Etiology of this tumor is controversial as well as its processing. **Objective:** To review the current literature including information involving the subject. **Methods:** A literature review was performed using the online database PubMed, using search terms “thyroglossal duct carcinoma”, “thyroid neoplasms”, “tumors of the neck”, in the period between 1970 and 2012. **Results:** Twenty publications were included in this literature review. **Conclusion:** The development of this type of carcinoma is very unusual event. The clinical presentation is identical to those of patients with benign cyst. A rapid increase in the volume of the cyst may suggest malignancy, but the diagnosis is rarely made before surgery and is only confirmed by pathological examination. Patients should receive regular monitoring postoperatively.

Keywords: Thyroid neoplasms. Thyroglossal cyst. Adenocarcinoma, papillary.

1. Cirurgiã de Cabeça e Pescoço e Preceptora do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (NHU-UFMS), Campo Grande, MS, Brasil.
2. Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP) e Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (NHU-UFMS), Campo Grande, MS, Brasil.
3. Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP), Campo Grande, MS, Brasil.
4. Professor doutor, coordenador da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do NHU – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil.

Correspondência: Ellen Cristina Gaetti Jardim
Rua Uricuri, 475 – Vila Olinda – Campo Grande, MS, Brasil – CEP:
79060-040
E-mail: ellengaetti@gmail.com

INTRODUÇÃO

O ducto tireoglosso resulta de uma invaginação endodérmica do intestino anterior na linha média. Na 7ª semana, esse trato epitelial alcança a região anterior da cartilagem cricoide e primeiros anéis traqueais; sofre um processo de obliteração e depois atrofia entre a 9ª e a 10ª semana de gestação. A falha nessa involução pode dar origem a um cisto nesse ducto. Estima-se em 7% de incidência dessa falha de involução na população^{1,2}. Em situações incomuns, pode desenvolver-se um carcinoma na parede do cisto.

O carcinoma do ducto tireoglosso é um achado raro na literatura mundial. A etiologia desse tumor e, conseqüentemente, a sua terapêutica, é motivo de controvérsia, questionando-se a sua origem a partir do cisto tireoglosso ou da metástase de um carcinoma primário da tireoide. Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito após o tratamento cirúrgico, por meio do exame anatomopatológico¹.

Clinicamente sua apresentação é semelhante a uma lesão benigna, sendo a sua diferenciação realizada apenas após a cirurgia¹. Apesar disso, deve-se suspeitar de carcinoma se o cisto for endurecido, fixo, irregular ou associado a linfadenopatia. Possui predileção pelo gênero feminino, com idade média de 40 anos.

O tratamento cirúrgico ideal para o carcinoma de cisto do ducto tireoglosso consiste em cirurgia com ressecção da lesão pela técnica de Sistrunk^{1,3-6}.

REVISÃO DA LITERATURA

Carcinoma de ducto tireoglosso é um tumor raro, pouco relatado na literatura, tendo o portador idade média de 40 anos, com alguns casos em jovens com menos de 15 anos de idade, afetando mais as mulheres. Em sua grande maioria, o diagnóstico deve ser realizado após a remoção cirúrgica de um presumido cisto tireoglosso⁶.

Já em 1970, Bhagavan et al.⁷ relataram disfagia, disфония e perda de peso como características presentes nos pacientes portadores dessa doença, com tempo de evolução variável, de 4,7 anos, com extremos de 10 dias e 40 anos. Existe predominância do sexo feminino em relação ao masculino de 1,5:1 5, sobretudo nas 3ª e 6ª décadas de vida, respectivamente^{6,8,9}.

Para o diagnóstico, avaliação pré-operatória criteriosa deve ser conduzida por meio de um exame físico detalhado da cabeça e do pescoço, com palpação do cisto, da tireoide e das cadeias linfonodais, além da dosagem dos hormônios tireoidianos e ultrassonografia cervical, principalmente nos casos de suspeita de malignidade^{3,4,6}. Zonas endurecidas, fixas ou irregulares ao nível do cisto, que mudaram de aspecto recentemente, ou mesmo presença de linfadenopatia e rápido aumento do volume da região podem indicar malignidade, embora não sejam características patognômicas^{2,6}.

Na realidade, a etiopatogenia desse raro tipo de câncer permanece obscura. De acordo com a literatura, existem duas teorias para explicar sua origem. Katz & Hachigian¹⁰ consideram que se trata de metástase de um carcinoma oculto de tireoide e deve ser tratado com tireoidectomia total profilática e iodoterapia, além da cirurgia de Sistrunk. Entretanto, para a maioria dos autores trata-se de câncer primário desenvolvido

na parede do cisto, a partir de tecido tireoidiano ectópico. Essa teoria é a mais aceita, posto que o tecido tireoidiano ectópico é encontrado em 60% das peças operatórias e a grande maioria desses cânceres é do tipo papilífero⁴.

A frequência de surgimento desse tumor entre cistos removidos é baixa, com menos de 1% dos casos, sendo que em sua grande maioria o diagnóstico histológico é do tipo papilar, seguido do carcinoma papilar / folicular misto e carcinoma de células escamosas^{11,12}.

A exérese do tumor se dá por meio do procedimento de Sistrunk, excisando o cisto em continuidade com a porção média do corpo do osso hioide, e um bloco de músculo que inclui o remanescente do ducto tireoglosso¹². Ainda existem controvérsias quanto à necessidade de incluir a glândula tireoide na amostra. Por causa da pequena série de casos, a maioria dos estudos encontrados na literatura não poderia significativamente salientar a importância da remoção da glândula tireoide.

Por se tratar de um tumor incomum, torna-se fundamental a realização de exame anatomopatológico em todos os casos. A tireoidectomia total facilita também o seguimento desses pacientes. Para Steck et al.¹³, a técnica videoassistida pode ser utilizada com segurança para realizar a tireoidectomia total, por tratar-se, em geral, de glândulas de tamanho normal.

DISCUSSÃO

O carcinoma do ducto tireoglosso é um achado incomum, sendo a primeira descrição dos primórdios do século 20. Ocorre em menos de 1% entre os cistos do ducto tireoglosso, tendo sua origem no tecido tireoidiano ou epitelial. O tipo mais comum é o carcinoma papilífero (80%), seguido pelo carcinoma misto (papilífero/folicular) (8%) e carcinoma de células escamosas (6%). Os 6% restantes incluem carcinomas de células de Hürthle, folicular e anaplásico².

Em decorrência da sua semelhança com a variável benigna, o diagnóstico de malignidade é feito apenas após a cirurgia^{6,14,15}, embora suas características clínicas possam pressupor malignidade, sobretudo se for endurecido, fixo, irregular ou associado a linfadenopatia, com predileção para o gênero feminino.

Com relação ao tratamento, há consenso de que a cirurgia para ressecção do carcinoma do ducto tireoglosso (procedimento de Sistrunk) é um dos tratamentos mais preconizados para os carcinomas de “baixo risco”. Essa cirurgia consiste em ressecção do cisto e do ducto, que se estende até o forame cego na base da língua, em continuidade com a porção média do osso hioide¹². Pacientes com carcinoma bem diferenciado com menos de 4 cm e sem extensão para tecidos circunvizinhos, sem metástase à distância e na presença de glândula tireoide clinicamente e radiologicamente normal podem ser manejados com o procedimento de Sistrunk isoladamente. Já os pacientes do grupo de “alto risco” requerem um tratamento mais amplo, incluindo tireoidectomia total, com ou sem esvaziamento cervical, seguida de radioiodoterapia^{3,8}.

Existem controvérsias com relação ao manejo da glândula tireoide aparentemente normal em casos de carcinomas do carcinoma do ducto tireoglosso. Discute-se se o carcinoma seria uma metástase de tumor primário oculto na glândula tireoide ou se ele próprio seria a lesão primária², visto que um carcinoma originário em células foliculares da tireoide sempre leva à suspeita de carcinoma primário.

REFERÊNCIAS

Em geral, a maioria dos autores concorda que, no grupo de baixo risco, na presença de glândula clinicamente normal, a tireoidectomia total em adição ao procedimento de Sistrunk não é necessária. No entanto, se há qualquer suspeita clínica ou radiológica de lesão neoplásica na glândula tireoide, sua exérese deve ser realizada¹². Em caso de metástase, deve-se proceder ao esvaziamento cervical pertinente, além do procedimento de Sistrunk. A terapia supressiva com tiroxina tem sido recomendada, mas se está presente tecido tireoidiano normal, os níveis de tireoglobulina não serão um marcador confiável de recorrência. A radioiodoterapia pós-operatória é preconizada nos casos de tireoidectomia total¹⁶.

De acordo com Mattioli et al.², corroborados por inúmeros trabalhos na literatura^{11,13,17}, na presença de acometimento da glândula tireoide, deve-se associar a tireoidectomia total e dissecação cervical, semelhante ao procedimento para o mesmo tipo de tumor localizado na glândula tireoide. Isso demonstra a importância de um exame clínico adequado que, associado aos achados intraoperatórios, deve ser a base da decisão terapêutica nos casos de suspeita¹⁸.

Steck et al.¹³ corroboram com esses achados, acrescentando que embora a malignização encontrada em casos de carcinoma do ducto tireoglossal seja incomum, o conhecimento desse tipo de apresentação é fundamental ao cirurgião, tornando-se assim imperativa a realização de exame anatomopatológico em todos os casos. A tireoidectomia total deve ser realizada pela possibilidade de carcinoma de tireoide como foco primário de uma metástase no carcinoma do ducto tireoglossal, além da pesquisa de corpo inteiro, no intuito de rastrear metástases à distância ou remanescentes de tecido tireoidiano¹⁸.

Para uma grande parcela de autores, a tireoidectomia total e/ou esvaziamento cervical só são indicados em caso de nódulo tireoidiano ou de linfonodos comprometidos encontrados ao exame clínico, exames complementares ou no transoperatório^{3,6,8,19}.

Os pacientes devem ser acompanhados semestralmente durante o primeiro ano e depois, anualmente^{2,20}. Para o tratamento de recidivas ou de metástases, a depender do caso, devem ser consideradas as possibilidades de cirurgia, radioterapia ou iodoterapia⁶.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento desse tipo de carcinoma é evento muito incomum. A apresentação clínica de pacientes é idêntica àqueles com cisto benigno. Rápido aumento do volume do cisto pode sugerir malignidade, porém o diagnóstico raramente é feito antes da cirurgia e só é confirmado mediante exame anatomopatológico. Os pacientes devem receber acompanhamento pós-operatório periódico.

1. Motamed M, McGlashan JA. Thyroglossal duct carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12(2):106-9.
2. Mattioli LR, Reis TG, Guerra CI, Ribas MH, Fava AS. Carcinoma do ducto tireoglossal. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008;37(3):179-81.
3. Daour R, Aftimos G, Rahayel L. Papillary carcinoma developed in the wall of a thyroglossal duct cyst. *Ann Chir.* 1996;50(2):162-4.
4. Sahaoui S, Zamiaty S, Essadi M, Jalali K, Acharki A, Ouhtatou F, et al. Papillary carcinoma from the thyroglossal duct cyst: review of the literature and report of a case. *Rev Laryngol Otol Rhinol.* 2000;121(3):161-3.
5. Hilger AW, Thompson SD, Smallman LA, Watkinson JC. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst: a case report and literature review. *J Laryngol Otol.* 1995;109(11):1124-7.
6. Mendes AF, Aguiar JEP, Ferraro T, Gomes AM, Marambaia O, Andrade NA. Carcinoma papilífero de cisto de ducto tireoglossal: revisão de literatura e relato de dois casos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2005;34(1):43-6.
7. Bhagavan BS, Rao DR, Weinberg T. Carcinoma of thyroglossal duct cyst: case reports and review of the literature. *Surgery.* 1970;67(2):281-92.
8. Walton BR, Koch KE. Presentation and management of a thyroglossal duct cyst with a papillary carcinoma. *South Med J.* 1997;90(7):758-61.
9. Joseph TJ, Komorowski RA. Thyroglossal duct carcinoma. *Hum Pathol.* 1975;6(6):717-29.
10. Katz AD, Hachigian M. Thyroglossal duct cysts. A third year experience with emphasis on occurrence in older patients. *Am J Surg.* 1988;155(6):741-4.
11. d'Annibale M, Cerasoli V, Barbaros A, Carlini S, Campioni N. Papillary carcinoma of the thyroid arising on thyroglossal duct cysts: report of a case and review of the literature. *Chir Ital.* 2000;52(4):435-9.
12. Patel SG, Escrig M, Shaha AR, Singh B, Shah JP. Management of well-differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol.* 2002;79(3):134-9.
13. Steck JH, Menon DN, Souza ALG, Fraianella L, Ferraniola RB. Carcinoma papilífero em cisto do ducto tireoglossal: a tireoidectomia é necessária? *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2007;36(1):9-11.
14. Cannizzaro MA, Costanzo M, Fiorenza G, Cavallaro A, Galasso MG, Arcerito MC, et al. Papillary carcinoma in an isthmus thyroglossal duct cyst: clinical considerations. *Chir Ital.* 2006;58(1):105-11.
15. Ambrosi A, Fersini A, Tartaglia N, De Fazio M, Cignarelli M, Neri V. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst: a case report. *G Chir.* 2002;23(4):129-33.
16. Ghedbane I, Habbeche M, Oufriha N, Mouas D, Benmouhoub M, Bouyoucef SE. Aggressive form of thyroglossal duct cyst carcinoma: role of ablative dose of Iodine-131. *Rev Med Nucl Alasbimn J.* 2010;12(47). Disponível em: http://www.alasbimjournal.cl/alasbimn/index.php?option=com_content&task=view&id=991&Itemid=256
17. Meirelles RC, Salles RARV. Carcinoma folicular tireoideo metastático para ducto tireoglossal. *Rev Col Bras Cir.* 1999;26(6):397-9.
18. Dzodic R, Markovic I, Stanojevic B, Saenko V, Buta M, Djuricic I, et al. Surgical management of primary thyroid carcinoma arising in thyroglossal duct cyst: an experience of the single institution in Serbia. *Endocr J.* 2012;59(6):517-22.
19. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg.* 1982;5(2):134-46.
20. Martins AS, Melo GM, Tincani AJ, Lage HT, Matos PS. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct: case report. *São Paulo Med J.* 1999;117(6):248-50.