

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)

Aline Marques Soeiro Cabral

Amanda Costa De Araújo

**CARCINOMA PAPILIFERO DE TIREÓIDE EM UMA ADOLESCENTE: UM
RELATO DE CASO**

RECIFE – PE

2017

Aline Marques Soeiro Cabral

Amanda Costa De Araújo

Orientador: Christiano José Kühn de Paiva

**CARCINOMA PAPILIFERO DE TIREÓIDE EM UMA ADOLESCENTE: UM
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde em Recife –PE, sob a orientação do professor Christiano José Kühn de Paiva.

RECIFE – PE

2017

VERSO DA FOLHA DE ROSTO

Aline Marques Soeiro Cabral

Amanda Costa De Araújo

**CARCINOMA PAPILIFERO DE TIREÓIDE EM UMA ADOLESCENTE: UM
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão do curso de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde em Recife.

Banca Examinadora:

Examinador 1

Examinador 2

Examinador 3

Local:

Data: ___/___/___

Nota: _____

RESUMO

Cenário: O tumor papilífero de tireóide é uma neoplasia de baixa ocorrência no Brasil e rara em crianças e adolescentes, mas usualmente de bom prognóstico. A incidência da doença nodular da tireóide na criança entre 9 e 18 anos de idade varia de 0,2% a 1,8%, porém possuindo maior risco de malignidade quando comparado com os que ocorrem nos adultos. Exatamente por ser uma patologia de baixa ocorrência na faixa etária pediátrica/adolescência muitas vezes há atraso no seu diagnóstico. Dentre os tipos morfológicos do carcinoma de tireóide, o papilífero é a forma mais comum, apresentando o melhor prognóstico dentre as demais neoplasias malignas tireoidianas. A manifestação mais comum para o carcinoma diferenciado de tireóide na infância é a de um nódulo na tireóide. O diagnóstico do câncer papilífero de tireóide se dá a partir de um exame físico cuidadoso com caracterização do nódulo, e de exames de ultrassonografia e estudo do material a partir de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). O tratamento recomendado para a maioria das crianças/adolescentes é a tireoidectomia total e o tempo de seguimento depende de presença ou não de recorrência da doença, variando conforme os diferentes autores. Diante disso, apresentamos a descrição de um caso de carcinoma papilífero de tireoide em uma adolescente.

Métodos: O estudo é do tipo relato de caso. Os dados serão coletados com base nas informações do prontuário. Serão descritos os aspectos clínicos, diagnósticos, de tratamento e de seguimento. **Resultados:** O tumor papilífero de tireoide é uma neoplasia de baixa ocorrência no Brasil e rara em crianças e adolescentes. Relata-se um caso de câncer papilífero de tireoide em uma adolescente de 11 anos, sem comorbidades, apresentando tumoração em região cervical bilateral, sem demais sintomas. O diagnóstico foi realizado por um histopatológico sugestivo de carcinoma papilífero folicular de tireoide com metástases para regiões adjacentes proveniente de outro serviço, sendo complementado posteriormente com ultrassonografia e exames laboratoriais. Foi submetido à tratamento cirúrgico associado a iodoterapia, e seguimento medicamentoso com a levotiroxina de uso contínuo, apresentando bons resultados. Até a conclusão deste relato, a paciente não apresentou intercorrências importantes ou recidivas relacionadas ao tratamento.

Palavras-chave: Câncer de tireoide. Carcinoma papilífero de tireoide em adolescente.
Neoplasia tireoide.

ABSTRACT

Scenery: Papilar thyroid tumors is a neoplasm of low frequency in Brasil and rare on children and adolescents, but usually with good prognosis. The frequency of nodular thyroid disease in children between 9 and 18 years old is among 0,2 to 1,8%, however, this group have more risk of malignance when compared with those in adults. Due to be a low frequency pathology in children/adolescents there is, several times, delay in the diagnosis. Among the morfologic types of thyroid câncer, the papilar is the most common, and presents the best prognosis among all thyroid neoplasms. The most common presentation is a thyroid nodule. The diagnostic of papilar thyroid cancer is made from a careful physic exam with description of the nodule, in addition to ultrasonography and analysis of the components of the nodule whit Fine Needle Aspiration (FNA) Punction. The recommended treatment to most children/adolescent is the total thyroectomy and the follow up depends on the recurrence or not of the disease, varying according the authors. Due to that, we introduce the description of a case of papilar thyroid cancer in a adolescent. **Methods:** The type of the review is a case report. The data will be collected from the informations of medical record. Clinical, diagnostic, treatment and follow up aspects will be described. **Results:** The papilar thyroid tumor is a low frequency neoplasm in Brasil and rare in adolescents and children. A papilar thyroid câncer is reported in a female adolescent, 11 years old, without comorbidities, presenting a cervical and bilateral tumor, without any symptoms. The diagnosis is made from a hystopathologic wich indicated papilar thyroid câncer with metastasis to adjacents regions provided from another medical institution, and complemented with ultrasonography and laboratorial exames. The patient was subject to surgycal treatment combined with iodotherapy and continuous levothiroxine therapy, with satisfactory results. Until the conclusion of this review the patient did not presented importants complications or recurrence related to the treatment.

Keywords: thyroid câncer. papila thyroid cancer in adolescentes. thyroid neoplasm.

SUMÁRIO

	página
I. INTRODUÇÃO.....	8
II. RELATO DE CASO.....	14
III. DISCUSSÃO.....	16
IV. CONCLUSÃO.....	18
V. REFERÊNCIAS.....	19

1. INTRODUÇÃO

O câncer (CA) da glândula tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino, afetando mais frequentemente as mulheres do que aos homens, e prevalecendo na faixa etária de 25 a 65 anos de idade¹, com apenas 10% dos tumores de tireoide se desenvolvem na faixa etária abaixo de 21 anos¹². Esperam-se, no ano de 2017, para o Brasil, 1.090 casos novos de câncer de tireoide para o sexo masculino e 5.870 para o sexo feminino. Estima-se ainda que no estado de Pernambuco ocorram aproximadamente 440 casos novos de CA de tireoide no ano de 2016, sendo que 120 desses novos casos ocorram em Recife².

Do ponto de vista clínico, os nódulos de tireoide são incomuns em crianças e adolescentes. A incidência da doença nodular da tireoide na criança entre 9 e 18 anos de idade varia de 0,2% a 1,8%¹². Entretanto, nódulos diagnosticados nessa faixa etária possuem maior risco de malignidade quando comparado com os que ocorrem nos adultos (22-26% versus 5-10% na maioria dos casos)³.

O CA de tireoide divide-se em quatro tipos morfológicos: o papilar, o folicular, o medular e o anaplásico. Desses, os mais comuns são os adenocarcinomas papilares e os foliculares, sendo os adenocarcinomas medulares e os anaplásicos mais raros². O carcinoma papilífero, além de ser a forma mais comum de CA da tireoide (90% dos casos de CA da tireoide na faixa etária pediátrica), apresenta o melhor prognóstico dentre as demais neoplasias malignas tireoidianas⁴.

Além dessa classificação, há também os subtipos de CA papilífero de tireoide em pediatria, os quais podem pertencer a quatro variações histológicas: clássica, sólida, folicular e esclerosante difusa. Crianças, especialmente as menores de 10 anos de idade, podem não apresentar a morfologia papilar clássica vista em adultos, podendo ser não-encapsulados e largamente invasivos ao longo da glândula³.

Dentre os fatores de risco, o que mais se associa ao surgimento do câncer papilífero de tireoide (CPT) é a exposição da glândula à radiação como ocorre em crianças com passado de CA que foram tratadas com terapia radioativa (especialmente sobreviventes de linfoma Hodgkin, leucemia e tumores do sistema nervoso central). Crianças, especialmente menores de 5 anos de idade, são as mais sensíveis. Apesar de ser um importante fator de risco, o CA papilar induzido por radiação não aparenta diferir na apresentação clínica quando comparado com CA papilífero esporádico³.

A clínica do CPT vai diferir entre adultos e adolescentes/crianças³. A apresentação mais comum para o carcinoma diferenciado de tireoide na infância é a de um nódulo na tireoide. Entretanto, o CPT pode também se apresentar, frequentemente, como uma adenopatia cervical com ou sem lesão palpável na tireoide, ou como um achado incidental após exame de imagem ou cirurgia por outra causa não relacionada³. Os nódulos impalpáveis têm a mesma chance de malignidade do que nódulos palpáveis do mesmo tamanho⁵. Ocasionalmente o diagnóstico é feito apenas após a descoberta das metástases a distância³.

O CA papilífero é frequentemente multifocal e bilateral e metastatiza para linfonodos regionais do pescoço na maioria das crianças e adolescentes. Metástases hematogênicas para os pulmões estão presentes em até 25% dos casos e geralmente ocorrem apenas em associação com metástases significativas para os linfonodos regionais³.

Na investigação do nódulo na criança e no adolescente é fundamental um exame físico cuidadoso com palpação da região cervical, caracterização do nódulo e avaliação da presença de disфонia secundária à paralisia de corda vocal⁵.

A avaliação e o manejo dos nódulos de tireoide na criança e no adolescente deve ser a mesma dos adultos, com algumas diferenças: as características ultrassonográficas e do exame clínico devem ser mais valorizados que o tamanho isoladamente para identificar nódulos que necessitam de punção aspirativa por agulha fina (PAAF). Além disso, todas as PAAF nas crianças e adolescentes devem ser guiadas por ultrassonografia (USG)³.

A USG com Doppler é o exame de primeira linha para detectar e caracterizar a doença nodular tireoidiana, devendo ser realizada em todos os pacientes com diagnóstico ou suspeita de doença nodular. Todas as regiões do pescoço devem ser avaliadas, tendo em mente que a USG tem sensibilidade diminuída para identificar linfadenopatia maligna na região central do pescoço (nível VI). O objetivo é identificar metástase locorregional que pode não ter sido detectada no exame físico³.

Algumas características ultrassonográficas são associadas com malignidade, mas, com exceção da linfonodomegalia cervical suspeita, nenhum achado à USG isolado ou em combinação é suficientemente sensível ou específico na identificação de nódulos malignos. Além disso, alguns estudos demonstram que a chance de malignidade é independente do número de nódulos. Segundo a Associação Americana de Tireoide (ATA), na presença de dois ou mais nódulos com mais de 10 mm devem ser puncionados preferencialmente aqueles

que apresentam características ultrassonográficas suspeitas, para uma exclusão segura de malignidade⁵.

A classificação Chammas é utilizada para categorizar o USG com Doppler. Nela se correlacionam os achados ultrassonográficos à chance de malignidade, separando os nódulos em cinco padrões de acordo com sua vascularização, nos quais os padrões I, II e III possuem menor taxa de malignidade do que os IV e V¹⁰.

A PAAF guiada pela USG é um importante meio diagnóstico dos nódulos tireoidianos, sendo um método sensível no diagnóstico diferencial entre lesões malignas e benignas. Em alguns estudos, a PAAF demonstrou uma sensibilidade de 88% e especificidade de 82% e apenas 1% de resultados falsos negativos no diagnóstico de doença maligna, além de maior chance de malignidade em nódulo isolado⁵.

Tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes, os achados citopatológicos na PAAF são classificadas de acordo com o Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. O resultado da PAAF é classificado em 6 tipos os quais variam entre os extremos “sem diagnóstico” e “maligno”^{3,5}.

Além desses exames, é fundamental a realização de dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH), triiodotironina (T3) e a tiroxina (T4) livre, para avaliar o estado funcional da glândula tireoide. Na presença de níveis de TSH inferiores aos valores considerados normais, recomenda-se a realização de captação e cintilografia com radioisótopo para investigar a possibilidade de hiperfunção tireoidiana³.

Ressonância Nuclear Magnética (RNM) ou Tomografia Computadorizada (TC) contrastada devem ser consideradas em pacientes com massas tireoidianas fixas ou grandes, paralisia de corda vocal, ou linfadenopatia por metástase volumosa na intenção de otimizar o planejamento cirúrgico.³

Raio X de tórax e/ou TC de tórax podem ser considerados nos pacientes com doença importante em linfonodos cervicais, pois neles a prevalência de metástases pulmonares está elevada³.

A classificação que usualmente deve ser usada em pediatria para descrever a extensão da doença de paciente com CPT é American Joint Committee on Cancer (AJCC) TNM. Nessa classificação as crianças/adolescentes são separadas em níveis de risco (baixo, medio e alto

risco) baseados na apresentação clínica, tamanho do tumor e evidência de invasão regional e metástases³. Apesar de ser amplamente utilizada para determinar prognóstico/mortalidade na população adulta, a classificação AJCC TNM parece limitada para tal fim em crianças/adolescentes, servindo, nesse último grupo, para planejamento de uma abordagem de avaliação e manejo³.

Essa categorização identifica paciente com risco de doença cervical persistente e ajuda a determinar quem deve se submeter à procura de metástases à distância no pós-operatório, pois quanto maior a extensão da metástase, maior a chance de recorrência e de doença cervical residual³.

Finalmente, a idade e o sexo do paciente, o tamanho do tumor ao diagnóstico e o exame histopatológico, mostrando diferentes graus de invasão tumoral e consequente agressividade, parecem ser fatores decisivos para a escolha do tipo de tratamento⁶. Segundo consensos de especialistas o tratamento inicial do CPT consiste de ressecção da tireoide (tireoidectomia), seguida de tratamento complementar com iodo radioativo (terapia de radiação ionizante - TRI) em casos selecionados⁵.

Para a maioria das crianças/adolescentes, tireoidectomia total (TT) é recomendada, devido a incidência elevada de doença bilateral e multifocal demonstrado em vários estudos. Em análises de longo prazo, a ressecção bilateral diminui o risco de persistência/recorrência quando comparado com a lobectomia. Dissecção cervical central é recomendada quando há células malignas na citologia e evidência clínica de grande invasão extratireóidea e/ou metástases locorregionais no estágio pré-operatório ou nos achados intraoperatórios. Essa abordagem pode estar associada com a redução da necessidade de um segundo procedimento cirúrgico e aumento da sobrevivência ao longo dos anos³. Porém, segundo protocolo realizado por Francis *et al.* é indicada dissecção profilática da região central do pescoço, mesmo em pacientes sem evidência clínica de grande invasão extranodal e/ou metástases locorregionais, baseando-se no local e tamanho do tumor e na experiência do cirurgião. Além disso, para pacientes com doença unifocal, dissecção de região central do pescoço ipsilateral pode ajudar a ponderar os riscos e os benefícios³.

Confirmação citológica de doença metastática para linfonodos em região lateral do pescoço é recomendado ao invés da cirurgia. Dissecção da região lateral cervical deve ser

realizada em pacientes com evidência citológica de metástases nessa região. A dissecação profilática de rotina da região lateral do pescoço sem achados não é recomendada³.

As complicações associadas à TT são incomuns e podem ser divididas em: complicações metabólicas (mais comuns) e não-metabólicas¹¹.

Dentre às complicações não metabólicas é possível encontrar: trauma do nervo laríngeo recorrente podendo causar paralisia de cordas vocais; obstrução de via aérea superior, a qual pode ser vista clinicamente como um estridor e desconforto; e hemorragia que tende a evoluir para obstrução de via aérea superior, devendo ser prontamente corrigida¹¹.

Enquanto que, nas complicações metabólicas, representadas pela hipocalcemia com ou sem hipotireoidismo, observa-se sintomas que variam desde parestesias em membros até tetania e convulsões¹¹.

Estadiamento pós-operatório é usualmente realizado entre 12 semanas após a cirurgia e permite a estratificação dos pacientes que podem ou não se beneficiar com terapia suplementar, para inclusão de cirurgia adicional ou terapia com 131I³.

A terapia com 131I pós-cirúrgica é prescrita na tentativa de eliminar o tecido tireoidiano residual com objetivo de aumentar a sensibilidade de utilização da tireoglobulina (Tg) sérica como biomarcador para doença recorrente³. Após TT e ablação com radioiodo, a Tg habitualmente torna-se indetectável e sua presença deve alertar para doença residual ou recorrente, sendo, então, um marcador tumoral específico e muito útil no seguimento dos pacientes com tumores diferenciados da tireoide⁵. Adicionalmente, 131I é realizado na tentativa de diminuir o risco de doença recidivante e de melhorar a mortalidade³.

Além disso, alguns profissionais também indicam 131I de rotina para adolescentes e crianças com tumor T3 ou envolvimento extenso de nódulo regional (doença extensa de N1a ou N1b). Estudos publicados mostram que na ocorrência de metástases pulmonares, o tratamento com 131I é benéfico, e a remissão completa é alcançada por muitos pacientes. Aproximadamente 4 a 7 dias após a terapia com 131I, uma pesquisa de corpo inteiro (PCI) deve ser realizada, pois pode ajudar a distinguir a localização anatômica da captação focal³.

Seis a doze meses após a TRI, os pacientes considerados como de baixo/intermediário risco devem ter a dosagem de Tg. É importante ressaltar que, naqueles pacientes submetidos à TT, mas que não se submeteram à ablação com iodo radioativo como complementação do

tratamento, o seguimento deverá ser feito por meio da USG cervical, além da dosagem da Tg. Pacientes considerados de alto risco (e, segundo protocolo realizado por Francis *et al.*, também os pacientes de risco intermediário³) devem ser submetidos à reavaliação por meio de dosagens de Tg, anticorpos antitireoglobulina e PCI após 6 meses da TRI⁵.

Posteriormente à terapia ablativa com I131, os pacientes devem ser orientados a manter o uso contínuo de levotiroxina, com o objetivo de obter níveis de TSH adequados para a prevenção de recidiva e controle de doença residual. Os níveis de TSH a serem atingidos variam de acordo com o objetivo de supressão hormonal e devem ser individualizados conforme o balanço entre o potencial de risco de desfechos desfavoráveis relacionados à neoplasia e efeitos adversos de supressão do TSH⁵.

O tempo de seguimento depende de presença ou não de recorrência da doença. Quanto maior o tempo sem evidência de recorrência, maior a chance de cura. Inexiste consenso sobre o tempo necessário de seguimento destes pacientes. Contudo, a maioria dos autores considera como 10 anos o tempo mínimo de acompanhamento dos casos de carcinoma de tireoide². Em outros estudos tem sido relatado recidiva de CPT em crianças em até 40 anos após terapia inicial e que por essa razão, devem ser acompanhadas por toda a vida, mas com intensidade reduzida ao longo do tempo, especialmente para aqueles com TSH indetectável.³ Pacientes com indícios de respostas incompletas aos tratamentos iniciais, a pesquisa de recidiva locorregional ou de metástase(s) à distância deve ser realizada. Uma vez detectada a recidiva local, linfática ou doença metastática, o tratamento deverá ser individualizado de acordo com fatores relacionados à doença. As principais opções terapêuticas nesses casos são a ressecção cirúrgica, nova TRI e radioterapia externa².

O prognóstico do paciente com carcinoma de tireoide vai depender do tipo histológico, da idade, do sexo e do grau de estadiamento do tumor no momento do diagnóstico. Nos tumores diferenciados, a idade é fator mais importante do que o tipo histológico, quanto menor a idade no momento do diagnóstico, menor a taxa de mortalidade^{7,8}. Embora as crianças e os adolescentes com carcinoma diferenciado de tireoide no momento do diagnóstico em geral apresentem doença mais avançada, o seu prognóstico é melhor do que nos adultos⁹.

2. RELATO DE CASO

Adolescente do sexo feminino, 11 anos, proveniente de Campo Alegre, Alagoas, com queixa de tumoração no pescoço há mais de 2 anos. Realiza biópsia em Maceió- AL, em outubro de 2012, que resulta em histopatológico sugestivo de carcinoma papilífero folicular de tireoide. O laudo considerava bócio hiperplásico no diagnóstico diferencial e definia a lesão como encapsulada com invasão de capsula extratireoidiana de 3 x 2,7cm.

Um mês após o diagnóstico histopatológico, a paciente é admitida no IMIP para internação eletiva. Ao exame físico apresentou múltiplos nódulos cervicais nos níveis II, III, IV bilaterais e pequenos nódulos endurecidos e móveis no lado esquerdo tireoidiano com aproximadamente 3 x 2cm.

Foram solicitados na admissão, exames laboratoriais e de imagem: Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), T3, T4 livre, T4, TSH e USG. Constatou-se um aumento dos níveis séricos da desidrogenase láctica, além de aumento discreto dos eosinófilos e linfócitos. Os demais parâmetros se encontravam nos limites da normalidade.

A ultrassonografia revelou tireoide de dimensões bastante aumentadas à custa de formação nodular no lobo esquerdo, de limites definidos, heterogêneos, predominantemente isoecogênico ao parênquima glandular, com algumas calcificações finas de permeio, apresentando fluxo periférico e interno ao Doppler colorido, os maiores nódulos medindo cerca de 3,2 x 2,4. Foram evidenciadas várias linfonomegalias cervicais e supraclaviculares bilaterais, de grandes dimensões, que apresentavam ecotextura similar aos nódulos tireoidianos (inclusive com microcalcificações), representando acometimento linfonodal secundário. No laudo do exame foi sugerido carcinoma papilífero de tireoide. Os maiores linfonodos localizavam-se no nível II à esquerda, medindo 3,4 x 2,1 cm. Conforme exames e a apresentação da paciente, a cirurgia foi marcada para dezembro do mesmo ano.

A conduta de escolha foi tireoidectomia total com esvaziamento cervical nos níveis II, III, IV bilaterais e do nível VI.

Foi realizado exame histopatológico do produto cirúrgico, que confirmou a hipótese de carcinoma papilífero multifocal da tireoide. Foram dissecados 15 linfonodos do lado esquerdo

dos quais 5 estavam preenchidos por metástase, e 12 do lado direito dos quais 9 foram positivos para o câncer.

Paciente evoluiu satisfatoriamente com drenagem decrescente, não apresentou rouquidão ou outras complicações pós-cirúrgicas precoces. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia após realização da tireoidectomia, com programação de realização de iodoterapia e novos exames laboratoriais após 3 semanas da cirurgia.

Durante o acompanhamento ambulatorial, foi constatada coleção na fossa supraclavicular. Diante do achado, optou-se por realizar punção com aspiração de 50 ml de linfa, confirmando hipótese de fístula, tratada de maneira conservadora e evoluindo com desaparecimento da coleção.

Após 4 meses do procedimento cirúrgico, é efetuada a iodoterapia, com paciente apresentando bom estado, sem nenhuma queixa. A dose administrada foi de 250 mCi e com Taxa da dose de 29. Após 7 dias da iodoterapia, foi realizada PCI, que revelou diversas áreas focais de captação acentuada do traçador na região submandibular/cervical esquerda, região cervical anterior e na transição cervical/mediastino superior, sendo que nas demais regiões estudadas foi visto distribuição fisiológica do traçador. O valor do TSH foi de 145,87mcIU/ml.

Posteriormente à iodoterapia, foi iniciado levotiroxina em pequenas doses com aumento progressivo da mesma a cada semana, até alcançar o valor de 150mcg.

No decorrer do acompanhamento ambulatorial algumas queixas pontuais surgem: tremores nas mãos; dor em região cervical esquerda que irradia para o braço esquerdo, com piora à movimentação e melhora com o repouso; adenomegalia submandibular, indolor, medindo 1,6 x 0,5 cm. Tais alterações, com exceção do nódulo submandibular, foram observadas e regrediram com ajustes das dosagens da levotiroxina. A tumoração submandibular persistiu, mas sem alterações no tamanho, mantendo aspecto benigno. Foi realizado, no entanto, acompanhamento com USG e PAAF, que evidenciou hiperplasia folicular reativa.

No momento a adolescente encontra-se há 5 anos de pós tratamento sem evidência de doença residual ou recorrente, sendo acompanhada ambulatorialmente e com vigilância dos níveis de Tg e anti-Tg os quais se mantiveram estáveis e baixos; além de dosagem de T3, T4 livre e TSH e realização de USG, todos com resultados dentro da normalidade.

3. DISCUSSÃO

O CA Papilar, juntamente aos tipos folicular, medular e o anaplásico, é um tipo de CA de tireoide. Dentre eles, o tipo papilar é o tipo histológico mais comum, representando cerca de 60% desses tumores de tireoide^{2,4}.

O caso exposto não coincide com a faixa etária mais frequente nesse tipo de CA (25 a 65 anos)¹, pois a paciente em questão possui 11 anos de idade no momento do diagnóstico, mas é compatível com o sexo mais comum, o feminino. Além disso, a paciente não apresenta nenhum dos fatores de risco para o desenvolvimento do CA papilífero de tireoide.

A apresentação mais comum para o carcinoma diferenciado de tireoide na infância é a de um nódulo na tireoide, sendo frequentemente multifocal e bilateral, metastatizando para linfonodos regionais do pescoço na maioria das crianças, além de metástases hematogênicas para os pulmões em até 1/4 dos casos³. Tal apresentação coincide em parte com a da paciente em discussão, a qual apresentou inicialmente nódulos móveis e indolores em região cervical anterior, além de envolvimento de linfonodos cervicais. Mas não foi relatada presença de metástases pulmonares na investigação inicial.

De acordo com a literatura, os métodos de investigação do CPT são a PAAF guiada sempre por USG em crianças, além da dosagem de TSH para avaliar a função tireoidiana³.

Como a menor já chega ao serviço com resultado de estudo histológico do nódulo que fora realizado em Maceió-AL, sugestivo de carcinoma papilífero folicular de tireoide, foi decidido realizar apenas USG e dosagem laboratorial de TSH, T3 e T4 livre. Tais exames revelaram que a paciente era eutireóide e possuía USG com aspecto de carcinoma papilífero de tireoide e com acometimento linfonodal secundário, sendo decidido abordar cirurgicamente o tumor.

Quanto ao estadiamento, utilizando-se a classificação AJCC TNM, a paciente poderia ser classificada como ATA de risco intermediário (T2, N1b, M0)³.

Após realização do diagnóstico e estadiamento do tumor, foi definido que o tratamento seria a tireoidectomia total com linfadenectomia cervical radical bilateral modificada, para retirada de linfonodos comprometidos. Sendo tal conduta compatível com o indicado na

literatura, já que além do acometimento glandular existia evidência de comprometimento de linfonodos cervicais³.

Posteriormente ao procedimento cirúrgico, foi realizada uma sessão de terapia ablativa com iodo 131 seguido de terapêutica supressiva com levotiroxina (LT4) e PCI a qual não demonstrou sinal de doença residual; condutas as quais também são apoiadas pela literatura existente^{3,5}.

No acompanhamento de pacientes com CPT é recomendado iniciar levotiroxina para a reposição de hormônios tireoidianos; realizar dosagem de Tg e de anti-Tg; e submeter o paciente à pesquisa de corpo inteiro (PCI) após a ablação com I131 para detectar possíveis locais com doença remanescente⁵. Tal recomendação foi instituída para a adolescente, porém com PCI sendo realizada após 4 meses da cirurgia. Os exames se mantiveram dentro dos padrões esperados para o pós-operatório.

Até a conclusão deste trabalho a paciente permaneceu eutrófica, sem complicações não-metabólicas, entretanto, apresentou complicações metabólicas, que foram tratadas com reposição de cálcio e vitamina D. Apesar de tais complicações, manteve-se sem evidência de doença residual ou recidivante.

4. CONCLUSÃO

Este relato descreve uma resposta clínica muito significativa na primeira linha de tratamento do câncer papilífero de tireoide em crianças. Observamos nesse trabalho que devido ao fato de ser um câncer de baixa frequência e que apresenta sinais discretos na faixa etária descrita, houve um atraso no diagnóstico. Mas, apesar disso e por se tratar de um tumor de bom prognóstico, a paciente apresentou bons resultados ao tratamento instituído. Tal relato nos atenta quanto à ocorrência da citada patologia, nos orientando a sempre considerar todos os possíveis diagnósticos quando em frente à queixas ou achados de nódulo de tireoide em crianças e adolescentes, afim de um manejo adequado e eficaz.

5. REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Tireoide. Revista Brasileira de Cancerologia 2002; 48(2); 181-185. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduatas1.pdf. [Acesso em 11 fev 2017].
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016 Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [Acesso em 11 fev 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
3. Angelos P, Bauer AJ, Benvenega S, Cerutti JM, Francis GL, Waguespack SG, et al. Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. ATA 2015; 25(7): 716-759. Disponível em: <http://www.thyca.org/download/document/732/ATAPediatricGuidelines2015.pdf> [Acesso em 11 fev 2017].
4. Almeida LB, Camandaroba MPG, Mata LS, Miranda JS, Neves MP. Carcinoma Papilífero da Tireoide Associado à Tireoidite de Hashimoto: uma Série de Casos. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; 55(3): 255-261. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/59_artigo7.pdf. [Acesso em 11 fev 2017].
5. Gadelha MIP , Martins SJ, Picon PD, editores. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia [Livro na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>. [Acesso em 15 fev 2017].
6. Instituto Nacional de Câncer. Iodoterapia do Carcinoma Diferenciado da Tireóide. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(2): 187-189. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/pdf/conduatas2.pdf. [Acesso em 15 fev 2017].

7. Agnol MMD, Agostini AP, Coelho RC, Lago LD, Pereira LAF, Silva KAS. Câncer de tireoide na infância e na adolescência: estudo de casos e revisão da literatura. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 2010; 54 (2): 169-173.
Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/10-551_cancer_de_tireoide_na.pdf. [Acesso em 15 fev 2017].
8. Cady B, Rossi RL. Differentiated carcinoma of thyroid gland. Rossi RL, Cady B, authors. *Surgery of the thyroid and parathyroid glands*. 3rd ed. Philadelphia: Edward H. Wickland, Jr; 1991. p. 139- 150.
9. Gonzalez-Losada T, Hay ID, Reinalda MS, et al. Long-term outcome in 215 children and adolescents with papillary thyroid cancer treated during 1940 through 2008. *World J Surg* 2010; 34: 1192. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20087589>. [Acesso em 15 fev 2017].
10. Casulari LA, Faria MAS. Comparação das classificações dos nódulos de tireoide ao Doppler colorido descritas por Lagalla e Chammas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 2009; 53(7): 811-817. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n7/04.pdf>. [Acesso em 15 fev 2017].
11. Burgess MA Callender DL, Gagel RF, Goepfert H, Sherman SI. Cancer of the Thyroid. In: Myers EN, Suen JY, editors. *Cancer of the Head and Neck*. 3th ed. Philadelphia: Elsevier Science;1996. p. 485-510.
12. Monte O. Calliari LEP, Kochi C, Scalisse NM, Marone M, Longui CA. Carcinoma de Tireóide na Infância e Adolescência [revisão]. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007;51/5:763-768. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n5/a13v51n5.pdf>. [Acesso em 15 fev 2017].