

FACULDADE DE MEDICINA DE PÔRTO ALEGRE



GORKI MECKING DE LIMA

# TUMOR DE CÉLULAS DE HUERTHLE

TESE INAUGURAL

Cadeira de Anatomia  
e Fisiologia Patológicas

Aprovada plenamente

(grau 9)

Comissão examinadora :

Prof. Walter Castilho

Prof. Paulo de Q. T. Tibiriçá

Prof. Francisco Marques Perreira

1949

FACULDADE DE MEDICINA DE PÔRTO ALEGRE

GORKI MECKING DE LIMA



# TUMOR DE CÉLULAS DE HUERTHLE

TESE INAUGURAL

Cadeira de Anatomia  
e Fisiologia Patológica

Comissão examinadora:

Prof. Walter Castilho

Prof. Paulo de Q. T. Tibiriçá

Prof. Francisco Marques Pereira

Doc. Custódio V. da Cunha

Doc. Carlos Candal dos Santos

Aprovada plenamente

(grau 9)

1 9 4 9



Bib. Pac. Med. UFRGS

T-0551

Tumor de celulas de huerthle

# FACULDADE DE MEDICINA DE PÔRTO ALEGRE

Diretor: Prof. LUIZ FRANCISCO GUERRA BLESSMANN

Secretário: JOSÉ ALMEIDA PINTO

## PROFESSORES CATEDRÁTICOS

José Carlos Fonseca Milano .....	Anatomia
Francisco de Castilhos Marques Pereira ..	Histologia e Embriologia Geral
Ney da Costa Cabral .....	Física Biológica
Mário Bernd .....	Química Fisiológica
Raul Pilla .....	Fisiologia
Pery Riet Corrêa (int. subst.) .....	Fisiologia
Manuel José Pereira Filho .....	Microbiologia
Manuel Loforte Gonçalves .....	Farmacologia
Raul Franco Di Primio .....	Parasitologia
Walter Hugo Castilho .....	Patologia Geral
Paulo de Queiroz Telles Tibiriçá .....	Anatomia e Fisiologia Patológicas
Mário Degni .....	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
Rubens Mário Garcia Maciel .....	Clínica Médica Propedêutica
Elyseu Paglioli .....	Clínica Propedêutica Cirúrgica
Alberto de Souza .....	Clínica Otorrinolaringológica
Carlos Leite Pereira da Silva .....	Clínica Dermatológica e Sifiligráfica
Paulo Maurell Moreira .....	Higiene
Celestino Moura Prunes .....	Medicina Legal
Fernando de Paula Esteves .....	Terapêutica Clínica
Homero Kroeff Fleck .....	Clínica Urológica
Basil Sefton .....	Clínica de Moléstias Tropicais e Infectuosas
Antônio Saint Pastous de Freitas .....	3. <sup>a</sup> Clínica Médica
Eduardo Sarmiento Leite da Fonseca Filho	4. <sup>a</sup> Clínica Médica
Jacy Carneiro Monteiro .....	1. <sup>a</sup> Clínica Cirúrgica
Luiz Francisco Guerra Blessmann .....	2. <sup>a</sup> Clínica Cirúrgica
Gert E. S. Eichenberg (int. subst.) .....	2. <sup>a</sup> Clínica Cirúrgica
Othon Soares de Freitas .....	Clínica Obstétrica
Thomaz Lorangeira Mariante .....	1. <sup>a</sup> Clínica Médica
Álvaro Barcellos Ferreira .....	2. <sup>a</sup> Clínica Médica
Martim Gomes .....	Clínica Ginecológica
Ari Borges Fortes .....	Clínica Neurológica
Celso M. de Aquino (int. subst.) .....	Clínica Neurológica
Ivo Corrêa Meyer .....	Clínica Oftalmológica
Décio Soares de Souza .....	Clínica Psiquiátrica
Raul Moreira da Silva .....	Clínica Pediátrica e Higiene Infantil
Cesar Augusto da Costa Ávila .....	Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica

## PROFESSOR HONORÁRIO

Olimpio Olinto de Oliveira



### PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Álvaro Fróes da Fonseca .....	Anatomia
Mário de C. Pinheiro Bittencourt .....	Fisiologia

### PROFESSORES JUBILADOS

Manuel Gonçalves Carneiro .....	Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil
---------------------------------	--

### PROFESSORES APOSENTADOS

Aurélio de Lima Py .....	Clínica Médica
Moysés Menezes .....	Anatomia
Raymundo Gonçalves Vianna .....	Anatomia e Fisiologia Patológicas
Ulisses de Nonoi .....	Clínica Dermatológica e Sifiligráfica

### PROFESSORES DA ESCOLA DE FARMÁCIA

Antônio Bottini .....	Farmácia Química
Germano Roman Ros .....	Química Analítica
Henrique Oliveira .....	Química Toxicológica e Bromatológica
Fernando Lartigau .....	Farmácia Galênica
Olinto Silva Schmidt .....	Farmacognosia
Alfredo Silveira Netto .....	Botânica Aplicada à Farmácia
Enio Moniz Vasconcellos .....	Química Industrial Farmacêutica

### PROFESSORES DA ESCOLA DE ODONTOLOGIA

Antônio Verissimo de Mello .....	Ortodontia e Odontopediatria
Adalberto Pereira da Câmara .....	Clínica Odontológica
João Rache Vitello .....	Prótese Dentária
José Chahér .....	Patologia e Terapêutica Aplicadas
Oton Santos e Silva .....	Técnica Odontológica
Aurelino Santos Reis .....	Metalurgia e Química Aplicadas
Osman Velasques (interino) .....	Prótese Buco-Facial

### DOCENTES LIVRES — A) MEDICINA

Adair Eiras de Araujo .....	Clínica Urológica
Alberto Viana Rosa .....	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
Almir Alves .....	Clínica Urológica
Álvaro Murillo da Silveira .....	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
Álvaro Murillo da Silveira .....	Clínica Neurológica
Antero do Prado Lisboa .....	Clínica Médica
Antônio P. Louzada .....	Clínica de Moléstias Tropicais e Infectuosas
Antônio de Souza .....	Patologia Geral
Apolo Corrêa Gomes .....	Clínica Otorrinolaringológica
Argemiro Dornelles .....	Clínica Médica
Artur Coelho Borges .....	Clínica Ginecológica
Artur S. Mascarenhas .....	Clínica de Moléstias Tropicais e Infectuosas
Ary Barcellos Ferreira .....	Clínica Otorrinolaringológica
Athayde de Simões Pereira .....	Clínica Propedêutica Médica
Ayres Maciel .....	Química Fisiológica
Bruno Marsiaj .....	Higiene
Carlos Machado Carrion .....	Anatomia
Carlos Candal dos Santos .....	Física Biológica
Carlos de Brito Velho .....	Patologia Geral
Cássio Annes Dias .....	Clínica Médica
Celso Cesar Papaléo .....	Clínica Médica
Celso Machado de Aquino .....	Medicina Legal
Cesar José dos Santos .....	Clínica Neurológica
Coradino Luppi Duarte .....	Clínica de Moléstias Tropicais e Infectuosas
	Clínica Obstétrica



Custódio Vieira da Cunha .....	Histologia e Embriologia Geral
Darcy Farias Lima .....	Parasitologia
Darcy José da Rocha .....	Clínica Dermatológica e Sifiligráfica
Décio de Almeida Martins Costa .....	Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil
Eduardo Assis Brasil .....	Clínica Oftalmológica
Eduardo Zacaro Faraco .....	Terapêutica Clínica
Ênio Marsiaj .....	Clínica Obstétrica
Ervino João Carlos Presser .....	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
Felicíssimo Difini .....	Química Fisiológica
Heitor Masson Cirne Lima .....	Clínica Propedêutica Cirúrgica
	Anatomia e Fisiologia Patológicas
	Física Biológica
Hélio Lopes Medeiros .....	Histologia e Embriologia Geral
Helmuth Fischer Weinmann .....	Higiene
Hermes Rodrigues .....	Clínica Oftalmológica
Ivo Barbedo .....	Fisiologia
Jaime Guimarães Domingues .....	Clínica Oftalmológica
Jaime Vignoli .....	Higiene
Jandyr Maia Faillace .....	Clínica Cirúrgica
João de Almeida Antunes .....	Clínica Ginecológica
João Cahen Fischer .....	Clínica Ginecológica
João Carlos Gomes da Silveira .....	Clínica Propedêutica Cirúrgica
Jorge Mazon Fonyat .....	Técnica Operatória e Cirurgia Experimental
José Eboli .....	Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica
José dos Anjos Vasconcellos .....	Medicina Legal
José Maria Santiago Wagner .....	Clínica Médica
Leônidas Palmeiro Escobar .....	Higiene
Leônidas Soares Machado .....	Clínica Urológica
Luiz Soares Sarmiento Barata .....	Clínica Oftalmológica
Luiz Assumpção Osório .....	Clínica Psiquiátrica
Luiz Germano Rothfuchs .....	Terapêutica Clínica
Manuel J. Gonzalez .....	Clínica Médica
Manuel Madeira da Rosa .....	Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil
Maria Clara Mariano da Rocha .....	Clínica Oftalmológica
Mário Araujo Azambuja .....	Clínica Médica
Mário Rangel Ballvé .....	Farmacologia
Mário Corrêa Staedter .....	Clínica Médica
Nino Marsiaj .....	Medicina Legal
Norman Sefton .....	Clínica Obstétrica
Oddone Marsiaj .....	Microbiologia
Oscar Bernardo Pereira .....	Farmacologia
Osmar Pilla .....	Patologia Geral
Otávio Couto Barcellos .....	Higiene
	Clínica Psiquiátrica
Paulo Luiz Viana Guedes .....	Farmacologia
Pedro Álvaro José Sirangelo .....	Fisiologia
Pery Riet Corrêa .....	Parasitologia
Rafael Cabeda Sobrinho .....	Medicina Legal
Raul Jobim Bittencourt .....	Clínica Psiquiátrica
	Química Fisiológica
Ramiro Frota Barcellos .....	Clínica Médica
Rubens Mário Garcia Maciel .....	Histologia e Embriologia Geral
Ruy Lauer Simões .....	Clínica de Moléstias Tropicais e Infecciosas
Telêmaco Estivalet Pires .....	Clínica Propedêutica Médica
Tenack Wilson de Souza .....	Clínica Neurológica
Victor Rabello Miranda .....	Microbiologia
Victor Salazar Rangel .....	Anatomia e Fisiologia Patológicas
Waldemar de Ávila Castro .....	Terapêutica Clínica
Waldemar da Silva Job .....	Clínica Oftalmológica
Waldemar Niemayer .....	Anatomia
Walter Ghezzi .....	Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica
Elias Canan .....	

## B) ODONTOLOGIA

Antônio Rosat .....	Prótese Dentária
Aurora Nunes Wagner .....	Ortodontia e Odontopediatria
Hardy Ebling .....	Patologia e Terapêutica Aplicadas
Januário Marques da Costa .....	Técnica Odontológica
Jerônimo Xavier de Azambuja .....	Técnica Odontológica
João Benedito de Souza .....	Prótese Dentária
Luiz Carlos Guimarães .....	Clínica Odontológica
Miguel Saldanha .....	Metalurgia e Química Aplicadas
Osman Velasques .....	Prótese Buco-Facial
Paulo P. Louro Filho .....	Patologia e Terapêutica Aplicadas
Waldemar Barbedo .....	Prótese Buco-Facial

## C) FARMÁCIA

Francisco Chagas e Souza .....	Microbiologia
José Viana Rocha .....	Farmácia Química
Rubens Green Ribeiro Dantas .....	Química Toxicológica e Bromatológica

MED

05300537

T

616.992 L732t 1949

[0324752] Lima, Gorki Mecking de. Tumor de células de Huerthle. 1949. 39 p. [4 f.] : il.

Prof. ...  
Ao  
Milano  
obrigado  
1949-IX-26  
G...  
**A P R E S E N T A Ç Ã O**

Destina-se o presente trabalho, realizado na Cadeira de Anatomia e Fisiologia Patológicas, à obtenção do grau de Doutor em Medicina.

E' natural que, sendo Assistente da Cadeira, o assunto se refira a esta Disciplina.

No entanto, não demos ao trabalho um cunho apenas morfológico. Não é um trabalho de Anatomia Patológica e sim de Anatomia e Fisiologia Patológicas.

A relativa raridade do processo (só 20 casos existem publicados anteriormente aos nossos, ao que nos conste) e a existência de quatro casos no Serviço da Cadeira, por nós diagnosticados, parece-nos ser motivo suficiente para a escolha do assunto.

Se não há originalidade universal, pelos menos há nacional (o que presumimos), o que já é algo.

Está o trabalho dividido em duas partes. Na primeira: conceituamos o "Tumor de Células de Huerthle", apresentamos as diversas hipóteses relativas à sua gênese, mostramos suas características anatomo-patológicas e fazemos uma revisão dos casos (de nosso conhecimento) até agora publicados. Na segunda: trazemos nossa contribuição, apresentando nossos casos, fazendo um estudo conjunto de todos os casos e, após um comentário, enumerando as conclusões a que chegamos.

Os dados clínicos foram gentilmente fornecidos pelo Prof. José Carlos Fonseca Milano (casos 23 e 24), Doc. Gert Secco Eichenberg (caso 21) e Doc. João de Almeida Antunes (caso 22). A êles nossos agradecimentos.





GENERALIDADES

## CONCEITO

No "Tumor de Células de Huerthle" supõe-se haver uma proliferação neoplástica de células similares às descritas por HUERTHLE (cit. p. div. aut.), em 1894.

Estas células, interfoliculares, grandes e acidófilas, foram consideradas constituintes normais da Tireóide, e, capazes de reproduzir o epitélio folicular, quando necessário.

Como se verá adiante, a gênese dêste "tumor" é bastante discutida. Como se isto não bastasse, a dificuldade em conceituá-lo é acrescida por uma terminologia e nomenclatura variadas.

Assim, para um determinado autor, Tumor de Células de Huerthle, Estruma Pós-branquial de Getzowa, Estruma Microalveolar e Macrocelular de Langhans, Adenoma Macrocelular de Wegelin, etc., podem ou não constituir uma mesma identidade mórbida (WILENSKY e KAUFMAN — 28).

As classificações das neoplasias da tireóide são em número tão elevado quanto o dos estudiosos da patologia tireóidea, o que vem ainda dificultar a posição do Tumor de Células de Huerthle (WILENSKY e KAUFMAN — 28).

LANGHANS (cit. p. WILENSKY e KAUFMAN — 28), em 1907, baseando-se em 36 casos, apresenta a classificação que segue :

- 1 — Die wuchernde Struma
- 2 — Karzinomatose Struma
- 3 — Metastasierende Kolloidstruma
- 4 — Parastruma
- 5 — Papilloma
- 6 — Kankroid
- 7 — Kleinalveolaere, grosszellige Struma, vielleicht Struma Postbranchialis (Getzowa)

HAAGENSEN (cit. p. WILENSKY e KAUFMAN — 28), em 1931, baseando-se em 30 casos do Memorial Hospital, apresenta a seguinte :

- 1 — Adenocarcinoma
- 2 — Small-round cell carcinoma
- 3 — Giant-cell carcinoma
- 4 — Papillary cystadenocarcinoma
- 5 — Small alveolar, large cell carcinoma (Huerthle cell type)

CLUTE e WARREN (7), com a experiência de 226 casos, apresentam outra classificação :

- 1 — Adenoma with blood vessel involvement
- 2 — Papillary adenocystoma
- 3 — Adenocarcinoma (including Huerthle cell Adenocarcinoma)
- 4 — Fibrossarcoma
- 5 — Epidermoid carcinoma
- 6 — Giant-cell cancer
- 7 — Small-cell cancer

FOOT (13), em 1948, no seu "Identification of Tumors", apresenta a seguinte classificação das neoplasias epiteliais da tireóide :

### I — Nonmalignant Group

- 1 — Fetal Adenoma { parenchymatous or trabecular  
intermediate  
colloid ("long-standing Adenom")
- 2 — Embryonal Adenoma { solid  
papillary cystadenoma

### II — Malignant Group

- 1 — Metastasizing Thyroid (Metastasizing Adenoma)
- 2 — Langhans' Tumor ("Wuchernde Struma", Proliferating Struma)
- 3 — Carcinoma (many types)
- 4 — Adenoma Malignum
- 5 — Papillary Adenocarcinoma (Lateral Rest Carcinoma)
- 6 — Small alveolar, large-celled Carcinoma (Huerthle cell carcinoma, Postbranquial Struma)
- 7 — Small-celled Carcinoma

BOYD (4) considera a Estruma proliferante de Langhans como de identidade incerta, inclinando-se em considerá-la uma forma altamente invasora do Tumor de Células de Huerthle.

Para DIETRICH (8) o Adenoma de grandes células de Wegelin e a Estruma Pós-branquial de Getzowa são uma e mesma coisa.

EWING (10, 11) à Tumor de Células de Huerthle, dá como sinônimas as designações: Estruma Pós-branquial de Getzowa e Adenocarcinoma microalveolar e macrocelular de Langhans.

KARSNER (17) não considera a Estruma Pós-branquial de Getzowa e o Tumor de células de Huerthle como um mesmo processo, acrescentando que o aspecto característico do último pode ser devido a alterações degenerativas do tecido, devidas à má fixação.

KAUFMAN (18) às denominações de DIETRICH acrescenta a de Estruma microalveolar e macrocelular de Langhans.



## GÊNESE

A gênese do "Tumor de células de Huerthle" é objeto de controvérsias.

Quatro são as prováveis origens apontadas (MARTIN e ELKIN — 21 e WILENSKY e KAUFMAN — 28):

- células para ou interfoliculares,
- restos do corpo último-branquial ou anexo lateral da tireóide,
- células paratireóideas, normal ou ectopicamente incluídas na tireóide, e
- células foliculares da tireóide modificadas.

Na descrição de LANGHANS desta neoplasia, as células constituintes são apresentadas como grandes, poliédricas, de citoplasma acidófilo e granuloso, medindo de 15 a 30 micra de diâmetro, arranjadas em pequenos alvéolos ou trabéculas. Seus núcleos são excêntricos, de 6 a 8 micra de diâmetro, contêm abundante cromatina em forma de clavas ou filamentos e possuem nucléolos proeminentes (WILENSKY e KAUFMAN — 28).

LANGHANS, como outros, assinala a semelhança destas células com as do parênquima hepático e as da cortical da suprarrenal (WILENSKY e KAUFMAN — 28).

No entanto, de maior significação é sua semelhança com as células oxífilas das paratireóides, fato êste que levou um grupo de observadores a admitir a origem paratireóides (WILENSKY e KAUFMAN - 28).

### — Células para ou interfoliculares.

HUERHLE (cit. p. MARTIN e ELKIN — 21) em "Um Estudo do Processo Secretório da Glândula Tireóide" (1894), assinala a existência de 2 tipos de células interfoliculares, cujas diferenças residem, principalmente, no tamanho e riqueza citoplásmica. As pequenas apresentam-se, comumente, arredondadas, o que raramente acontece às grandes, ricas em citoplasma ("protoplasmareichen Zellen"). No desenvolvimento da tireóide, as últimas se reúnem em grupos, e êstes dão nascimento aos folículos.

Estas células de HUERTHLE são, provavelmente, idênticas às "parenquimatosas de BABER" (1881) descritas por êste autor como interfoliculares, grandes, ricas em citoplasma finamente granuloso, portadoras de um núcleo grande (MARTIN e ELKIN — 21).

Recorde-se que HUERTHLE não descreveu quaisquer neoplasias da Tireóide constituídas por êste tipo celular. Foi a semelhança, en-

tre os elementos por êle descritos e os que constituem o protótipo das neoplasias aqui estudadas, que levou os autores à denominação "Tumor de células de Huerthle" (WILENSKY e KAUFMAN — 28).

#### — Restos do Corpo Último-branquial.

GETZOWA (cit. p. div. aut.), em 1907, aventa a hipótese de que os cistos encontrados na tireóide atrófica de cretinos e idiotas, sejam, provavelmente, restos da primitiva luz do corpo último-branquial. Descreve uma Estruma cujas massas celulares apresentam estrutura histológica não comparável à da tireóide ou paratireóide, pois são compostas de elementos grandes, ricos em citoplasma, portadores, às vezes, de cílios, visíveis nas pequenas luzes.

Acredita a autora que estas massas seriam remanescentes do parênquima glandular dos corpos último-branquiais. É a Estruma Pós-branquial de Getzowa.

— **Células paratireóideas**, normal ou ectopicamente incluídas na tireóide.

Pensou-se que a neoplasia proviria de elementos paratireóideos, quer intra, quer extra-tireóideos. A crença baseia-se na semelhança morfológica com as células oxífilas das paratireóideas, descritas por WELSH, em 1898 (MARTIN e ELKIN — 21).

Firmes adeptos desta origem são EISENBERG e WALLERSTEIN (9).

#### — Células foliculares da Tireóide modificadas.

Autores há que são de opinião que os elementos que constituem o Tumor de células de Huerthle são as próprias células foliculares. O caráter acidófilo destas significaria uma mudança funcional, o que muitas vezes ocorre na tireóide normal (BOYD — 4).

CLUTE e WARREN (7) também assinalam a semelhança destas células com certos aspectos involutivos dos elementos de hiperplasias tireóideas primárias.

WEGELIN (cit. p. WILENSKY e KAUFMAN — 28), também partidário da origem, a partir do epitélio folicular, notou uma área de "adenoma de grandes células" no centro de um tipo comum de carcinoma da tireóide, com todos os graus de passagem entre os tipos celulares menores e maiores. Noutro caso, encontrou áreas esparsas de grandes células em uma forma usual de Estruma Proliferante de Langhans, enquanto que a metástase, surgia no antebraço, diversos meses mais tarde, mostrou exclusivamente o aspecto de grandes células acidófilas, arranjadas em pequenos alvéolos.

## ANATOMIA PATOLÓGICA

**Macroscopia** — O Tumor de células de Huerthle, segundo FOOT (12) e KAUFMANN (18), tem a tendência a ser bem delimitado, não diferindo de outras estrumas nodosas, isto é, não é diagnosticável macroscopicamente.

O Adenoma Fetal, segundo MARTIN e ELKIN (21), é o que mais se lhe assemelha.

REIMANN (25) dá-lhe os seguintes característicos: às vezes, bem encapsulado, circunscrito, fácil de separar dos tecidos vizinhos: outras vezes, aderente à traquéia ou a outras estruturas próximas, difícil de enuclear. O tamanho varia. Em geral a superfície de corte apresenta-se de coloração róseo-amarelada; dividida irregularmente por trabéculas fibrosas, onde correm vasos de paredes espessas. Pouca ou nenhuma semelhança existe com o tecido normal da tireóide, e, freqüentemente, não mostra estrutura colóide.

**Microscopia** — Autores há (BARNARD e ROBB-SMITH — 2, BOYD 4, 5, 6, KAUFMANN — 18 e REIMANN — 25) que dão o tumor como constituído por um único tipo de células, grandes e poliédricas.

Outros (EWING — 10, 11, FOOT — 12 e MARTIN e ELKIN — 21) admitem além destas, um segundo tipo de células, menores, poligonais (FOOT — 12), cubóides, cilíndricas ou irregularmente poliédricas (EWING — 10, 11), de citoplasma claro (EWING — 10, 11 e FOOT — 12).

As primeiras, principais, mais numerosas, medem de 15 a 20 micra (MARTIN e ELKIN — 21). Possuem um citoplasma abundante (BARNARD e ROBB-SMITH — 2 e BOYD — 4, 5, 6) intensamente (BOYD — 4, 5, 6 e FOOT — 12) acidófilo (BELL — 3, EWING — 10, 11, REIMANN — 25 e outros), opaco (EWING — 10, 11), finamente granuloso (EWING — 10, 11, FOOT — 12 e MARTIN e ELKIN — 21). Muitas apresentam vacúolos que, por vezes, deslocam o núcleo para a periferia (REIMANN — 25). Não há depósitos de gordura ou glicogênio (EWING — 10, 11).

Os núcleos são ou pequenos (KARSNER — 17) ou grandes (MOORE — 23), vesiculosos (EWING — 10, 11), proeminentes (ANDERSON — 1), com a cromatina fina e grosseiramente granulosa (REIMANN — 25) ou sob a forma de clavias (MARTIN e ELKIN — 21). Ocupam, na célula,



uma posição central (REIMANN — 25), deixando perceber, com facilidade, nucléolos (EWING — 10, 11).

Morfologicamente, as células principais lembram bastante as células hepáticas, as da cortical da suprarrenal e as das paratireóides (BOYD — 4, 5, 6, EWING — 10, 11, KAUFMANN — 18 e MARTIN e ELKIN — 21).

Apresentam-se em agregados compactos (REIMANN — 25) formando, ou trabéculas (BARNARD e ROBB-SMITH — 2 e BOYD — 4, 5, 6), ou grupos arredondados (KAUFMANN — 18), ou ninhos sólidos (BELL — 3), ou, mais raramente, cordões (KAUFMANN — 18). Há a tendência à formação de folículos pequenos, pouco frequentes (EWING — 10, 11, KAUFMANN — 18, MARTIN e ELKIN — 21 e REIMANN — 25), que encerram pouco (EWING — 10, 11, e KAUFMANN — 18) ou nenhum (REIMANN — 25) colóide. O arranjo lembra ainda o das peças das gravuras dos jogos de armar (FOOT — 12). Via de regra, há uma ausência do arranjo normal da tireóide, o que confere ao tecido uma aparência sólida (MARTIN e ELKIN — 21).

O estroma é delicado e escasso (KAUFMANN — 18 e MARTIN e ELKIN — 21).

A neoplasia é considerada por alguns (BARNARD e ROBB-SMITH — 2) um adenoma. Por outros (EWING — 10, 11), um carcinoma. A maioria dos autores, no entanto, admitem a existência das duas variedades, a benigna e a maligna.

A caracterização da última nem sempre é fácil, porém, como em outros casos, os mesmos critérios são aplicáveis (GRAHAM — 15). Irregularidades de tamanho e forma dos ácinos, núcleos hipercromáticos, mitoses frequentes, polimorfismo celular e invasão dos vasos, seriam seus característicos (REIMANN — 25).

A morfologia celular não seria tão significativa quanto a invasão dos vasos sanguíneos, a característica mais frequente de malignidade nos tumores da tireóide (MARTIN e ELKIN — 21).

Das neoplasias da tireóide, é o Adenoma Fetal o que mais se assemelha na estrutura microscópica. Nêle, as células também formam pequenos ácinos ou folículos, assumindo arranjo trabecular próximo à cápsula; no entanto, elas são um pouco menores e mais hipercromáticas. Há também diferença no estroma. No Adenoma Fetal existem grandes áreas claras de tecido conjuntivo frouxo, ao contrário do Tumor de células de Huerthle, onde êle é escasso (MARTIN e ELKIN — 21).

## REVISÃO HISTÓRICA

1907

Casos 1 a 5, de LANGHANS (cit. p. WILENSKY e KAUFMANN — 28).

**Caso 1.º**, do Prof. Kocher. Paciente do sexo feminino, com 55 anos de idade, de côr branca, portadora de um bócio do istmo da tireóide, de crescimento rápido nos últimos 3 meses.

Ressecção de 2 nódulos, um do tamanho de uma noz, outro medindo 9 x 5,5 x 4,5 cm, ambos de superfície lisa. Ao corte, uma superfície lobulada, translúcida, granulosa, com áreas de côr parda, cinzenta e vermelha, com septos radiais contendo vasos seccionados. Sinais de hemorragias recentes em ambos os nódulos.

**Caso 2**, do Prof. Niehaus. Paciente do sexo masculino, com 68 anos de idade, de côr branca, portador de bócio há 15 anos. Dispnéia há um ano, mais acentuada há 3 semanas, simultânea a rápido crescimento do tumor. Intervenção seguida de morte. A' necropsia, metástases pulmonares e hepáticas.

**Caso 3**, da Clínica Cirúrgica de Berna. Paciente do sexo feminino, com 41 anos de idade, de côr branca, tireoidectomizada há 12 anos. Recidiva com crescimento rápido há 9 meses.

O tumor media 12 x 8,5 x 10 cm e estava aderente à traquéia. Morte. A' necropsia, metástases pulmonares.

**Caso 4**, do Prof. Kocher. Paciente do sexo feminino, com 49 anos de idade, portadora de um tumor de crescimento rápido. (Únicos dados).

**Caso 5**, do Prof. Kocher. Paciente do sexo masculino, com 32 anos de idade, de côr branca. Obtidas 2 peças cirúrgicas, medindo 5 x 4 x 4 e 6 x 6 x 6 cm. (Únicos dados).

1909

LOBENHOFFER (cit. p. WILENSKY e KAUFMAN — 28), em seu trabalho sôbre a secreção tireóidea nos bócios, relata 22 casos.

**Caso 6**. Paciente do sexo feminino, com 12 anos de idade, de côr branca, portadora de bócio, de crescimento rápido nos últimos 6 meses. Presentes acentuados sinais de compressão. Ressecção do lobo esquerdo e do istmo.

Exame histológico: Estruma microalveolar e macrocelular de Langhans. Presentes tôdas as gradações entre células acidófilas pequenas, finamente granulosas e, células acidófilas grandes, grosseiramente granulosas. O caso foi considerado benigno.

**Caso 7.** Paciente do sexo feminino, com 40 anos de idade, de côr branca, operada de bócio.

A peça mostrou o aspecto microscópico típico e foi considerada benigna.

WEGELIN, em sua monografia sôbre a glândula tireóide, no tratado de HENKE e LUBARSCH (1926), limita-se em afirmar ter visto muitos dêstes tumores, todos benignos, em pacientes de diversas idades (WILENSKY e KAUFMAN — 28).

EWING (10), em seu "Neoplastic Diseases" (1928), refere-se a estas neoplasias, denominando-as "Estruma postbranchialis (Getzowa)", ou "Adenocarcinoma microalveolar e macrocelular (Langhans)". Afirma ter examinado 2 casos com o quadro microscópico típico, sem acrescentar dados.

## 1931

HAAGENSEN (cit. p. WILENSKY e KAUFMAN — 28) descreve 2 casos de carcinoma da tireóide, do tipo "small alveolar, large cell (Huerthle-cell)".

**Caso 8.** Paciente do sexo feminino, com 37 anos de idade, de côr branca. Em 1918, aumento da tireóide, nervosismo e menorrhagias. Em 1924, tireoidectomia parcial. O tumor media 8 x 5 cm, com perfuração da cápsula. Dirige-se ao Memorial Hospital com volumoso tumor remanescente. Radioterapia de outubro de 1924 a janeiro de 1925. Diminuição lenta do volume do tumor. Estacionário em outubro de 1930.

Histopatologia: Carcinoma da tireóide, grau II, de pequenos alvéolos e grandes células (células de Huerthle).

**Caso 9.** Paciente do sexo feminino, com 58 anos de idade, de côr branca. Em 1906, após um parto, bócio de crescimento lento. Em dezembro de 1915, remoção do tumor. Media 11 x 8 x 5 cm, encapsulado, aparentemente removido de completo. Em 1924, pequena recidiva, tratada em julho de 1925 com implantação de rádio. Em janeiro de 1926, tosse e hemoptises. Admissão ao Memorial Hospital.

Presença, na base do pescoço, de uma massa irregular, dura, medindo 8 x 6 cm; metástases pulmonares e invasão do mediastino superior. Radioterapia, melhora de 2 meses, cessação da tosse e das hemoptises. Regressão das metástases. 1927 e 1928, radioterapia. Em julho de 1929, reaparição da tosse e crescimento do tumor primitivo. Em outubro, dores lombares. Ao exame radiológico, metástases vertebrais. 1930, continua a radioterapia. 1931, enfraquecimento considerável, persiste a tosse, tumor da tireóide e metástases pulmonares inalterados, vertebrais em aumento.

Histopatologia: alvéolos irregulares, pequenos e compactos, formados por células grandes, cubóides, de citoplasma acidófilo e núcleos pequenos.

## 1932

EISENBERG e WALLERSTEIN (9) relatam um único caso de adenoma de células de Huerthle, não costumeiro, dada a associação com bócio tóxico.

**Caso 10.** Paciente do sexo feminino, com 54 anos de idade, de cor branca, com intumescimento do pescoço há "anos". Crescimento apreciável há 5 meses. Neste período, 3 "ataques", com perda de consciência, contrações musculares difusas, pequena perda de peso e palpitações após exercícios e excitações. Eumenorréica.

Ao exame, aumento bilateral da tireóide, veias do pescoço salientes, ausência de tremor e sinais oculares, coração discretamente aumentado, com sopro sistólico de ponta, metabolismo + 40. Com lugol cai a + 18.

Hemitirecictomia subtotal direita.

Três meses após, readmitida. Aumento do lobo esquerdo e istmo, metabolismo + 41.

Hemitireoidectomia esquerda, queda do metabolismo a + 3 e, após 4 meses a — 18.

Histopatologia: alvéolos pequenos, longas colunas celulares de arranjo em paliçada e ocasionais massas sinciciais. Alguns alvéolos com pequena quantidade de colóide. As células são grandes, poliédricas ou irregulares, bem delineadas e isentas de gordura. Citoplasma oxífilo, finamente granuloso. Núcleos pequenos, vesiculosos, excêntricos, ricos em cromatina, com nucléolos. Ausência de mitoses. Também presente o quadro de bócio tóxico não exoftálmico com áreas de infiltrados linfocitários. Diagnóstico: bócio tóxico não exoftálmico e adenoma de células de Huerthle da glândula tireóide.

## 1933

EBERTS (cit. p. MORROW — 24) cita um caso com nítida sintomatologia de hipertireoidismo.

**Caso 11.** Paciente do sexo feminino, com 43 anos de idade, de cor branca. Aumento do pescoço, nervosismo, palpitações, perda de peso e intolerância ao calor.

Metabolismo + 68, pulso 120. Remoção do tumor. Com 18 dias de pós-operatório: metabolismo + 1, pulso 70.

Histopatologia: Tumor encapsulado; áreas de células de Huerthle, não encapsuladas mas nitidamente separadas do tecido adenomatoso; ausência de mitoses e de invasão vasculo-sanguínea. Diagnóstico: Adenoma da Tireóide com células de Huerthle.

CLUTE e WARREN (7), em 1935, revendo 226 casos de carcinomas da tireóide, encontram 1 adenocarcinoma com células de Huerthle, não adicionando dados, com exceção de uma microfotografia.

## 1938

WILENSKY e KAUFMAN (28) apresentam 2 casos.

**Caso 12.** Paciente do sexo feminino, com 47 anos de idade, de cor branca, admitida ao hospital com uma história de artralguas generalizadas, nos precedentes 4,5 anos e, uma história recente de 6 meses, com palpitações, tremores, sudorese e perda de peso.

Ao exame, articulações hipertróficas, movimentos restritos, aumento nodular e firme do lobo direito da tireóide, metabolismo + 2, exames laboratoriais inexpressivos.

Intervenção precedida de breve período de lugolização. Tumor envolvendo o lobo direito, sua extirpação exigindo a excisão de parte do lobo.

Peça com 3 x 2 cm, de cor vermelho-pardacenta, com fina cápsula envolvente.

Microscopia: áreas adenomatóides, estroma linfocitário. Pequenas áreas de adenoma maligno ou carcinoma incipiente. Presença de cordões e alvéolos com crescimento papilar de células oxífilas, do tipo Huerthle.

Pós-operatório seguido de intensa radioterapia. Ausência de recidiva após 3 anos.

**Caso 13.** Paciente do sexo feminino, com 47 anos de idade, de cor branca, com crescimento lento do pescoço há 2 anos. Nervosismo e sudorese pouco acentuados. Ausentes outros sinais de compressão ou hipertireoidismo.

Ao exame, aumento difuso, firme da tireóide, em especial do lado esquerdo. Discreto aumento da sombra cardíaca. Metabolismo + 22. Mioma uterino. Exames laboratoriais rotineiros, inexpressivos.

Intervenção precedida de lugolização. Enucleação de grande tumor ovóide do lobo esquerdo da tireóide e ressecção subtotal deste.

Mede 5 x 4 cm. Constituído por células dispostas em cordões compactos, acidófilas, poliédricas, de núcleos pequenos e excêntricos. O restante do lobo apresenta áreas celulares, distensão colóide e infiltrados linfóides.

Pós-operatório sem acidentes.

## 1939

MARTIN e ELKIN (21) com 3 casos.

**Caso 14.** Paciente do sexo feminino, com 46 anos de idade, de cor preta. Aumento de volume do pescoço há 10 anos. Teve sinais de tireotoxicose há 2 anos.



Metabolismo normal. Lobo esquerdo da tireóide aumentado de volume, nodular, móvel, firme, mas não duro.

Intervenção: remoção de uma massa nodular, irregular, bem encapsulada, medindo 4 x 4 x 3,5 cm, envolvendo praticamente todo o lobo esquerdo.

Ao corte, 3 nódulos envolvidos por cápsula densa. Superfície homogênea, amarelo-pálida.

Exame histológico: estrutura extremamente celular, formada por ilhas de células epiteliais compactas, com tentativas de formação acinar. Membrana basilar claramente distinta. Células grandes, de aspecto granuloso. Alvéolos pequenos, pobres em colóide. Intensa vascularização. Diagnóstico: Tumor benigno de células de Huerthle da tireóide.

**Caso 15.** Paciente do sexo feminino, com 38 anos de idade, de cor preta. Presença, há 5 anos, de uma massa nodular, pequena, no lado direito do pescoço. Ataques freqüentes de "dôr-de-garganta" e dificuldade de deglutição, há 2 anos. Disfagia e dispnéia acentuadas.

Lobo direito da tireóide moderadamente aumentado de volume, desvio da traquéia para o lado oposto. Metabolismo + 22. Caixa + 5 com 10 dias de repouso.

A intervenção revela aumento de volume, nodular do lobo direito, que mede 6 x 4 cm.

Macroscopicamente: massa irregular, envolta por cápsula densa, medindo 6 x 3 x 3 cm. Superfície de corte de cor amarelo-acinzentada, dividida por trabéculas fibrosas densas.

Microscopia: espaços císticos, margeados por epitélio achatado. Entre êles, uma estrutura diferente, formada por células grandes, pálidas e granulosas. Núcleos grandes, ovóides, granulosos. Pouco estroma, não havendo sinais de hiperplasia. Diagnóstico: Tumor de células de Huerthle.

**Caso 16.** Paciente do sexo feminino, com 54 anos de idade, de cor preta, com aumento da "glândula do pescoço". Há 3 anos, 2 pequenos nódulos na parte inferior do lado direito do pescoço. Há 6 meses, surto de crescimento, dificuldade respiratória, rouquidão, perda de peso.

Numerosos nódulos adjacentes à cartilagem tireóide, estendendo-se pelo bordo interno do esternocleidomastóideo direito, acompanhando a jugular interna. Tireóide aumentada de volume, irregular e tensa.

Exame microscópico de uma biopsia: cápsula densa envolve grandes células epiteliais de núcleos hiper cromáticos. As células têm tendência a formar ácinos que encerram pouco colóide. Êstes são pequenos e de membrana basilar indistinta. Núcleos bastante granulosos, ricos em mitoses. Estroma conjuntivo frouxo com vasos de paredes espessas. Diagnóstico: Tumor maligno de células de Huerthle da tireóide.

Intervenção: retirada do músculo esternocleidomastóideo, da veia jugular interna e gânglios linfáticos direitos. Lobo esquerdo aparen-

temente normal. Lobo direito, extremamente duro e nodular, aderente às estruturas vizinhas, medindo 4 x 3 cm. Ao corte, diversos e grandes espaços císticos de conteúdo gelatinoso esverdeado, áreas sólidas e de tom claro. Não há evidência de tecido tireóideo normal. Metástases ósseas ausentes, radiologicamente.

Exame histológico, confirma o diagnóstico da biopsia.

## 1941

Caso de SYMMERS (27), digno de nota por se tratar de tumor congênito.

**Caso 17.** Menina com 6 semanas de vida, de côr branca. Grande tumoração da glândula tireóide congênita, de crescimento progressivo. 3 nódulos, 1 médio e 2 laterais. Dificuldade respiratória tão acentuada que a intervenção se impôs.

Tumor ressecado em duas porções (6 x 3 x 1,5 e 5 x 3,5 x 2 cm), de côr cinzento-avermelhada, consistência firme, parcialmente encapsulado, pesando 47 gr.

Microscopia: cápsula conjuntiva da qual partem trabéculas vascularizadas que penetram na massa tumoral, dividindo-a em lóbulos. Os alvéolos mais bem formados são margeados por uma só camada de células grandes, pálidas, de núcleos relativamente pequenos e densos, às vezes excêntricos. Citoplasma hialino ou granuloso, levemente acidófilo. Diversos alvéolos cheios, parcial ou totalmente, de células descamadas do mesmo tipo. Numerosos vacúolos ("fat-free") intrascelulares.

Caso de HARRY (cit. p. MORROW — 24).

**Caso 18.** Paciente do sexo masculino, com 48 anos de idade, de côr branca. Há 4 anos remoção de um Tumor de células de Huerthle, bem encapsulado.

Recidiva. Duas operações subseqüentes para remoção da mesma. O pescoço apresentava-se infiltrado.

Diagnóstico: Carcinoma de células de Huerthle.

## 1943

Caso de REIMANN (25).

**Caso 19.** Paciente do sexo feminino, com 49 anos de idade, de côr branca. Tumoração do pescoço, de aparecimento e crescimento lentos, há 3 anos. Perda de pêso, nervosa e irritável.

Ao exame, massa lisa e móvel, na região anterior do pescoço, mais proeminente à direita, estendendo-se à fúrcula esternal. Outra massa à esquerda, comprimindo e desviando a traquéia para a direita. Metabolismo oscilando entre + 11 e + 19. Ausência de manifestações pulmonares, ao raio X.

Intervenção: retirada de um tumor, pouco lobulado, liso, firme, medindo 9 x 7 x 6 cm. e pesando 187 gr. Superfície de corte, levemente amarelada e percorrida por septos conjuntivos.

Microscopia: cordões, colunas e faixas de grandes células poligonais. Algumas, quadrangulares, outras, hexaédricas ou cúbicas. Muitas distorcidas por compressão. Medem de 10 a 25 micra. Algumas, de cor vermelha mais intensa, outras, pálidas e granulosas. Núcleos variáveis. Alguns contêm cromatina finamente granulosa, outros são densos e inchados. Nos poucos rarefeitos percebem-se nucléolos. Mitoses raras. Alguns de posição central, outros excêntricos. Ausência de gordura e glicogênio. Formação, por vezes, de ácinos incompletos ou irregulares. Feixes conjuntivo-vasculares entre os cordões. Presença de cápsula fibrosa distinta.

Diagnóstico: Tumor de células de Huerthle.

## 1945

Caso de MORROW (24), como o 17, também digno de nota por ser congênito.

**Caso 20.** Menina com 2 meses de idade, de cor branca. Portadora de um tumor do pescoço desde o nascimento, atingindo atualmente volume duplo do observado ao nascimento. A flexão do pescoço produz acentuada dificuldade respiratória, dormindo a paciente com a cabeça estendida.

Uma massa algo mole, grande e lobulada envolve inteiramente a porção anterior do pescoço, na região da glândula tireóide, estendendo-se para os lados e para trás. O exame radiológico mostra a traquéia envolvida e comprimida pela massa. É aconselhada radioterapia pré-operatória.

Aspiração da massa revela fluido sanguinolento, contendo células grandes, pálidas, de núcleos centrais. O citoplasma apresenta-se vacuolizado e contendo, em grande quantidade, pequenos grânulos acidófilos. As células assemelham-se às de Huerthle.

Devido à severa compressão traqueal, o istmo e parte dos lobos foram removidos.

Como tratamento pós-operatório foram feitas mais duas séries de radioterapia. No momento da alta, as massas laterais ainda eram grandes.

Ao exame a peça mede 4 x 2 x 1,5 cm. A superfície de corte apresenta-se sanguinolenta e finamente lobulada, de cor cinzento-amarelada. A cápsula apresenta-se delgada e íntegra.

Um corte pelo método de congelação mostrou ácinos margeados por células grandes e pálidas, de núcleos escuros. Alguns ácinos encerram material reticulado. Colóide típico não foi visto.

Cortes de parafina mostraram um estroma conjuntivo frouxo, contendo numerosos vasos sanguíneos, que dividem o tecido em lóbulos. Estes são constituídos de folículos irregulares limitados por célu-

las grandes, poliédricas, cubóides ou columnares, de citoplasma pálido, finamente granuloso, contendo vacúolos irregulares. Alguns núcleos são excêntricos.

Alguns folículos apresentam projeções papilares. Grupos de células menores, fortemente coradas, de citoplasma compacto, vêm-se esparsas pelo campo.

Não são vistas mitoses, nem invasão da cápsula ou dos vasos sanguíneos. Diagnóstico: Adenoma de células de Huerthle.

Três meses após (7 meses de idade) a massa tumoral remanescente havia desaparecido.

HAZARD (16), em 1949, relacionando os carcinomas não papilíferos da glândula tireóide, no Departamento de Patologia da "Cleveland Clinic Foundation", menciona 2 adenocarcinomas do tipo Huerthle, sem acrescentar outros dados.

CONTRIBUIÇÃO PESSOAL





## NOSSOS CASOS

1949

Em número de 4, cujos exames anatomopatológicos foram feitos na Cadeira de Anatomia e Fisiologia Patológicas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Na presunção de que não existam outros publicados, posteriores aos anteriormente citados,, serão numerados em seqüência.

**Caso 21.** C. A. da F., do sexo masculino, com 17 anos de idade, de cor preta, natural do Rio Grande do Sul, solteiro, sapateiro. Baixa ao leito 17 da 18.<sup>a</sup> Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em 15 — XII — 1945.

**Dados clínicos** — Há 1 ano, aumento progressivo de volume do lado direito do pescoço. Dificuldade de ingestão de alimentos sólidos.

Ao exame, aumento firme e difuso do lobo direito da tireóide, móvel, não aderente às estruturas vizinhas. Traquéia desviada para a esquerda. Ausência de sinais de hipertireoidismo.

À intervenção, retirada de uma massa tumoral, bem encapsulada, não aderente, do tamanho de uma "bola-de-tênis", envolvendo a quase totalidade do lobo direito da tireóide.

Alta, curado, a 20 — XII — 1945.

**Anatomia patológica** — AP 158 — 45.

Exame macroscópico: Fragmento de tecido, de forma irregular, medindo cerca de 7 x 5,5 x 3 cm. A cor é rósea em uma das faces e vermelha, na outra, a consistência é firme.

Exame microscópico: Células poliédricas, grandes, de citoplasma claro, acidófilo e finamente granuloso, arranjam-se em ilhotas, formando, por vezes, folículos imperfeitos e pequenos, outras vezes, folículos maiores que encerram pequena quantidade de substância colóide.

Os agrupamentos celulares acham-se separados por delgados feixes conjuntivo-vasculares, que se anastomosam constituindo extensa rede.

Núcleos grandes, arredondados ou ovóides, bem corados, com a cromatina finamente granulosa, encerrando 1, raramente 2, nucléolos, de posição, as mais das vezes, central. Mitoses ausentes.

Externamente, há uma cápsula conjuntiva densa, à qual vêm ter trabéculas constituídas pela reunião dos feixes conjuntivo-vasculares.

Para fora da cápsula é vista a estrutura característica da Estruma (bócio) colóide estacionária.

**Caso 22.** M. I. F. da S., do sexo feminino, com 17 anos de idade, de côr branca, natural do Rio Grande do Sul, solteira, doméstica. Baixa à 32.<sup>a</sup> Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, em agosto de 1948.

**Dados clínicos** — Aparecimento, há 7 anos, de um tumor no lado direito do pescoço, do tamanho de uma azeitona, de crescimento progressivo, atingindo o tamanho atual de uma laranja.

Ao exame, aumento firme e difuso do lobo direito da tireóide, móvel. Traquéia, pouco desviada para a esquerda. Sinais de compressão presentes, ausentes os de hipertireoidismo. Pulso 100. Metabolismo oscilando entre + 8 e + 12.

À intervenção, retirada de um tumor de consistência cística, bem encapsulado e facilmente enucleado, ocupando grande parte do lobo direito da tireóide.

**Anatomia patológica** — AP 1.754 — 48.

Exame macroscópico: Peça de forma arredondada, medindo cerca de 10 x 8 x 6 cm, de côr vermelho-escura e de consistência firme e elástica.

O corte mostra uma cavidade que mede cerca de 7,5 x 6 x 5 cm. e que contém coágulos sanguíneos. Num ponto da parede há uma porção sólida, medindo cerca de 6,5 x 2 cm, de côr amarelo-clara, com áreas vermelho-escuras. Não se vêem aspectos estruturais que lembrem a glândula tireóide.

Exame microscópico: Células grandes, poliédricas, de citoplasma claro, acidófilo, finamente granuloso, encerrando, de quando em vez, pequenos vacúolos transparentes e incolores.

O arranjo é em ilhotas compactas, ou em cordões, assemelhando-se no mesmo à estrutura da suprarrenal ou à do parênquima hepático. Há formação de folículos pequenos que não contêm substância colóide.

Os núcleos são arredondados ou ovalados, relativamente grandes, bem corados, por vezes excêntricos, com a cromatina disposta em finas granulações e, possuidores, em geral, de 1 nucléolo. Não se vêem mitoses.

Externamente há uma cápsula conjuntiva densa. Desta partem trabéculas finas que, ramificando-se, constituem delgados feixes conjuntivo-vasculares que separam as ilhotas ou cordões celulares.

**Caso 23.** W. B., do sexo feminino, com 44 anos de idade, de côr branca, natural do Rio Grande do Sul, doméstica. Baixa à 17.<sup>a</sup> Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, em dezembro de 1948.

**Dados clínicos** — Aumento do pescoço, progressivo, desde a menarca. Esta, aos 14 anos.

Ao exame, aumento de volume, difuso, firme e móvel da tireóide, mais acentuado à direita. Sinais objetivos de compressão. De hipertireoidismo ausentes.

À intervenção, presença de 2 nódulos, medindo 6 x 3 e 5 x 4 cm, encapsulados, facilmente enucleáveis, no lobo direito da tireóide.

### **Anatomia Patológica** — AP 2.078 — 49.

Exame macroscópico: 2 porções de tecido, de cor vermelha, consistência dura e elástica, medindo cerca de 6 x 3 x 2 e 5 x 4 x 3 cm.

O corte mostra uma superfície homogênea, de cor amarelo-laranja, de aspecto liso. Não há sinais de estrutura tireóidea.

Exame microscópico: Uma cápsula conjuntiva densa envolve uma estrutura extremamente celular, constituída de elementos grandes, poliédricos, de citoplasma claro, acidófilo, granuloso, com pequenos vacúolos transparentes. As células se arranjam em ilhotas compactas. Por vezes, há a tendência à formação de alvéolos pequenos que, ou não contêm substância colóide, ou a têm em pequena quantidade, condensada no centro. Diversas células se apresentam distorcidas pela compressão das vizinhas.

As ilhotas repousam em malhas formadas por fina rede conjuntivo-vascular, que se prende à cápsula externa.

Os núcleos apresentam-se arredondados ou ovóides, em geral grandes, bem corados, com a cromatina disposta em finos grânulos e 1, raramente 2, nucléolos. Ocupam indiferentemente uma posição central na célula, ou não. Não se vêem mitoses.

Elementos estranhos ao seu conteúdo não são vistos na luz dos inúmeros vasos sanguíneos existentes.

**Caso 24.** N. S., do sexo feminino, com 30 anos de idade, de cor branca, natural do Rio Grande do Sul, solteira, doméstica. Baixa à 17.<sup>a</sup> Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, em maio de 1949.

**Dados clínicos** — Aumento de volume progressivo, rápido, do pescoço há 3 meses, sem sintomatologia importante, sendo outro o motivo da procura do Hospital (mal epiléptico).

Ao exame, tumor médio, medindo 10 x 6 cm, de aspecto nodular, difuso, mais desenvolvido à esquerda da região anterior do pescoço. É móvel, não aderente às estruturas superficiais ou profundas.

À intervenção tireoidectomia subtotal, deixando-se parte do lobo esquerdo da tireóide. Tumor bem encapsulado, de consistência firme, facilmente enucleado.

Pós-operatório sem acidentes.

Exame macroscópico: 4 porções de tecido, de consistência dura e elástica. O maior, que mede cerca de 3 x 2,5 x 2 cm, apresenta uma superfície de corte homogênea, de aspecto sólido e de cor amarelo-avermelhada, não se reconhecendo nêle tecido tireóideo. Os restantes apresentam ao corte uma superfície vesiculosa, de cor vermelha.

Exame microscópico: Fragmento maior — estrutura extremamente celular. Constituída de células grandes, poliédricas, de contornos nítidos, de citoplasma claro, acidófilo, finamente granuloso. Arranjam-se ilhotas compactas, separadas umas das outras por delgados feixes conjuntivos-vasculares. Rara é a tendência para um arranjo alveolar. Os poucos alvéolos existentes são pequenos e praticamente isentos de substância colóide.

Os núcleos são relativamente grandes, ovóides ou arredondados, bem corados, finamente granulosos, possuidores, em geral, de 1 nucléolo. Ocupam posição variável, mas não demasiado excêntrica. Não se vêem mitoses.

Externamente há uma cápsula conjuntiva, não muito densa, que envia trabéculas bem vascularizadas para a massa celular.

Os demais fragmentos apresentam um, a estrutura de adenoma folicular e os outros, dois, a de estroma (bócio) colóide estacionária.



## ESTUDO CONJUNTO DOS 24 CASOS

Vistos em conjunto, os 24 casos permitem salientar mais certos aspectos, quer clínicos, quer anatomopatológicos. Uma verdadeira síntese se fará relacionando-os entre si.

**Sexo** — 20 casos são de pacientes do sexo feminino, 4, do sexo masculino.

**Idade** — Como limite máximo de idade há um caso de LANGHANS (cit. p. WILENSKY e KAUFMAN — 28), paciente do sexo masculino (caso 2): 68 anos. No extremo oposto, há o de SYMMERS (27), paciente do sexo feminino (caso 17), com 6 semanas de vida, sendo congênito o tumor.

A maior frequência observada está entre os 45 e 55 anos de idade: 9 casos (nos 4, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 19 e 23).

Se o tempo de evolução fôr descontado da idade dos pacientes, ver-se-á que o início provável do tumor está também, em maior frequência, entre os 45 e 55 anos de idade (casos 2, 9, 12, 13, 16 e 19).

**Raça** — Sòmente 4 casos são de indivíduos da raça preta, os de MARTIN e ELKIN (21) — casos 14, 15 e 16, e 1 dos meus — caso 21. Os demais pertencem a pacientes da raça branca.

**Evolução** — O tempo de evolução é bastante variável: 1/4, 1/2, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 15 e 30 anos (casos 24, 12, 21, 13, 16 e 19, 15, 8, 22, 9, 14, 2 e 23, respectivamente).

Os casos considerados benignos tiveram os seguintes tempos de evolução: 1/4, 1, 2, 3, 5, 7, 10 e 30 anos (casos 24, 21, 13, 19, 15, 22, 14 e 23 respectivamente).

Os malignos: 1/2, 3, 6, 9, e 15 anos (casos 12, 16, 8, 9 e 2, respectivamente).

**Sintomatologia** — Em 6 casos não existem referências à mesma (casos 1, 3, 4, 5, 7 e 18).

E' predominantemente de compressão em 11 (casos 2, 6, 9, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23 e 24). Em ordem de frequência são mais encontrados os sintomas: dispnéia, disfagia e rouquidão.

7 casos apresentam sintomatologia de hipertireoidismo (casos 8, 10, 11, 12, 13, 14 e 19), sendo mais frequentes o nervosismo, a perda de pêso, as palpitações, a sudorese. Tremor só foi encontrado uma vez (caso 12). Sinais oculares, nenhuma.

**Metabolismo** — Mostrou-se normal em 3 casos: 12, 14 (êstes com sinais de hipertireoidismo) e 22; aumentado em 4: 10, 11, 13 e 15 (êste



sem sinais de hipertireoidismo). As cifras foram de + 40, + 68, + 22 e + 22, respectivamente.

Há, portanto, desacôrdo entre a sintomatologia e o metabolismo em 3 casos: 12, 14 e 15.

**Malignidade** — Em 3 casos (nrs. 1, 4 e 5) não se têm dados quanto à malignidade ou não dos tumores.

14 foram considerados benignos (casos 6, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23 e 24).

Os malignos montam a 7 (casos 2, 3, 8, 9, 12, 16 e 18) sendo um incipiente (caso 12).

Recidivas verificam-se em 3 casos, após 4, 9 e 12 anos (casos 18, 9 e 3). Metástases, em 3 casos, após 9, 12 e 15 anos (casos 9, 3 e 2). Houve comprometimento hepático (caso 2) e vertebral (caso 9). O órgão mais atingido foi o pulmão (casos 2, 3 e 9).

Dos 3 casos malignos, cujo aspecto histológico se conhece (casos 9, 12 e 16), o incipiente (caso 12) teve 6 meses de evolução; o de graduação menor ((caso 9) teve evolução mais demorada: 9 anos; o de graduação mais elevada (caso 16) evoluiu em 3 anos, com um crescimento mais rápido nos últimos 6 meses.

**Aspecto macroscópico** — Em 12 casos a neoplasia apresentou-se bem circunscrita, encapsulada, não aderente às estruturas vizinhas (casos 1, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Em 5, estava aderente, ou à traquéia, ou a outras estruturas e era difícil de enuclear.

As localizações foram as seguintes: lobo direito da tireóide — 6 vezes (casos 12, 15, 16, 21, 22 e 23), difusa — 5 vezes (casos 10, 13, 17, 20 e 24), lobo esquerdo e istmo — 2 vezes (casos 6 e 19), lobo esquerdo — 1 vez (caso 14) e istmo — 1 vez (caso 2).

As dimensões são variáveis, desde 3 x 2 x 2 cm. (caso 12) até massas de 12 x 10 x 8,5 cm. (caso 3).

A superfície de corte, em geral, apresentou-se de coloração róseo-amarelada ou pardo-amarelada, de estrutura homogênea e dividida irregularmente por trabéculas fibrosas. Raramente há semelhança com o aspecto comum da tireóide.

**Aspecto microscópico** — Com exceção do caso 6, em que foram encontradas tôdas as graduações entre células acidófilas pequenas, de citoplasma finamente granuloso e, células acidófilas grandes, de citoplasma grosseiramente granuloso, nos demais a neoplasia mostrou-se constituída por células grandes e poliédricas (cubóides: casos 9, 19 e 20; quadrangulares ou hexaédricas: caso 19).

O arranjo em ilhotas ou cordões compactos encontrou-se em 9 casos (nrs. 10, 12, 13, 14, 19, 21, 22, 23 e 24). Folicúlos pequenos ou imperfeitos foram vistos em 10 casos, contendo (casos 10, 14, 16, 21 e 23) ou não (casos 17, 19, 20, 22 e 24) substância colóide. Esta se apresenta em pequena quantidade.

O citoplasma apresenta-se acidófilo, (todos os casos) fina ou grosseiramente granuloso (todos os casos). Vacúolos intracelulares acham-se presentes em 4 casos (em grande número nos casos 17 e 20, em menor no 23 e raramente no 21).

A presença de gordura e glicogênio não foi demonstrada nos casos em que a pesquisa foi feita (casos 10 e 19).

Os núcleos mostraram-se grandes (casos 15 e 23), relativamente grandes (casos 21 e 24) ou pequenos (casos 9, 10, 13 e 17); de forma arredondada ou ovóide (casos 15, 21, 22, 23, e 24); densos (casos 17 e 19), vesiculosos (caso 10); hipercromáticos (caso 16); ricos em cromatina finamente granulosa (casos 10, 15, 19, 21, 22, 23 e 24); de posição variável (casos 17, 19, 21, 22, 23 e 24) ou excêntricos (casos 10, 13 e 20); deixando perceber nucléolos (casos 10, 19, 21, 22, 23 e 24).

Mitoses foram vistas em grande número no caso 16, raramente no 19 e não foram vistas nos 10, 11, 20, 21, 22, 23 e 24.

Nos casos em que há referência ao estroma, êle se mostrou frouxo e bem vascularizado (casos 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23 e 24).

Uma cápsula fibrosa, bem constituída é encontrada em 6 casos (nrs. 19, 20, 21, 22, 23 e 24).

5 casos apresentam quadros microscópicos adicionais. Extratumorais: bócio tóxico não exoftálmico (caso 10), provável Basedow (caso 13), bócio colóide (casos 21 e 24), adenoma folicular (caso 24); intratumorais: bócio colóide (caso 15).

## COMENTÁRIO

Será êste feito iniciando pelo Estudo Conjunto dos 24 Casos e finalizando pelo Conceito. Parece ser, a nosso ver, a ordem natural que neste capítulo deva-se seguir. Portanto,

### — Estudo Conjunto dos 24 Casos.

**Sexo** — Constata-se uma incidência maior para o sexo feminino (20 casos). A proporção é de 5 para 1. CLUTE e WARREN (7), em seus 226 carcinomas da tireóide, encontraram a proporção de 7 para 1, e, em 4.779 bóciós, a mesma proporção. Portanto, o Tumor de células de Huerthle não foge à verificação de um maior número de casos em pacientes do sexo feminino, comportando-se pois como os demais processos patológicos da tireóide.

**Idade** — As formas malignas preferem em geral, uma idade mais adiantada, em média 50 anos. As benignas, em média, uma década mais abaixo, 40 anos.

Descontados os tempos de evolução (casos em que êles são conhecidos) verifica-se que, dos 5 casos malignos, 4 estão acima dos 40 anos de idade (casos 2, 9, 12 e 16), dos 8 benígnos, 6 estão abaixo desta idade (casos 14, 15, 21, 22, 23 e 24).

Aplica-se, pois, aqui, a regra geral de que os carcinomas são mais freqüentes em idades superiores a 40 anos.

**Raça** — Mesmo descontando-se os casos de clínicas européias (os 7 primeiros), onde muito raramente existem pacientes da raça negra, os demais (em número de 17) ainda acusam uma maior incidência para a raça branca.

A nosso ver, êste fato não deve ser tomado como uma maior predisposição da raça branca, já que há mais brancos nas Américas do que negros. Os casos de MARTIN e ELKIN (21) reforçam esta opinião.

**Evolução** — Embora variável, a evolução tem a tendência a ser lenta, mesmo nos casos malignos.

**Sintomatologia** — Os sintomas mais freqüentemente encontrados são os de compressão. Dos 7 casos com sinais de hipertireoidismo (casos 8, 10, 11, 12, 13, 14 e 19) em 2 o metabolismo exclui a possibilidade (casos 12 e 14), em outros 2 há a concomitância do quadro microscópico de Basedow (casos 10 e 13), em outros 2 a sintomatologia é discreta (casos 14 e 19). O caso 11 deve ser encarado com suspeita, pois o

quadro microscópico não é a rigor o de um Tumor de células de Huerthle. (É comparável ao caso que apresentamos ao discutirmos a gênese desta neoplasia).

O caso 15, sem sinais de hipertireoidismo, acusou um metabolismo de + 22, porém o repouso fê-lo baixar a + 5.

**Malignidade** — A relação entre as formas benignas e malignas está a favor das primeiras: 2 para 1.

As recidivas se fazem após largo tempo, 9 e 12 anos (casos 9 e 3). As metástases, também, 9, 12 e 15 anos (casos 9, 3 e 2). Obedecem estas ao comportamento dos demais carcinomas da tireóide, isto é, situam-se preferentemente no pulmão (casos 2, 3 e 9).

A graduação histológica não mostrou relações com o tempo de evolução (casos 9, 12 e 16).

**Aspecto macroscópico** — Os tipos benignos são bem circunscritos, os malignos, em geral, aderem às estruturas vizinhas, não diferindo pois dos demais carcinomas da tireóide.

O aspecto externo e da superfície de corte é praticamente uniforme em todos os casos.

Variadas são as localizações, havendo, no entanto, uma nítida preferência para o lobo direito da tireóide.

Desconhecemos quaisquer dados quanto às localizações preferenciais dos processos patológicos da glândula tireóide, no entanto, o arquivo da Cadeira mostrou-nos que a localização no lobo direito da glândula é a mais freqüente.

**Aspecto microscópico** — Embora possam existir células de tamanhos variados, a grande maioria dos casos mostrou-se constituída por células grandes e poliédricas.

O arranjo em ilhotas ou cordões compactos foi o mais freqüentemente achado. Folículos pequenos ou imperfeitos não são raros. O colóide foi encontrado só em 4 casos, sempre de aspecto ralo.

Os demais característicos são mais ou menos os mesmos em todos os casos.

Quadros histológicos outros foram encontrados, via de regra, extra-tumorais.

#### — Anatomia Patológica.

**Macroscopia** — As características macroscópicas dos 24 casos correspondem às apontadas por FOOT (12), KAUFMANN (18), MARTIN e ELKIN (21) e REIMANN (25).

**Microscopia** — Vimos que haviam autores que afirmam a existência de 2 tipos de células e, que haviam outros, a de um único tipo. Nos nossos casos foram vistas células de um único tipo. Acreditamos que existam formas de 2 tipos, ou melhor, de diversos tipos intermediários entre 2 tipos extremos, como no caso 6. A existência destes tipos vem até favorecer nossa opinião sobre a gênese destas neoplasias, como se verá adiante.

Os demais característicos estão conforme às descrições dos tratadistas.

Não concordamos, porém, com as afirmativas de BARNARD e ROBB-SMITH (2) de que só existam formas benignas, ou as de EWING (10, 11), de que só existam formas malignas. Existem ambas as formas, e é de admirar que FOOT (12 e 13) tenha mudado de opinião entre 1945 e 1948.

Não podemos opinar quanto à caracterização das formas malignas, visto não termos encontrado nenhuma, embora tivéssemos em mente as recomendações de GRAHAM (15) e de MARTIN e ELKIN (21).

Estamos de acordo com os últimos, quando afirmam ser o adenoma fetal o que se apresenta com o quadro microscópico mais aproximado do Tumor de células de Huerthle e, acrescentaríamos, principalmente, a variedade trabecular de FOOT (13).

### — Gênese.

Numerosos estudos de histologia normal da tireóide deram, em resultado, opiniões contrárias quanto à natureza das chamadas células interfoliculares. Há autores mesmo, que negam a existência de qualquer tipo de célula interfolicular.

MAXIMOW e BLOOM (22), fazendo cortes seriados, nunca encontraram células interfoliculares, e consideram os assim chamados grupos de células interfoliculares, como cortes tangenciais de paredes foliculares. Este ponto de vista é apoiado por RIENHOFF (26).

WILLIAMSON e PEARSE e WILSON (cit. p. WILLENSKY e KAUFMAN — 28 e p. MARTIN e ELKIN — 21) em suas cuidadosas pesquisas relativas à estrutura microscópica da tireóide, nada referem quanto à existência de tais células.

ZECHEL (29, 30) acredita em 2 tipos celulares. O primeiro, constituído pelas células foliculares, o tipo predominante. O segundo, por células grandes, localizadas nos espaços interfoliculares, mais frequentes em tireóides em regeneração. As últimas estariam relacionadas com a formação de novos folículos, produção de colóide e, possivelmente, com a destruição dos folículos.

NONIDEZ (cit. p. LERMAN — 19) concorda na ocorrência e formação de células parafoliculares, derivadas das células parenquimatosas, ocupando, porém, uma posição independente dos folículos. Sugere duas possíveis funções: representariam um segundo tipo de célula secretora ou absorveriam parte do colóide intrafolicular para vertê-lo nos vasos perifoliculares.

MORITZ (cit. p. GOLDZIEHER — 14) mostrou que os pequenos grupos de células epiteliais encontrados nos espaços interfoliculares provinham por brotamento do epitélio folicular. Estes brotos podem perder a conexão com seu ponto de origem. Em sua opinião, estes grupos são erroneamente considerados como inclusões de elementos paratireóides ou restos dos corpos último-branquiais.

Não temos experiência para afirmar da, ou não, existência de células epiteliais interfoliculares, mas não cremos que o Tumor de cé-



lulas de Huerthle tenha esta origem como também não tenha origem em elementos paratireóideos.

Já vimos que EISENBERG e WALLERSTEIN (9) são adeptos firmes desta última hipótese. No entanto, como muito bem dizem WILENSKY e KAUFMAN (28), admitida esta, os sintomas de tetania deveriam seguir e não preceder a remoção do tumor, ao contrário do que êles relatam (caso 10). É também esta a opinião de ANDERSON (1).

A afirmativa de GETZOWA (cit. p. div. aut.) é contrariada pelo trabalho de MORITZ (acima citado) e pelas observações de CLUTE e WARREN ((7) e de WEGELIN (cit. p. WILENSKY e KAUFMAN — 28).

As observações dêstes últimos acrescentamos um caso do arquivo da Cadeira. É um caso de ESTRUMA PARENQUIMATOSA E COLÓIDE, que apresenta áreas de células do tipo Huerthle, formando pequenos ou grandes folículos, margeados total ou parcialmente por estas células. São aí também encontrados todos os tipos intermediários entre as células comuns e as do tipo Huerthle. (AP 2. 216-49).

MARINE (20) é de opinião que citoplasma acidófilo e núcleos vesiculosos representem estádios do ciclo secretório da célula folicular normal.

A opinião dêste autor e as observações acima apontadas conduzem à conclusão que a "célula de Huerthle" não representa uma unidade anatômica, mas antes, uma mudança funcional, provavelmente nutritiva. Analogamente, uma interpretação similar pode ser dada às neoplasias constituídas dêste tipo celular (WILENSKY e KAUFMAN — 28).

Portanto, a nosso ver, deve-se atribuir ao Tumor de células de Huerthle uma origem folicular, ou melhor, deve êle ser considerado como constituído pelo próprio epitélio folicular.

#### — Conceito.

Para nós, Estruma pós-branquial de Getzowa, Adenoma de grandes células de Wegelin, Tumor de células de Huerthle e Estruma macrocelular e microalveolar de Langhans são diversas denominações de uma mesma entidade anatomopatológica.

Dado o fato de uma origem a partir de restos do corpo último-branquial ou da mais ou menos hipotética célula de Huerthle não estar provada e, a existência de formas malignas, as denominações: Estruma pós-branquial de Getzowa, Tumor de células de Huerthle e Adenoma de grandes células de Wegelin devem ser abandonadas, e preferidas pela de Langhans, que pelo menos encerra a característica morfológica — ESTRUMA MICROALVEOLLAR E MACROCELULAR, à qual se acrescentariam os qualificativos BENIGNA ou MALIGNA, em se tratando de adenoma ou carcinoma, ou, ainda, ADENOMA ou CARCINOMA MICROALVEOLAR E MACROCELULAR.



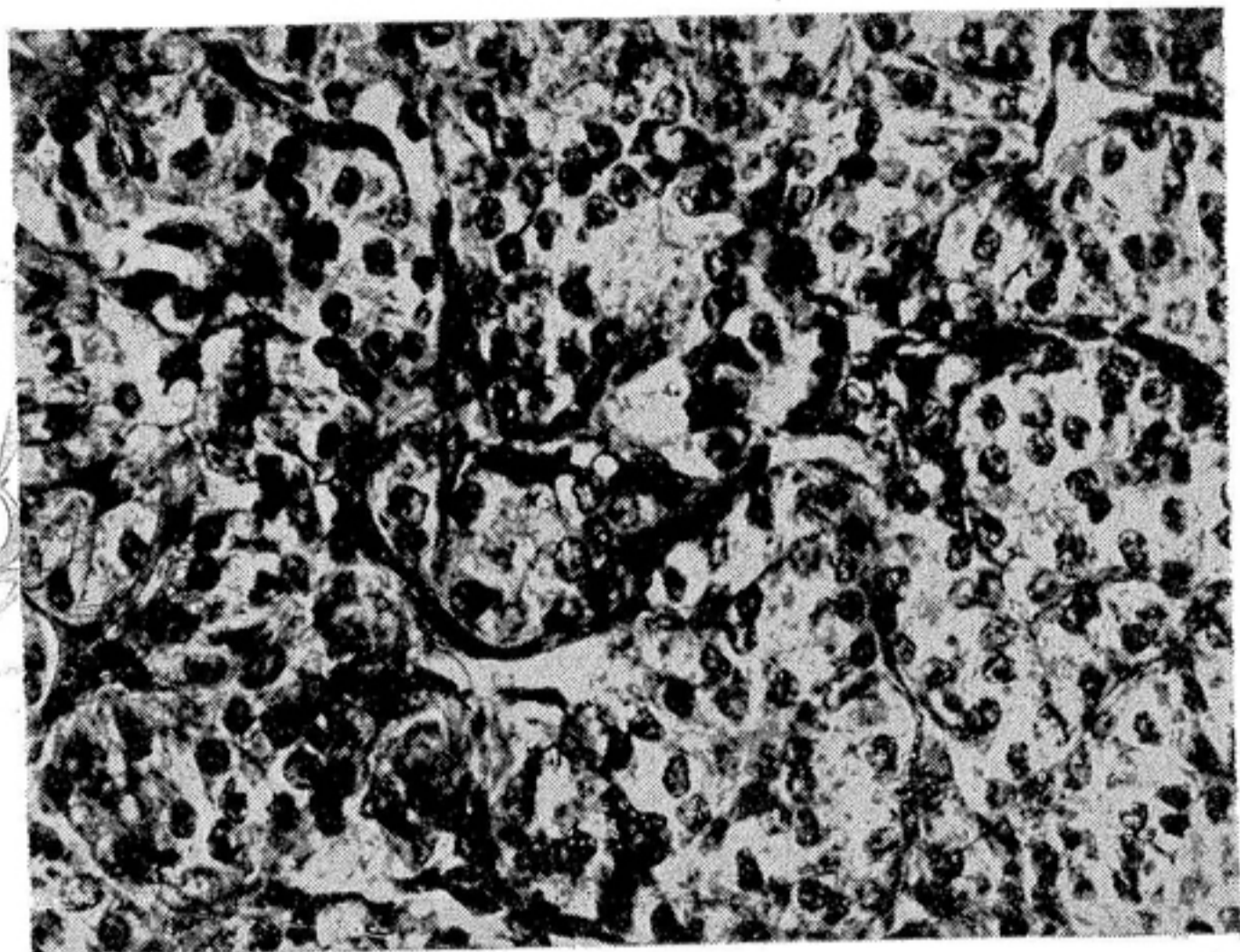
## CONCLUSÕES

- 1 — O Tumor de Células de Huerthle é mais freqüente no sexo feminino, como os demais processos patológicos da Tireóide.
- 2 — Existem formas benignas e malignas.
- 3 — As formas malignas são mais encontradas acima dos 40 anos de idade, e as benignas, abaixo.
- 4 — A preferência racial é aparente e não real.
- 5 — O crescimento, via de regra, é lento.
- 6 — A sintomatologia é predominantemente de compressão, os sinais de hipertireodismo são inconstantes.
- 7 — A relação entre formas benignas e malignas é de 2 para 1.
- 8 — As recidivas e as metástases são tardias.
- 9 — O comportamento das formas malignas não difere, substancialmente, dos carcinomas da tireóide em geral.
- 10 — A neoplasia não é diagnosticável macroscopicamente.
- 11 — Há uma nítida preferência em localizar-se no lobo direito da Tireóide.
- 12 — O quadro microscópico é típico e inconfundível.
- 13 — A neoplasia nem sempre é encontrada isolada.
- 14 — A origem mais provável é a partir de células foliculares.
- 15 — Estruma Pós-branquial de Getzowa, Adenoma de grandes Células de Wegelin, Tumor de Células de Huerthle e Estruma Microalveolar e Macrocelular de Langhans são diversas designações de um mesmo processo.
- 16 — Deve ser empregada a última denominação, pois as demais são passíveis de críticas.
- 17 — É sugerido o acréscimo dos qualificativos benigna e maligna para os tipos que possuem êstes caracteres ou, então, a substituição do termo Estruma pelos de Adenoma e Carcinoma.

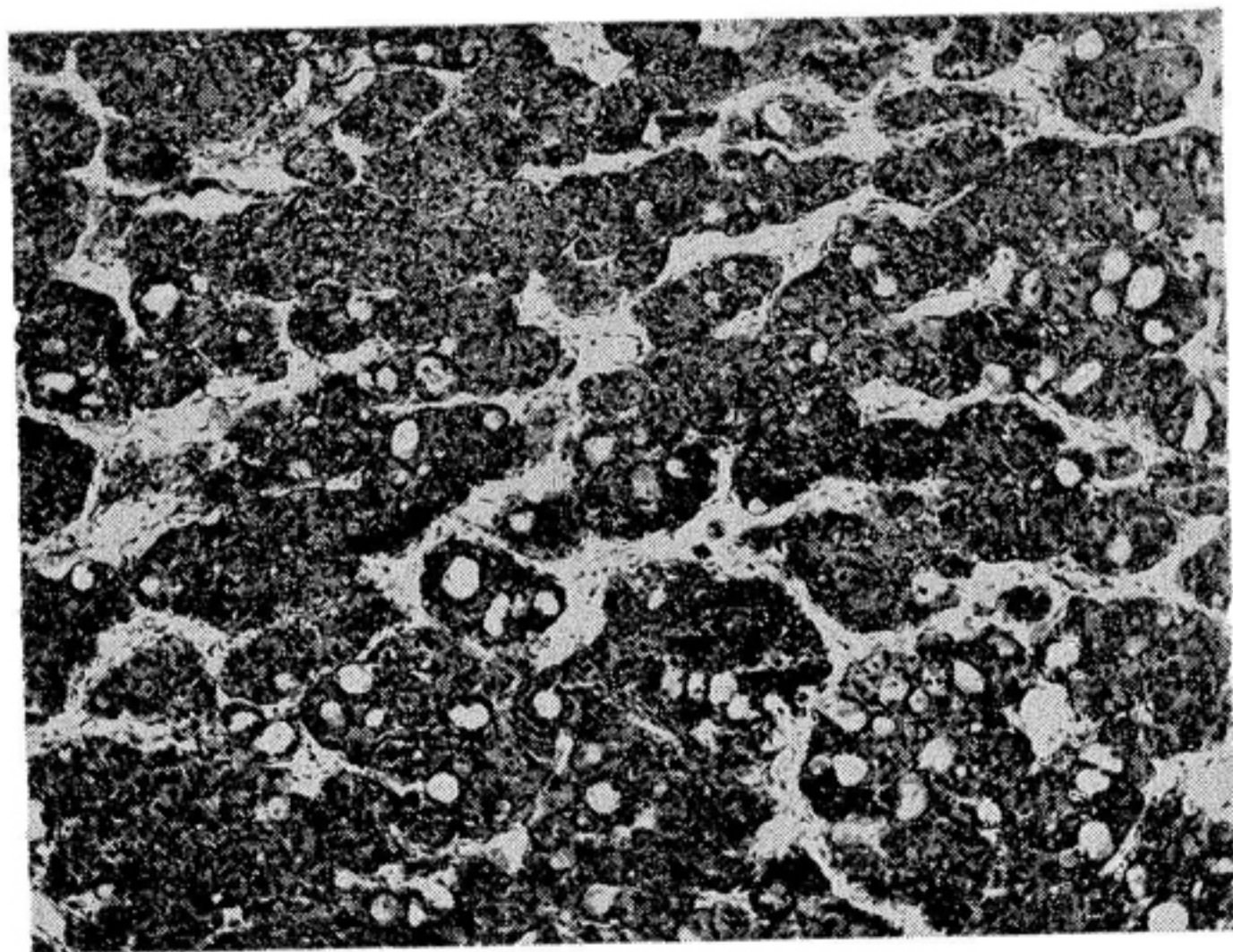
## BIBLIOGRAFIA

- 1 — ANDERSON, W. A. D. — Synopsis of Pathology. The C. V. Mosby Co. St. Louis. 1944.
- 2 — BARNARD, W. G. & ROBB-SMITH, A. H. T. — Kettle's Pathology of Tumours. Third Edition. Paul B. Hoeber, Inc. New York. 1941.
- 3 — BELL, E. T. — A Text-book of Pathology. 5th Edition. Lea & Febiger. Philadelphia. 1944.
- 4 — BOYD, W. — A Text-book of Pathology. 4th Edition. Lea & Febiger. Philadelphia. 1943.
- 5 — BOYD, W. — Surgical Pathology. 5th Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1942.
- 6 — BOYD, W. — Surgical Pathology. 6th Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1945.
- 7 — CLUTE, H. M. & WARREN, S. — The Prognosis of the Thyroid Cancer. Surg., Gynec. & Obst. 60: 861 — 874, 1935.
- 8 — DIETRICH, A. — Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie. 4te Auflage. S. Hirtzel. Leipzig. 1937.
- 9 — EISENBERG, A. A. & WALLERSTEIN, H. — Huerthle Cell Tumor. Arch. of Path. 13: 716 — 724, 1932.
- 10 — EWING, J. — Neoplastic Diseases. Third Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1928.
- 11 — EWING, J. — Neoplastic Diseases. 4th Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1941.
- 12 — FOOT, N. C. — Pathology in Surgery. J. B. Lippincott Co. Philadelphia. 1945.
- 13 — FOOT, N. C. — Identification of Tumors. J. B. Lippincott Co. Philadelphia. 1948.
- 14 — GOLDZIEHER, M. A. — The Endocrine Glands. D. Appleton-Century Co. Inc. New York. 1939.
- 15 — GRAHAM, A. — Malignant Tumors of the Thyroid. An. of Surg. 82: 30 — 44, 1925.
- 16 — HAZARD, J. B. — In. CRILLE JR., G.: Practical Aspects of Thyroid Disease. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1949.
- 17 — KARSNER, H. T. — Human Pathology. 6th Edition. J. B. Lippincott Co. Philadelphia. 1942.
- 18 — KAUFMANN, E. — Lehrbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie. 9te & 10te Auflage. Walter DeGruyter & Co. Berlin. 1931.
- 19 — LERMAN, J. — The Physiology of the Thyroid Gland: in Glandular Physiology and Therapy. American Medical Association. Chicago. 1942.
- 20 — MARINE, D. — In COWDRY, E. V.: Special Cytology. 2nd Edition. Paul B. Hoeber, Inc. New York. 1932.
- 21 — MARTIN JR, J. D. & ELKIN, D. C. — Huerthle Cell Tumors of the Thyroid. An. of Surg. 110: 169 — 176, 1939.
- 22 — MAXIMOW, A. A. & BLOON, W. — A Textbook of Histology. 4th Edition. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1943.
- 23 — MOORE, R. A. — A Textbook of Pathology. W. B. Saunders Co. Philadelphia. 1944.
- 24 — MORROW, W. J. — Huerthle Cell Tumor of the Thyroid Gland in an Infant. Arch. of Path. 40: 387 — 391, 1945.
- 25 — REIMANN, D. L. — Huerthle Cell Tumor of the Thyroid Gland. Bul. of the Sch. of Med. Univ. of Maryland. 28: 93 — 98, 1943.
- 26 — RIENHOFF, W. F. — Thyroid Structure. Arch. of Surg. 19: 986 — 1036, 1929.
- 27 — SYMMERS, D. — Congenital Huerthle Cell Tumor. Arch. of Path. 31: 99 — 102, 1941.
- 28 — WILENSKY, A. O. & KAUFMAN, P. A. — Huerthle Cell Tumor of the Thyroid Gland. Surg., Gynec. & Obst. 66: 1 — 10, 1938.
- 29 — ZECHEL, G. — Follicular Destruction in the normal Thyroid of the Dog. Surg., Gynec. & Obst. 52: 228 — 232, 1931.
- 30 — ZECHEL, G. — Cellular Studies on the Thyroid Gland. Surg., Gynec. & Obst. 54: 1 — 5, 1932.





**Fig. 1** — Caso 21: AP 158-45 (F. M.) — Aspecto microscópico, mostrando as ilhotas celulares separadas por extensa rede vascular (grande aumento).



**Fig. 2** — Caso 22: AP 1.754-48 (F. M.) — Aspecto microscópico, mostrando, em meio à massa celular, pequenos folículos (aumento médio).

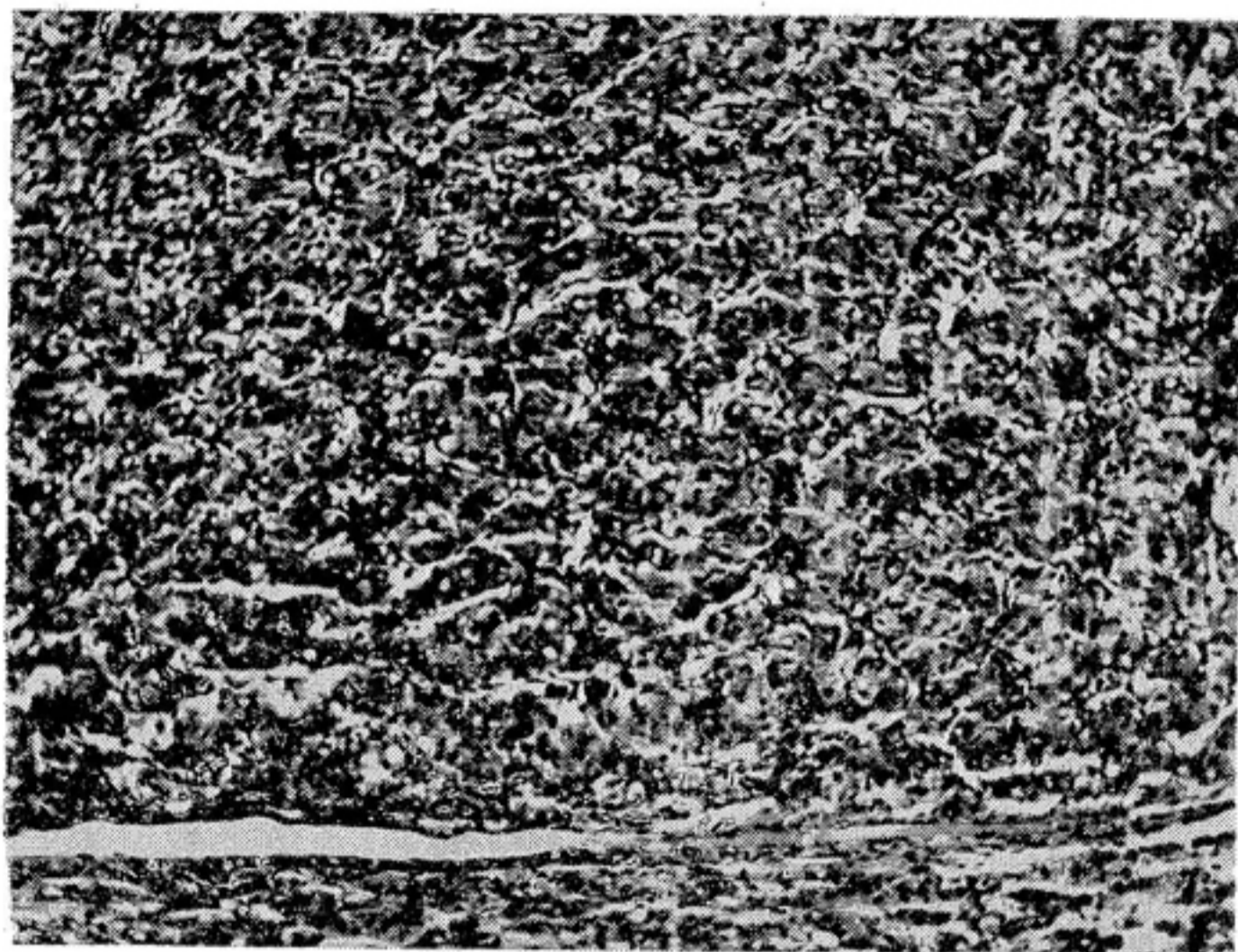


Fig. 3 — Caso 23: AP 2.078-49 (F. M.) — Aspecto microscópico, mostrando as ilhotas e cordões celulares, vendo-se também grande quantidade de pequenas cavidades foli-culares (aumento médio).

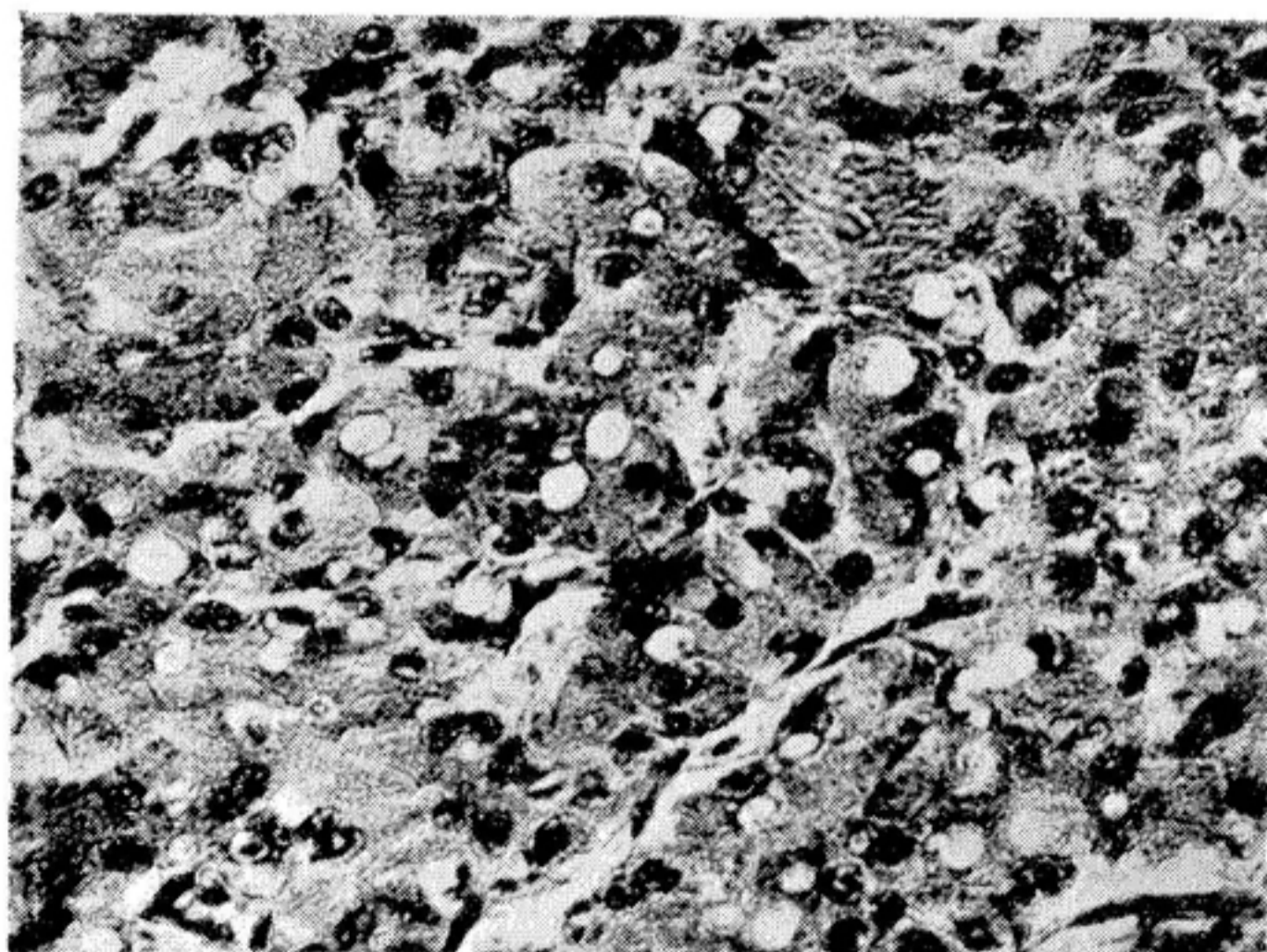


Fig. 4 — Caso 23: AP 2.078-49 (F. M.) — O quadro anterior visto em grande aumento.



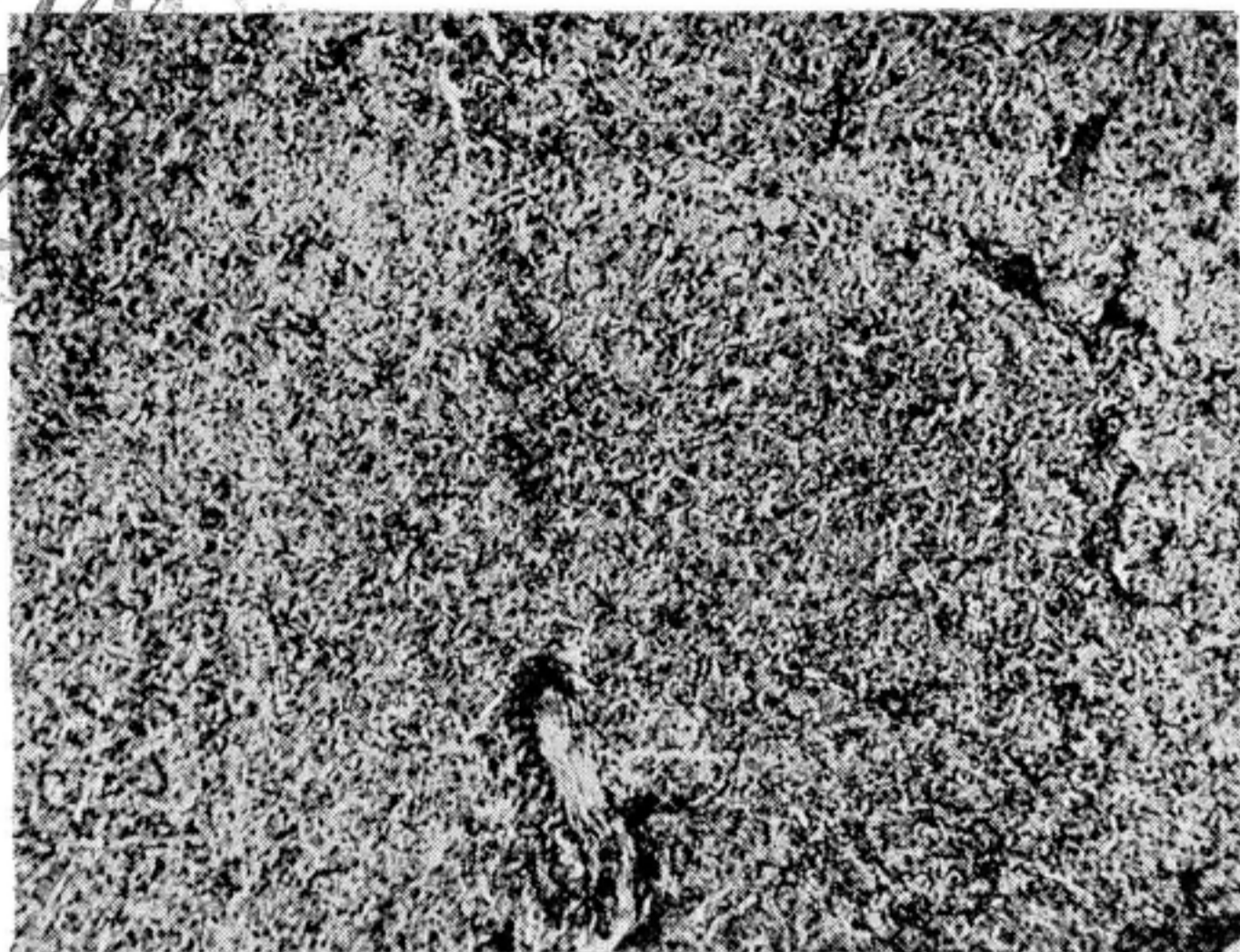


Fig. 5 — Caso 24: AP 2.471-49 (F. M.) — Aspecto microscópico, mostrando as ilhotas e trabéculas celulares, separadas por delgados vasos sanguíneos (aumento médio).

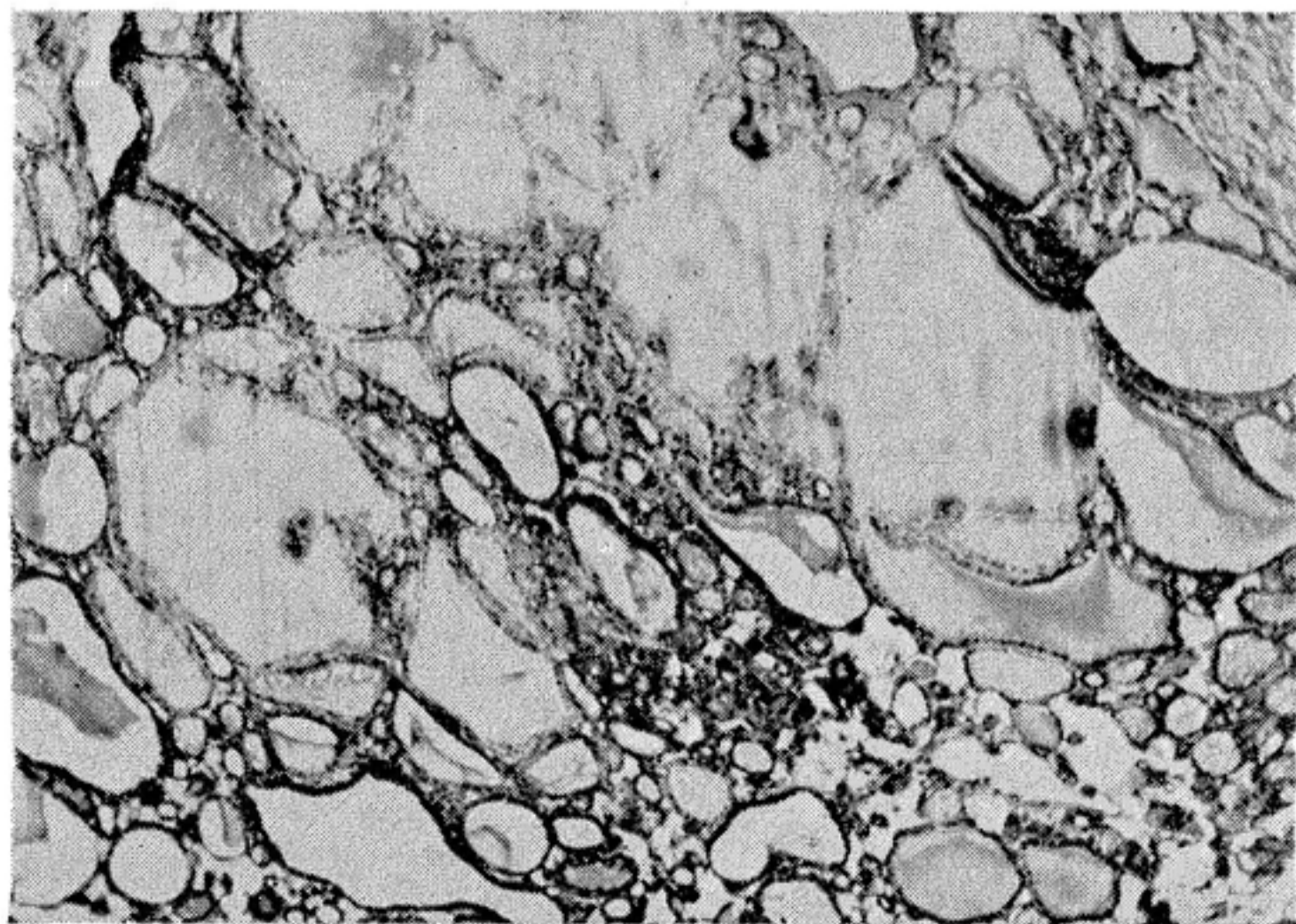


Fig. 6 — Estruma, (Bócio) parenquimatosa e colóide (AP 2.216-49) mostrando áreas de células do tipo Huerthle.

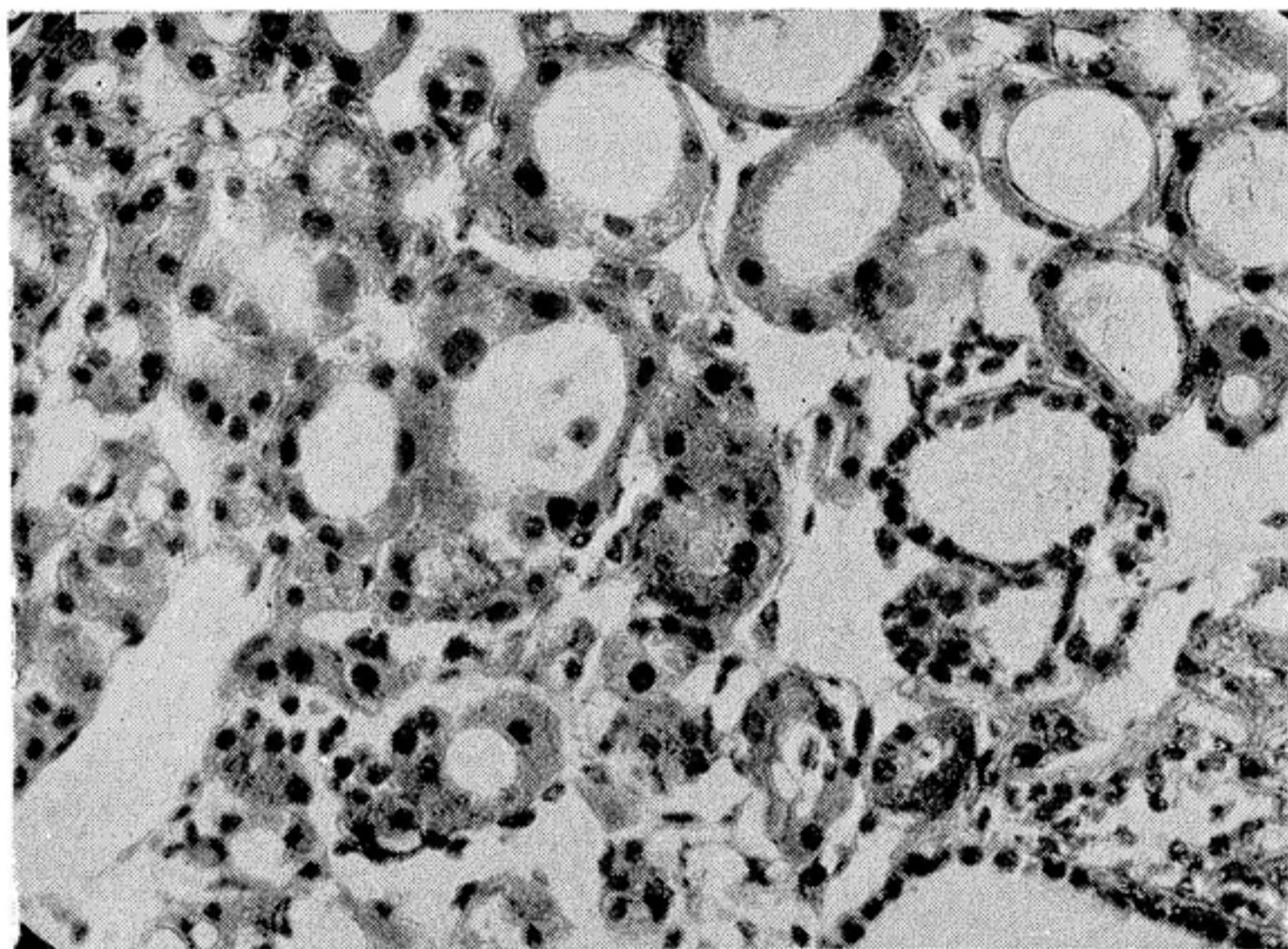


Fig. 7 — Mesmo quadro da fig. 6, em aumento maior, mostrando as passagens graduadas do epitélio folicular comum para o tipo Huerthle.