



# Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY

[www.bjorl.org](http://www.bjorl.org)



## RELATO DE CASO

### Thyroid compressive mass, a metastasis of femur chondrosarcoma after 14 years: case report and literature review<sup>☆</sup>



### Tumor compressivo tireoidiano, uma metástase de condrossarcoma femoral após 14 anos: relato de caso e revisão da literatura

François Simon<sup>a,\*</sup>, Marion Classe<sup>b</sup>, Pierre Vironneau<sup>a</sup>, Michel Wassef<sup>b</sup>,  
Philippe Herman<sup>a</sup> e Nicolas Le Clerc<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Paris Diderot University, Hôpital Lariboisière, Department of Otorhinolaryngology, AP-HP, Paris, França

<sup>b</sup> Paris Diderot University, AP-HP, Hôpital Lariboisière, Department of Pathology, Paris, França

Recebido em 13 de agosto de 2015; aceito em 16 de setembro de 2015

Disponível na Internet em 29 de março de 2017

## Introdução

As metástases intratireoidianas representam de 1 a 3% dos casos de câncer de tireoide.<sup>1-3</sup> No entanto, as metástases intratireoidianas de condrossarcoma são realmente muito raras, pois, segundo a nossa pesquisa, há apenas outros quatro casos relatados na literatura.<sup>4-6</sup> O presente caso se

destaca porque um tumor tireoidiano apareceu 14 anos após o tratamento de condrossarcoma inicial, sem qualquer outro local de recorrência distante.

## Relato de caso

Paciente do sexo masculino de ascendência marroquina, 62 anos, compareceu em nosso departamento em 2014 devido a um grande tumor no lobo tireoidiano direito. A história médica incluía hipertensão arterial, obesidade, diabetes tipo 2 e insuficiência renal crônica grave. O paciente também havia sido operado com sucesso havia 14 anos em nosso hospital, devido a um condrossarcoma no fêmur direito. Um acompanhamento clínico regular, anualmente, não havia revelado recidiva local ou distante e o paciente não apresentava déficit funcional. Na época, o paciente havia se consultado no departamento de ortopedia de nosso hospital devido a dor na parte superior da perna, que aumentava havia mais de um ano. Uma biópsia em janeiro de 2000 diagnosticou um condrossarcoma. Dois

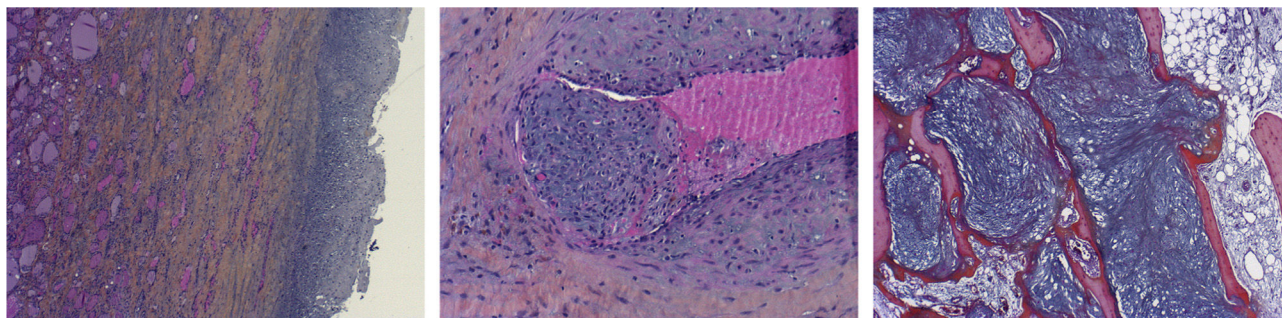
DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.09.008>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Simon F, Classe M, Vironneau P, Wassef M, Herman P, Le Clerc N. Thyroid compressive mass, a metastasis of femur chondrosarcoma after 14 years: case report and literature review. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83:602–4.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [fsimon05@gmail.com](mailto:fsimon05@gmail.com) (F. Simon).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.



**Figura 1** Comparação da histologia do condrossarcoma inicial (direita) e da metástase em tireoide 14 anos depois (esquerda e centro). Um laboratório especializado em sarcoma confirmou que ambas as lesões eram idênticas (Oscar Lambret de Lille, França). Esquerda: metástase em tireoide, coloração com HE  $\times 2,5$ ; tumor mixoide que infiltra o tecido e dissociação de vesículas tireoidianas. Centro: invasão vascular na metástase em tireoide; coloração com HES  $\times 10$ ; agrupamento de condrócitos indiferenciados em um estroma mixoide, cobertos por uma camada endotelial em lúmen de vaso. Direita: condrossarcoma de fêmur, coloração com HE  $\times 2,5$ , mostra reabsorção óssea maciça por um tumor condromixoide.

meses depois, o paciente foi operado e uma grande excisão do fêmur e dos músculos adjacentes (incluindo o trajeto da agulha de biópsia) foi feita. O tumor media  $60 \times 40$  mm e estava centrado no trocânter maior e colo do fêmur. A análise constatou um condrossarcoma de grau II com destruição óssea cortical (fig. 1) e margens largas de ressecção. Radioterapia ou quimioterapia adicional não foi feita.

O paciente deu entrada em nosso departamento em junho de 2014 devido a um tumor na tireoide, que crescia nos últimos meses e provocava compressão. O paciente apresentava disfagia e dispneia leves. O exame endoscópico revelou um desvio de traqueia, mas boa função das pregas vocais. A varredura por TC (fig. 2) mostrou uma grande massa no lobo tireoideano direito com um desvio traqueal importante, sem qualquer adenopatia. Um exame de ultrassom (US) revelou uma massa heterogênea, que medida  $90 \times 54 \times 68$  mm. Aspiração por agulha fina guiada por US não foi conclusiva (poucas células). Exames de sangue para avaliação da tireoide (TSH, T3, T4 e anticorpos) estavam normais e o paciente não apresentava qualquer distúrbio hormonal.

Devido aos sintomas compressivos e à falta de diagnóstico, uma tireoidectomia total foi feita três meses depois. Exceto pelo tamanho, a principal dificuldade operatória foi separar o tumor da artéria carótida à qual o tumor estava muito aderente. Além disso, uma lesão cística no lobo direito foi aberta lateralmente e os músculos que a recobriam precisaram ser incluídos na ressecção. O nervo recorrente direito foi localizado no tecido inflamatório entre a massa e a traqueia e foi difícil dissecá-lo. Os corte de congelamento durante a cirurgia foram inconclusivos. O paciente recebeu alta após cinco dias e no pós-operatório imediato observou-se paralisia parcial do nervo recorrente direito, sem qualquer consequência funcional.

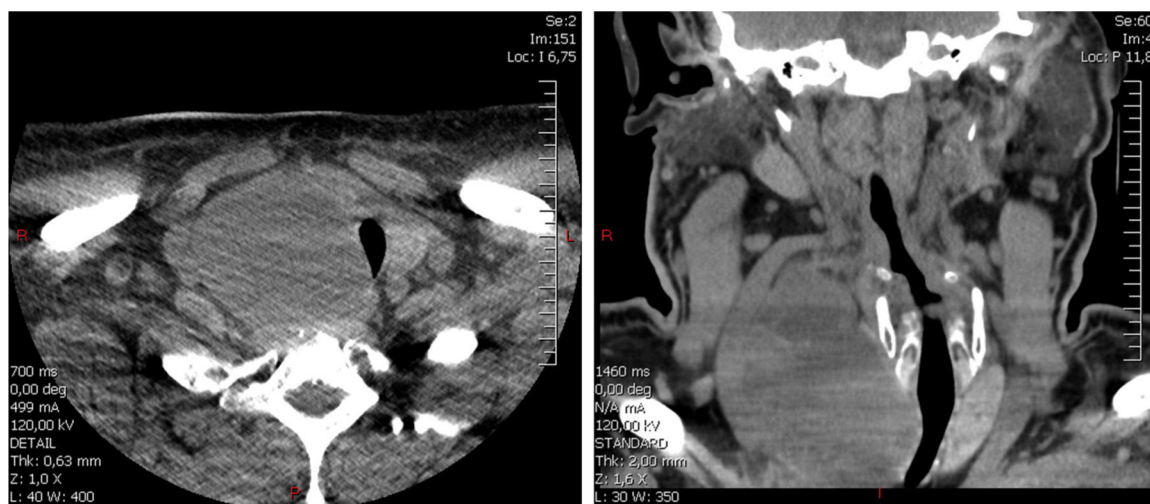
A análise do material em nosso hospital mostrou um tumor mixoide cístico, media mais de 40 mm, idêntico ao da lesão do fêmur tratada 14 anos antes. A análise também mostrou invasão vascular e infiltração da face lateral do lobo tireoideano direito. O diagnóstico foi de uma provável metástase do condrossarcoma (fig. 1). As lâminas histológicas das lesões da tireoide e do fêmur foram enviadas para um centro de referência em sarcomas (Centro Oscar Lambret, Lille, França) e o diagnóstico foi confirmado.

O caso foi então discutido em uma junta especializada em sarcoma. Não houve recomendação de um tratamento adicional para a metástase de tireoide porque a excisão cirúrgica foi considerada completa. No entanto, uma segunda metástase (10 cm) no pulmão direito foi diagnosticada e determinou uma nova cirurgia pulmonar (lobectomia). Nos meses seguintes, uma segunda metástase pulmonar e uma recorrência cervical inoperável foram descobertas. O paciente foi a óbito três meses depois, após quimioterapia paliativa.

## Discussão

As metástases intratireoidianas representam de 1,4 a 3% de todos os cânceres de tireoide.<sup>2</sup> Porém, exames sistemáticos *post mortem* revelaram que as metástases tireoidianas assintomáticas são muito comuns, em até 24% dos casos.<sup>2</sup> Estudos mostram que as metástases intratireoidianas são originárias principalmente de câncer renal ou de pulmão e mama.<sup>1-3</sup> Na maioria dos casos, as metástases em tireoide estão associadas a metástases multifocais, com uma taxa de sobrevida muito baixa. A tireoidectomia é normalmente feita para evitar complicações locais (compressão ou invasão) e para ajudar a diagnosticar o câncer primário.<sup>1-3</sup> Como neste caso, as metástases em tireoide são conhecidas por ocorrer, às vezes, décadas depois do câncer primário.<sup>1-4</sup> Na literatura, apenas três casos de condrossarcoma que resultaram em metástase na tireoide foram encontrados, o que enfatiza a raridade dessa condição. Em todos os casos, os pacientes foram a óbito rapidamente, devido a metástases múltiplas.<sup>4,5</sup>

O condrossarcoma tem um nível alto de recorrência local e a forma de tratamento mais comum é a cirurgia, com uma grande excisão em bloco, porque esse tipo de câncer é geralmente resistente à radioterapia e à quimioterapia.<sup>7,8</sup> O acompanhamento deve ser de longa duração, pois sabemos que as metástases aparecem mais de uma década após a lesão primária.<sup>7-10</sup> Embora as lesões de grau III muitas vezes causem metástases, as de grau I nunca causam e as de grau II causam em apenas 10% dos casos; portanto, os tumores de grau baixo têm uma taxa de sobrevida excelente após uma ampla ressecção.<sup>9</sup>



**Figura 2** TC da massa tireoidiana. Devido à insuficiência renal crônica do paciente, o contraste intravenoso não pôde ser administrado. Note a compressão importante da traqueia no plano transverso (esquerda) e desvio importante da traqueia e do vaso no plano coronal (direita). A massa media  $90 \times 54 \times 68$  mm.

O tratamento de condrossarcomas da cabeça e pescoço é diferente, pois normalmente são de baixo grau, com pouco risco de metástase.<sup>9,10</sup> Além disso, semelhantemente ao presente caso, como a ressecção completa com margens é raramente possível (especialmente na base do crânio), radioterapia adjuvante é frequentemente feita após a cirurgia.<sup>7,10</sup>

Neste caso, radioterapia adjuvante foi considerada, devido à invasão do músculo e aderência à artéria carótida e à ausência de ressecção do trajeto de aspiração da agulha, que é normalmente feita em condrossarcoma. De fato, a cirurgia cervical foi considerada suficiente e a prioridade foi direcionada para o pulmão. Retrospectivamente, uma abordagem mais agressiva na localização cervical deveria ter sido indicada.

## Conclusão

Relatamos um caso muito raro de metástase de condrossarcoma em glândula tireoide. Como nos poucos casos relatados na literatura, a metástase apareceu muitos anos depois do câncer primário. Metástases em tireoide de condrossarcoma ou de outros tipos de cânceres são geralmente associadas a outras lesões metastáticas e, como nos outros relatos de casos, o paciente foi a óbito rapidamente, devido a metástases múltiplas. Isso enfatiza o fato de que os pacientes com condrossarcoma, mesmo quando tratados com sucesso no passado, sempre devem ser avaliados com cautela ao apresentarem um tumor. Além disso, outros locais metastáticos, especialmente os pulmões, devem ser ativamente pesquisados.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Agradecimentos

A Yves-Marie Robin, do Centre Oscar Lambret de Lille, por confirmar o diagnóstico histopatológico.

## Referências

1. Mirallie E, Rigaud J, Mathonnet M, Gibelin H, Regenet N, Hamy A, et al. Management and prognosis of metastases to the thyroid gland. *J Am Coll Surg*. 2005;200:203–7.
2. Wood K, Vini L, Harmer C. Metastases to the thyroid gland: the Royal Marsden experience. *Eur J Surg Oncol*. 2004;30:583–8.
3. Calzolari F, Sartori PV, Talarico C, Parmeggiani D, Beretta E, Pezzullo L, et al. Surgical treatment of intrathyroid metastases: preliminary results of a multicentric study. *Anticancer Res*. 2008;28:2885–8.
4. Bakx PA, van den Ingh HF, Baggen RG, Veen HF, Oosterhuis WJ. An unusual metastasis of a chondrosarcoma in the thyroid gland. *Eur J Surg*. 1993;159:643–4.
5. Darouassi Y, Touati MM, Chihani M, Nadour K, Boussouga M, Ammar H, et al. Chondrosarcoma metastasis in the thyroid gland: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8:157.
6. Ortiz S, Tortosa F, Sobrinho Simoes M. An extraordinary case of mesenchymal chondrosarcoma metastasis in the thyroid. *Endocr Pathol*. 2015;26:33–6.
7. Coca-Pelaz A, Rodrigo JP, Triantafyllou A, Hunt JL, Fernandez-Miranda JC, Stojan P, et al. Chondrosarcomas of the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;271:2601–9.
8. Goedhart LM, Ploegmakers JJ, Kroon HM, Zwartkruis EC, Jutte PC. The presentation, treatment and outcome of periosteal chondrosarcoma in the Netherlands. *Bone Joint J*. 2014;96-b:823–8.
9. Evans HL, Ayala AG, Romsdahl MM. Prognostic factors in chondrosarcoma of bone: a clinicopathologic analysis with emphasis on histologic grading. *Cancer*. 1977;40:818–31.
10. Thompson LD, Gannon FH. Chondrosarcoma of the larynx: a clinicopathologic study of 111 cases with a review of the literature. *Am J Surg Pathol*. 2002;26:836–51.