

## **Metástase pulmonar por câncer de tireóide primário com padrão oncocítico de células Hürthle: um relato de caso**

### **Pulmonary metastasis by primary thyroid cancer with oncocytic pattern of Hürthle cells: a case report**

DOI:10.34119/bjhrv4n3-350

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

#### **Nathalia Lacerda Dias Silva**

Ensino superior incompleto  
Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Doutor José Affonso de Melo, 45, apto 202, Jatiúca, Maceió-Alagoas (AL).

E-mail: nathaliaalds1@yahoo.com.br

#### **Gabriela De Sena Cabral**

Ensino superior incompleto  
Centro Universitário Cesmac.

Endereço: Avenida Coronel Salustiano Sarmiento, 359, São Jorge.

E-mail: gabissena12@gmail.com

#### **Monique Pillar Lins Costa Martins**

Ensino superior incompleto  
Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Senador Rui Palmeira, 777, Ponta Verde, Maceió-AL

E-mail: moniqueplcm@gmail.com

#### **Adro Adonai Bastos Costa De Lima**

Ensino Superior Incompleto  
Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua João Jucá, Ed. Santa Anna, Nº 201, Apt 01

E-mail: adroadonai@gmail.com

#### **Jordania Brandino De Melo Fortes Feitosa**

Ensino superior incompleto  
Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Porto Alegre, 226, farol, Maceió AL

E-mail: jor.brandino@gmail.com

#### **Andrea Tatiane Oliveira Da Silva Barros**

Mestra pelo Centro Universitário Cesmac.

Centro Universitário Cesmac - Fejal e Centro de Tratamento do Câncer Medradius

Endereço: Rua Ariosvaldo Pereira Cintra, S/ N, Qd C, Lote 5. CEP 57046-295

E-mail: andrea\_tatiane@hotmail.com

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Alta taxa metastática e agressividade são características do câncer por células de Hurthle. Apesar da neoplasia de tireoide ser a mais comum na região de cabeça e pescoço, o carcinoma por células de Hurthle apresenta uma porcentagem de aproximadamente 3% destes, sendo maligno quando há alta taxa de celularidade. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Os dados foram coletados através da revisão do prontuário médico, entrevista com o paciente e revisão integrativa de literatura. **RESULTADOS:** É descrito o caso de um homem, 65 anos, com queixas pulmonares, fadiga e edema de membros inferiores bilateral. Apresenta história prévia de neoplasia tireoidiana com presença de padrão oncocítico de células de Hürthle e posterior metástase locoregional, com tratamentos de tireoidectomia total associada a iodoterapia e exérese da lesão metastática, respectivamente. Traz exame de tireoglobulina com valor de 311 ng/mL. Após isto, realizou-se tomografia por emissão de pósitrons com PET/CT e FDG 18F com resultado sugestivo de metástase pulmonar com câncer primário de tireóide. **DISCUSSÃO:** Com base na prevalência encontrada na literatura, o diagnóstico é feito em indivíduos do sexo masculino, de idade e estágio de câncer avançados. Além disso, o tratamento base é a cirurgia, entretanto, a depender do estadiamento, pode ser correlacionado com outros métodos terapêuticos. Ainda é bastante discutido a evolução de pacientes com diagnóstico de neoplasia de células de Hürthle, devido, principalmente, à raridade de sua incidência, sendo os focos diagnósticos e terapêuticos voltados para uma conduta individualizada que visa melhorar o prognóstico da patologia.

**Palavras-chave:** Câncer de Tireoide. Metástase Neoplásica. Células de Hürthle.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** High metastatic rate and aggressiveness are characteristics of Hurthle cell cancer. Although thyroid neoplasms are the most common in the head and neck region, Hurthle cell carcinoma has a percentage of approximately 3% of these, being malignant when there is a high rate of cellularity. **MATERIALS AND METHODS:** Data were collected through medical record review, patient interview, and integrative literature review. **RESULTS:** The case of a 65-year-old man with pulmonary complaints, fatigue, and bilateral lower limb edema is described. He presents a previous history of thyroid neoplasm with the presence of Hürthle cell oncocyctic pattern and subsequent locoregional metastasis, with treatments of total thyroidectomy associated with iodine therapy and exeresis of the metastatic lesion, respectively. Brings thyroglobulin exam with a value of 311 ng/mL. After this, positron emission tomography with PET/CT and FDG 18F was performed with a result suggestive of pulmonary metastasis with primary thyroid cancer. **DISCUSSION:** Based on the prevalence found in the literature, the diagnosis is made in male individuals of advanced age and cancer stage. Moreover, the basic treatment is surgery, however, depending on the staging, it may be correlated with other therapeutic methods. The evolution of patients diagnosed with Hürthle cell neoplasm is still much debated, mainly due to the rarity of its incidence, and the diagnostic and therapeutic focus is on an individualized management that aims to improve the prognosis of the pathology.

**Keywords:** Thyroid Cancer. Neoplastic Metastasis. Hürthle Cells.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com as estatísticas mais recentes, a neoplasia de tireoide é o tumor mais comum da região de cabeça e pescoço, com uma prevalência 3 vezes maior em mulheres

(1). A taxa de incidência aumentou nas últimas décadas, e ainda não se sabe se está relacionado às mudanças ambientais e ao estilo de vida das pessoas ou as melhores técnicas de diagnóstico, além do aumento do acesso aos serviços de saúde (2).

O câncer de tireoide compõe uma variedade de tipos de tumores, que se diferem em aspectos como comportamento do tumor, etiologia e histologia (3). Em sua maioria se dividem em carcinomas, como o da tireóide papilar, folicular, células de Hürthle e anaplásicos que são derivadas de células foliculares. Outra classificação é o carcinoma de tireoide medular, que é derivado das células produtoras de calcitonina parafolicular (2).

Os carcinomas por células de Hürthle, comuns na quinta e sexta décadas de vida, correspondem a 3% de todos os cânceres de tireoide (4,5). Eles são frequentemente descobertos na investigação de nódulos tireoideanos através do resultado citológico do material da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) (4). Além disso, são caracterizados pela presença de células Hürthle, que são partículas morfológicamente grandes em tamanho, bem delimitadas e com citoplasma granular volumoso devido a presença de mitocôndrias, núcleos grandes e nucléolos múltiplos. É importante salientar que a presença apenas das células de Hürthle não indica doença neoplásica maligna, já que só manifesta-se um quadro maligno quando há o predomínio maior do que 75% desta celularidade (6).

Devido a agressividade e maior incidência metastática presentes nos carcinomas de células de Hürthle (CCH), é de fundamental importância a realização do exame histopatológico após a cirurgia, para assim diferenciar os adenoma dos carcinomas (5). Também, durante o processo de acompanhamento e de análise do prognóstico do paciente para salvaguarda de quadros de recidiva e agressividade tumoral, pode-se realizar alguns exames, como dosagem de níveis da tireoglobulina, ultrassonografia cervical e tomografia por emissão de pósitrons de flúor-18-fluorodeoxiglicose (8).

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados contidos neste trabalho foram obtidos por meio de revisão de prontuário mediante ao registro dos métodos utilizados para o diagnóstico e o tratamento do caso relatado, de entrevista com o paciente e de revisão integrativa de literatura.

Este trabalho foi realizado de acordo com as normas éticas da Declaração de Helsinki. Realizou-se mediante a aprovação do participante de pesquisa, com assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e do comitê de ética, apresentando

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 33616520.9.0000.0039.

### 3 RESULTADOS

Paciente, sexo masculino, 65 anos, chega à consultório de triagem oncológica de uma unidade de saúde na cidade de Maceió-AL, encaminhado do ambulatório de endocrinologia, no qual realizava acompanhamento por histórico de neoplasia tireoidiana, com taxas atuais de tireoglobulina de 487 ng/mL. Queixa-se de tosse seca e dor no hemitórax esquerdo com irradiação crânio-caudal há 3 meses, com associação de cefaléia frontal diária, fadiga e edema de membros inferiores bilateral. Anteriormente, o paciente procurou assistência médica em 2011 devido ao bócio. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) foi compatível com hiperplasia nodular com várias células oncocíticas. O paciente foi submetido, após punção, à tireoidectomia total. Após 3 anos (2014), apresentou recidiva local com citologia da PAAF compatível com lesão folicular de padrão oncocítico de células de Hurthle. Por isso, reiniciou a propedêutica com exérese da lesão seguida de exploração cirúrgica com ressecção da tumoração de partes moles (2,8 x 2,5 x 1,5 cm) e esvaziamento ganglionar com anatomopatológico confirmativo de carcinoma de células de padrão oncocítico e 3 linfonodos livres de neoplasia. Seguiu com tratamento de iodoterapia, realizando cintilografia de corpo inteiro (PCI) com resultado sem captação anormal.

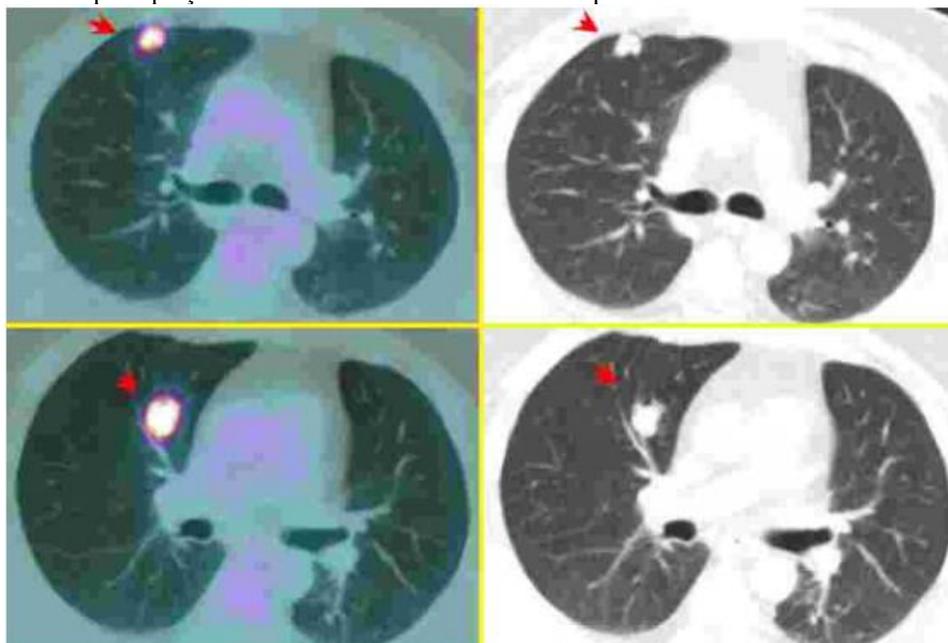
Progrediu-se com acompanhamento laboratorial da tireoglobulina. De 2015 até abril de 2019, permaneceu com valor de 0,1 ng/mL; contudo, em novembro de 2019, apresentou um súbito aumento para 311 ng/mL. Realizou-se uma tomografia por emissão de pósitrons com PET/CT e FDG 18F, no final de 2019, da base do crânio até a raiz das coxas (Figura I) e da região pulmonar (Figura II). Nela, observou-se hipercaptação do radiofármaco em dois nódulos pulmonares sólidos, lobulados e não calcificados no segmento anterior do lobo superior direito, 2 cm e 1,5 cm respectivamente, com características de acometimento neoplásico secundário.

FIGURA I: Tomografia por emissão de pósitrons com PET/CT e FDG-18F da base do crânio até a raiz das coxas.



Fonte: prontuário do participante da pesquisa, 2020.

FIGURA II: Tomografia por emissão de pósitrons com PET/CT e FDG-18F da região pulmonar demonstrando hipercaptação do radiofármaco em dois nódulos pulmonares sólidos.



Fonte: prontuário do participante da pesquisa, 2020.

Solicitou-se, ainda, tomografia de tórax com contraste e ultrassonografia cervical, ambas sem alterações. Após os resultados, associados à clínica e ao valor elevado de tireoglobulina, fechou-se o diagnóstico de metástase pulmonar com câncer primário de tireóide. Na consulta, durante o exame físico não apresentou nenhuma alteração digna de nota.

#### 4 DISCUSSÃO

Estima-se que a porcentagem de malignidade na neoplasia de células de Hürthle é de aproximadamente 56%, sendo este, quando presente, um câncer agressivo e com alta taxa de morbidade (5). O mal prognóstico e a morbimortalidade do quadro desta neoplasia relaciona-se com o estadiamento e, conseqüentemente, com a presença ou não de metástase, sendo as mais comuns ósseas e pulmonar (7). Além disso, é importante salientar que, na literatura, já se considera como forma de disseminação majoritária a via hematogênica, com raras metástases linfonodais (7). O caso analisado comprova tais premissas, uma vez que apresenta, inicialmente, um quadro de boa resposta com a abordagem cirúrgica associado à iodoterapia, porém, em médio e longo prazo, evolui com quadro metastático locorregional e pulmonar, necessitando de outras intervenções.

O diagnóstico ocorre predominantemente em indivíduos masculinos, de idade avançada, tumores maiores e em estágios mais avançados (4). Após o diagnóstico ser realizado e confirmado pela PAAF, torna-se necessária uma ressecção cirúrgica (4). Existem alguns exames que podem colaborar para o estadiamento e auxílio do preparo cirúrgico, como a tomografia pré-operatória com emissão de 18F-fluoreoxigluco-sétron (18F-FDG-PET), que, apesar de não ser uma recomendação de rotina, pode ser útil para identificar envolvimento mediastinal e metástases à distância, caso se tenha uma suspeita alta (4). Neste paciente, realizou-se a tireoidectomia total após a confirmação com a PAAF. Quando houve a recidiva do tumor, optou-se por realizar o exame de tomografia, o 18F-FDG, e descobriu-se uma hipercaptação em região pulmonar. Isso explica os elevados níveis de tireoglobulina sérica e o diagnóstico de metástase em região pulmonar.

O tratamento desta neoplasia, assim como em todos os outros cânceres, depende do seu estadiamento, e pode ser realizada por meio de procedimento cirúrgico, como a tireoidectomia total nos casos de malignidade confirmada e lobectomia de tireóide nos casos de análise citológica de malignidade, terapêutica com iodo radioativo – principalmente usado quando há presença de metástase à distância –, terapia supressiva do hormônio estimulante de tireóide, radioterapia e inibidor de tirosina quinase – bem utilizado nos casos de metástase com resistência ao iodo radioativo (7). A ressecção cirúrgica é a base do tratamento para os diversos tumores de tireoide, incluindo o do CHC. Durante muitos anos, a iodoterapia (I131) era sempre realizada após tireoidectomias mas, atualmente, por ser difícil de avaliar os benefícios, ela somente é realizada em pacientes com intermediário e alto risco de recorrência (3). A terapia do

paciente deste relato baseou-se, inicialmente, na tireoidectomia total; após recidiva e com o laudo de presença de células Hürthle, altamente metastático e grandes chances de outras recidivas, optou-se por exérese da lesão e pela utilização adjuvante de iodoterapia.

Ainda é bastante discutida a evolução de pacientes com diagnóstico de neoplasia de células de Hürthle, devido à raridade de sua incidência. A abordagem cirúrgica é a mais considerada para a terapêutica de indivíduos acometidos por essa neoplasia, obtendo-se, assim, resultados satisfatórios no que se refere ao melhor prognóstico da patologia.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020.
2. Giuffrida D, Giuffrida R, Puliafito I, Vella V, Memeo L, Puglisi C, Regalbutto C, Pellegriti G, Forte S, Belfiore A. Thyroidectomy as Treatment of Choice for Differentiated Thyroid Cancer. *Int J Surg Oncol*. 2019 Oct 13;2019:2715260.
3. Katarzyna Szymańska, Fred T. Bosman. Thyroid Cancer: Pathology, Genetics, Diagnosis, and Treatment. *Encyclopedia of Cancer (Third Edition)*. 2018; 471-482.
4. Ernaga Lorea A, Migueliz Bermejo I, Anda Apiñániz E, Pineda Arribas J, Toni García M, Martínez de Esteban J et al. Comparación de las características clínicas en pacientes con carcinoma folicular de tiroides y carcinoma de células de Hürthle. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*. 2018;65(3):136-142.
5. Fischer Carlos Augusto, Graciano Agnaldo José, Ferreira Sérgio José, Daudt Carlos Antônio, Fiorini Cleber Antonio, Silvestri Karina. Fatores preditores de malignidade em neoplasias de células de Hurthle. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2008 Ago; 35(4): 221-224.
6. Manfro Gabriel, Dias Fernando Luiz, Lima Roberto Araujo, Barbosa Mauro Marques, Soares José Roberto Netto, Nascimento Marilena Figueira. Fatores prognósticos em pacientes com carcinoma das células de hürthle. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006 Apr; 33(2): 84-90.
7. Grani G, Lamartina L, Durante C, Filetti S, Cooper DS. Follicular thyroid cancer and Hurthle cell carcinoma: challenges in diagnosis, treatment, and clinical management. *Lancet Diabetes Endocrinol*. (2018) 6:500–14.
8. Ahmadi S, Stang M, Jiang XS, Sosa JA. Hürthle cell carcinoma: current perspectives. *Onco Targets Ther*. 2016 Nov 7;9:6873-6884.