

Vasconcellos, C.H.C.<sup>1</sup>;  
Manoel, F.M.T.<sup>2</sup>;  
Milward, C.O.<sup>3</sup>;  
Santos, M.C.S.<sup>2</sup>;  
Pires, M.V.M.<sup>4</sup>

## Carcinoma folicular de tireóide em cão

1- Departamento de Medicina Veterinária - Universidade Grande Rio - RJ  
2- Faculdade de Veterinária - Universidade Federal Fluminense - RJ  
3- Médica Veterinária Autônoma  
4- Curso de Medicina Veterinária - Universidade Castelo Branco - RJ

As neoplasias da tireóide são de ocorrência rara no cão, correspondendo à cerca de 1,2 a 4% dos tumores da espécie e a 10 a 15% dos tumores da cabeça e pescoço. Os tumores malignos (adenocarcinomas) respondem por 60 a 90% de todos os tumores de tireóide. Histologicamente, a classificação dos tumores tireoideanos no cão segue o padrão adotado para o homem: tumores originados de células foliculares, tipo compacto, papilar ou misto, mais frequentes, e tumores parafoliculares (medulares ou de células C), raros no cão. A maioria dos cães com carcinoma de tireóide são eutiroideos ou hipotiroideos. Cerca de 10% das neoplasias são hiperfuncionais, com ou sem sintomas sistêmicos de hipertireoidismo e, em 33% dos casos, observa-se a presença de metástases no momento do diagnóstico. O tratamento dos carcinomas de tireóide é escolhido levando-se em conta o tamanho da massa, grau de invasão, presença de sintomas sistêmicos e modalidades terapêuticas disponíveis. A cirurgia é a melhor opção para tumores móveis, não aderidos a tecidos adjacentes, sendo a quimioterapia é utilizada como adjuvante à cirurgia. O presente caso refere-se a uma cadela sem raça definida, com 14 anos, apresentando aumento de volume firme, com cerca de 13 cm de diâmetro, pouca mobilidade em região cervical ventral, com evolução de 11 meses. Na anamnese a proprietária referiu emagrecimento do animal (peso 16 kg), além de sonolência e intolerância ao frio. Ao exame clínico observaram-se mucosas hipocoradas, sem alteração de linfonodos à palpação. As radiografias revelaram deslocamento da traquéia e esôfago cervical pela presença de uma massa, sem alterações em tórax. Foi realizado exame ultra-sonográfico, que denotou a presença de uma massa hiperecótica, com áreas císticas e possibilitou a colheita de material através de punção aspirativa, que através de exame citológico apresentou células foliculares da tireóide, com núcleos hiper Cromáticos. Os exames laboratoriais constaram de hemograma completo e plaquetometria, bioquímica sérica (uréia, creatinina, ALT, glicose, colesterol, triglicerídeos e cálcio) e avaliação hormonal (TSH, T4 livre e T4 livre por diálise). O hemograma denotou anemia intensa (hematócrito: 17%), o que levou à realização de transfusão sanguínea. Os valores de TSH (0,3 ng/mL), T4 livre (0,90 mcg/dL) e T4 livre por diálise (0,43 ng/dL) encontravam-se um pouco abaixo da normalidade, instituindo-se a reposição hormonal com levotiroxina canina (0,11 mcg/kg, BID). A avaliação cardiológica (eletrocardiograma e ecocardiograma), revelou bloqueio AV de 1º grau, no entanto assintomático. No procedimento cirúrgico observou-se que a formação acometia somente o lobo direito da tireóide. A despeito do grande tamanho, a tumoração apresentava-se encapsulada, o que permitiu sua separação das estruturas adjacentes (veia jugular, artéria carótida e nervo vago), e sua retirada por completo. O linfonodo submandibular foi excisado para avaliação. A medicação pós-operatória constou de fluidoterapia com soro fisiológico adicionado de gluconato de cálcio, antiinflamatório (meloxicam, 0,1 mg/kg, SID, 4 dias) e antibiótico (cefalexina, 25 mg/kg, BID, 7 dias). A glicemia e dosagens de cálcio sérico foram realizadas diariamente, durante cinco dias. O exame histopatológico mostrou se tratar de um adenocarcinoma tireoideano folicular do tipo sólido. Apesar do aspecto encapsulado à macroscopia, foi observada invasão de células neoplásicas na cápsula e tecido adiposo adjacente, além de êmbolos neoplásicos nas veias. O linfonodo apresentava-se livre de neoplasia. Não foi observada presença de tecido de paratireóide. Depois da retirada dos pontos foi instituído tratamento quimioterápico, com carboplatina (300 mg/m<sup>2</sup>, a cada 28 dias), num total de quatro aplicações. No presente momento, após seis meses da cirurgia, o animal encontra-se em perfeito estado clínico, pesando 26 kg, sem sinais de recidiva e/ou metástase, no entanto ainda sob acompanhamento endocrinológico.