

***Brunás, O.; *González García, M.; *Sarancone, S. (Inmunomarcación); ***Novelli, J.L.**

***Médicos Patólogos**

****Médico Cirujano de Cabeza y Cuello.**

RESUMEN

Se presenta el caso de un tumor benigno poco frecuente de la glándula tiroides, el Adenoma Trabecular Hialinizante.

Si bien su frecuencia de presentación es baja, es muy importante su correcta identificación, debido a las dificultades en el diagnóstico diferencial con el carcinoma papilar y el carcinoma medular, especialmente en la PAAF y en el estudio intraoperatorio.

Se hace referencia a sus características histomorfológicas e inmunohistoquímicas, a través de las cuales es posible lograr un diagnóstico de certeza.

SUMMARY

It is the case of a infrequent benign tumor of the thyroid gland, the Hyalinizing Trabecular Adenoma. Although its frequency is low, is very important its identification, due to the difficulties in the differential diagnosis with the papillary carcinoma and the medullary carcinoma, specially in the the FNA biopsy and in the intraoperative assessment.

It is described its histomorphology and immunohistochemistry, through which it is possible to obtain a correct diagnosis.

ADENOMA TRABECULAR HIALINIZANTE **UN TUMOR POCO FRECUENTE DE LA GLÁNDULA TIROIDES** **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente mujer, de 59 años de edad, con nódulo único localizado en lóbulo derecho de la glándula tiroides.

Macroscopía:

Pieza de resección de lóbulo derecho e istmo de glándula tiroides, de 5 x 3 x 1 cm. en sus máximas dimensiones.

Al corte, en lóbulo derecho, se destaca una lesión nodular, encapsulada, de 1 cm. de diámetro, constituida por tejido denso y de coloración blanco-rosada, de consistencia blando-elástica.(Fig 1)



Fig 1 Adenoma Trabecular Hialinizante

Microscopía:

El nódulo descrito en la macroscopía se halla formado por nidos y trabéculas sólidas de células epiteliales, separados y rodeados por variable fibrosis de aspecto hialino. Presentan núcleos ovoides y fusiformes de variados tamaños, levemente pleomorfos, con cromatina en vidrio esmerilado,

indentaciones de membrana y espaciadas vacuolas de inclusión, situados en citoplasmas amplios y acidófilos, con frecuente vacuolización clara. (Fig 2, 3 y 4)

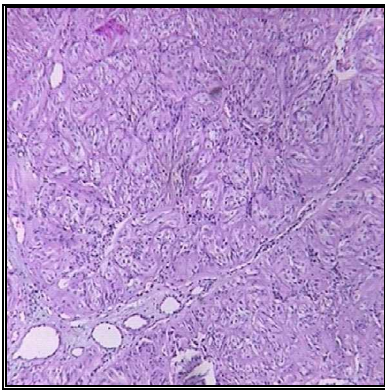


Fig 2 HE (40x)

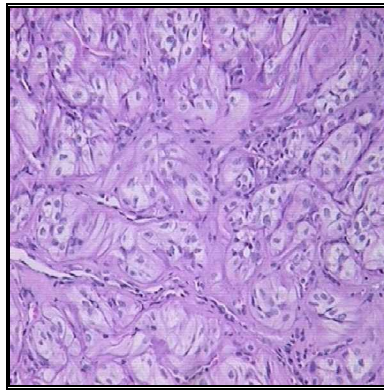


Fig 3 HE (100x)

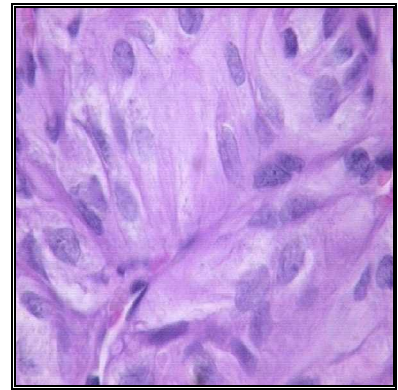


Fig 4 HE (400x)

Inmunohistoquímica:

Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica, utilizando anticuerpos poli y monoclonales contra Tiroglobulina, Calcitonina, Citoqueratina, TPO, S 100, Cromogranina y Ki 67.

Se usó sistema de detección ABC (Vector), revelado con DAB y contraste con Hematoxilina.

Los resultados fueron: **Citoqueratina y Tiroglobulina difusamente positivas, Calcitonina, TPO y S 100 negativas, Cromogranina positiva en forma focal y debil, y Ki 67 difusamente positivo con patrón de membrana y granular citoplasmático.**

Estos hallazgos confirmaron el origen epitelial y tiroideo, descartaron las posibilidades de tumor medular y paraganglioma (que se presentaron como los principales diagnósticos diferenciales) y, en correlación con la morfología, avalaron el diagnóstico de adenoma trabecular hialinizante.

La positividad de membrana y granular citoplasmática con Ki 67 está descripta como bastante característica de los adenomas trabeculares hialinizantes, hallazgo no observado en otro tipo de tumores tiroideos. (Fig 5, 6, 7 y 8)

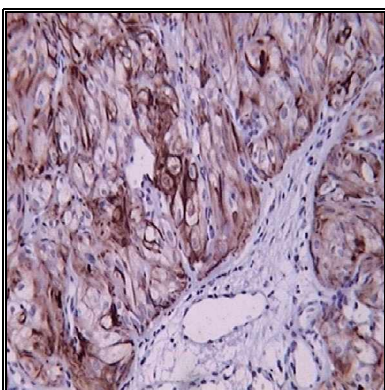


Fig 5 Citoqueratina

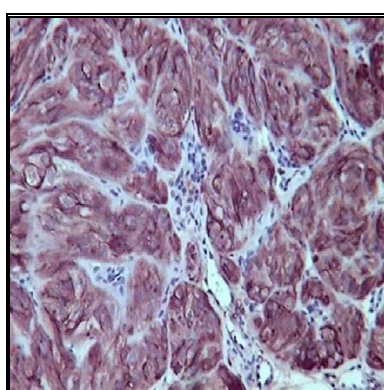


Fig 6 Tiroglobulina

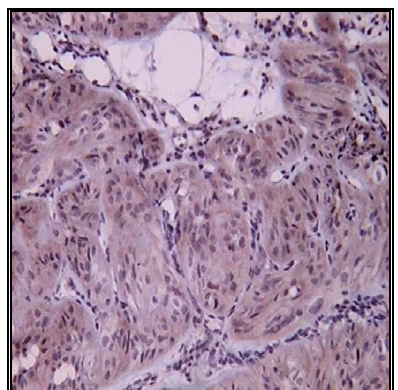


Fig 7 Cromogranina

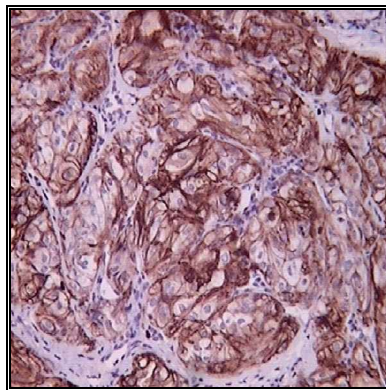


Fig 8 Ki 67

Diagnóstico histológico e inmunohistoquímico:

ADENOMA TRABECULAR HIALINIZANTE, DE 1 cm. DE DIAMETRO, LOCALIZADO EN LOBULO DERECHO DE GLANDULA TIROIDES.

DISCUSIÓN

La patología de la glándula tiroides es de alta frecuencia, en la forma de procesos hiperplásicos, inflamatorios y neoplásicos, benignos y malignos.

El Adenoma Folicular es un tumor benigno frecuente, presentándose en diferentes patrones arquitecturales: microfolicular, macrofolicular, sólido-trabecular y variadas combinaciones de ellos, a lo que hay que agregar una variante muy infrecuente, el **Adenoma Trabecular Hialinizante**.

Como ya se mencionó, presenta en la *macroscopía* los caracteres habituales del adenoma clásico, delimitado por una delgada cápsula.

A nivel de la *microscopía* muestra estructuras trabeculares rectas y flexuosas, en sectores simulando un paraganglioma, y estroma de magnitud variable, con componente hialino, que obliga a diferenciarlo del amiloide.

Las células son mayormente ovoides y fusiformes, con núcleos de mediano tamaño, ligeramente pleomorfos, con cromatina en grumos finos, nucleolos inconspicuos, indentaciones de membrana y frecuentes vacuolas, compartiendo muchos caracteres con el carcinoma papilar y, en forma parcial, con el medular, todo lo cual jerarquiza aún más esta rara variante de adenoma, a fin de no confundirlo con un tumor maligno. Los citoplasmas suelen ser acidófilos, con frecuencia de aspecto hialino. (1-2)

A nivel de la *citología*, se reproduce los detalles celulares descriptos, haciendo dificultoso el diagnóstico diferencial con los tumores malignos citados, tanto en el material obtenido por PAAF como en la evaluación intraoperatoria. (3-4)

La *inmunohistoquímica* muestra positividad para tiroglobulina, y reactividad inconstante para marcadores neuroendocrinos, tal como enolasa neuroespecífica, neurotensina y cromogranina. Como antes se indicó, la positividad de membrana y granular citoplasmática para Ki 67 es bastante constante en el adenoma trabecular hialinizante, no evidenciándose en otros tumores tiroideos. También se observa marcación positiva para algunos de los anticuerpos monoclonales usado para detectar MIB-1. La inmunomarcación para colágeno tipo IV demuestra depósito de sustancia tipo membrana basal alrededor de las células tumorales, así como en las vacuolas de inclusión intranucleares. (5-6)

CONCLUSIONES

El Adenoma Trabecular Hialinizante es :

--Un tumor de glándula tiroides poco frecuente.

- Presenta rasgos histomorfológicos e inmunohistoquímicos característicos.
- Comparte caracteres parciales con los carcinomas papilar y medular, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial especialmente en la PAAF y en el estudio intraoperatorio.
- Hasta la actualidad, todos los casos reportados por la literatura mundial han mostrado una conducta biológica benigna.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rosai, J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, Ninth Edition, 2005. Editor Rosai, J. Editorial Mosby. Chapter 9, Thyroid Gland, 531-532.
- 2- Baloch, Z; Livolsi, V. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology, Fourth Edition, 2004. Senior Editor Mills, Stacey. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. Chapter 13, Pathology of Thyroid and Parathyroid Disease, 575-576.
- 3- Kini, Sudha. Guides to Clinical Aspiration Biopsy of the Thyroid. Second Edition, 1996. Editorial Igaku-Shoin, New York - Tokyo. Chapter 6, Adenoma y Carcinoma Follicular, 66 – 77.
- 4- Goellner JR, Carney JA. Cytologic features of fine needle aspirates of hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid. Am J Clin Pathol 1989;91:115.
- 5- Papotti M. Immunophenotypic heterogeneity of hyalinizing trabecular tumors of the thyroid. Histopathology 1997, 31: 525-533.
- 6- Hirokawa M. Hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid: its unusual cytoplasmic immunopositivity for MIB1. Pathol Int 1995, 45:399-401.