

CARCINOMA ANAPLÁSICO DA TIREOIDE: RELATO DE CASO¹

GARCIA, Gabriela Sanches²
PESCADOR, Marise Vilas Boas³

RESUMO

Introdução: Este artigo apresenta o estudo de caso de um paciente, sexo masculino, portador de carcinoma anaplásico da tireoide, cujo acompanhamento médico foi realizado no ambulatório de endocrinologia do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná. O carcinoma anaplásico da tireoide corresponde a forma mais agressiva das neoplasias tireoidianas, com alto índice de mortalidade e sobrevida de 6 meses após o diagnóstico. **Metodologia:** Partindo do estudo de artigos atualizados da patologia em questão, bem como a análise da evolução e informações presentes no prontuário do paciente em estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica ampliando os conhecimentos acerca do tema. **Justificativa:** Visando o melhor entendimento da patologia, através da comparação entre as alterações patológicas, evolução da doença, principais manifestações e terapêutica escolhida do caso clínico selecionado com aspectos disponíveis na literatura, serão promovidas informações necessárias para o diagnóstico mais preciso, uma vez que a intervenção precoce fornece maior abrangência terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: tireoide. carcinoma anaplásico. neoplasia tireoidiana.

THYROID ANAPLASTIC CARCINOMA: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: This project presents the case study of a patient, male with thyroid anaplastic carcinoma, whose medical monitoring was conducted in an endocrinology ambulatory of Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná. Thyroid anaplastic carcinoma is the most aggressive form of thyroid neoplasm, with a high mortality rate and survival rate of 6 months. **Methodology:** Starting from the study of the pathology in question, as well the analysis of evolution and informations present in the chart of the study patient, it was made a literature review expanding the knowledge about the subject. **Justification:** In order to better understand the pathology, through comparison between phalological changes, disease evolution, main manifestations and the selected therapeutical of the selected clinical case with the available aspects in the literature, will be promoted needed informations to a precise diagnosis, therefore early intervention provides a greater therapeutic coverage.

KEYWORDS: thyroid. anaplastic carcinoma. thyroid neoplasm.

1. INTRODUÇÃO

O Carcinoma Anaplásico da Tireoide (CAT) consiste no estágio mais avançado da desdiferenciação de um carcinoma benigno de longa evolução da tireoide, no qual se instala uma alteração anaplásica (CARVALHO, 2005). Desta forma, o tipo de patologia tumoral irá depender de

¹ Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do curso de Medicina, do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz - FAG.

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: gabisanchesg@hotmail.com

³ Médica, possui graduação em Medicina pela Universidade de Passo Fundo (1995), especialização em Pediatria pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (1998), especialização em Endocrinologia Pediátrica pela Universidade Federal do Paraná (2000) e mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (2000), com ênfase em endocrinologia pediátrica. Possui Título de Especialização em Endocrinologia e Metabologia conferido pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Atualmente atua como endocrinologista na rede pública e privada e é Professora Titular da escola de medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: marisevilasboas@hotmail.com

mutações cumulativas e alterações epigenéticas em diversas vias de sinalização, que geram uma desdiferenciação progressiva formando um espectro que tem início num tireócito normal e extremo de diferenciação no Carcinoma Anaplásico da Tireoide (VALENTE, 2015).

O tipo de neoplasia tireoidiana estudado é o mais raro, representando cerca de 2% dos casos, e também o mais fatal, tendo sobrevida de 6 meses após o diagnóstico sendo este principalmente clínico (VALENTE, 2015). As principais características encontradas ao exame clínico são o aumento de massa cervical, rouquidão, dispneia, disfagia e dor local (MARTINS, 2003).

O aparecimento súbito e rápido crescimento do CAT, ao contrario dos carcinomas bem diferenciados que possuem cura, implica no envolvimento precoce de uma equipe multidisciplinar para garantir o melhor cuidado ao doente. A definição da terapêutica deve prezar a vontade e reserva funcional do doente, disponibilidade de opções terapêuticas e o objetivo da intervenção, podendo ser paliativo ou curativo (VALENTE, 2015). Geralmente diagnosticado numa fase avançada, o CAT é uma patologia desafiadora, sendo os recursos terapêuticos pouco eficazes (DALPONTE, 2015).

O caso clínico abordado será de um idoso do sexo masculino, nascido em 1931, em acompanhamento endocrinológico desde 2005 devido ao hipertireoidismo associado a um nódulo frio, palpável bilateralmente. Em 2006 foi constatada evolução para bócio mergulhante e em 2015, paciente retornou com piora da sintomatologia e crescimento de bócio volumoso constatado ao exame físico, além de uma cintilografia indicando áreas hipocaptantes. Desta forma, foi encaminhado para intervenção cirúrgica.

O questionamento proposto consiste em “Qual a importância do diagnóstico precoce a partir do reconhecimento das características e manifestações do Carcinoma Anaplásico de Tireoide?”. Terá como hipótese: o conhecimento do comportamento e características tumorais permite a suspeita diagnóstica precoce ou não permite a suspeita diagnóstica precoce. O objetivo geral desse artigo é caracterizar o Carcinoma Anaplásico da Tireoide a partir do caso clínico selecionado, a fim de ampliar os conhecimentos para um diagnóstico mais eficaz que amplie as possibilidades de abordagens terapêuticas.

Esse artigo tem como objetivo relatar um caso de carcinoma anaplásico de tireoide, comparando o caso em estudo com relatos da literatura, bem como, ampliar o conhecimento a cerca do Carcinoma Anaplásico da tireoide, tendo em vista sua raridade e malignidade.

2. METODOLOGIA

O relato trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada por meio da análise documental da evolução do quadro clínico de um paciente atendido no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná, localizado na cidade de Cascavel-PR, portador do Carcinoma Anaplásico da Tireoide.

Tendo em vista sua raridade, o relato de caso tem valor crucial para ampliar os conhecimentos referentes à manifestação, evolução e opções terapêuticas da patologia em estudo, para o reconhecimento rápido, garantindo um diagnóstico mais preciso e precocemente possível, com finalidade de melhorar o prognóstico e ampliar as opções de abordagem terapêutica.

A coleta de dados foi realizada utilizando o prontuário clínico do paciente, através do qual foram retiradas informações acerca do sexo, idade, datas relativas de início de sintomas e sinais clínicos, anamnese e exame físico, exames complementares ao diagnóstico clínico, conduta médica, evolução e desfecho. A técnica bibliográfica teve como base científica artigos encontrados em banco de dados do PUBMED, MEDLINE e SCIELO dos últimos catorze anos.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz- FAG por meio do Parecer nº 2.350.326, estando em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto tratar-se de pesquisa com ser humano. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por um familiar responsável pelo paciente após os procedimentos envolvidos no estudo terem sido detalhadamente explicados.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EPIDEMIOLOGIA

As neoplasias tireoidianas representam cerca de 2,5% de todas as neoplasias, e podem ser classificadas de acordo com o grau de preservação do fenótipo tiroideu em carcinomas bem diferenciados como o papilar e folicular, carcinomas pouco diferenciados e ainda carcinomas indiferenciados ou anaplásicos. O tipo de patologia tumoral depende de mutações cumulativas e alterações epigenéticas em diversas vias de sinalização, que geram uma desdiferenciação

progressiva formando um espectro que tem início num tireócito normal e extremo de diferenciação no Carcinoma Anaplásico da Tireoide (CAT) (VALENTE, 2015).

A incidência do CAT é de 1 a 2 para cada 1.000.000 de habitantes, sendo que sua ocorrência tem diminuído em países industrializados, mostrando-se maior em áreas insuficientes de iodo (CARVALHO, 2005). Dentre os tumores da tireoide, o CAT é o mais raro, representando cerca de 2% desses, e também o mais letal desse grupo, sendo responsável por 50% das mortes devido a tumor da tireoide. Após o diagnóstico, o prognóstico é inexoravelmente fatal com sobrevida média de 5 a 6 meses (VALENTE, 2015).

Em relação à sua prevalência, 55% dos casos ocorrem em mulheres, sendo mais comum em idosos com um pico na sexta e sétimas décadas de vida (CARVALHO, 2005). Um estudo envolvendo 12 pacientes portadores de CAT demonstrou que 66,6% acometeram mulheres e 44,4% homens, sendo que no momento do diagnóstico, 83% dos pacientes tinham idade superior a 60 anos, com uma média de 69 anos de idade (MARTINS,2003).

3.2 FISIOPATOGENIA

Acredita-se que o CAT representa o estágio mais avançado na desdiferenciação de um carcinoma benigno da tireoide, papilífero ou folicular, de longa evolução no qual se instala uma alteração anaplásica (CARVALHO, 2005). A exemplo disto, um estudo de 12 casos de CAT, demonstrou que 50% dos doentes apresentavam bócio multinodular de longa evolução ou carcinoma diferenciado da tireoide (MARTINS,2003). Outro autor apresentou o caso de uma paciente de 59 anos, diagnosticada com bócio multinodular benigno no ano de 2009, com evolução para neoplasia maligna indiferenciada de alto grau, compatível com carcinoma anaplásico da tireoide, seis anos depois (DALPONTE, 2015).

Estudos de biologia molecular apontam que a alteração anaplásica está associada à inativação do gene p53, responsável por inibir o crescimento de células afetadas por uma mutação neoplásica (CARVALHO, 2005). É sugerido que as mutações do gene supressor tumoral (p53) ocorram após o desenvolvimento do tumor original, uma vez que estão presentes em cerca de 75% dos CATs, mas não no componente diferenciado, indicando forte relação com a desdiferenciação (MARTINS, 2003).

As células anaplásicas não expressam os genes específicos da tireoide, com isso, são incapazes de sintetizar os hormônios tireoidianos, pois não produzem tireoglobulina, não captam ou concentram iodo, e não expressam receptores para o TSH em sua membrana (CARVALHO, 2005).

Assim, a falha na expressão do transportador sódio/iodeto em células anaplásicas, reflete na perda das funções específicas realizadas pelas células tiroideias normais (MARTINS, 2003).

Devido a resistência à apoptose conferida pela mutação do gene supressor p53, este tumor tem proliferação celular muito aumentada, com tempos de duplicação celular muito curtos (MARTINS,2003). Com isso, há um crescimento tumoral muito rápido com grande capacidade de invasão dos tecidos vizinhos (VALENTE, 2015).

3.3 DIAGNÓSTICO

A suspeita clínica de CAT pode ser feita diante de um rápido aumento da massa da tireoide com características de disseminação local, podendo ocasionar a obstrução das vias aéreas centrais por invasão local ou efeito de compressão extrínseca, causando dispneia, disfagia, estridor inspiratório e paralisia nervosa, sendo o rápido comprometimento da via aérea a principal causa de morte em pacientes com este tipo de tumor (MADAN, 2017).

Desta forma o diagnóstico é principalmente clínico (VALENTE, 2015). Ao exame físico encontra-se com maior frequência uma massa cervical dura, maior do que 10cm, infiltrativa, sem limites precisos e fixa aos planos adjacentes, de modo que mais de um terço dos pacientes com CAT apresentam bócio de longa evolução. Um estudo feito com 84 pacientes na Clínica Mayo apresentou como os principais sintomas de pacientes diagnosticados com CAT: Rouquidão 77%, Disfagia 56%, Paralisia de corda vocal 49%, Dor cervical 29%, Perda de peso 24%, Dispneia 19% e Estridor 11% (CARVALHO, 2005). Um caso de paciente feminina portadora de bócio multinodular benigno que evoluiu para CAT, demonstrou como sintomas presentes ao diagnóstico aumento do volume em região cervical anterior, disfagia para sólidos, dispneia paroxística noturna, necessidade de hiperextensão do pescoço durante o dia e perda ponderal de 8kg (DALPONTE, 2015). Em análise retrospectiva de 12 casos de CAT, os sinais e sintomas de apresentação em ordem decrescente de frequência foram: aumento de massa cervical, rouquidão, dispneia, disfagia, dor local e nódulo da tireoide incidentalmente diagnosticado por exame de imagem (MARTINS, 2003).

As células anaplásicas possuem rápida capacidade de invasão das estruturas adjacentes com metastização rápida e generalizada. No diagnóstico as metástases cervicais encontram-se presentes na maioria dos casos (MARTINS, 2003). Sejam únicas ou múltiplas, uni ou bilaterais as metástases cervicais ocorrem em mais de 40% dos casos (CARVALHO, 2005). Em relato de caso de CAT, um homem de 38 anos procurou o serviço de emergência com queixa de dispneia agravada há 2 dias,

bem como um inchaço indolor sobre o aspecto anterior do pescoço há 15 dias que tinha aumentado rapidamente de tamanho nos últimos 2 meses. Ao exame havia uma massa multilobulada firme visível e palpável através da linha média do pescoço com plenitude estendendo-se até o esterno (MADAN, 2017).

Os sítios de metástase a distância mais comuns são os pulmões e a pleura sendo acometidos em mais de 90% dos doentes metastáticos. As metástases ósseas ocorrem em 5 a 15% e as cerebrais 5%. Podem ainda acometer o tecido cutâneo, hepático, renal, pancreático, cardíaco e a glândula adrenal (CARVALHO, 2005). Na análise de 12 portadores de CAT, desenvolveu-se um estudo imagiológico por tomografia axial computadorizada em que seis doentes (50%) apresentavam metástases pulmonares, quatro (33,3%) invasão da laringe e carótidas, quatro (33,3%) desvio da traqueia e um (8,3%) metastização cerebral (MARTINS, 2003).

O exame de primeira escolha para avaliação de qualquer massa palpável na tireoide é a ecografia seguida de biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF), que quando associada à imunocitoquímica tem grande sensibilidade. Para obter uma amostra adequada de um tumor de grandes dimensões, como os CATs, devem ser aspirados em 2 ou 3 locais diferentes, e no caso de ela não ser diagnóstica a biópsia incisional ou cirúrgica também podem ser feitas (VALENTE, 2015). Caso haja hemorragia, fibrose ou necrose no interior do tumor os resultados da BAAF podem ser inconclusivos, no entanto, se houver suspeita clínica, a cirurgia não deve ser retardada (CARVALHO, 2005).

Os exames diagnósticos inicialmente solicitados são ultrassonografia cervical, tomografia computadorizada da cervical, tórax e abdômen, cintilografia óssea, para determinação da extensão tumoral local e metástases à distância, bem como laringoscopia, hemograma, TSH e cálcio sérico (CARVALHO, 2005). A ecografia cervical constitui a primeira linha na avaliação do doente, pois permite avaliação do tumor primário, o envolvimento ganglionar local e a invasão de estruturas adjacentes, além de auxiliar na punção. Já a inspeção laríngea por laringoscópio, tem como finalidade a confirmação da invasão de via aérea e paralisia das cordas vocais sendo recomendada broncoscopia para exame de traqueia ou ainda endoscopia digestiva alta na suspeita de lesão esofágica. Caso haja sintomas ósseos a primeira opção para avaliar presença de metástases é a radiografia (VALENTE, 2015).

Uma paciente portadora de CAT foi submetida inicialmente a exames de confirmação diagnóstica como ultrassonografia da tireoide a qual evidenciou imagens nodulares bilaterais indicando necessidade de biópsia cirúrgica aberta, que demonstrou no exame anatomopatológico, neoplasia maligna indiferenciada de alto grau. Na ressonância magnética da cervical pôde-se observar uma massa anterior de aproximadamente 10 centímetros no maior diâmetro com invasão

de estruturas adjacentes e compressão da traqueia e na tomografia computadorizada de tórax foram evidenciadas metástases pulmonares (DALPONTE, 2015). Em outro caso de CAT, foi realizada tomografia do pescoço e tórax, que revelou uma grande massa heterogênea com extensa necrose central no lóbulo direito da tireoide, com invasão da traqueia e compressão do brônquio ipsilateral, sendo o diagnóstico confirmado por BAAF (MADAN, 2017).

3.4 TRATAMENTO

O aparecimento súbito e rápido crescimento do CAT, ao contrario dos carcinomas bem diferenciados que possuem cura, implica no envolvimento precoce de uma equipe multidisciplinar para garantir o melhor cuidado ao doente. A definição da terapêutica deve prezar a vontade e reserva funcional do doente, disponibilidade de opções terapêuticas e o objetivo da intervenção, podendo ser paliativo ou curativo (VALENTE, 2015). Geralmente diagnosticado numa fase avançada, o CAT é uma patologia desafiadora, sendo os recursos terapêuticos pouco eficazes (DALPONTE, 2015).

O desenvolvimento de métodos que permitam o diagnóstico mais precocemente, assim como novas terapêuticas eficazes e seguras são fundamentais na melhora do prognóstico dos pacientes. Porém, mesmo com o melhor tratamento possível, o CAT possui mau prognóstico (VALENTE, 2015). Medidas terapêuticas como cirurgia, radioterapia, iodo radioativo 131, mostraram-se ineficazes com taxa de mortalidade de 100%, sendo a sobrevida de 15 dias a 9 meses após o diagnóstico (MARTINS, 2003). No entanto, há melhora da sobrevida por ressecção tumoral quando comparada ao tratamento clínico (CARVALHO, 2005).

A maioria dos estudos mostram que a ressecção completa do tumor está associada a maior sobrevida livre de doença e global, por isso, o uso de terapias neoadjuvantes que reduzem o tamanho do tumor são importantes em grupos selecionados para torna-lo ressecável (VALENTE, 2015). Com isso, principalmente em grupos de pacientes jovens com tumores menores, o diagnóstico precoce garante uma cirurgia sem retardos desnecessários além de disponibilizar uma abordagem multidisciplinar (CARVALHO, 2005).

O tratamento de escolha para CAT envolve a combinação de cirurgia, quimioterapia e radioterapia, no entanto quando o tumor está num estágio avançado envolvendo vias aéreas, vasos sanguíneos e cavidade intratorácica a cirurgia muitas vezes não é mais viável (MADAN, 2017). Assim, a cirurgia deve ser feita sempre que possível, pois permite um maior controle local da doença, diminuindo a necessidade de traqueostomia e morte por asfixia (MARTINS, 2003).

Há uma resistência do CAT a maioria dos fármacos quimioterápicos, sendo a doxorubicina o mais usado, tendo uma taxa de resposta de 22%, que aumenta quando associada à cisplatina. Recomenda-se a combinação de fármacos como texanos, antraciclina e platina (VALENTE, 2015). Porém, O uso isolado de quimioterapia ou radioterapia não modifica a sobrevida (CARVALHO, 2005).

Uma vez que os resultados terapêuticos são limitados, é preciso manejar a dor e controlar as vias aéreas, bem como oferecer suporte emocional e acesso à equipe de cuidados paliativos (CARVALHO, 2005). A manutenção da via aérea pérvia é feita prioritariamente por ressecção cirúrgica com reconstrução, no entanto, tumores extensos e disseminados que comprometem estruturas adjacentes são inoperáveis. A traqueostomia, também utilizada para manter a via aérea patente, pode ser dificultada em casos de massas tireoideas volumosas, especialmente quando há extensão intratorácica. Estes procedimentos atuam apenas na melhora sintomática (MADAN, 2017). A principal causa de morte nos pacientes é a invasão tumoral de estruturas vitais na região do pescoço, desta forma é preciso pensar nos benefícios paliativos e de sobrevida a curto prazo possibilitados pela cirurgia (VALENTE, 2015).

O índice de prognóstico formulado por Sugitani et al. composto por 4 itens: presença de sintomas agudos, tumor de grandes dimensões, presença de metástases à distância e leucocitose, implica na definição do plano terapêutico. Uma pontuação elevada indica pacientes que estão muito debilitados para tolerar o tratamento intensivo, sendo recomendada assim, a terapia paliativa. Desta forma, para pacientes com menos fatores de risco e mais esperança de vida é indicado um tratamento multimodal agressivo com cirurgia associada a quimioterapia e radioterapia. No entanto, pacientes em que os fatores de prognóstico não antecipe bons resultados de sobrevida pós tratamento, o tratamento agressivo só irá deteriorar a qualidade de vida sendo as medidas de suporte e controle da doença local para prevenir morte por asfixia, disfagia ou hemorragia a melhor escolha (VALENTE, 2015).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 RELATO DE CASO

JMM, maculino, 84 anos, natural e procedente de Cascavel, Paraná. Paciente iniciou acompanhamento com queixas de cansaço, dispneia e palpitações em abril de 2005, ao exame

apresentava-se com bócio multinodular, dosagem de anticorpos negativos, exames de função tireoidiana compatível com hipertireoidismo (TSH < 0,01; T4 total 22, T3Livre 3,71); cintilografia de tireóide demonstrando aumento de volume de tireóide bilateral com área focal hipercaptante em lobo direito/istmo; foi iniciado tratamento medicamentoso com Tapazol 30 mg e Propranolol 40 mg de 12/12 horas. O paciente perdeu o seguimento, retornando em maio de 2009 com queixas de dispneia, emagrecimento e aumento do bócio, persistindo com quadro laboratorial de hipertireoidismo (TSH 0,01; T4Livre 2,8 e T3Livre 9,7), nova cintilografia com aumento da captação do radiofármaco e das dimensões tireoidianas em relação ao exame de 2005 com área focal hipercaptante em lobo direito/istmo, sendo indicado tratamento com Iodo radioativo (I^{131}) 30 Mci. No seguimento apresentou melhora dos sintomas clínicos e normalização da função tireoidiana (TSH 3,07; T4Livre 0,83). Novamente foi perdido o seguimento e retornou em dezembro de 2015 com quadro de prostração, dispneia aos mínimos esforços, emagrecimento, disfagia e salivação intensa, bócio volumoso e mergulhante ao exame físico; ecografia com aumento de dimensões de tireóide e sinais inespecíficos de tireoidopatia difusa; cintilografia com áreas focais bilaterais hipocaptantes.

O paciente foi encaminhado para tratamento cirúrgico sendo realizado tireoidectomia total com resultado anatomopatológico confirmando carcinoma anaplásico de tireóide, evoluindo com óbito no pós-operatório.

4.2 DISCUSSÃO

Esse estudo visou a descrição da evolução de um caso de Carcinoma Anaplásico da Tireoide, com desfecho negativo, tendo em vista a malignidade da doença somada aos fatores de risco que geravam grande debilidade e mau prognóstico ao paciente.

De acordo com o relatado, o paciente apresentou sintomas como fadiga, dispneia e salivação intensa, não estando dentro dos principais sintomas relatados pela literatura. Um estudo feito com 84 pacientes na Clínica Mayo apresentou como os principais sintomas de pacientes diagnosticados com CAT: Rouquidão 77%, Disfagia 56%, Paralisia de corda vocal 49%, Dor cervical 29%, Perda de peso 24%, Dispneia 19% e Estridor 11% (CARVALHO, 2005).

A suspeita clínica de CAT pode ser feita diante de um rápido aumento da massa da tireoide com características de disseminação local (MADAN, 2017), e conforme visto no prontuário, o paciente apresentou, em um ano, o aumento de um nódulo palpável bilateralmente na região da glândula tireoide visível também à ecografia, para um bócio mergulhante, o que poderia levantar

suspeitas. No entanto, ao exame cintilográfico, foi constatada benignidade, por se tratar de um nódulo quente, hiperfuncionante.

Após 10 anos da primeira cintilografia, uma nova cintilografia constatou a presença de áreas frias, hipocaptantes em grande bócio multinodular, indicando malignidade uma vez que as células anaplásicas não expressam os genes específicos da tireoide, com isso, não captam ou concentram iodo (CARVALHO, 2005). Esta evolução progressiva, também pôde ser observada em um caso de uma paciente de 59 anos, diagnosticada com bócio multinodular benigno, com evolução para neoplasia maligna indiferenciada de alto grau, compatível com carcinoma anaplásico da tireoide, seis anos depois (DALPONTE, 2015). Outro estudo envolvendo 12 casos de CAT demonstrou que 50% dos doentes apresentavam bócio multinodular de longa evolução ou carcinoma diferenciado da tireoide (MARTINS,2003), ficando evidente também no caso em estudo o padrão de evolução de bócio de longa duração para CAT.

Diante do diagnóstico de áreas focais frias localizadas em ambos lobos, o paciente foi encaminhado para terapia com iodo radioativo 131 com finalidade de alívio dos sintomas e preparo pré-cirúrgico. A maioria dos estudos mostram que a ressecção completa do tumor está associada a maior sobrevida livre de doença e global, por isso, o uso de terapias neoadjuvantes que reduzem o tamanho do tumor tem importância em grupos selecionados afim de torna-lo ressecável (VALENTE, 2015).

Devido ao alto risco de malignidade, optou-se pela retirada cirúrgica do tumor que constatou, pós exame anatomopatológico, a presença de CAT. Foi visto que o paciente teve o diagnóstico anatomopatológico aos 84 anos, estando de acordo com o previsto por um estudo onde 83% dos pacientes no momento do diagnóstico apresentavam idade superior a 60 anos de idade (MARTINS,2003).

Conforme relatado, o paciente faleceu no pós- cirúrgico, porém não constava a causa imediata da morte no prontuário. O prognóstico inexoravelmente fatal já era esperado tendo em vista que o CAT é responsável por 50% das mortes devido a tumor da tireoide e após o diagnóstico, apresenta sobrevida média de 5 a 6 meses (VALENTE, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Carcinoma Anaplásico de Tireóide apesar de raro está entre os tireoidianos mais letais. Por isso, há uma procura por métodos que permitam o diagnóstico mais precocemente e terapêuticas eficazes e seguras que possam proporcionar uma melhor sobrevida aos portadores. Avaliar o risco

benefício entre uma intervenção agressiva e cuidados paliativos que aumentem a qualidade de vida do doente é uma decisão difícil e deve ser tomada em conjunto com o paciente.

A partir da análise do caso clínico, pôde-se constatar que os sintomas clínicos apresentados pelo paciente não foram de encontro aos principais sintomas relatados pela literatura, não sendo uma estratégia que possa antecipar a suspeita diagnóstica. No entanto, o conhecimento do comportamento e evolução da doença ao longo do tempo, confirmou as hipóteses do processo de desdiferenciação em carcinoma anaplásico a partir de um carcinoma benigno. Assim, estar atento ao crescimento rápido de bócio volumoso em pacientes com histórico de nódulos benignos pode permitir a suspeita diagnóstica precoce e antecipar o pedido de exames que através da avaliação das características tumorais, predizem precocemente o alto risco de malignidade.

Concluindo, o diagnóstico precoce a partir do reconhecimento das características e manifestações do Carcinoma Anaplásico de Tireoide, permite a identificação da doença em estágios menos avançados, tendo o paciente menos debilidade e, com isso, a opção de uma terapia multimodal agressiva capaz de prolongar a sobrevida, que se instituída em pacientes com doença avançada irá apenas deteriorar a qualidade de vida, sendo apenas as medidas de suporte e terapia paliativa opções favoráveis.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, G.A; GRAF. H. Carcinoma Indiferenciado da tireoide. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Curitiba, v.49, n.5, p. 719-724, outubro 2005.

DALPONTE, R. S; ZACCARON, M. R; DELLA, E.S.P. **Relato de Caso:** Portadora de Carcinoma Anaplásico da tireoide com doença metastática atendida em centro de referência oncológica no Sul do estado de Santa Catarina. Criciúma, 2015.

MADAN, K; SHRESTHA, P; GARG, R; HADDA, V; MOHAN, A; GULERIA, R. Bronchoscopic management of critical central airway obstruction by thyroid cancer: Combination airway stenting using tracheal and inverted-Y carinal self-expanding metallic stents. **Lung India**, março- abril 2017; 34 (2): 202-205; doi: 10.4103 / 0970-2113.201297; PubMed PMID: PMC5351371.

MARTINS, T.D; CARRILHO, F; LEITÃO, P; LEMOS, M.C; CAMPOS, M.V; GERALDES, E; CARVALHEIRO, M. Carcinoma Anaplásico da tireoide Análise Retrospectiva de 12 casos. **Acta Médica Portuguesa**, Coimbra, p. 349-352, maio 2003.

VALENTE, M.F; COSTA, J.C. Carcinoma anaplásico da tireoide: tendências atuais e perspectivas futuras. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, Porto, março 2015.