

Adenoma trabecular hialinizante de tiroides

Hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid

Abad Royo JM*
Pérez Sánchez A*
Chamizo García JJ*
Jiménez F**
Martínez P**
Pac J***
Barba Díaz L**

*Servicio de ORL del Hospital Militar de Zaragoza.

**Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar de Zaragoza.

***Especialista en Anatomía Patológica.

RESUMEN

El ATH, es un tumor poco frecuente, originado en el epitelio tiroideo, del que se han descrito unos 200 casos. Presentamos un nuevo caso y comentamos aspectos clínicos y patológicos comunes a los descritos en publicaciones anteriores. Nos preguntamos si se trata de un adenoma, carcinoma, o una neoplasia de malignidad potencial incierta.

PALABRAS CLAVE:

Adenoma trabecular hialinizante de tiroides.

SUMMARY

The ATH, is a not very frequent tumor, originated in the thyroid epithelium, of which about 200 cases have been described. We present a new case and we comment clinical and pathological aspects common to those described in previous publications. It is an adenoma, carcinoma, or neo of uncertain malignant potential?

KEY WORDS:

Hyalinizing trabecular adenoma thyroid.

Introducción

El Adenoma trabecular hializante de tiroides (ATH) es un entidad inusual dentro de los diferentes tumores de esta glándula. La actitud terapéutica ante los nódulos de tiroides tiene aquí un exponente más de su complejidad. La exploración clínica, la analítica, la ecografía, la gammagrafía, la punción aspiración con aguja (PAAF) e incluso la biopsia intraoperatoria quedan insuficientes para establecer un diagnóstico de malignidad o benignidad.

El presente caso se une a los no más de 200 publicados en la literatura. La primera comunicación es aportada por Ward en 1982 denominándolo, "tumor de células hialinas del tiroides con acúmulos masivos de filamentos citoplasmáticos". (1)

En 1987, Carney y cols (2) publican con el título: "adenoma trabecular hialinizante de tiroides" 11 casos, todos en mujeres. De ellos 5 habían sido informados como carcinomas, 2 como adenomas, 1 como paraganglioma y 3 como indeterminados. Todos fueron seguidos 10 años sin recidiva. Los hallazgos histopatológicos correspondían a una tumoración encapsulada o bien delimitada, que presentaba un patrón predominantemente trabecular en nidos, con fibrosis hialina perivascular y su comportamiento clínico era benigno.

En 1988, esta misma entidad había sido descrita por LiVolsi, Bronne y Jermings (3) como "paraganglioma-like adenoma de tiroides" debido a la disposición celular vertical entorno a las paredes capilares.

Caso Clínico

Se trata de una mujer de 55 años de edad que consulta por unos síntomas que se remontan a 6 meses antes, consistentes en ahogos y palpitations nocturnas notándose una tumoración en el cuello desde entonces. En su exploración se aprecia que dicha tumoración asienta en el lado izquierdo de la región tiroidea y se interpreta como nódulo tiroideo. Las pruebas complementarias son ecografía: tumoración sólida de 4 cm. de diámetro en hemitiroides izquierdo; gammagrafía: nódulo hipocaptante; analítica: hormonas y anticuerpos tiroideos normales.

La PAAF, nos sugiere la sospecha de posible malignidad.

El planteamiento terapéutico que se propone a la paciente es realizar una hemitiroidectomía izquierda incluyendo en su totalidad dicho nódulo para confirmar el diagnóstico mediante estudio anatomopatológico posterior y decidir la actitud a seguir.

Anatomía Patológica:

El informe de Anatomía Patológica confirma el diagnóstico definitivo: adenoma trabecular de tiroides con criterios de benignidad, esto es: no se aprecia invasión capsular ni vascular.

El diagnóstico de ATH se apoya en los siguientes hallazgos:

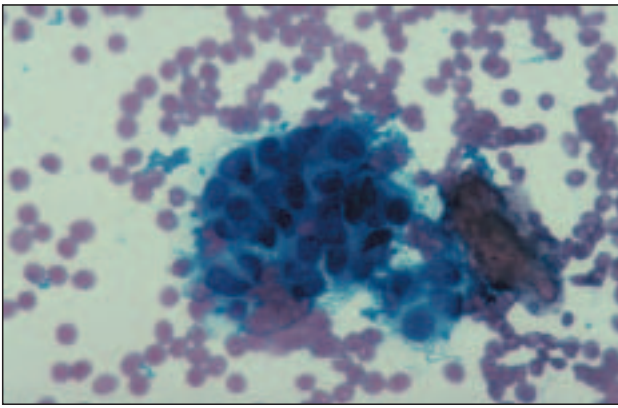


Fig. 1: PAAF: grupo celular con núcleos polimorfes, agrupados con material hialino en la periferia.

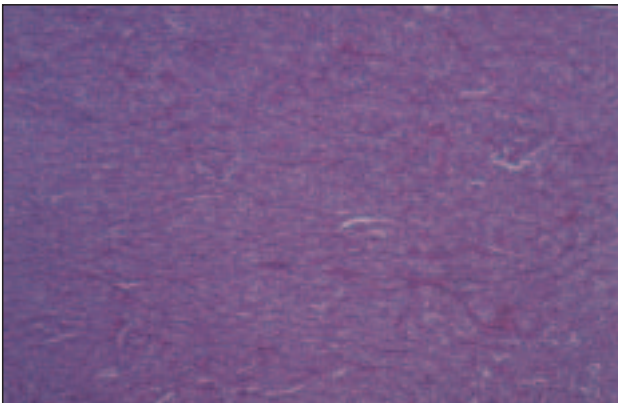


Fig. 2: Preparación histológica: trabéculas de células tiroideas separadas por tractos de material hialino.

Criterios citológicos:

- Pequeños acúmulos sincitiales con material hialino central.
- Núcleo redondo, oval con pequeño nucleolo. A veces con hendiduras y pseudo-inclusiones.
- Citoplasma: algunas pequeñas vacuolas claras y "gránulos" con H-E, halos claros perinucleares y cuerpos amarillos.

Criterios histológicos:

- Patrón trabecular-alveolar.
- Células poligonales de talla media y citoplasma eosinófilo.
- Algunas células fusiformes.
- Núcleos vesiculares, levemente polimorfos con hendiduras y pseudo-inclusiones; nucleolo pequeño.
- Material hialino entre trabéculas.
- Ocasionalmente formación de coloide.
- Cuerpos amarillos citoplasmáticos.

Discusión

El primer aspecto a discutir es la posibilidad de llegar a este diagnóstico mediante PAAF. Dos años después de su primer estudio Goellner y cols. (4) comunicaron su experiencia citológica, en 5 casos puncionados, calificando de "unrealistic" el establecer un diagnóstico definitivo de ATH por citología.

No obstante en años posteriores, Akin y cols. (5) en 1999, revisa los frotis de 3 ATH confirmados ultraestructuralmente, definiendo el patrón citológico de estos tumores: "formado por pequeños acúmulos y nidos de células epiteliales con citoplasma abundante, filamentosos, vacuolado y mal definido. Núcleos ligeramente pleomórficos sobrepuestos con algunas hendiduras e inclusiones citoplasmáticas intranucleares. Se ven además, pequeños e irregulares fragmentos de material hialinizado acelular".

Hechos citológicos similares encuentran Rothenberg, Goellner y Carney (6) en el mismo año observando además la presencia de cuerpos amarillos citoplasmáticos en los 75 casos revisados.

Por otro lado, nos preguntamos si estamos ante una tumoración benigna o se trata de una variante de carcinoma papilar. Parece existir una constante en todas estas revisiones, su pronóstico favorable. En los años 89 y 90 se hacen nuevas aportaciones al conocimiento de este tumor describiéndose uno asociado a bocio multinodular por Chan y cols. (7) y 3 nuevos casos con estudios inmunohistoquímicos y ultraestructurales por Katoh (8). Hasta la fecha todas las comunicaciones habían tenido un comportamiento benigno, incluso alguno de los casos de Carney en los que se había visto invasión capsular y / o vascular.

En 1991 Sambade y cols. (9) reportan 9 casos de los cuales uno había metastatizado en un ganglio regional, llegando a producirse la muerte del paciente posteriormente por esta enfermedad. En 1994 Molberg y Albores-Saavedra (10), presentan cuatro casos de ATH, todos encapsulados. En ellos, dos mostraron invasión capsular y vascular, y otro había desarrollado un carcinoma microcapilar en su seno; todos los pacientes vivían entre dos y cinco años libres de enfermedad.

Li y cols. (11) en 1997 recuerdan la similitud morfológica entre el ATH y el carcinoma papilar incluyendo la presencia de pseudo-inclusiones nucleares y de abundante material de membrana basal (MB) mediante anticuerpos monoclonales para colágeno tipo IV y laminina, siendo el patrón más habitual en ATH la coloración difusa del estroma y en acúmulos, viéndose además en forma de gotas intracitoplasmáticas y las pseudo-inclusiones, estableciendo dos hipótesis en cuanto a los mecanismos de producción de membrana basal anómala y concluyendo que existe una relación entre el ATH y el carcinoma papilar.

En la revisión de los 75 casos de ATH de Rothenberg (6) diagnosticados en la Clínica Mayo, se encuentran cuerpos de inclusión citoplasmáticos en el 100 % de ellos, correspondiendo ultraestructuralmente a lisosomas gigantes. También en este año 1999, Katoh (12) aporta cuatro nuevos casos y hallazgos ultraestructurales sobre los depósitos de material de MB en el estroma tumoral. Hardisson (13) también en 1999 aporta un nuevo caso de una mujer de 25

años con patrón histológico igual al descrito por Rothemberg, encontrándose libre de enfermedad a los 3 años de su diagnóstico.

En dos artículos publicados en *Am J Surg Pathol* el pasado año, Hirokawa y Carney (14) apuntan un comportamiento inmunohistoquímico diferencial entre el ATH y el carcinoma papilar consistente en la positividad para las citoqueratinas 19 y de alto peso molecular en el carcinoma papilar con negatividad para Mib1 en el ATH, concluyendo que estos hechos no apoyan la idea comunicada con anterioridad de que el ATH sea una variante encapsulada del carcinoma papilar.

Conclusiones

1. El ATH es un infrecuente tumor benigno de tiroides.
2. Plantea dudas diagnósticas con el carcinoma papilar de tiroides incluso en la preparación histológica, siendo muy difícil de diagnosticar mediante PAAF.
3. Debemos realizar un seguimiento especial durante años a estos pacientes en la sospecha de su posible, aunque rara, malignidad.

Bibliografía

1. Ward JV, Murray D, Horwat E, Kovacs K, Brumal R. Hyaline cell tumor of the thyroid with massive accumulation of cytoplasmic microfilaments. *Lab Invest*, 1982; 46, 88 A.
2. Carney JA, Ryan J, Goellner JR. Hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid gland. *Am J Surg Pathol* 1987 Aug; 11 (8): 583-91.
3. Bronner MP, LiVolsi VA, Jennings TA. Plat. Paraganglioma-like adenomas of the thyroid. *Surg Pathol* 1988;1:383.
4. Goellner JR, Carney JA. Cytologic features of fine-needle aspirates of hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid. *Am J Clin Pathol* 1989 Feb; 91 (2): 115-9
5. Akin MR, Nguyen GK. Fine-needle aspiration biopsy cytology of hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid. *Diagn Cytopathol*, 1999 Feb, 20:2, 90-4
6. Rothemberg HJ, Goellner JR, Carney JA. Hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid recognition and characterization of its cytoplasmic yellow body. *Am J Surg Pathol* 1999 Jan, 23: 1, 118-25
7. Chan JK, Tse CC, Chiu HS. Hyalinizing trabecular adenoma-like lesion in multinodular goitre. *Histopathology* 1990; 16:611-14
8. Katoh R, Jasani B, Williams ED. Hyalinizing trabecular adenoma of thyroid. A report of the three cases with I-h and m-e studies. *Histopathology* 1989; 15:211-24.

9. Sambade C, Franssila K, Cameselle J, Sobrino- Simoes M. Hyalinizing trabecular adenoma: a misnomer for a peculiar tumor of the thyroid gland. *Endocr Pathol* 1991;2:1983
10. Molberg K, Albores-Saavedra J. Hyalinizing trabecular carcinoma of the thyroid gland. *Hum Pathol* 25; 1994: 192-7.
11. Li M, Carcangiu ML, Rosai J. Abnormal intracellular and extracellular distribution of basement membrane material in papillary carcinoma and hyalinizing trabecular tumors of the thyroid: implication for deregulation of secretory pathways. *Hum Pathol*, 1997 Dec, 28: 12, 1366-72.
12. Katoh R, Kakudo K, Kavaoi A. Accumulated basement membrane material in hyalinizing trabecular tumors of the thyroid. *Mod Pathol*, 1999 Nov, 12:11, 1057-61
13. Hardisson D, Prim MP, de Diego JI, Nistal M. Hyalinizing trabecular adenoma of the thyroid. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 1999 Apr, 50: 3, 243-6.
14. Hirokawa M, Carney JA, Ohtsuki Y. Hyalinizing trabecular adenoma and papillary carcinoma of the thyroid gland express different cytokeratin patterns.

Correspondencia

Dr. José María Abad Royo
Nicolás Guillén, 4 - 1 E
50015 ZARAGOZA
E-mail jmabadr@terra.es