
Carcinomas de Células claras da Tireóide

Rui Luzzato *
Gorki M. de Lima **
Heitor A. Jannke ***
Jorge D. Zanol ****

LUZZATO, Rui et al. Carcinomas de células claras da tireóide. Rev. Bras. de Cancerologia, Brasília, 27 (5): 13 - 18, Set./Out., 1977.

Resumo: Uma revisão da literatura publicada sobre Carcinomas de Células Claras da Tireóide é realizada e 4 novos casos são descritos.

Os carcinomas de células claras de tireóide são neoplasias oriundas do epitélio folicular. Embora muito raros, devido a aspectos clínicos e prognósticos julgamos importante a distinção desta entidade das metástases dos carcinomas renais, que exibem caracteres morfológicos muito similares (4, 6, 9, 10). Uma pesquisa bibliográfica revelou quinze casos publicados na literatura.

O presente relato inclui quatro casos de carcinoma de células claras, um estudo clínico-morfológico e considerações sobre a etiopatogenia da lesão.

MATERIAL E MÉTODOS

O material é proveniente dos arquivos de patologia cirúrgica do Instituto de Patologia e do Departamento de Patologia da UFRGS. Os cortes histológicos foram corados pela Hematoxilina e Eosina, PAS, Alcian Blue e Orceina e examinados e fotografados em um microscópio Leitz com oculares de 10 aumentos, objetivas de 6.3, 15, 25 e 45.

RELATO DE CASOS

Caso I (AP -44986) - M.R.C., 37 anos, feminina, há seis anos notou aparecimento de massa indolor na região cervical anterior que aumentou progressivamente, acompanhada de dispnéia noturna. O exame físico constatou grande tumor palpável, móvel sobre os planos profundos e à deglutição. O hemograma revelou eosinofilia e um exame parasitológico, *Ascaris* e *Ancylostoma*. Os restantes dados laboratoriais não mostraram anormalidades dignas de nota. A paciente foi submetida a uma tireoidectomia subtotal. Ao exame macroscópico (Fig.1) o espécime tinha forma ovóide aparentemente encapsulado; pesando 375,0g e medindo

-
- * Professor Assistente do Departamento de Patologia da U.F.R.G.S.
** Professor Titular do Departamento de Patologia da U.F.R.G.S.
*** Patologista do Instituto de Patologia de Porto Alegre.
**** Residente em Anatomia Patológica no Departamento de Patologia da U.F.R.G.S.

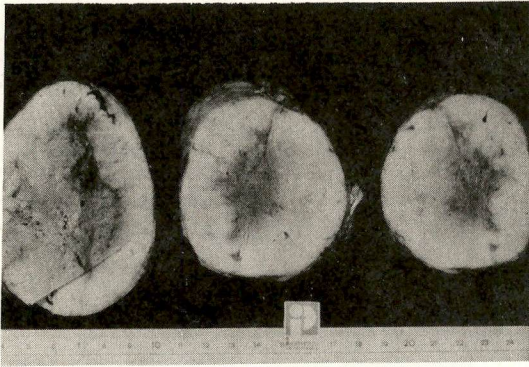


FIGURA I – Aspecto macroscópico do caso (44986), mostrando nódulo de contornos nítidos, superfície de corte branca, com áreas centrais necrótico-hemorrágicas.

11,0 x 9,0 x 5,0 cm. Ao corte, a superfície era rugosa, fasciculada, de cor parda-clara com área hemorrágica central. O exame microscópico (Fig.2) mostrou tratar-se de lesão composta uniformemente por células de citoplasma claro com núcleo hiper cromático exibindo anisonucleose e mitoses atípicas esparsas. A cápsula estava íntegra,

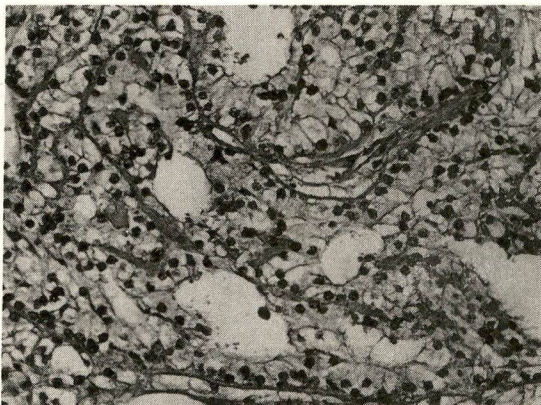


FIGURA II – Aspecto microscópico de mesmo caso da figura I (44986) exibindo células com citoplasma claro, dispostas solidamente ou esboçando arranjo folicular (HE – 250x).

mas invasão vascular pode ser demonstrada inequivocamente em dois cortes histológicos corados pela Hematoxilina-Eosina e Weigert-Elástica.

Caso II (AP – 138700) – O.R.B., 63 anos, masculino, referia aumento da região cervical anterior há mais de vinte e cinco anos, com crescimento mais rápido nos últimos tempos. O paciente não era portador de sintomas clínicos de hipertireoidismo, mas queixava-se de dificuldade expiratória. Foi efetuada uma tomografia que mostrou que a lesão se estendia para o mediastino e havia desvio da traquéia para a direita. Foi realizada uma tireoidectomia. Foi ressecado um nódulo volumoso, multibosselado, com aderências fibrosas, medindo 13,0 x 9,0 x 7,0 cm e pesando 400,0g. Ao corte era constituído por tecido branco, fosco, lobulado e encapsulado, exibindo alterações regressivas (hemorragias e calcificações). O exame microscópico mostrou tratar-se de uma neoplasia de arranjo predominantemente folicular com células de citoplasma claro, núcleos hiper cromáticos de forma irregular, algumas mitoses atípicas, invasão capsular e permeação vascular.

Caso III (AP – 128953) – P.C.O., 52 anos, feminina, queixava-se de aumento progressivo da região cervical anterior. Diante disto a paciente foi submetida a uma tireoidectomia subtotal. O espécime recebido para exame Anatomopatológico consistia de uma massa tumoral, bosselada e rugosa, medindo 6,2 cm no maior eixo e pesando 125,0g. O corte evidenciava um tecido de aspecto colóide com áreas calcificadas ao lado do qual havia um nódulo único medindo 4,4cm de diâmetro, aparentemente englobado por cápsula constituída por tecido branco-amarelado, fosco e homogêneo.

O padrão histológico assemelhava-se ao caso n.º II (Figs. 3 e 4).

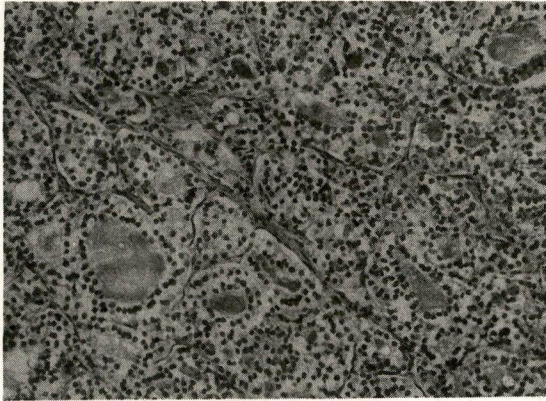


FIGURA III – Aspecto histológico do caso (128953) no qual se observam células claras com arranjo tipicamente folicular e material colóide (HE – 160x).

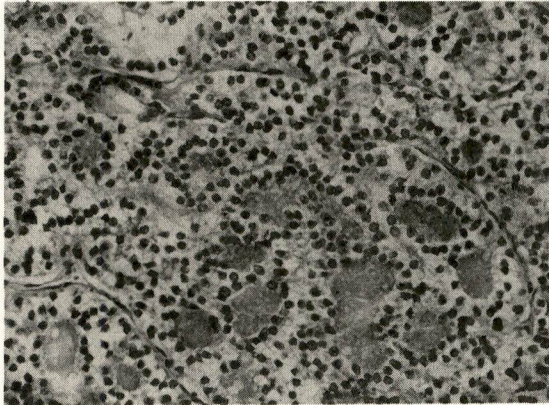


FIGURA IV – Com maior aumento vê-se outra área com estruturas foliculares características (HE – 250x).

Caso IV (AP – 136976) – A.B., feminina, 45 anos, com história de nódulo cervical há anos. A paciente foi submetida a uma tireoidectomia subtotal. O produto desta tireoidectomia consistia de uma porção irregular de tireóide, medindo 5,8 cm no maior eixo e pesando 28,0g. Na superfície de corte evidenciaram-se dois nódulos, um maior com extensas alterações regressivas e um menor com hemorragia, ambos aparentemente encapsulados. No exame microscópico (Fig.5) predominava o aspecto papilar anaplásico, em meio a intensas alterações regressivas. Foram identificadas várias áreas em que os prolongamentos papilares exibiam células vacuolizadas e de citoplasma claro. Havia invasão capsular e permeação vascular.



FIGURA V – Aspecto microscópico do caso (136976), evidenciando-se brotamentos papilares revestidos por células claras.

DISCUSSÃO

Carcinomas de células claras são lesões freqüentes nos rins, tendo sido descritos muito raramente em outras localizações, como pulmão e tireóide.

Embora Hazard (5) as tenha considerado como de mau prognóstico, estas neoplasias, quando oriundas da tireóide, parecem apresentar comportamento pouco

agressivo e evolução lenta(3), se comparadas aos carcinomas de células renais, razão pela qual julgamos de máxima importância o estabelecimento de diagnóstico diferencial clínico-morfológico entre estas entidades. Uma vez que haja suspeita diagnóstica de carcinoma de células claras de tireóide, a exclusão de lesão primária com outra localização poderá ser realizada pelo tempo de evolução da neoplasia, pois estas lesões da tireóide apresentam longa evolução, e metástases à distância ocorrem, mas são infrequentes. O carcinoma de células claras do rim, uma vez diagnosticado, é habitualmente fatal em poucos meses, devido à invasão vascular precoce.

O estudo dos rins através da urografia excretória, pesquisa de hematúria microscópica, ou eventualmente laparotomia exploradora com exame Anatomopatológico podem se constituir em auxiliares no diagnóstico diferencial. O exame microscópico pode estabelecer se a lesão é primária da tireóide pela demonstração de folículos tireóideos revestidos por células claras, contendo ou não colóide no seu interior, ao contrário do carcinoma de células renais, no qual seus elementos obedecem à disposição tubular ou trabecular. Frequentemente há necessidade de múltiplos cortes histológicos para serem evidenciados folículos típicos.

Além disso, podem ser encontradas inclusões intracitoplasmáticas no carcinoma primário de tireóide que se coram positivamente pelo mucicarmine e pelo alcian blue, o que não ocorre no carcinoma de células claras do rim (10). Chesky refere uma incidência de 0,18% para os carcinomas de células claras de tireóide (2), se computados os bócios cirúrgicos e chama a atenção pa-

ra o fato de que todos os seus casos ocorreram no sexo feminino. Outros estudos demonstraram maior incidência nas mulheres, embora se saiba que tais neoplasias também ocorrem em homens (10), como em um dos nossos casos. Um levantamento estatístico de 147.310 casos de patologia cirúrgica do Instituto de Patologia de Porto Alegre e de 46.012 casos do Departamento de Patologia da UFRGS permitiu uma avaliação da incidência das neoplasias de tireóide e esta é sumarizada nas tabelas abaixo. Excluímos do estudo os casos de bócios adenomatoso e colóide, cistos tireóideos, tireoidites e outros processos não neoplásicos.

Tabela I: — (Adenomas e Carcinomas)

Total de exames Anatomopatológicos	—	193.322
Número de Adenomas	—	723
Número de Carcinomas (inclusive metastáticos)	—	218

Tabela II: — (Carcinomas)

Carcinomas papilares	—	76
Carcinomas foliculares	—	78
Carcinomas indiferenciados	—	40
Carcinomas sólidos	—	8
Carcinomas de células gigantes	—	3
Carcinomas de pequenas células	—	3
Carcinomas de células de Hurtle	—	3
Carcinomas metastáticos	—	3
Carcinomas constituídos puramente por células claras	—	2
Carcinomas papilares ou foliculares com áreas de células claras	—	3
TOTAL DE CARCINOMAS	—	218

Verificamos pela tabela acima que o carcinoma de tireóide constituído unicamente de células claras é bastante raro com incidência aproximada de 0,9 % entre os tumores malignos de tireóide. Suas células lembram muito as de paratireóide, entretanto, hiperparatireoidismo não foi relatado em associação com esta entidade (7).

Estudos ultraestruturais revelam que o citoplasma das células claras na paratireóide e tireóide contém numerosos vacúolos limitados por membranas, alguns dos quais coalescem formando estruturas

maiores (1, 8, 9).

A natureza das células claras na tireóide é desconhecida, entretanto, admite-se que as mesmas sejam de origem folicular, com modificações citoplasmáticas similares às que ocorrem na paratireóide (water clear cells). Estas alterações representariam um estado morfofuncional temporário, antes de um tipo celular específico (6). O fato de serem encontradas com freqüência em neoplasias com processos degenerativos poderia representar uma alteração celular regressiva.

SUMMARY

A review of the literature published on Clear Cell Carcinomas of Thyroid is done and 4 new cases are described.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. — **ALTENAHRE, E** — Ultrastructural Pathology of Parathyroid Glands Current Topics in Pathology — Vol.56 — 1972.
2. — **CHESKY, V. E. HELWIG, C. A. BARBOSA, E. and HALSTEAD, K.** — Clear Cell Tumors of the Thyroid — Surgery 42.282 — 1957.
3. — **CRABTREE, H. N. and HUNTER, D.C.** - Carcinoma of the Thyroid-A.M.A. Archives of Surgery 67.175—168, 1953.
4. — **GAULT, E.W. LEUNG, T.H.W. and THOMAS D.P.** — Clear Cell Renal Carcinoma Masquerading as Thyroid Enlargement — J. Path. — Vol. 113, 21-26, 1974.
5. — **HAZARD, John B. KENYON, R. and WAWK, W.A.** — Neoplasms of the Thyroid — Exhibit, Space 723, 103 rd, Ann Meeting A.M.A. San Francisco, June 21-25, 1954.
6. — **KNISELEY, R.M. and ANDREWS, G.A.** Transformation of Thyroidal Carcinoma to Clear Cell type. American J. Clin. Path. 26: 1427-1438, 1956.
7. — **MEISSNER, W.A. and WARREN, S.** — Tumors of the Thyroid Gland. — Atlas of Tumor Pathology — Washington D.C. Armed Forces Institute of Pathology, 1969, second series, pp 93-94.
8. — **ROTH, Sanford I.** — The Ultrastructure of primary Water Clear Cell Hyperplasia of Parathyroid Glands-American Journal of Pathology — 61.233-248, Nov. 1970.
9. — **STOLL, W.X. and LIETZ, H.** — Clear Cell Adenoma of the Thyroid Gland — Vir-

chows Arch. Abs. Path. Anath. 361, p 163-173, 1973.

10. - VARIAKOJIS, D. GETZ - M.L. PA-

LOYAN, E. and STRAUS, F.H. Papillary Clear Cell Carcinoma of the Thyroid Gland - Human Pathology Vol. 6:3 - 348 - 390, May 1975.