

## Lesão osteolítica na Calote Craniana – Metástase reveladora de um Carcinoma da Tireoide

Tavares V<sup>1</sup> \*, Trancas C<sup>1</sup>, Campo M<sup>1</sup>, Santos S<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Vila Franca de Xira, Portugal

Recebido: março 2020/ Publicado: dezembro 2020

**\*Autor correspondente:**

Vanessa Tavares

[vanessa.tavares90@gmail.com](mailto:vanessa.tavares90@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.26537/citotech.vi6.3782>

### RESUMO

As metástases de carcinoma da tireoide integram uma baixa percentagem do total das metástases observadas na calote craniana. Apresentamos um caso de uma utente com 72 anos, com uma lesão osteolítica na calote craniana frontal direita, submetida a punção aspirativa por agulha fina, cujo diagnóstico foi compatível com tecido tiroideu. Na ecografia à tireoide, efetuou-se punção de um nódulo detetado e novamente da lesão osteolítica, cujas características celulares eram semelhantes, classificando-se a lesão como tumor folicular. A doente foi submetida a tiroidectomia total, tendo sido atribuído o diagnóstico histológico de Carcinoma Folicular.

**Palavras-chave:** Carcinoma folicular, metástases na calote craniana, metástase reveladora

## INTRODUÇÃO

As metástases na calote craniana são muito raras, sendo os tumores com maior incidência os de pulmão, mama e próstata, representando os da tireoide cerca de 2,5%, na sua maioria do tipo folicular<sup>1,2</sup>. Os tumores da tireoide subdividem-se em 5 subtipos histológicos: carcinoma papilar, carcinoma folicular, carcinoma medular, carcinoma indiferenciado e carcinoma pouco diferenciado. O carcinoma papilar é o tipo mais frequente e diversificado e tem crescimento lento e bom prognóstico<sup>1</sup>. Comparativamente, o carcinoma folicular incide em doentes de faixas etárias superiores, tem taxas de mortalidade mais elevadas e maior incidência de metástases à distância, nomeadamente no pulmão (49%) e no osso (24%), sendo que na calote craniana são muito raras<sup>3</sup>. O carcinoma folicular tem maior tendência para invasão vascular, aumentando a ocorrência de metástases à distância, conferindo-lhe maior agressividade<sup>4</sup>, sendo a sua taxa de sobrevivência aos 10 anos de cerca de 27%<sup>2</sup>.

## HISTÓRIA CLÍNICA

Mulher de 72 anos com uma tumefação na calote craniana, correspondendo na tomografia axial computadorizada a processo osteolítico, submetido a citologia aspirativa por agulha fina.

## ACHADOS CITOLÓGICOS

Na citologia em meio líquido foi possível observar um fundo de sangue, com células inflamatórias, algumas estruturas acelulares amorfas e células epiteliais (Figura 1A e D). Estas células surgiam isoladas e em agrupamentos, por vezes formando estruturas glandulares (Figura 1A e C). Ocasionalmente evidenciava-se ligeira anisocariose e sobreposição nuclear (Figura 1B e C). Com base nos achados citológicos, a citologia saiu inicialmente como positiva para células neoplásicas, necessitando de estudos complementares para um diagnóstico conclusivo.

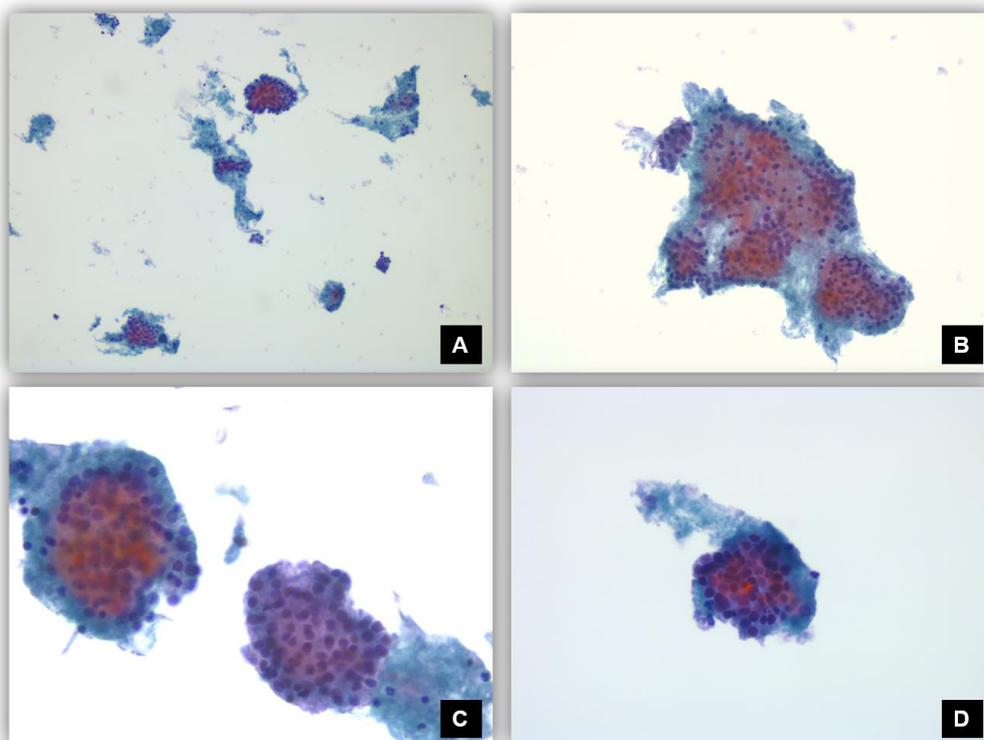


Figura 1 – Citologia Aspirativa de Nódulo na Calote Craniana: Agrupamentos celulares com arquitetura glandular, sobreposição nuclear, variabilidade no tamanho celular (A, B e C) e presença de estrutura acelular amorfa central (D), Coloração de *Papanicolaou*; ampliações de 100x, 200x, 400x e 400x,

## EXAMES COMPLEMENTARES E DISCUSSÃO

Foi realizado *cell-block* a partir do material da punção, observando-se numerosos agrupamentos com arquitetura glandular (Figura 2).

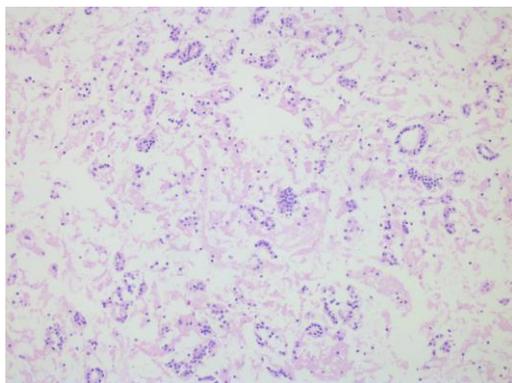


Figura 2 - Secção histológica de *cell-block* da amostra citológica do nódulo da calote craniana: agrupamentos celulares com arquitetura glandular, Coloração de Hematoxilina & Eosina, 100x.

Fez-se estudo imunocitoquímico, cujos resultados se resumem na Tabela 1.

Tendo em conta os testes complementares (positividade de TTF-1 e Tiroglobulina), o diagnóstico final do exame citológico foi aspetos citomorfológicos compatíveis com tiroide (ectópica vs neoplasia metastática).

Após o resultado da citologia, a utente foi submetida a uma ecografia à tiroide, verificando-se a existência de vários nódulos, puncionando-se um deles, e novamente o da calote craniana. Os aspetos citomorfológicos em ambas as amostras eram muito semelhantes: celularidade elevada, existência de material amorfo compatível com colóide e células foliculares organizadas em microfoliculos com irregularidade de contornos nucleares. Segundo a Nomenclatura do Sistema de Classificação de *Bethesda* as amostras foram classificadas como “Tumor Folicular/Suspeito para Tumor Folicular”<sup>5</sup> (Figura 4).

Seguidamente, a utente foi submetida a uma tiroidectomia total. Na peça operatória foram identificados vários nódulos, havendo um

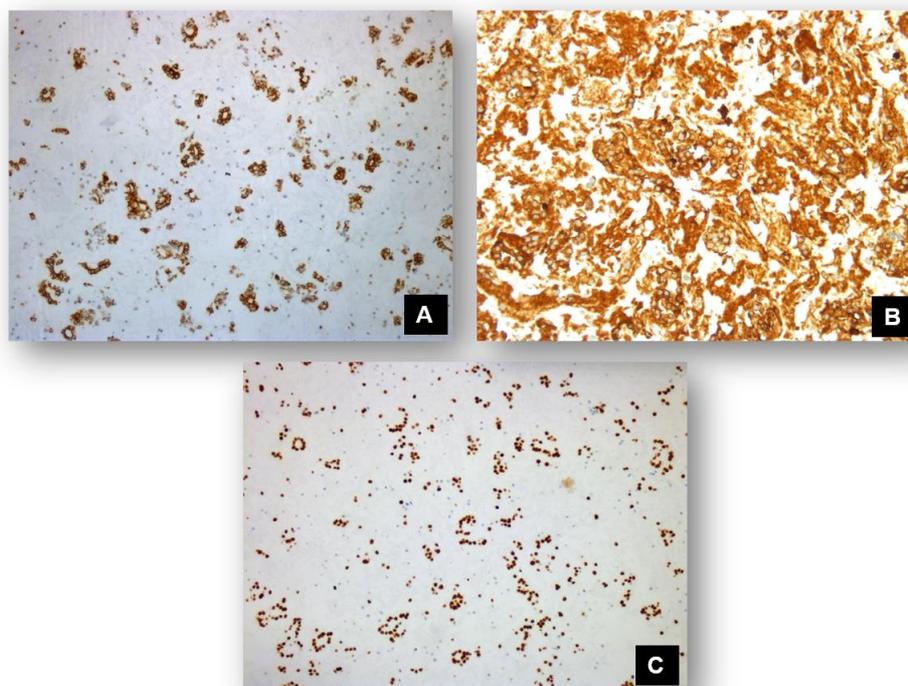


Figura 3 – Secções histológicas de *cell-block* da amostra citológica do nódulo da calote craniana submetidas a Imunocitoquímica: A – CK7, 100x; B – Tiroglobulina, 200x e C – TTF-1, 100x.

Tabela 1 – Técnicas Imunocitoquímicas realizadas no *cell-block* da amostra da lesão osteolítica

+	TTF – 1 Tiroglobulina Ck7	CD68 Ck5/6	-
---	---------------------------------	---------------	---

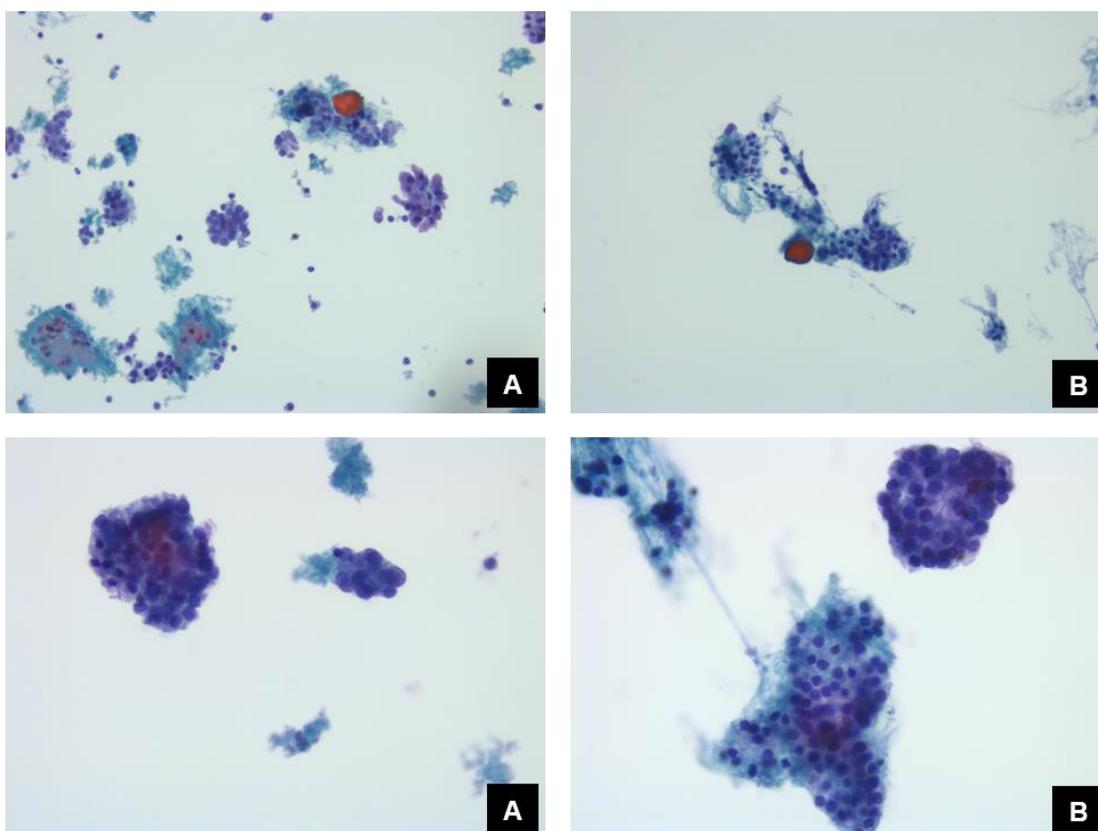


Figura 4 – Comparação dos achados citológicos da punção da lesão osteolítica (A) e de nódulo da tiroide (B), com características morfológicas sobreponíveis, Coloração *Papanicolaou*, 200x (imagens superiores) e 400x (imagens inferiores).

deles constituído por numerosas células foliculares organizadas em folículos com sobreposição, anisocariose e irregularidade de contornos nucleares (Figuras 4 e 5). Documentou-se ainda, envolvimento da cápsula tumoral e invasão vascular, culminando com o diagnóstico final de Carcinoma Folicular<sup>6</sup>. (Figura 4).

## CONCLUSÃO

As metástases na calote craniana podem ser a apresentação inicial do carcinoma folicular da tiroide, por este ter um comportamento muito imprevisível. Esta possibilidade de metástase deve ser tida em consideração aquando da existência de sintomas de disfunção do nervo craniano e achados radiológicos de destruição óssea<sup>1</sup>.

A utilização da punção aspirativa, como meio de diagnóstico minimamente invasivo, permitiu orientar o tratamento da utente. Numa primeira abordagem canalizou o estudo para a tireoide, possibilitando o diagnóstico de uma neoplasia até à data silenciosa.

### Agradecimentos

Um especial agradecimento aos colegas Catarina Duarte e João Palma pelo auxílio na revisão do caso e do artigo.

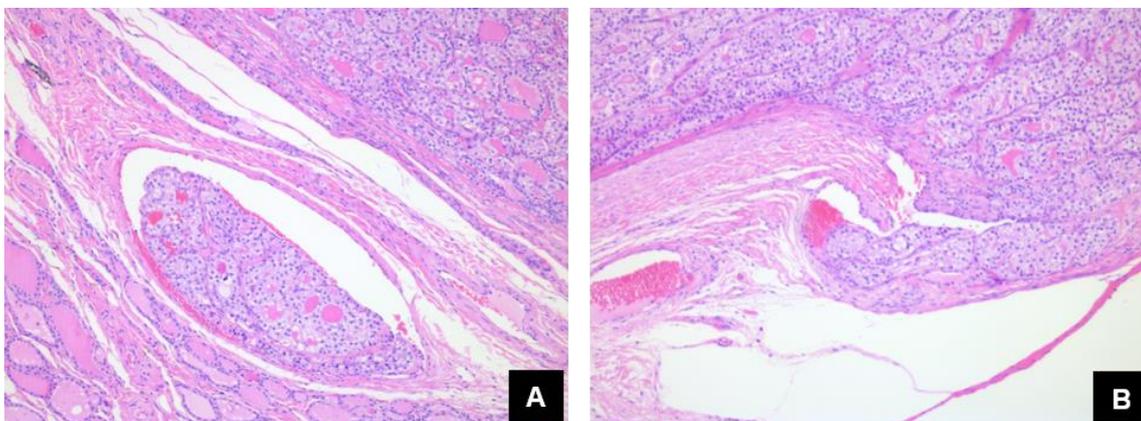


Figura 5 - Duas secções histológicas da peça de tiroidectomia total evidenciando invasão vascular (A) e envolvimento da cápsula do nódulo (B), Coloração de Hematoxilina & Eosina, 100x.

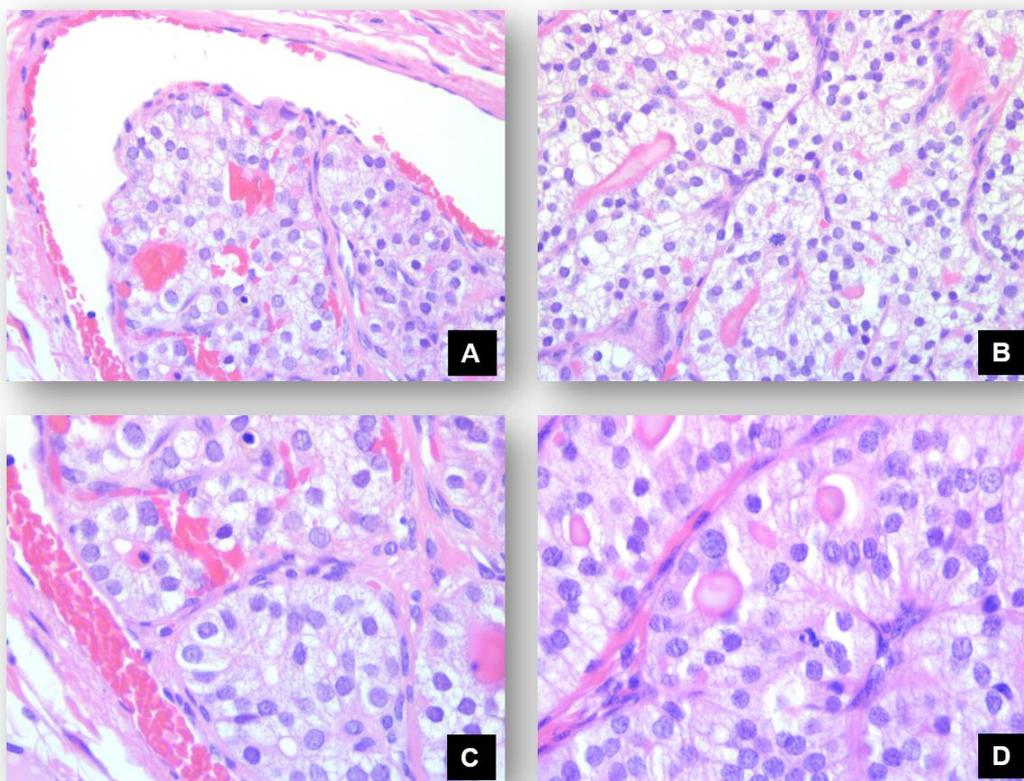


Figura 6 – Secções histológicas da peça de tiroidectomia total evidenciando a invasão vascular (A), presença de mitoses (B) e detalhe da morfologia nuclear (C e D), Coloração de Hematoxilina & Eosina, 400x, 400x, 630x e 630x, respetivamente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Matsuno A, Katakami H, Okazaki R, Yamada S, Sasaki M, Nakaguchi H et. al. Skull Base Metastasis From Follicular Thyroid Carcinoma. *Neurol Med Chir* 2010;50(5):421-5.
- 2 - Ozdemir N, Senoglu M & Acar UD, Canda MS. Skull metastasis of follicular thyroid carcinoma. *Acta Neurochirurgica* 2004 Oct;146(10):1155-8.
- 3 - Chiofalo MG, Setola SV, Di Gennaro F, Fulciniti F, Catapano G, Losito NS et. al. Follicular thyroid carcinoma with skull metastasis. *Endocrine Journal* 2015;62(4):363-9.
- 4 - Tahamtan M, Mokhtari M, Pakbaz S & Tahamtan M. Occult Follicular Thyroid Carcinoma Presenting as a Frontal Bone Metastasis: A Case Report. *Case Rep Med* 2012;2012:678935.
- 5 - Ali SZ & Cibas ES. *The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology*. Springer; 2018.
- 6 – Lloyd RV, Osamura RY, Kloppel G & Rosai J. *WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs*. 4th ed. Lyon: World Health Organization; 2017.