



Tireoidite de Riedel envolvendo Nervo Laríngeo Inferior: Estudo de caso.

Riedel thyroiditis involving inferior laryngeal nerve: Case report.

Carlos Alberto Ferreira de Freitas¹, Luciana Nakao Odashiro Miji², Andreza Negreli Santos³

¹Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

²Laboratório de Anatomia Patológica e Citologia, Laboratório de Análises Clínicas, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

³Mestrado em Farmácia, Fna especial em Farmácia Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

*Autor correspondente: Carlos Alberto Ferreira de Freitas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. E-mail: caff2004@hotmail.com

Palavras-chave: Tireoidites; Tireoidite de Riedel; Câncer de tireoide.

Key-words: Thyroiditis; Riedel's Thyroiditis; Thyroid Cancer.

Resumo

A tireoidite de Riedel (TR) é uma doença inflamatória crônica bastante rara que compromete a glândula tireoide. É caracterizada por um comportamento invasivo e fibrótico que destrói o tecido glandular e pode estender-se aos órgãos adjacentes. A maior dificuldade do tratamento da TR é a confusão de diagnóstico com câncer de tireoide, devido ao seu comportamento clínico invasivo. Esta doença representa menos de 1% dos casos de tireoidite. No presente estudo de caso é apresentado um caso de paciente do sexo feminino, 28 anos, raça negra, que foi atendida com história de nódulo no pescoço há três meses e o exame físico mostrou uma massa no lobo esquerdo da tireoide, de consistência firme. O ultrassom mostrou nódulo sólido, com 2,8 x 2,6 cm de diâmetros. O tratamento cirúrgico foi indicado pela suspeita de câncer e foi encontrada uma massa no lobo esquerdo e istmo da tireoide, aderida firmemente ao músculo esternotireoideo, esôfago, e envolvia o nervo laríngeo inferior esquerdo em toda a circunferência. O exame histopatológico intra-operatório foi inconclusivo. Foi realizada tireoidectomia total com ressecção do segmento afetado do nervo e as fibras musculares aderidas. Os exames anatomopatológicos e imuno-histoquímico revelou TR. A paciente apresentou disфония leve que regrediu com o tratamento. Assim, infere-se que o diagnóstico diferencial entre tireoidite de Riedel, carcinoma ou sarcoma, é a grande dificuldade no tratamento destes pacientes, e este caso representou bem esta característica da doença.

Abstract

The Riedel's thyroiditis (RT) is a rare chronic inflammatory disease that occurs in the thyroid gland. It is characterized by a fibrotic and invasive behavior which destroys the glandular tissue with potential to affect adjacent organs. The main problem to treat RT is to diagnose it correctly since it is difficult to differentiate from thyroid cancer. In this case report, a 28-year-old black female patient with node history in the neck for three months was physically examined. Results showed a firm consistency mass in the left thyroid lobe. Ultrasound showed a solid nodule with 2.8 x 2.6 cm in diameter. Because of the cancer suspicion, surgical treatment was indicated. The removed mass in the left lobe of the thyroid was adhered firmly to sternothyroid muscle and involved the left inferior laryngeal nerve around the circumference. The intraoperative histopathological examination was inconclusive. Total thyroidectomy was performed with resection of the affected segment nerve and bonded muscle fibers. Histopathological and immunohistochemical examinations revealed RT. The patient showed little dysphonia which was treated with proper methods. Thus, the diagnosis of RT, carcinoma or sarcoma remains the major difficulty in treating patients with RT. This fact was the main problem reported in this case report.

1. Introdução

A tireoidite fibrosa invasiva foi descrita pela primeira vez em 1896 por Bernhard Riedel (tireoidite de Riedel – TR) e caracteriza-se por ser uma doença inflamatória crônica, rara (menos de 1% dos casos de tireoidite) que compromete a glândula tireóide. A sua etiologia é desconhecida e parte dos pacientes possuem outras manifestações fibróticas sistêmicas. A TR apresenta-se com um processo invasivo que destrói parte ou todo o tecido glandular e pode estender-se aos órgãos adjacentes. Os pacientes apresentam sintomas de compressão esofágica e traqueal e massa palpável de consistência endurecida na região anterior do pescoço. Uma das maiores dificuldades do tratamento dos portadores de TR é a confusão diagnóstica que pode ser feita com carcinoma, devido ao seu comportamento clínico invasivo.

2. Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 28 anos de idade, raça negra, procurou atendimento médico com relato de aparecimento de nódulo cervical anterior à esquerda, há mais ou menos três meses; acompanhado de desconforto a deglutição e não referia dor, tosse, dispnéia ou disfonia. Foi observada massa palpável na topografia do lobo esquerdo e do istmo da glândula tireóide, de consistência endurecida, pouco dolorosa, móvel a deglutição, medindo 3,5cm de diâmetro. Não apresentava linfonodos palpáveis ou outras alterações ao exame clínico. O exame ultrassonográfico realizado mostrou massa sólida em lobo esquerdo e istmo da tireóide, medindo 2,8 x 2,6cm e não havia linfonodos aumentados de tamanho. Foi encaminhada para a cirurgia com suspeita de neoplasia maligna. Não foi realizada punção biópsia e citologia. Durante a realização da tireoidectomia, foi encontrada massa ocupando todo o lobo esquerdo e o istmo da tireóide, bastante endurecida, fibrótica (Figura 1A), aderida ao músculo esternotireóideo (Figura 1B). Após a ressecção do segmento muscular aderido e da ligadura dos vasos do polo superior esquerdo e das veias tireoidianas médias, foi feita mobilização medial do lobo, realizada com bastante resistência, devido à consistência firme do tecido. Nesse ponto do procedimento, foi observada a aderência da massa a fibras musculares esofágicas e envolvimento completo do nervo laríngeo inferior pela mesma (Figura 1C). Foi realizada biópsia intra-operatória (congelação) que teve resultado inconclusivo. Diante destes achados, foi realizada a ressecção completa da tireóide, incluindo a musculatura aderida e o segmento de nervo comprometido. A mucosa do esôfago pôde ser preservada e foi aproximada à musculatura, reconstituindo a parede do mesmo. Expostas as cadeias linfonodais bilaterais e do compartimento anterior, não foram encontrados linfonodos aumentados de tamanho. Após 54 meses de acompanhamento, a paciente está evoluindo bem, apresentando regressão da disfonia e fazendo uso regular de levotiroxina 125 mg/dia. Não apresentou até então qualquer manifestação de doença fibrótica de outra localização.

4. Discussão

A TR é uma doença bastante rara, sendo este o primeiro caso diagnosticado em nosso serviço. Em extensa

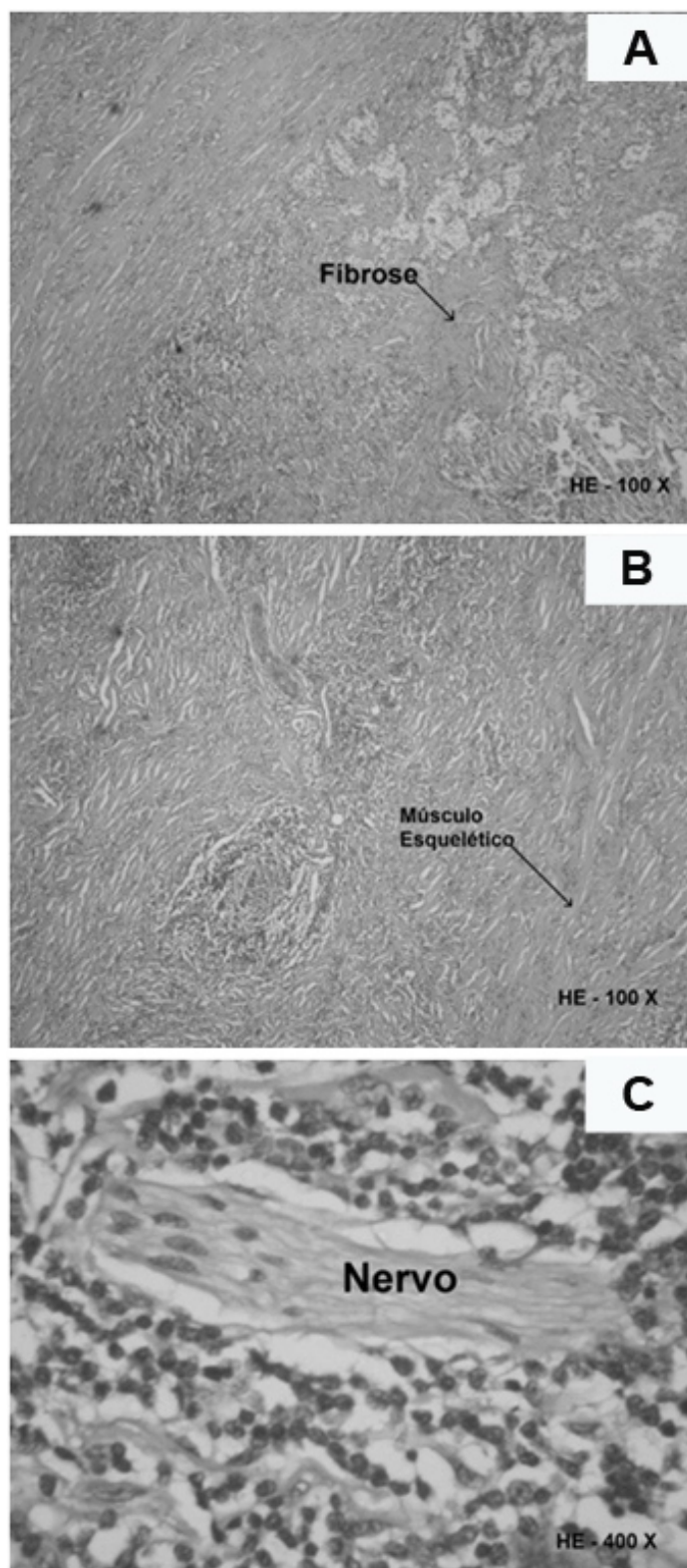


Figura 1 – Aspecto microscópico da Tireoidite de Riedel demonstrando (A) intensa fibrose característica deste tipo de doença; (B) comprovação do envolvimento do músculo esquelético peritireoidiano e (C) envolvimento completo do segmento do nervo laríngeo inferior

revisão, encontraram-se 37 casos relatados em 56.700 exames de tireóide, em um período de 64 anos (De Lange et al., 1989). A TR é doença extremamente rara, representando uma incidência de 0,03 a 0,98% (Malotte et al., 1991). A paciente descrita não apresentou até então outras manifestações fibróticas, relatadas por alguns autores. Um terço dos pacientes desenvolve fibrosclerose multifocal

(Slatosky et al. 2000). A grande dificuldade na condução do tratamento desses pacientes está em seu comportamento invasivo. Clinicamente, sua evolução sugere doença maligna e também os achados intra-operatórios, causando frequentes confusões diagnósticas. O exame histopatológico é sempre necessário para o diagnóstico seguro. Foram descritos dois casos de carcinoma anaplásico de tireóide variante paucicelular, que foram diagnosticados primeiramente como TR (Wan et al., 1996) e um caso de sarcoma que foi primeiramente tido como sendo TR ou carcinoma sarcomatóide.

O comprometimento do nervo laríngeo inferior apresentado pela paciente foi um achado intra-operatório que dificultou bastante a conduta imediata, principalmente, por que o exame histopatológico foi inconclusivo. Foi relatado um caso em que a paciente apresentou paralisia de prega vocal na avaliação pré-operatória (Malotte et al., 1991). O tratamento cirúrgico é recomendado em pacientes sintomáticos, sendo muitas vezes possível apenas a ressecção do istmo, o que diminui os efeitos compressivos sobre a traquéia e melhora parte dos sintomas. A doença pode comprometer tecidos vizinhos e a conduta cirúrgica adequada não está bem estabelecida, sendo que ressecções extensas estão associadas a consideráveis complicações, e a ressecção total ou subtotal da glândula quando possível deve ser realizada preferencialmente com monitorização de nervo (Lorenz et al., 2007).

Diante do exposto considera-se que a TR é uma doença bastante rara, que apresenta dificuldade de diferenciação diagnóstica tanto clínica como histopatológica com carcinoma ou sarcoma e pode trazer dificuldades durante o seu tratamento. Esse caso ilustrou bem estas características da doença.

Declaração: Os autores declaram estar cientes e terem atendido integralmente às normas preconizadas para as pesquisas em seres humanos, conforme resolução 466/2012. Os autores declaram ainda ausência de conflito de interesse.

5. Referências

- De Lange WE, Freling NJ, Molenaar WM, Doorenbos H. Invasive fibrous thyroiditis (Riedel's struma): a manifestation of multifocal fibrosclerosis? A case report with review of the literature. *The Quarterly journal of medicine*, 72, 709-17, 1989.
- Lorenz K, Gimm O, Holzhausen HJ, Kittel S, Ukkat J, Thanh PN, Brauckhoff M, Dralle H. Riedel's Thyroiditis: Impact and strategy of a challenging surgery. *Langenbeck's Archives of surgery*, 392, 405-412, 2007.
- Malotte MJ, Chonkich GD, Zuppan CW. Riedel's thyroiditis. *Archives Otolaryngology Head Neck Surgery*, 117, 214-217, 1991.
- Slatosky J, Shipton B, Wahba H. Thyroiditis: differential diagnosis and management. *American Family Physician*, 61, 1047-1052, 2000.
- Wan S, Chan JKC, Tang SK. Paucicelular variant of anaplastic thyroid carcinoma. A mimic of Riedel's thyroiditis. *American Journal of Clinical Pathology*, 105, 388-393, 1996.