

# Carcinoma Indiferenciado (Padrão Insular) da Tiroideia

S.R. Aparicio, L. Martinez, Rosário Fernandes, Salette Silva e Nuno Santiago\*

Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Fernando Fonseca, Amadora

\*Serviço de Otorinolaringologia, I.P.O., Lisboa

## História Clínica

Homem de 23 anos, atleta, bom estado geral, apresentou-se com um nódulo indolor no lobo direito da tiroideia. A TAC revelou um nódulo sólido de 5 cm de diâmetro. Sem adenopatias. Eutiroide. Exame objectivo restante sem alterações. Raios-X do tórax e ecografia abdominal normais.

## Exame Macroscópico

Tiroidectomia parcial consistindo de lobo direito da tiroideia quase inteiramente ocupado por nódulo sólido, firme, de contornos mal definidos, acinzentado com algumas estrias amareladas, medindo 5x4x3cm, estendendo-se focalmente até à margem cirúrgica. Dois gânglios, 1cm e 0,8cm de diâmetro, submetidos separadamente.

## Exame Microscópico

Tumor lobulado, altamente celular, constituído por ninhos e trabéculas de células com citoplasma indefinido, núcleos pequenos, hiper cromáticos, sem fendas ou aspecto "ground-glass". Actividade mitótica: 10 mitoses/10 C.A.A. Observa-se também necrose tipo comedo com microcalcificação associada. O tumor invade o parênquima da tiroideia, observando-se frequentemente invasão dos folículos. Estroma fibroso com infiltrado linfocitário não específico. Identifica-se invasão vascular frequente e o tumor estendia-se até à margem cirúrgica. Os gânglios sem metástases.

**M.Electrónica** - Desmosomas bem definidos. Sem grânulos tipo neuroendócrino.

## Discussão

Este tumor maligno da tiroideia apresenta um padrão histológico insular com fenótipo imunohistoquímico indefinido. Todavia, a expressão de citoqueratina e a presença de desmosomas indicam tratar-se de um carcinoma indiferenciado.

A revisão das lâminas por vários Patologistas estabeleceu o consenso de que se tratava de um carcinoma indiferenciado, provavelmente variante insular. Expressa parâmetros de mau prognóstico como índice mitótico elevado, necrose, invasão da cápsula e invasão vascular. No diagnóstico diferencial considerou-se carcinoma medular, carcinoma neuroendócrino e metástases de primário oculto (sugerido pelo padrão de invasão folicular). Estes foram excluídos pelos resultados negativos da Imunohistoquímica, da Microscopia Electrónica e pela investigação clínica.

**Seguimento clínico** - Na segunda abordagem cirúrgica concluiu-se a tiroidectomia com dissecação de 12 gânglios. Não se identificou malignidade no parênquima nem nos gânglios. O doente fez também Iodo radioactivo. Os marcadores séricos de calcitonina foram sempre normais e o doente continua bem 1 ano após a primeira cirurgia.

**Comentário** - o padrão descrito como carcinoma insular associa-se frequentemente à ocorrência de metástases à distância, sendo considerado tumor de agressividade intermédia entre carcinoma bem diferenciado e carcinoma anaplásico. Todavia, recentemente foram descritos casos de bom



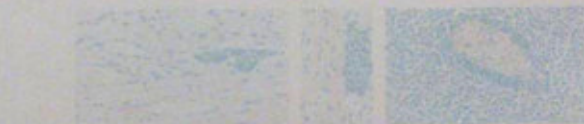
Citologia Aspirativa - Sugestiva de Carcinoma, mas de tipo incerto.



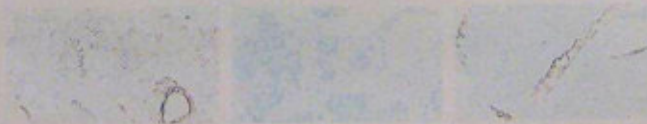
Esq - Ninhos sólidos e invaso folicular. Da - Ninho solitário para além do nódulo principal do tumor.



Detalhes da invasão dos folículos, da celularidade densa dos ninhos com microcalcificações e da actividade mitótica elevada.



Detalhes da invasão vascular na periferia da tiroide e da necrose tipo comedo observada no centro de alguns dos nódulos sólidos.



## Imunohistoquímica

**Positivo** - AE1/AE3, CD34 demonstrando invasão vascular pelas células do carcinoma; dois folículos normais no canto direito. **Negativo** - LCA, Vm., NSE, Chromogranina, Calcitonina, Thyroglobulina.

## Agradecimentos

Estamos gratos aos Professores Jorge Soares, Sobrinho Simões e E.D. Williams pelo auxílio prestado na revisão das lâminas.

## Bibliografia:

1-Zettinig G. et al. Thyroid 2000; 10 : 435-7  
2-Marchesi M. et al. Chir. Ital. 1998; 50 : 73-5