

CARCINOMA PAPILAR DA TIROIDEIA EM STRUMA OVARIÍ- 9 ANOS DEPOIS

Andreia Pataco¹, Rute Ferreira², Margarida Oliveira², Sequeira Duarte²

¹Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo- Hospital Divino do Espírito Santo de Ponta Delgada

²Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo – Hospital Egas Moniz (CHLO)

Introdução

Struma ovarii corresponde a um teratoma do ovário com mais de 50% de tecido tiroideu e representa 1% dos tumores do ovário. O struma ovarii maligno é uma entidade rara (5-10% dos casos) e neste caso o carcinoma papilar da tiroide é o mais frequente. A tireotoxicose ocorre com pouca frequência.

Descrição do caso



34 anos

Sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo.

G2P1A1

Quadro clínico de dismenorreia e irregularidades menstruais.

Ecografia pélvica: “quisto no ovário direito suspeito”.

RM abdominopélvica: “teratoma do ovário direito com 59x50x60 mm”.

Submetida a **ooforectomia direita** por laparotomia.

Diagnóstico histológico: “teratoma quístico ovárico, com predomínio de tecido tiroideu (**struma ovarii**), focalmente, com aspetos sugestivos de carcinoma papilar da tiroideia”.

Consulta de Endocrinologia: Sem sintomas ou sinais de disfunção tiroideia.

Ecografia cervical: “tiróide de dimensões normais, 3 micronódulos (≈ 3mm), hipoecogénicos, bem definidos.

Análises

TSH 2,71 µU/L (0,46 – 4,68)

FT4 12,7 pmol/L (10 – 28,2)

Tiroidectomia total
Diagnóstico histológico: “**Carcinoma papilar clássico**, unifocal com 2,3 mm no LE, bem diferenciado, sem angioinvasão ou extensão extratiroideia (pT1a, Nx, Mx).

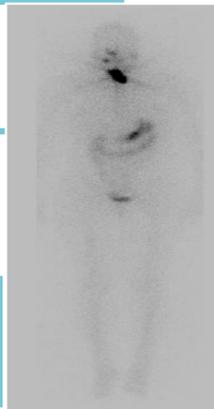
Terapêutica ablativa com 70 mCi Iodo-131

Cintigrafia corporal após terapêutica: “resíduo cervical de pequenas/moderadas dimensões; restante captação fisiológica”.

Tiroglobulina estimulada: 2.9 ng/mL

Atualmente (após 9 anos)
Sob terapêutica supressiva com levotiroxina; tiroglobulina tem-se mantido indoseável.
Do ponto de vista ginecológico **sem evidência imagiológica de recidiva.**

Após dois abortos espontâneos, teve uma **gravidez evolutiva.**



Conclusão

Tendo em conta a raridade da situação clínica e o facto do comportamento biológico destes tumores ainda não ser claro, o tratamento recomendado não está padronizado. No caso clínico descrito optou-se por ooforectomia unilateral para preservação da fertilidade, e posteriormente tiroidectomia total com terapêutica ablativa com iodo-131 e terapêutica supressiva com levotiroxina. O seguimento destes doentes a longo prazo é essencial, sendo o prognóstico favorável.