



## TUMOR TRABECULAR HIALINIZANTE EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GRAVES

Cristina Lamas, Juan Pablo García de la Torre\*, José Joaquín Alfaro, Luz M<sup>a</sup> López y Francisco Botella.  
Servicios de Endocrinología y \*Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

### INTRODUCCIÓN

El adenoma trabecular hialinizante, también llamado tumor trabecular hialinizante, es un tumor tiroideo poco frecuente, caracterizado por ser una lesión bien delimitada, habitualmente encapsulada, compuesta por células poligonales, ovaladas o elongadas, dispuestas en trabéculas, con abundante estroma hialino entre ellas. Son frecuentes las pseudoinclusiones y las hendiduras nucleares, similares a las del carcinoma papilar. La inmunohistoquímica demuestra positividad para tiroglobulina y negatividad para calcitonina. Estas características histológicas hacen que se pueda confundir con otras lesiones, como adenomas foliculares, carcinomas papilares y carcinomas medulares. Su pronóstico a largo plazo es muy bueno en la mayoría de los casos, sin recidivas ni metástasis. Sin embargo, dadas sus características histológicas y genéticas (frecuentes reordenamientos RET/PTC), algunos autores los clasifican como una variante del carcinoma papilar.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés, remitida a nuestra consulta por hipertiroidismo primario. Diagnosticada de enfermedad de Graves-Basedow y tratada con antitiroideos durante más de dos años, por sucesivos empeoramientos de la enfermedad. Desde el diagnóstico se quejaba de disfagia, para la que nunca se demostró una clara causa orgánica (endoscopia y esofagograma sin estenosis ni signos de compresión extrínseca). Durante el seguimiento se detectaron dos nódulos tiroideos, de 1,5 y 1,3 cm de diámetro respectivamente. Por todo ello se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó una tiroidectomía total sin complicaciones. La paciente se encuentra asintomática y las cifras de tiroglobulina y calcitonina han permanecido indetectables tras la intervención.

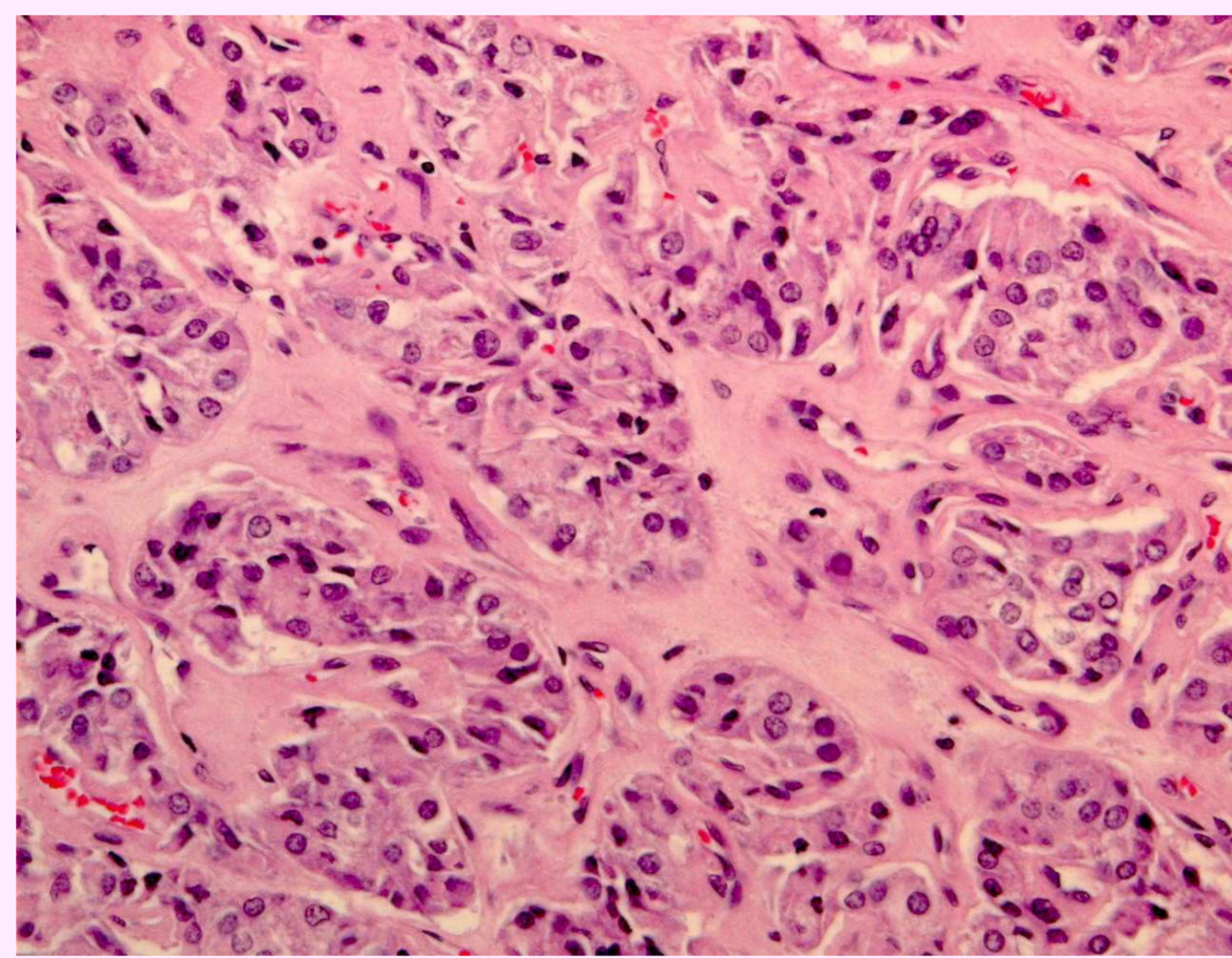


Figura 1. Nidos y trabéculas de células epiteliales inmersas en un estroma fuertemente hialinizado.



Figura 2. Trabéculas constituidas por células epiteliales con algunos núcleos claros y aparición focal de hendiduras.

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

**Descripción macroscópica:** Glándula tiroidea que pesa 106 g y mide 7,5 x 4,5 x 3,5 cm (lóbulo izquierdo) y 7 x 5 x 3 cm (lóbulo derecho), con varios nódulos visibles, de hasta 1,8 cm.

**Descripción microscópica:** Parénquima tiroideo con cambios hiperplásicos e infiltrados linfoides focales. Dos nódulos hiperplásicos. Nódulo tiroideo izquierdo, de 1,8 cm de diámetro mayor, encapsulado, aunque no en su totalidad, con un patrón de crecimiento trabecular. Las trabéculas están rodeadas por abundante estroma hialino, ricamente vascularizado. Las células muestran citoplasmas discretamente granulares y núcleos excéntricos con ocasionales hendiduras y son positivas en la tinción inmunohistoquímica para tiroglobulina y negativas para calcitonina y cromogranina. El Ki-67 presenta un patrón de tinción nuclear normal.

**Conclusión:** adenoma trabecular hialinizante.

### DISCUSIÓN

El adenoma trabecular hialinizante, pese a su rareza, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones tiroideas con patrón de crecimiento trabecular y estroma hialino, entre las que también habrá adenomas foliculares, carcinomas papilares y carcinomas medulares. Como el diagnóstico casi siempre se establece a partir de la pieza quirúrgica, y además su incidencia es baja, no se conoce su historia natural (sin cirugía) ni cual es la mejor opción terapéutica. El pronóstico a largo plazo después de la cirugía es bueno: respecto a algún caso descrito con metástasis, no todos los autores están de acuerdo en la exactitud del diagnóstico. Aunque esta lesión se asocia con frecuencia a la tiroiditis de Hashimoto, no se ha descrito previamente con enfermedad de Graves subyacente.