

RELATO DE CASO

LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMÁRIO DE TIREÓIDE

DILERMANDO HOPFER BRITO¹
LUIS MARTINS COLLAÇO²

Descritores: Linfoma, Citologia, Imunohistoquímica, Tireoidite, Linfócitos, Tireóide
Key words: Lymphoma, Cytology, Immunohistochemistry, Thyroiditis, Lymphocytes, Thyroid Gland

Resumo

O autor relata o caso de uma senhora de aproximadamente 60 anos com diagnóstico prévio de tireoidite por punção aspirativa, que apresentou massa de crescimento súbito e rápido com sintomas compressivos e teve o diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin Primário de Tireóide. **Endocrinol.diabetes clin exp 2004;4: 294-296.**

Abstract

The author describes a 60 year old lady with thyroid enlargement and accute compressive symptoms with a previous diagnosis of thyroiditis through fine needle aspirative biopsy. Diagnosis of Primary Non-Hodgkin's Lymphoma of Thyroid was made after an ultrasound driven aspirative biopsy. **Endocrinol.diabetes clin exp 2004;4: 294-296.**

RELATO DE CASO

G.Y.R., 59 anos, divorciada, 2 filhos, natural de Porto União (PR), residente em Curitiba, do lar, foi encaminhada ao consultório por nódulo em tireóide e história de hipotireoidismo.

O nódulo havia sido percebido há mais ou menos 1 ano, durante ecografia mamária. Não relatava sintomas locais cervicais ou compressivos. Referia hipotireoidismo há 8 anos, em uso de 75 mcg de levotiroxina sódica. Referia cansaço, tremores, pele pouco ressecada e se sentia depressiva. Relatava osteopenia (T score fêmur -1,16) diagnosticada há 1 ano e hipertensão arterial sistêmica (HAS) diagnosticada há 5 anos.

Exames complementares: TSH – 0,375 mUI/L, T4livre – 1,0 mcg/ml, Colesterol Total – 226 mg/dl, HDL – 56,8 mg/dl, Triglicerídios – 73,9 mg/dl, Ecografia de tireóide: Bócio multinodular com nódulos hipoecóicos difusos homogêneos, sem calcificações evidentes. O maior com 12,2 X 6,5 X 5,0 mm.

A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) não dirigida por ecografia de alguns nódulos demonstrou esfregaços com fundo hemático, com alguns linfócitos entremeados, com variados estados de maturação, tendo de permeio plasmócitos e histiócitos com atividade macrofágica. O laudo foi de tireoidite linfocítica crônica (Hashimoto).

Neste período a paciente vinha sendo acompanhada regularmente e evoluiu com compensação dos níveis de TSH, melhora da dislipidemia e da depressão.

Após 3 anos a paciente veio à consulta disfônica, com queixa de aumento súbito (há 1 semana) na região cervical. A ecografia mostrou tireóide difusamente aumentada com nódulos que variavam de 0,5 até 2 cm, com tamanho 4 vezes acima do normal, heterogênea, com invasão de traquéia, compressão e invasão de estruturas adjacentes. O resultado da PAAF dirigida, com material aspirado de lobo esquerdo, revelou Linfoma Maligno de Grandes Células (figura 1).

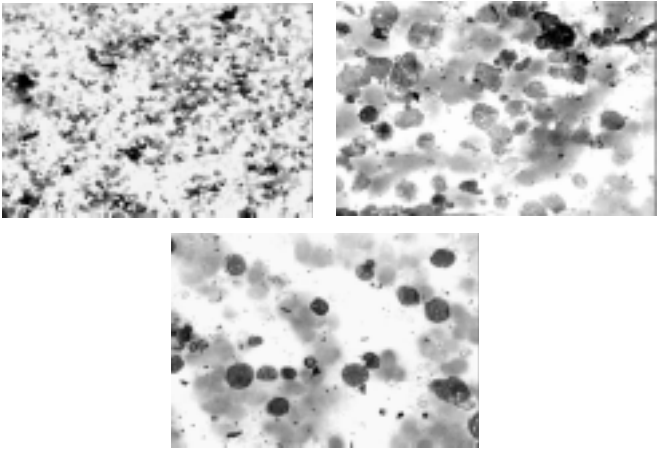


Figura 1: Imagens do citológico, corado por Giemsa, onde se observa fundo parcialmente necrótico, entremeado por população linfóide atípica, monótona, caracterizada por células de médio e pequeno tamanho com citoplasma escasso, por vezes cerebróide e núcleo denso, volumoso. Raros plasmócitos além de macrófagos de permeio.

Foi realizada biópsia a céu aberto, além de exames de imagens, para estabelecer o estadiamento. A imunohistoquímica demonstrou positividade para CD20 (marcador de atividade linfocítica)¹⁰.

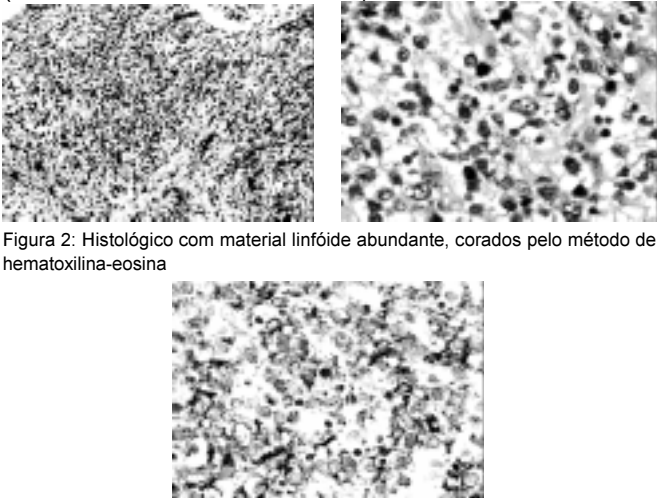


Figura 2: Histológico com material linfóide abundante, corados pelo método de hematoxilina-eosina

Figura 3: Imunohistoquímica positiva para CD20

A tomografia cervical mostrou a lesão descrita previamente na ecografia, porém sem grande comprometimento linfonodal local, apesar das características infiltrativas de traquéia com grande redução de sua luz. A Tomografia abdominal e torácica só apresentou a massa tireoideana em região de mediastino superior. O LDH foi discretamente elevado para o método: 498 U/ml (VR até 450 U/ml).

O diagnóstico final foi de **Linfoma Não Hodgkin de Células Grandes**, extra nodal, estadiamento IIE sem sintomas sistêmicos e de acordo com o *International Prognostic Index* (Índice Internacional de Prognóstico) considerado como intermediário baixo¹⁵.

A paciente foi submetida a quimioterapia com CHOP

¹Serviço de Endocrinologia e Metabologia da Universidade Federal do Paraná – SEMPR
²Serviço de Patologia do Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba
E-mail: ddbrito@onda.com.br