

Gânglios cervicais calcificados: Em que patologias pensar? Que exames pedir? Sugestão de linha de pensamento e acção

Calcified cervical ganglia: Which etiologies to think? Which exams to order? Suggestion of line of thought and action

Mafalda Silva Barroso • Hugo Estibeiro • Joana Santos • Miguel Magalhães

RESUMO

Caso clínico de Homem, 62 anos, que recorre à consulta de Otorrinolaringologia por quadro de massa cervical lateral indolor, de crescimento lento, desde há 4 anos. O doente já tinha feito exames imagiológicos que mostravam apenas 4 adenopatias unilaterais, calcificadas, sem qualquer sugestão de potencial tumor primário. À observação, para além das adenopatias duras, não aderentes, não se encontrou qualquer alteração. Perante a ausência de tumor primário e presença de adenopatias calcificadas, pensou-se nas possíveis etiologias de adenopatias cervicais calcificadas e pediram-se diferentes exames complementares de diagnóstico. Destes, a ecografia da tiroide mostrava um nódulo e a Citologia Aspirativa de Agulha Fina (CAAF) mostrava adenopatias quísticas com níveis aumentados de tiroglobulina. A CAAF do nódulo da tiroide revelou um possível carcinoma papilar da tiroide. O doente foi submetido a Tireoidectomia total e Esvaziamento Ganglionar Cervical radical modificado à direita e o diagnóstico confirmado, tratando-se os gânglios cervicais de metástases. Palavras-chave: massa cervical; calcificada; tiroglobulina; tiroide

ABSTRACT

Case report of a 62-year-old male patient who visited an Otolaryngologist due to a painless, slow-growing lateral cervical mass for 4 years. The patient had already undergone imaging tests that showed only 4 unilateral calcified adenopathies, without any suggestion of a potential primary tumor. On observation, in addition to hard, non-adherent adenopathies, there were no further findings. In the absence of a primary tumor and the presence of calcified adenopathies, the possible etiologies of calcified cervical adenopathies were considered and different complementary diagnostic tests were requested. Of these, thyroid ultrasound showed a nodule and the fine-needle aspiration cytology (FNAC) of the cystic adenopathies showed increased levels of thyroglobulin. FNAC of the thyroid nodule revealed a possible papillary thyroid carcinoma. The patient underwent total thyroidectomy and right selective cervical dissection and the diagnosis was confirmed.

Keywords: cervical mass; calcified; thyroglobulin; thyroid

INTRODUÇÃO

A calcificação das adenopatias cervicais é incomum, ocorrendo apenas em cerca de 1% das adenopatias¹. Estudos clínicos demonstraram que a calcificação dos tecidos moles da face e do pescoço pode ocorrer em vários processos, geralmente benignos, como hemangioma, quistos branquiais, tuberculose ou outras doenças granulomatosas (amiloidose, sarcoidose) podendo contudo também ocorrer em condições malignas (tumores da cabeça e do pescoço, mama, pulmão, cólon).^{1,2,3,4,5} Um estudo de 1999 com avaliação de 2300 Tomografias Computorizadas (TC) Cervicais mostrou uma incidência baixa de adenopatias calcificadas. Contudo, só 31% destas tinham etiologia infecciosa ou inflamatória. 46% dos casos tratavam-se de doença metastática e 23% de doença tratada (infecciosa ou tumoral). No geral, 62% dos casos foram associados a malignidade (tratada ou não), sugerindo a Neoplasia como causa mais comum de adenopatias calcificadas².

Mafalda Silva Barroso

Centro Hospital Universitário Lisboa Central, Portugal

Hugo Estibeiro

Instituto Português de Lisboa, Francisco Gentil, Portugal

Joana Santos

Instituto Português de Lisboa, Francisco Gentil, Portugal

Miguel Magalhães

Instituto Português de Lisboa, Francisco Gentil, Portugal

Correspondência

Mafalda Silva Barroso

mafalda.sbarroso@hotmail.com

Artigo recebido a 4 de Abril de 2020. Aceite para publicação a 14 de Junho de 2020.

O objectivo de apresentar este caso clínico de adenopatias cervicais calcificadas é, através da sua descrição, enumerar os possíveis diagnósticos diferenciais e sugerir os exames complementares necessários e mais prioritários para obter o diagnóstico definitivo.

DESCRIÇÃO DO CASO

Caso clínico de doente do sexo masculino, 62 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, que recorre à consulta de ORL do Instituto Português de Oncologia de Lisboa por quadro de massa cervical à direita, indolor, de crescimento lento, desde há 4 anos. O doente já tinha sido acompanhado, há 2 anos, em outro hospital, onde foi pedida uma TC Cervical que mostrava, apenas 1 adenopatia unilateral, calcificada, sem qualquer sugestão de potencial tumor primário, bem como duas Citologias Aspirativas de Agulha Fina (CAAF) inconclusivas.

Por manutenção de sintomas, foi encaminhado para a consulta de ORL do IPO de Lisboa. À observação, tanto na otoscopia, como na rinoscopia anterior, na observação da boca e orofaringe bem como na nasofaringolaringoscopia, não se verificou qualquer alteração na anatomia nem qualquer neoformação. À palpação cervical não se palpou só uma adenopatia, mas sim 4, de consistência dura, não aderentes aos planos profundos, 2 de maiores dimensões com cerca de 30 mm de diâmetro, localizadas na área II e III, à direita. não se encontrou qualquer alteração. Perante a ausência de tumor primário à observação e presença de adenopatias calcificadas, pensou-se nas possíveis etiologias de adenopatias cervicais calcificadas – etiologia infecciosa, granulomatosa, inflamatória ou metastática - e pediram-se diferentes exames complementares de diagnóstico. Neste caso, tendo em conta a duração de 4 anos, deve-se excluir à partida as causas infecciosas. Perante todos os outros possíveis

diagnósticos diferenciais, pediu-se novamente TC e Ressonância Magnética Cervicais, TC tórax bem como avaliação analítica específica para excluir as doenças granulomatosa e CAAF da Adenopatia. A TC Cervical bem como a RM mostraram 4 adenopatias cervicais, como se pode ver na Figura 1.

A TC Tórax, bem como a avaliação analítica específica para doenças granulomatosas não mostraram alterações. A CAAF mostrou-se inconclusiva, revelando o aspecto quístico da adenopatia. Perante a ausência de resultado, pediu-se a opinião da Anatomia Patológica e da Endocrinologia que aconselharam a realização de ecografia da tiroide e citologia aspirativa da adenopatia com medição dos níveis de tiroglobulina e calcitonina, bem como coloração do esfregaço com Thyroid transcription factor – 1 (TTF1). Verificou-se um aumento de ambos os marcadores bem como coloração positiva (figura 2). A Ecografia da tiroide mostrou um nódulo

FIGURA 2

Esfregaço anterior com expressão nuclear de TTF1 (Thyroid transcription factor – 1)

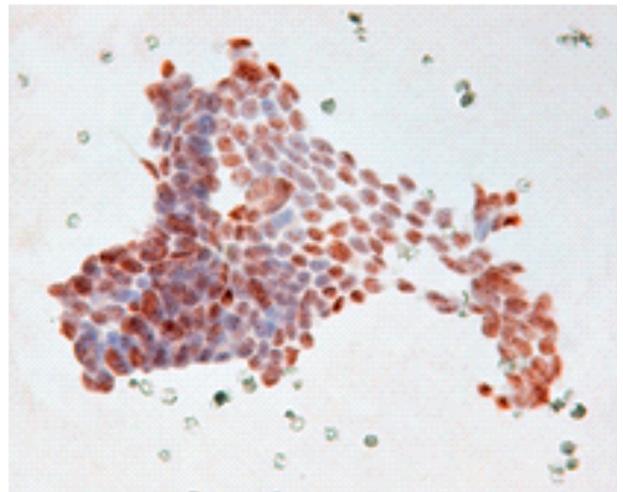


FIGURA 1

Imagem de TC de adenopatias calcificadas



sólido, hipocogénico, de bordos mal definidos, de 7 x 6 x 4mm (L x AP x T), no lobo direito, não visível na TC, cuja CAAF teve o resultado “os aspectos citológicos, não permitindo um diagnóstico definitivo, são suspeitos de corresponderem a carcinoma papilar”.

O doente foi submetido a Tireoidectomia total e Esvaziamento Ganglionar Cervical modificado radical à direita. O diagnóstico histológico foi de Carcinoma Multifocal da Glândula Tiroideia, do tipo carcinoma papilar, de padrão clássico e folicular, com metástases em 4 de 25 gânglios linfáticos à direita – Estadio pT1aN1 (figuras 3 e 4).

FIGURA 3

Vista de Lupa da glândula tiroideia com o Carcinoma papilar - H&E

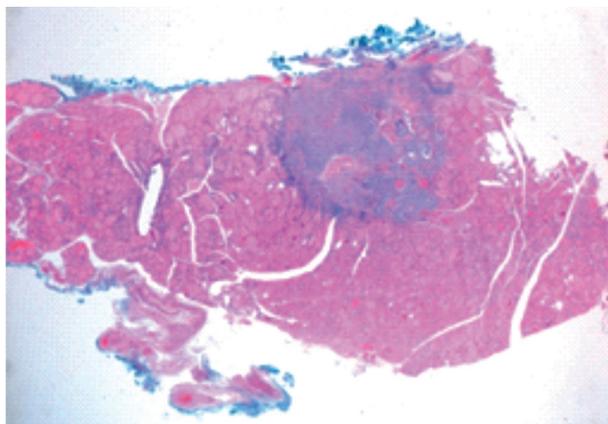
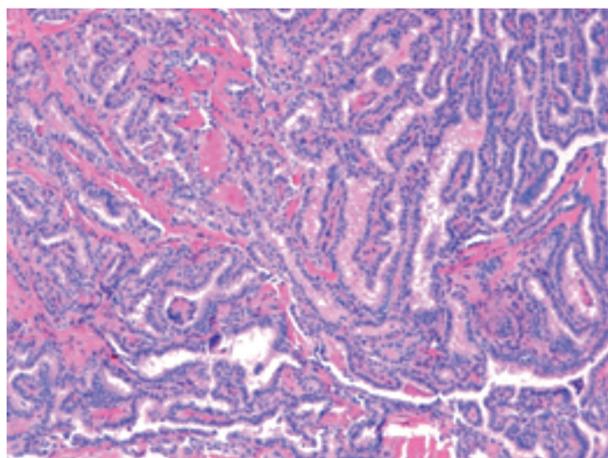


FIGURA 4

Detalhe do carcinoma papilar da tiroide. Papilas e foliculos revestidos por células com sobreposição, moldagem e clarificação nucleares - H&E, ampliação 100x



DISCUSSÃO

A calcificação das adenopatias cervicais é incomum, podendo ocorrer em processos de etiologia infecciosa, granulomatosa, inflamatória ou metastática.

Verifica-se calcificação distrófica nas adenopatias calcificadas de etiologia infecciosa e granulomatosa. No que diz respeito à Tuberculose, a calcificação

de adenopatias (secundária a processos de necrose caseosa) é mais comum no tórax e abdómen, só ocorrendo no pescoço em 1-7% dos casos. No que diz respeito à Sarcoidose, verificam-se adenopatias calcificadas sobretudo hilares e mediastínicas. No caso descrito não se verificou a presença de adenopatias de qualquer natureza para além do pescoço bem como se verificou a negatividade dos marcadores analíticos^{2,5}.

No que diz respeito às adenopatias calcificadas metastáticas, a causa mais comum é o carcinoma papilar da tiroide, sendo encontrados os corpos psamomatosos no exame histopatológico, em 40-50% dos casos. Estes resultam da deposição de camadas de sais de cálcio em torno de uma célula tumoral necrótica, podendo também ser encontrados em outros tumores da tiroide bem como no adenocarcinoma do pulmão. Pode-se verificar calcificação distrófica em adenopatias metastáticas de Adenocarcinoma do pulmão, da mama e do cólon, bem como em adenopatias de doente com Linfoma de Hodgkin submetidos a radioterapia ou quimioterapia^{2,5}.

Perante as hipóteses de diagnóstico, vários exames de imagem e analíticos devem ser pedidos, com base na história clínica e no exame objectivo. No caso clínico em questão, tendo em conta os anos de evolução, deve-se pensar numa patologia inflamatória/granulomatosa, mais provável que metastática, que se excluiu. Considerando a possibilidade de adenopatias metastáticas e perante a ausência de tumor primário tanto na Nasofaringolaringoscopia como nas imagens de TC e RM, com resultado inconclusivo na CAAF, e consultando as Guidelines da NCCN (National Comprehensive Cancer Network) de 2017 para tumor primário oculto, deve-se medir a tiroglobulina, bem como a calcitonina na CAAF e aplicar coloração com TTF-1 nesta, aliado à realização de uma ecografia da tiroide. Perante o resultado destes, indicando o diagnóstico mais provável de carcinoma papilar da tiroide, e tendo em conta a ausência de metástases à distância, foi possível a decisão clínica de submeter o doente a Tireoidectomia total com Esvaziamento Ganglionar Cervical radical modificado à direita, cujo exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico.

CONCLUSÃO

A calcificação dos gânglios cervicais é rara e sugere um diagnóstico diferencial limitado que, mais frequentemente, inclui tuberculose, linfoma tratado e carcinoma metastático de tiroide, adenocarcinoma ou carcinoma pavimento-celular. Deve-se ter presente estas hipóteses para o pedido de meios complementares e planeamento do tratamento.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Este trabalho foi apresentado publicamente como comunicação oral no 66º Congresso da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia da Cabeça e Pescoço.

Referências bibliográficas

- 1 - Som PM. Detection of metastasis in Cervical Lymph Nodes: CT and MR criteria and differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol.* 1992 May;158(5):961-9. doi: 10.2214/ajr.158.5.1566697.
- 2 - Eisenkraft BL, Som PM. The spectrum of benign and malignant etiologies of cervical node calcification. *AJR Am J Roentgenol.* 1999 May;172(5):1433-7. doi: 10.2214/ajr.172.5.10227533.
- 3 - Ahuja AT, Chow L, Chick W, King W, Metreweli C. Metastatic cervical nodes in papillary carcinoma of the thyroid: ultrasound and histological correlation. *Clin Radiol.* 1995 Apr;50(4):229-31. doi: 10.1016/s0009-9260(05)83475-0.
- 4 - Ying M, Ahuja AT, Evans R, King W, Metreweli C. Cervical lymphadenopathy: sonographic differentiation between tuberculous nodes and nodal metastases from non-head and neck carcinomas. *J Clin Ultrasound.* 1998 Oct;26(8):383-9. Doi: 10.1002/(sici)1097-0096(199810)26:8<383::aid-jcu2>3.0.co;2-e.
- 5 - Gormly K, and Glastonbury C. Calcified nodal metastasis from squamous cell carcinoma of the head and neck. *Australas Radiol.* 2004 Jun;48(2):240-2. Doi: 10.1111/j.1440-1673.2004.01280.x.