

## **Carcinoma de cisto do ducto tireoglosso: Relato de caso**

**Carolina Meller Jost**

**Robledo Meller Alievi**

### **RESUMO**

**Introdução:** Embora o carcinoma em cisto do ducto tireoglosso seja uma patologia de tratamento relativamente fácil, é um achado incomum e pouco relatado na literatura. **Objetivo:** Relatar a história, evolução e manejo de paciente com cisto em ducto tireoglosso que apresentou evolução para carcinoma, revisar o caráter fisiopatológico da doença, e a escassa literatura que aborda essa temática. **Resumo de caso:** Mulher, 40 anos, diagnosticada em 2018 com cisto no ducto tireoglosso. Procura um cirurgião de Cabeça e Pescoço em 2020 para avaliação do caso, a quem relata aumento do nódulo e desconforto local. É indicada a cirurgia para sua retirada. O exame anatomopatológico realizado após o ato cirúrgico revela suspeita de transformação maligna. Realizado o exame imuno-histoquímica que confirmou a suspeita. Foi solicitado o retorno em 6 meses e ultrassom para controle da patologia. **Discussão:** o ducto tireoglosso resulta na permanência do trajeto de descida da tireoide da base da língua até seu local de repouso final na região anterior do pescoço na linha média. Esse trato deve obliterar no início da vida fetal, a falha nessa involução pode, posteriormente, originar um cisto nesse ducto. O cisto frequentemente é notado após infecção do trato respiratório superior e em raras situações, pode-se desenvolver um carcinoma a partir das paredes do cisto. **Conclusão:** os casos de carcinoma de cisto no ducto tireoglosso devem ser discutidos devido à escassez de relatos na literatura e sua rara incidência do campo clínico.

**Palavras-chave:** Cisto tireoglosso, Doenças e anormalidades congênitas, Carcinoma.

### **1 INTRODUÇÃO**

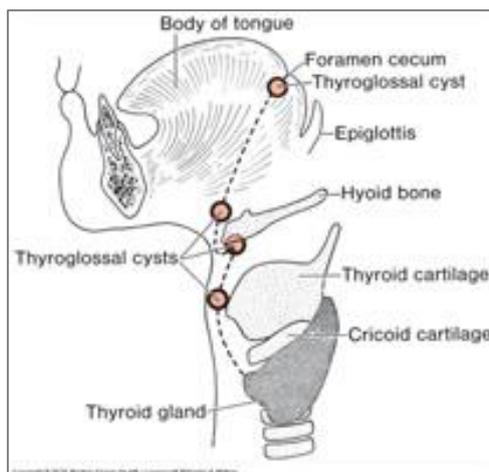
Um cisto do ducto tireoglosso é a forma mais comum de anomalia congênita no desenvolvimento da tireoide. Aproximadamente, 70% das massas cervicais da linha média em crianças e 7% das massas cervicais da linha média em adultos são cistos do ducto tireoglosso. Normalmente, durante a terceira semana de desenvolvimento fetal, a glândula tireoide desce ao longo do ducto tireoglosso, uma estrutura originada do forame ceco da língua, passando pela base da língua em direção à parte frontal inferior do pescoço, onde normalmente fica encontrado em adultos (Figura 2). O ducto tireoglosso fisiologicamente desaparece na décima semana de gestação. Em alguns casos, o ducto tireoglosso pode falhar em obliterar e formar um cisto do ducto tireoglosso. A malignidade do cisto do ducto tireoglosso raramente ocorre, apenas em menos de 1% de todos os casos, sendo o carcinoma papilar o tipo mais comum (Diani K, et al. Case Report - Sistrunk Procedure on Malignant Thyroglossal Duct Cyst. Case Rep Oncol Med. 2020). O trato de migração da tireoide é chamado de ducto tireoglosso, que, normalmente, atrofia, porém quando persiste epitélio viável (7 a 41%) em algum ponto da migração, pode ocorrer o Cisto de Ducto do Tireoglosso, que corresponde a 70% das lesões congênitas em cabeça e pescoço, sendo geralmente assintomático e detectado nas primeiras

duas décadas de vida (Elisa BD, et al. Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglossos – Relato de Caso. Rev Salusvita, Ciên Biol Saúde (Bauru). 2020;39(1):111-117.). Um cisto frequentemente é notado após infecção do trato respiratório superior, como sinusite, amigdalite, otite média, faringite e laringite, pois isso faz com que ele aumente em volume e fique dolorido devido à inflamação. Em raras situações, pode-se desenvolver um carcinoma a partir das paredes do cisto. Deve-se suspeitar de carcinoma se o cisto apresentar as seguintes características: for endurecido, fixo, irregular ou associado a linfadenopatia (Rosana LM, et al. Carcinoma do ducto tireoglossos. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. 2012:127-129.). Apresenta propensão pelo gênero feminino, com idade média de 40 anos. O quadro clínico do carcinoma em cisto de ducto tireoglossos é similar aos cistos benignos. O objetivo principal é relatar o caso de uma paciente diagnosticada com cisto do ducto tireoglossos que malignizou para um carcinoma, uma patologia de grande relevância devido a sua baixa incidência.

Figura 1. Resultado do exame imuno-histoquímica, que confirmou a suspeita de transformação maligna.

<b>Material</b>	
Exame de imuno-histoquímica.	
<b>Dados Clínicos</b>	
Nódulo na linha média cervical. US - cisto tireoglossos.	
<b>Marcador (anticorpo)</b>	<b>Expressão</b>
CK19	positiva 3+/3
CK7 (citoqueratina 7)	positiva
Galectina - 3	positiva 1+/3
HBME-1	positiva focal 2+/3
Ki-67	positiva em 2% das células
PAX-8	positiva
Tireoglobulina	positiva
TTF-1	positiva

Figura 2. Trajeto de migração da glândula tireoide a partir do forame cego da língua até sua posição final na porção anterior do pescoço.



Fonte: Embryology Learning Resource (Duke University Medical School)

## 2 RELATO DE CASO

Paciente mulher, 40 anos de idade, hígida, não tabagista, não etilista, sem histórico de alergias. Diagnosticada em 2018 por um otorrinolaringologista com cisto em ducto tireoglosso. Procura, em 2020, um cirurgião de cabeça e pescoço para reavaliação do caso, a quem relata desconforto local, devido ao progressivo aumento do nódulo. Após realizada ecografia que apresentou um nódulo de 2,4 cm, de aspecto cístico, bem delimitado, sugestivo de cisto tireoglosso, foi indicada a cirurgia para sua retirada. Ultrassom realizado no consultório do cirurgião revelou a tireoide de morfologia e tamanhos normais, sem nódulos de qualquer natureza, linfonodos cervicais de aspecto usual. O exame anatomopatológico revelou cisto de ducto tireoglosso exibindo um foco com projeção de papila atípica na parede, suspeito de transformação maligna, foi indicada a necessidade de exame imuno histo-patológico; o qual confirmou a suspeita de malignidade, carcinoma papilífero bem diferenciado, clássico, infiltrativo em tecido fibroadiposo. Foi solicitado o retorno em seis meses e ultrassonografia de consultório para controle da evolução da paciente.

## 3 DISCUSSÃO

A glândula tireoide tem uma origem embriológica próxima ao forame cego da língua, e passa pelo osso hióide em desenvolvimento. A tireoide desce por um canal epitelial conhecido como ducto do tireoglosso. Este canal oblitera durante a 8ª e a 10ª semana gestacional. Contudo, na atrofia incompleta deste canal podem surgir cistos e/ou tecido tiroideo acessório nos seus remanescentes.

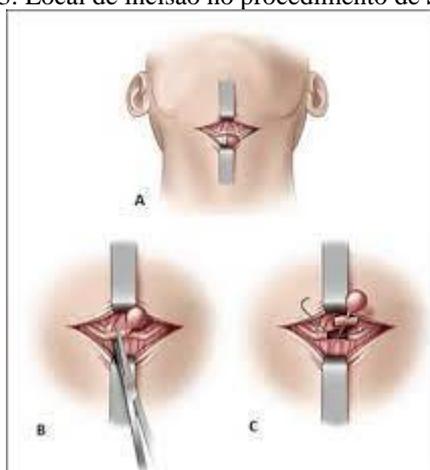
O remanescente do ducto tireoglosso pode ser um cisto, um ducto, um trajeto, uma fístula ou tecido tiroideo ectópico num cisto ou ducto. Um cisto do canal tireoglosso se apresenta normalmente como uma tumoração assintomática palpável na linha média ao nível ou abaixo do osso hióide. Um carcinoma em cisto de ducto tireoglosso é um achado raro na literatura, 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, seguido pelo carcinoma misto, papilífero e folicular, e carcinoma de células escamosas (Rosana LM, et al. Carcinoma do ducto tireoglosso. Rev Bras Cir Craniofac. 2012:127-129.). Em decorrência da sua semelhança com o cisto benigno, o diagnóstico de malignidade é feito somente após a cirurgia. Há consenso de que a cirurgia para ressecção do carcinoma do ducto tireoglosso, ou procedimento de Sistrunk, é o tratamento de primeira escolha para os carcinomas de “baixo risco”, pacientes com idade <45 anos, que não têm histórico de exposição à radiação, tamanho do tumor <4,0 cm, sem invasão de tecidos moles, sem metástases distantes ou linfáticas e ausência de histologia tumoral agressiva.

Frente à persistência do ducto tireoglosso e formação do cisto (com ou sem formação carcinogênica), o tratamento padrão ouro até o momento é a técnica de Sistrunk, pois esta proporciona melhores resultados quando comparada às outras técnicas para a mesma finalidade (Angélica S, et al. Cisto tireoglosso e operação de Sistrunk. Rev Saúde Faciplac.).

O procedimento de Sistrunk consiste na excisão do cisto do ducto tireoglosso, a porção central do corpo do osso hióide e um núcleo de tecido ao redor do trato tireoglosso para abrir na cavidade oral em direção ao forame ceco (Figura 3). Existem quatro abordagens em relação ao tratamento cirúrgico para a malignidade do cisto do ducto tireoglosso, que são procedimento de Sistrunk sozinho, procedimento de Sistrunk com lobectomia da tireoide ou ressecção do lobo piramidal, procedimento de Sistrunk com total ou quase tireoidectomia total em todos os pacientes e procedimento de Sistrunk com tireoidectomia seletiva para pacientes de alto risco, pacientes do sexo masculino, pacientes com 45 anos ou mais, tamanho do tumor maior que 4 cm, presença de invasão extracística, presença de metástase linfonodal, história prévia de radiação, principalmente na região do pescoço, e presença de nódulos frios na imagem da glândula tireoide. A consideração de adicionar ressecção da tireoide em todos os pacientes é baseada em 3 aspectos: (1) presença de malignidade da tireoide, (2) uso de iodo radioativo como terapia adjuvante e (3) papel da tireoglobulina como marcador de acompanhamento. Ao usar este procedimento, a taxa de recorrência pode ser diminuída significativamente em comparação com a excisão simples: de 40% (excisão simples) para 1-5% (procedimento de Sistrunk).

Com base no estudo de Balallaa et al., a tireoidectomia total é indicada sem considerar a presença de acometimento da glândula tireoide clínica ou radiologicamente com base na premissa de que este procedimento poderia auxiliar no estadiamento e detectar metástases, e o risco de lesão do nervo laríngeo recorrente ou glândula paratireoide lesão é consideravelmente baixa, especialmente nas mãos de um operador experiente (Diani K, et al. Case Report - Sistrunk Procedure on Malignant Thyroglossal Duct Cyst. Case Rep Oncol Med. 2020).

Figura 3. Local de incisão no procedimento de Sistrunk.



Fonte: Angélica S, et al. Cisto tireoglosso e operação de Sistrunk. Rev Saúde Faciplac.



#### **4 CONCLUSÕES**

O carcinoma em cisto de ducto tireoglosso é um achado raro e, conseqüentemente, pouco relatado na literatura. A importância em se descrever seus casos se deve a rara incidência no campo clínico. O tratamento do cisto de ducto tireoglosso, independente de sua transformação maligna ou não, é sempre cirúrgico.



## REFERÊNCIAS

Diani K, et al. Case Report - Sistrunk Procedure on Malignant Thyroglossal Duct Cyst. *Case Rep Oncol Med.* 2020;ID 6985746. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/crionm/2020/6985746/>.

Elisa BD, et al. Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – Relato de Caso. *Rev Salusvita, Ciên Biol Saúde (Bauru).* 2020;39(1):111-117. Disponível em: [https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v39\\_n1\\_2020/salusvita\\_v39\\_n1\\_2020\\_art\\_09.pdf](https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n1_2020/salusvita_v39_n1_2020_art_09.pdf).

Rosana LM, et al. Carcinoma do ducto tireoglosso. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2012:127-129. Disponível em: <http://www.abccmf.org.br/cmf/Revi/2012/julho-setembro/4-Carcinoma%20do%20ducto%20tireoglosso.pdf>.

Florinda C, et al. Carcinoma papilar do canal tireoglosso – Relato de caso e revisão da literatura. *Rev Portuguesa Cir.* 2019;45:25-30. Disponível em: <file:///C:/Users/USU%20C3%81RIO/Downloads/707-1-2300-1-10-20191228.pdf>.

Angélica S, et al. Cisto tireoglosso e operação de Sistrunk. *Rev Saúde Faciplac.* Disponível em: <http://www.roplac.com.br/revistas/index.php/RSF/article/view/336/186>.

Michael A, et al. Invasive Thyroglossal Duct Cyst Papillary Carcinoma: A Case Report and Review of the Literature. *Am J Case Rep.* Available from: <https://www.amjcaserep.com/download/index/idArt/907313>.