

# ADENOLIPOMA DA TIRÓIDE

Andreia VELOZA, Isabel MANITA, Catarina COELHO, Catarina SARAIVA, Isabel NASCIMENTO, Ana OLIVEIRA, Maria C. CORDEIRO, Jorge PORTUGAL

## RESUMO

Os adenolipomas da tiróide ou tirolipomas são tumores benignos raros constituídos por tecido adiposo. A apresentação clínica mais característica é o aumento insidioso do volume cervical. A citologia aspirativa da tiróide pode sugerir o diagnóstico quando evidencia a coexistência de células adiposas com células foliculares tiroideias. O tratamento definitivo, embora nem sempre indicado, é cirúrgico, e o prognóstico é favorável. Apresenta-se um caso de uma doente de 61 anos de idade, referenciada à consulta de Endocrinologia por bócio multinodular. O diagnóstico de adenolipoma da tiróide foi possível apenas por exame histológico, após uma citologia aspirativa tiroideia suspeita de tumor folicular. Discute-se a fisiopatologia, clínica e diagnóstico desta entidade.

## SUMMARY

### THYROID ADENOLIPOMA

Thyroid adenolipomas or thyrolipomas are rare benign neoplasms composed of mature adipose tissue and glandular elements. The most common clinical manifestation is a slowly enlarging neck mass. If thyroid fine-needle aspiration biopsy discloses a mixed population of adipocytes and follicular cells, the possibility of an adenolipoma should be considered in the differential diagnosis. Complete surgical excision is curative and the prognosis is favorable. We report a case of a 61 year-old female, with a recent diagnosis of multinodular goitre. The diagnosis of adenolipoma was only possible after surgery, performed because of a suspicious fine-needle aspiration biopsy. We also briefly discuss the pathogenesis, clinic and diagnosis of this entity.

A.V., I.M., C.C., C.S., M.C.C.,  
J.P.: Serviço de Endocrinologia  
e Diabetes. Hospital Garcia de  
Orta. Almada  
I.N.: Serviço de Cirurgia Ge-  
ral. Hospital Garcia de Orta.  
Almada  
A.O.: Serviço de Anatomia  
Patológica. Hospital Garcia de  
Orta. Almada

© 2010 CELOM

## INTRODUÇÃO

Os adenolipomas da tiróide, também conhecidos por tirolipomas ou lipoadenomas, são tumores benignos raros. São neoplasias biologicamente inativas, bem delimitadas, encapsuladas e constituídas por tecido adiposo maduro e tiroideu. A sua origem é desconhecida. Diversas teorias foram propostas para explicar a presença de tecido adiposo na tiróide. Clinicamente apresentam-se com aumento do volume cervical, associado ou não a sintomas compressivos. À palpação o nódulo é mole, não aderente aos planos profundos. Os doseamentos de TSH, T4 livre e T3 livre são normais. Os exames imagiológicos podem sugerir o diagnóstico de adenolipoma se mostrarem a natureza lipídica da massa, geralmente iso-ecogenicidade na ecografia e hipointensidade na tomografia computadorizada (TC) e na ressonância magnética (RM). O cintigrama da tiróide embora não esteja indicado, quando efectuado evidencia hipocaptação nodular. A citologia aspirativa por agulha fina pode ser diagnóstica. Se suspeita ou inconclusiva, a abordagem cirúrgica pode ser necessária para confirmar o diagnóstico.

O caso apresentado refere-se a uma doente com história recente de bócio multinodular, cujo diagnóstico de adenolipoma só foi possível após cirurgia tiroideia.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, de 61 anos de idade, referenciada à consulta de Endocrinologia do Hospital Garcia de Orta por bócio multinodular. Este diagnóstico tinha sido realizado por ecografia tiroideia na sequência de aumento do volume cervical cerca de oito meses antes da vinda à consulta. A doente referia ainda disfagia ocasional e negava sintomatologia sugestiva de disfunção tiroideia. Apresentava antecedentes de hipertensão arterial e doença pulmonar crónica obstrutiva para as quais estava medicada. Não tinha história familiar de patologia tiroideia. Na palpação cervical identificou-se um nódulo de consistência mole no lobo esquerdo tiroideu, indolor, com cerca de 15 mm de diâmetro, não aderente aos planos profundos, sem adenopatias loco-regionais palpáveis.

Os exames laboratoriais confirmaram o eutiroidismo e os doseamentos de anticorpos

antitiroglobulina e antiperoxidase foram negativos. Ecograficamente, a tiróide tinha dimensões normais, ecoestrutura heterogénea, multinodular, com o maior nódulo situado no lobo esquerdo com 17 mm. Foi realizada citologia aspirativa do nódulo dominante cujo resultado foi sugestivo de tumor de padrão folicular/papilar. Para melhor esclarecimento do nódulo, foi contactado o Serviço de Cirurgia Geral e decidida intervenção cirúrgica. A doente foi submetida a tiroidectomia total. O exame histológico do nódulo referido foi compatível com adenolipoma (Figuras 1 e 2).

O restante parênquima tiroideu possuía características de hiperplasia nodular (bócio) predominantemente macrofolicular. Um ano após a cirurgia, a doente está clínica e laboratorialmente em eutiroidismo, sob levotiroxina 100µg/dia.

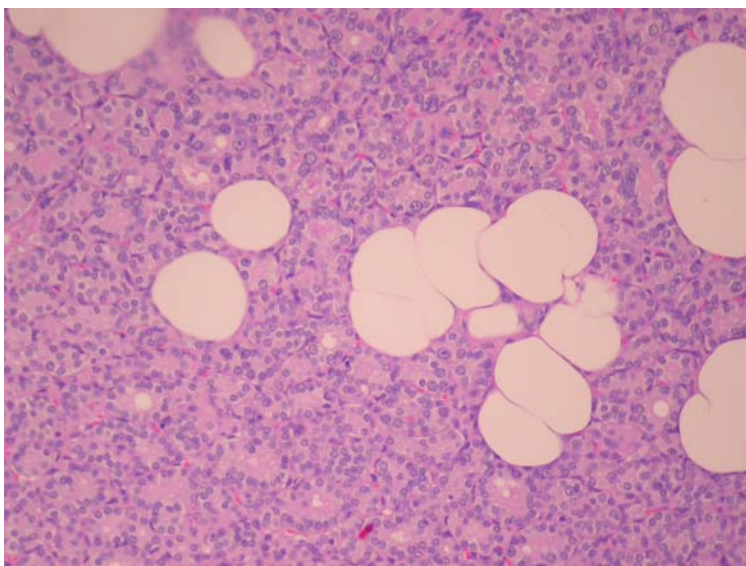


Fig. 1 – Adenoma microfolicular com tecido adiposo maduro (HE)

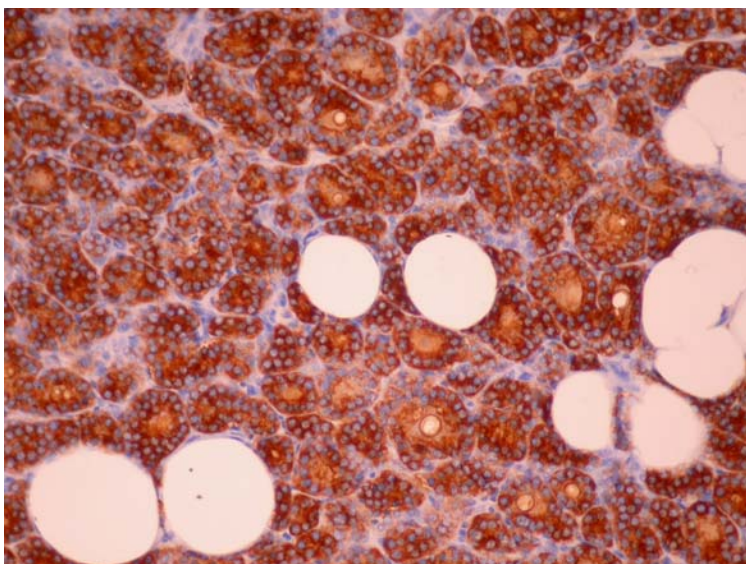


Fig. 2 – Imunohistoquimicamente, o epitélio folicular é positivo para tiroglobulina

## DISCUSSÃO

Os nódulos da tiróide são geralmente clínica e imagiológicamente pouco específicos. A citologia aspirativa e por vezes a biópsia excisional são necessárias para o diagnóstico patológico final.

As lesões da tiróide com tecido adiposo são classificadas em lesões macroscópicas, como o adenolipoma, o bócio amilóide, tiroidite linfocítica, lipoadenomatose difusa, lipoma paratiroideu ou tímico intratiroideus, liposarcoma; e em lesões microscópicas, em que se observam vacúolos de gordura intracelulares, também designadas de neoplasias com *clear cells*<sup>1</sup>.

O tecido adiposo é frequentemente encontrado nas glândulas paratiroideias, salivares, timo, pâncreas e mama. Por outro lado, pequenas quantidades de tecido adiposo são raramente observadas na tiróide normal, onde pode estar adjacente à cápsula, em redor dos vasos, ou nos septos de tecido conjuntivo<sup>2,3</sup>. Estão também descritos noutras condições como adenomas, lipoadenomatose difusa, carcinoma papilar, bócio amilóide, hiperplasia nodular, doença de Graves e doença de Cowden<sup>3-7</sup>. Na lipoadenomatose difusa e no bócio amilóide, o tecido adiposo dispõe-se em todo o estroma tiroideu, enquanto que no adenolipoma da tiróide está confinado a um nódulo capsulado constituído por elementos adiposos e glandulares. O bócio amilóide distingue-se ainda pela presença de depósitos amilóides, evidenciados pelo corante vermelho de Congo, e geralmente está associado a amiloidose sistémica<sup>1,6,8</sup>.

No caso apresentado, o tumor estava bem delimitado por uma cápsula fibrosa. Microscopicamente observavam-se células epiteliais com positividade para tiroglobulina, o que comprova a sua origem folicular, e células adiposas maduras.

Não houve marcação para o vermelho de Congo.

Na literatura pouco mais de duas dezenas de adenolipomas da tiróide estão descritos<sup>2,8</sup>, a maioria em mulheres com idade média de diagnóstico de 53,4 anos<sup>2</sup>.

A histogénese dos adenolipomas não está ainda esclarecida e várias teorias têm sido propostas. Alguns autores defendem que o adenolipoma representa um tumor híbrido com elementos mesenquimais e epiteliais, e deste modo o tecido adiposo é interpretado como sendo componente neoplásico. Outros sugerem que os adenolipomas da tiróide e do timo, que têm origem embrionária comum no intestino proximal primitivo, são provavelmente embrionários e causados por alguma influência externa adversa durante a embriogénese<sup>7</sup>. Uma terceira teoria considera que o tecido adiposo advém de um processo metaplásico a partir dos fibroblastos do estroma tiroideu, provavelmente secundá-

rio a hipoxia ou a involução senil que ocorre também noutras glândulas<sup>2,8</sup>.

Clinicamente, os tirolipomas não se distinguem de outras massas cervicais. Os doentes com tirolipomas geralmente apresentam-se com aumento do volume cervical, associado ou não a queixas compressivas. Ocasionalmente, os lipomas cervicais podem mimetizar nódulos tiroideus, sobretudo quando crescem em direcção à tiróide<sup>9</sup>. Para excluir a presença de lipomas cervicais, os exames imagiológicos multicortes são úteis.<sup>1</sup> A TC e a RM podem ser úteis no diagnóstico pré-operatório de adenolipoma, uma vez que o tecido adiposo tem uma densidade diferente dos outros tecidos circundantes<sup>1,3</sup>. No entanto, nem sempre são exames requisitados na avaliação do nódulo da tiróide, sendo geralmente solicitados quando há suspeita de compromisso da permeabilidade da via aérea ou da existência de componente intratorácico. Laboratorialmente, os doseamentos de TSH, T3 livre e T4 livre são normais e no cintigrama da tiróide o nódulo é frio<sup>1,7</sup>.

A citologia aspirativa pode orientar para o diagnóstico de adenolipoma, quando revela tecido adiposo maduro e epitélio folicular tiroideu.

Na doente apresentada, nem a ecografia nem a citologia aspirativa efectuadas previamente à cirurgia sugeriram a presença de tecido adiposo. Tal como noutras casos descritos na literatura, o diagnóstico de adenolipoma foi estabelecido apenas com o exame histológico da peça operatória<sup>2,4</sup>.

## CONCLUSÃO

É possível que estas lesões sejam mais comuns que as esperadas mas que não sejam detectadas quando exames imagiológicos mais específicos não são realizados. Além disso, o componente adiposo pode não ser incluído na citologia aspirativa e as lesões nodulares são por conseguinte classificadas como bócio colóide ou adenoma folicular<sup>1</sup>.

O tratamento definitivo do adenolipoma é cirúrgico mas as indicações para a cirurgia são as mesmas que para outros nódulos benignos: compressão local de estruturas vizinhas, aumento considerável das dimensões do nódulo e motivos estéticos<sup>2</sup>.

O prognóstico desta entidade clínica é favorável.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

1. BORGES A, CATARINO A: Adenolipoma of thyroid gland. *Radiology* 2002;225:746-750.
2. KITAGAWA W, KAMEYAMA K, TAMAI S et al: Adenolipoma of the thyroid gland: report of a case. *Surg Today* 2004;34:593-6
3. DEMIRPOLAT G, GUNAY B, SAVAS R, TUNCAY G, ALPER H, SENER RN: Radiologic and cytologic findings in a case of thyrolipoma. *Am J Neuroradiol* 2002;23:1640-1
4. LAFORGA JB, VIERNA J: Adenoma of thyroid containing fat (thyrolipoma): report of a case. *J Laryngol Otol* 1996;110:1088-9
5. HARACH HR, SOUBEYRAN I, BROWN A, BONNEAU D, LONGY M: Thyroid pathologic findings in patients with Cowden disease. *Ann Diagn Pathol* 1999;6:331-340
6. GNEPP DR, OGORZALEK JM, HEFFES CS: Fat containig tumor of the thyroid gland. *Am J Surg Pathol* 1989;13:605-612
7. ROLLINS SD, FLINNER RL: Thyrolipoma: diagnostic pitfalls in the cytologic diagnosis and review of the literature. *Diagn Cytopathol* 1991;7:150-4
8. DABOIN KP, PEREZ V, LUNA M: Adenolipomas of the head and neck: analysis of 6 cases. *Ann Diag Pathol* 2006;10:72-6
9. BUTLER S, OERTEL Y: Lipomas of anterior neck simulating thyroid nodules: diagnosis by fine-needle aspiration. *Diagn Cytopathol* 1992;8:528-531