



Carcinoma de cisto do ducto tireoglosso: Relato de caso

Thyroglossal duct cyst carcinoma: Case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n1-017

Recebimento dos originais: 16/01/2024

Aceitação para publicação: 06/02/2024

Carolina Meller Jost

Lattes: 9254340460014189

Estudante de medicina da Universidade de Passo Fundo,

E-mail: carolinajost6@gmail.com.

Claudiane Machado Visintin

Lattes: 8071276987470332

Estudante de medicina da Universidade de Passo Fundo,

E-mail: clau.visintin@gmail.com.

Robledo Meller Alievi

Graduação em Medicina na Universidade Federal de Santa Maria

Residência Médica em Cirurgia Geral, HCPF, Passo Fundo

Cirurgião de cabeça e pescoço do CACON, Hospital de Caridade de Ijuí

Coordenador do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral, do Hospital de Caridade de

Ijuí

E-mail: robledoalievi@hotmail.com

Trabalho apresentado, na VII Semana do Conhecimento da Universidade de Passo Fundo, no XXVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e XIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 2021 e publicado nos anais do evento: Archives of Head and Neck Surgery, 2021. v. 50. p. 4-109 e aprovado para publicação nos anais e apresentação no V Seven International Multidisciplinary Congress.

RESUMO

Introdução: Considerada a anomalia congênita mais comum do desenvolvimento da glândula tireóide, o Cisto de Ducto Tireoglosso (CDT) possui uma prevalência estimada em 7% da população, apesar da grande maioria desses cistos serem benignos, cerca de 1% dos casos pode malignizar. **Objetivo:** Relatar a história, evolução e manejo de paciente com cisto de 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 CDT. Procura um cirurgião de Cabeça e Pescoço em 2020 para reavaliação 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-histoquímico 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 tireóide 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 CDT devem ser discutidos devido à escassez de relatos na literatura e sua rara incidência no campo clínico.

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



1 INTRODUÇÃO

Um cisto do ducto tireoglossos (CDT) 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 tireoglossos. Normalmente, durante a terceira semana de desenvolvimento fetal, a glândula tireoide desce ao longo do ducto tireoglossos, uma estrutura originada do forame cego da língua, passando pela base da língua em direção à parte frontal inferior do pescoço, onde normalmente fica encontrado em adultos (Figura 1). O ducto tireoglossos fisiologicamente desaparece na décima semana de gestação, em alguns casos, ele pode falhar em obliterar e formar um cisto. A malignidade do CDT raramente ocorre, apenas em cerca de 1% de todos os casos, sendo o carcinoma papilar o tipo mais comum (1). O CDT é geralmente assintomático e detectado nas primeiras duas décadas de vida (2). 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 (3).

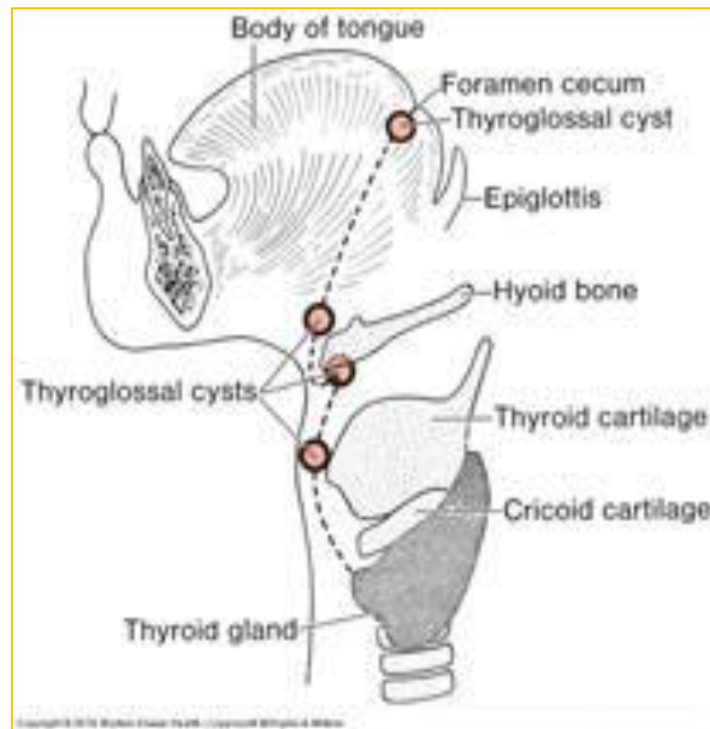
A classificação patológica para malignidade que ocorre nos cistos de ducto tireoglossos divide-se em carcinoma papilífero, que corresponde 80% dos casos relatados, variante folicular do papilar da tireoide que ocorre em 8% dos casos, carcinoma de células escamosas em 6% e adenocarcinoma, carcinoma anaplásico e folicular da tireoide correspondem a 6%. De modo geral, há predileção de acometimento pelo sexo feminino. A idade média de ocorrência é de 39 anos no carcinoma de CDT de qualquer tipo e 54 anos no carcinoma de células escamosas (7).

A avaliação de um paciente com cisto de ducto tireoglossos deve correlacionar os achados clínicos com exames de imagem: Tomografia Computadorizada (TC) ou Ultrassonografia (USG) (8). Na maior parte dos casos relatados na literatura, o carcinoma de CDT apenas é diagnosticado como achado incidental no exame histopatológico pós-operatório (8,9). Apenas uma minoria é diagnosticada por meio de Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) na avaliação pré-operatória. Por fim, a realização de exame anatomopatológico em todos os casos é imperativa para confirmação diagnóstica (10).

Para o manejo correto é essencial diferenciar o carcinoma de CDT primário e o carcinoma metastático. O diagnóstico de carcinomas primários provenientes de um carcinoma de CDT é feito a partir de três critérios obrigatórios: 1) presença de carcinoma na parede do CDT; 2) presença de

tecido normal da glândula tireoide adjacente ao tumor; 3) presença de glândula tireoide clinicamente normal, sem qualquer evidência de carcinoma tireoidiano primário. São indicadas a cirurgia de Sistrunk e tireoidectomia seguida de ablação com iodo 131 e supressão do TSH nas lesões metastáticas. Geralmente o prognóstico é favorável (20).

Figura 1. 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 feminina, 40 anos de idade, hígida, não tabagista, não etilista, sem histórico de alergias. Procura, em 2020, um cirurgião de Cabeça e Pescoço a quem relata que há 2 anos foi diagnosticada por um otorrinolaringologista com cisto de ducto tireoglossos. Refere procurar reavaliação do caso devido ao aumento progressivo do nódulo, com consequente desconforto local. O aumento de volume era assintomático até então, de crescimento lento e não havia histórico de casos semelhantes na família. Assim como descrito na literatura, em nosso caso, a paciente iniciou o quadro com massa cervical palpável, assintomática.

Realizados exames complementares, a ecografia apresentou um nódulo de 2,4 cm, de aspecto cístico, bem delimitado, sugestivo de cisto tireoglossos e o ultrassom realizado no consultório do cirurgião revelou tireoide de morfologia e tamanhos normais, sem nódulos de qualquer natureza, linfonodos cervicais de aspecto usual. Após a realização dos exames

necessários foi indicada a cirurgia para sua retirada. O exame anatomopatológico após a retirada cirúrgica do cisto revelou cisto de ducto tireoglosso exibindo um foco com projeção de papila atípica na parede, suspeito de transformação maligna, foi então indicada a necessidade de exame imuno histo-patológico (Figura 2); 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. Paciente retorna ao consultório assintomática, sem evidência de retorno de massa palpável, confirmado por exames complementares ao exame físico.

Figura 2. Resultado do exame imuno-histoquímico, que confirmou a suspeita de transformação maligna.

Material	
Exame de imuno-histoquímica.	
Dados Clínicos	
Nódulo na linha média cervical. US - cisto tireoglosso.	
Marcador (anticorpo)	Expressão
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

3 DISCUSSÃO

A glândula tireoide tem 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 tireoglosso, esse canal oblitera durante a 8ª e a 10ª semana gestacional. Contudo, na atrofia incompleta deste canal, o remanescente do ducto pode formar um cisto, 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. O cisto do ducto tireoglosso é o cisto não odontogênico mais comum, com prevalência de 7% da população adulta (11).

Um carcinoma em cisto de ducto tireoglosso é um achado raro na literatura, ocorre em menos de 1% entre os cistos do ducto tireoglosso, a primeira descrição data de 1911 e, até 2004, cerca de 200 casos foram descritos na literatura (14) tendo sua origem no tecido tireoidiano ou epitelial. O tipo mais comum é o carcinoma papilífero (80%), seguido pelo carcinoma misto, papilífero e folicular (8%), e carcinoma de células escamosas (6%). Os 6% restantes incluem



carcinomas de células de Hürthle, folicular e anaplásico. (15). O carcinoma escamoso surge do epitélio colunar metaplásico (12). A apresentação clínica costuma ser similar à de doença benigna. Portanto, na maioria dos casos, o diagnóstico de malignidade é feito apenas após a cirurgia (15). A incidência de carcinoma papilar que surge no cisto do ducto tireoglossos é <1% e geralmente é observada em mulheres mais jovens, com uma proporção de sexo de 1,5:1 (13).

Quando existe suspeita clínica de malignidade, a PAAF ou exames de imagem podem auxiliar no diagnóstico (14). A tomografia computadorizada (TC), quando realizada, mostra uma lesão bem circunscrita, de baixa densidade, com parede fina. No caso de malignidade, os achados mais comuns são: nódulo sólido no cisto, seguido por microcalcificações, margem irregular e uma parede espessa (16). As microcalcificações podem ser um marcador específico para carcinoma papilífero do DTG (17).

A PAAF, apesar de bem indicada na suspeita de cisto do DTG, é incapaz de diagnosticar o carcinoma do tipo folicular. Isso mostra a importância de um exame clínico adequado que, associado aos achados intra-operatórios, deve ser a base da decisão terapêutica nos casos de suspeita (15). Já que a ausência de alterações na PAAF não exclui a presença de malignidade, especialmente se a suspeita clínica for alta, deve-se discutir com pacientes antes da cirurgia a possibilidade de encontrar um carcinoma (8).

Como na maioria das vezes o carcinoma é achado incidental após excisão cirúrgica, os critérios para o diagnóstico são: o carcinoma deve estar na parede do cisto do DTG; o DTG deve ser distinguido de uma metástase cística linfonodal através de demonstração histológica de uma linha epitelial e folículos tireoidianos normais na parede do cisto; e não deve haver malignidade na glândula tireóide ou em qualquer outro possível sítio primário. Muitas vezes, o suposto cisto do DTG excisado é o único tecido tireoidiano funcional do paciente. Entretanto, uma imagem ultrassonográfica mostrando uma glândula tireóide em topografia normal em pacientes com suposto cisto do DTG pode excluir tireóide ectópica, mas vale lembrar que a especificidade do exame não é de 100%. Alguns autores sugerem se seria necessária uma investigação com cintilografia para descartar tecido tireoidiano ectópico antes de submeter o paciente ao tratamento cirúrgico para cisto do DTG. Contudo, recomenda-se a cintilografia apenas em dois grupos selecionados de pacientes: aqueles com níveis anormais de hormônios tireoidianos e aqueles em que a ultrassonografia não consegue detectar tecido tireoidiano no pescoço (18).

Frente à persistência do ducto tireoglossos e formação do cisto (com ou sem formação carcinogênica), o tratamento padrão ouro até o momento é a técnica de Sistrunk pois, proporciona melhores resultados quando comparada às outras técnicas para a mesma finalidade (5). Há

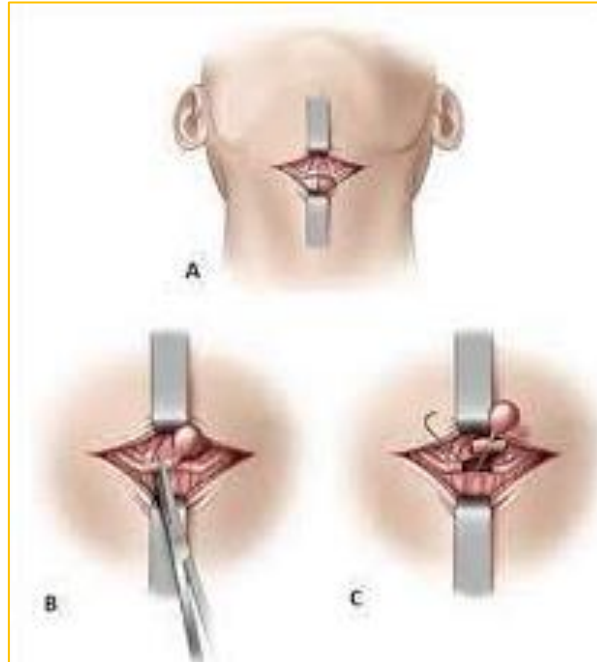
consenso de que a cirurgia para ressecção do carcinoma do ducto tireoglosso, ou procedimento de Sistrunk, é o tratamento de primeira escolha para os carcinomas de “baixo risco” – menos de 45 anos, tumor menor que 4 cm sem extensão para tecidos circunvizinhos, sem metástase à distância – na presença de glândula tireóide clinicamente e radiologicamente normal. Essa cirurgia consiste na 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 hióide (15).

Já aqueles pacientes do grupo de “alto risco” – mais de 45 anos, tumor maior que 4 cm, estendendo-se para os tecidos circunvizinhos, com metástase linfonodal ou à distância – requerem um tratamento mais amplo, incluindo tireoidectomia total com ou sem esvaziamento cervical, seguida de radioiodoterapia (19). Em pacientes pertencentes ao “grupo de alto risco”, excisões mais amplas devem ser feitas. Isto pode incluir tireoidectomia parcial ou total, quando há acometimento da tireoide, laringectomia total, ou esvaziamento cervical, em caso de metástases à distância. A radioterapia tem indicação para os casos em que há um acometimento de maior extensão, além da parede do cisto, sendo preconizada nos casos de tireoidectomia total (7).

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). 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 paratireóide lesão é consideravelmente baixa, especialmente nas mãos de um operador experiente (1).

Figura 3. Local de incisão no procedimento de Sistrunk.



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

4 CONCLUSÃO

O carcinoma em cisto de ducto tireoglosso é um achado raro, com predileção pelo sexo feminino, com variadas classificações, sendo a papilífera a mais comum delas, mas de qualquer forma, pouco relatado na literatura. O carcinoma em cisto de ducto tireoglosso se desenvolve a partir das paredes do cisto, que por si só já é um achado raro na população. A importância em se descrever seus casos se deve a rara incidência no campo clínico e a necessidade de se conhecer e suspeitar de tal patologia no atendimento aos pacientes, que na maioria das vezes são assintomáticos, mas, deve-se atentar principalmente para lesões endurecidas, fixas, irregulares e associadas a linfadenopatia. A suspeita clínica se dá através de um bom exame físico, que pode ser enriquecido com o adjunto de exames de imagem como ultrassonografia e tomografia, além de PAAF. O tratamento do cisto de ducto tireoglosso, independente de sua transformação maligna ou não, é sempre cirúrgico, tendo como padrão ouro a técnica de Sistrunk, e deve estar acompanhado do exame anatomopatológico



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 tireoglossos – Relato de Caso. Rev Salusvita, Ciên Biol Saúde (Bauru). 2020; Disponível em: 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 tireoglossos. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. 2012; Disponível em: <http://www.abccmf.org.br/cmf/Revi/2012/julho-setembro/4-Carcinoma%20do%20ducto%20tireoglossos.pdf>.
- Florinda C, et al. Carcinoma papilar do canal tireoglossos – Relato de caso e revisão da literatura. Rev Portuguesa Cir. 2019;. Disponível em: <file:///C:/Users/USU%20C3%2081RIO/Downloads/707-1-2300-1-10-20191228.pdf>.
- Angélica S, et al. Cisto tireoglossos 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>.
- Julliany B, et al. Carcinoma de células escamosas em cisto do ducto tireoglossos: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health|ISSN 2178-2091. 2020
- Rayess HM, et al. Thyroglossal duct cyst carcinoma: a systematic review of clinical features and outcomes. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2017 May; 156(5): 794-802.
- Shah S, et al. Squamous cell carcinoma in a thyroglossal duct cyst: a case report with review of the literature. Am J Otolaryngol. 2015 May-Jun; 36(3): 460-462.
- White IL, Talbert WM. Squamous Cell Carcinoma Arising In Thyroglossal Duct Remnant Cyst Epithelium. Otolaryngol Head Neck Surg. 1982 Jan-Feb; 90(1): 25-31.
- Yang YJ, Hagher S, Wanamaker JR, Powers CN. Diagnóstico de carcinoma papilífero em cisto do ducto tireoglossos por biópsia aspirativa com agulha fina. Laboratório Arch Pathol Med. 2000; 124 :139-42.
- Srinivasan R, Ranjini K, Vadhiraaja BM. Carcinoma papilífero primário de cisto do ducto tireoglossos – relato de caso. Microbiol Indiano J Pathol. 2005; 48 :228-30.
- Kiran A, et al. Critical appraisal of FNAC in the diagnosis of primary papillary carcinoma arising in thyroglossal cyst: A case report with review of the literature on FNAC and its diagnostic pitfalls. Journal of Cytology, 2010 Jan.



Motamed M, McGlashan JA. Thyroglossal duct carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12(2):106-9.

Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 37, n° 3, p. 179 - 181, julho / agosto / setembro 2008.

Branstetter BF, Weissman JL, Kennedy TL, Whitaker M. The CT appearance of thyroglossal duct carcinoma. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2000;21(8):1547-50.

Glastonbury CM, Davidson HC, Haller JR, Harnsberger HR. The CT and MR imaging features of carcinoma arising in thyroglossal duct remnants. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2000;21(4):770-4.

Kessler A, Eviatar E, Lapinsky J, Horne T, Shlamkovitch N, Segal S. Thyroglossal duct cyst: is thyroid scanning necessary in the preoperative evaluation? *Isr Med Assoc J.* 2001;3(6):409-10.

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.

DONATTI, Elisa Basso et al. Carcinoma papilífero primário de ducto do cisto tireoglosso – relato de caso. *SALUSVITA, Bauru*, v. 39, n. 1, p. 111-117, 2020.