

## ADENOMA DA PARATIRÓIDEIA - a propósito de um caso

Rita Theias Manso, Sofia Loureiro dos Santos - Serviço de Anatomia Patológica

Hospital Fernando Fonseca, EPE - Amadora

### Introdução

Os adenomas da paratiroides podem revelar-se um desafio no diagnóstico diferencial entre adenoma atípico e carcinoma da paratiroides.

### Caso

Homem, raça branca, 74 anos, com nódulo no pólo inferior do lobo esquerdo da tireoideia, bem delimitado, com 2 cm de maior eixo e superfície de secção de cor castanha.

Histologicamente não se observava cápsula, documentando-se nítida separação com o parênquima tireoideu, reconhecendo-se glândula paratiroides numa orla periférica, com abundante estroma adiposo (Fig. 3). O tumor era constituído por uma proliferação trabecular e nodular de células poligonais e fusiformes, num estroma denso e ricamente vascularizado (Figs. 1, 2 e 4), com atipia citológica ligeira e 2 mitoses por 50 campos de grande ampliação. Não se documentaram angioinvasões (Figs. 5, 6 e 8) nem atingimento da margem cirúrgica.

O estudo imunohistoquímico revelou positividade para sinaptofisina, cromogranina A e ciclina D1 (em cerca de 100% das células tumorais) (Fig. 7), tendo sido negativo com tiroglobulina, TTF1, S100 e calcitonina. Não se demonstrou depósito de substância amilóide (vermelho do Congo negativo).

### Discussão

O diagnóstico diferencial faz-se com o carcinoma medular da tireoideia (a separação nítida do parênquima tireoideu, a ausência de substância amilóide e de imunomarcagem com calcitonina exclui o carcinoma medular), com o adenoma atípico da paratiroides e com o carcinoma da paratiroides (o aspecto “infiltrativo” pela ausência de cápsula, a atipia citológica, as figuras de mitose, o estroma denso e a expressão de ciclina D1 são aspectos característicos dos carcinomas e dos adenomas atípicos). Os critérios inequívocos de malignidade, como invasão do parênquima adjacente e angioinvasões (Fig. 6), estão ausentes neste caso.

As hipóteses diagnósticas de paraganglioma (ausência de marcação das células de sustentação – S100), de adenoma trabecular hialinizante (TTF1 e tiroglobulina negativos e positividade para marcadores neuroendócrinos) e de metástase (história clínica e aumento da hormona paratiroides sérica) foram excluídos.

### Conclusão

Não existe até à data nenhum marcador imunohistoquímico e ou citogenético que facilite a distinção entre o adenoma atípico e o carcinoma da paratiroides. O padrão morfológico e a expressão imunohistoquímica (ciclina D1) podem ser sobreponíveis. A amostragem deve ser exaustiva de forma a excluir a presença de angioinvasões, o único critério definitivo de malignidade. No caso presente, a ausência de angioinvasões e de um crescimento invasivo foram critérios suficientes para excluir malignidade, tendo sido colocado o diagnóstico final de adenoma da paratiroides (atípico) intratiroides.

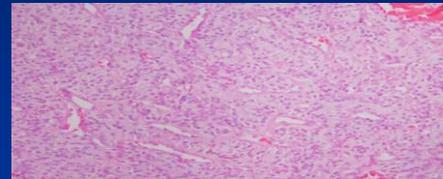


Fig. 1: HE 100x

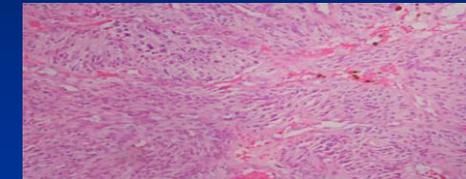


Fig. 2: HE 100x

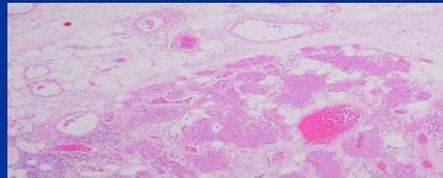


Fig. 3: HE 40x: “pseudo-infiltração” do parênquima adjacente

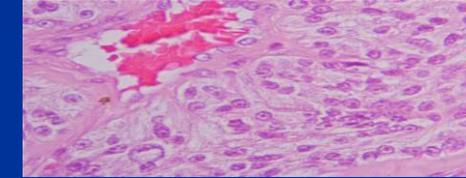


Fig. 4: HE 400x

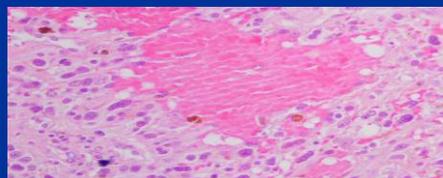


Fig. 5: HE 200x: proliferação peri-vascular e atipia moderada das células

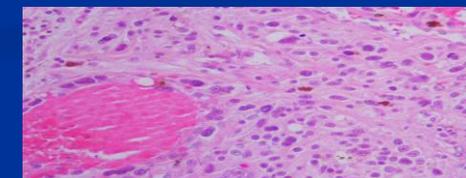


Fig. 6: HE 200x: proliferação peri-vascular e atipia moderada das células

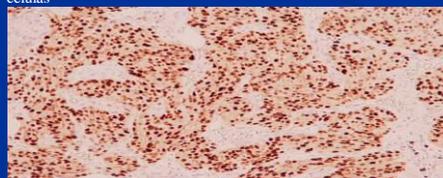


Fig. 7: ciclina D1 100x

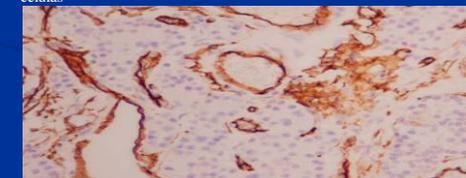


Fig. 8: CD34 200x: ausência inequívoca de angioinvasões

### BIBLIOGRAFIA

DeLellis R.A., Lloyd R.V., Heitz P.U., Eng C. (Eds.): World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of Endocrine Organs. IARC Press: Lyon 2004

Rosai J.; Rosai and Ackerman's. Surgical Pathology. Mosby; 2004

Agradece-se a colaboração do Prof. Sobrinho Simões, do IPATIMUP, que confirmou o diagnóstico.