

Caso raro de massa nodular adiposa na região supraclavicular

Pinto A*¹, Suárez M², Scigliano H^{1,2}

¹ Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Albino Oliveira (Unilabs), CHEDV – Hospital São Sebastião Santa Maria da Feira, Portugal

² Escola Superior de Saúde– Instituto Politécnico do Porto (ESS-P.PORTO), Portugal

Recebido: março 2017/ Publicado: novembro 2017

<https://doi.org/10.26537/citotech.v0i3.2281>

***Autor correspondente:**

Ana Pinto

ana.raquel.pinto@lap.pt

RESUMO

As massas adiposas na região cervical e supraclavicular são relativamente raras, sendo o lipoma a forma mais frequente e o hibernoma a mais rara.

Neste trabalho relata-se o caso de uma paciente de 72 anos com história clínica de massa lipomatosa nodular, localizada na região supraclavicular direita, submetida a biópsia aspirativa por agulha fina. O diagnóstico citológico foi de provável hibernoma. O estudo histológico da peça cirúrgica confirmou a suspeita citológica.

Palavras-chave: lipoma, hibernoma, lipoma fetal, biópsia aspirativa por agulha fina, massa cervical

INTRODUÇÃO

Os tumores localizados ao nível da região cervical, ombros, mediastino superior e região supraclavicular são considerados como nódulos ou massas da região cérvico-mediastinal¹. Estas compreendem diversas patologias que incluem sequelas de lesões traumáticas, lesões inflamatórias, neoplasias benignas e malignas adquiridas, ou patologia congénita².

Em termos imagiológicos e anatomopatológicos, as massas nestas topografias podem ter aspeto cístico ou sólido, sendo as primeiras as mais frequentes e associadas maioritariamente a patologia congénita. As sólidas, são frequentemente relacionadas com a patologia do gânglio linfático e mais raramente com patologia do tecido adiposo ou vascular linfática². Salienta-se, ainda, que podem ser únicas ou bilaterais.

As massas lipomatosas localizadas no espaço supraclavicular são raras. Surgem maioritariamente em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária entre os 30 e 50 anos e de etiologia pouco esclarecida³. Em termos morfológicos, o estudo citológico por punção aspirativa por agulha fina é uma forma de orientar o diagnóstico, no entanto, necessita de confirmação histológica.

No presente trabalho, apresenta-se um caso raro de massa lipomatosa da região supraclavicular, com diagnóstico suspeito pela citologia, confirmado pelo estudo histológico.

HISTÓRIA CLÍNICA

Mulher de 72 anos, diabética e hipertensa de longa data, vive em meio rural transmontano desde nascença. Efetuou consulta médica por "nódulo" localizado no espaço supraclavicular direito, com evolução de cerca de três anos, tendo aumentado de tamanho nos últimos meses. Não evidenciou sinais inflamatórios locais ou gerais. A doente

referiu dor local, ligeira disfagia, associada provavelmente a bócio difuso.

Efetuou Raio X cervical que revelou a presença de uma massa nodular densa, de limites bem definidos, subcutânea, sem aparente aderência aos planos profundos. A ecografia cervical traduziu uma massa hipocóide, bem limitada. A doente foi submetida a punção aspirativa por agulha fina.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO

Todos os esfregaços avaliados foram fixados em etanol a 95% e corados pela técnica de coloração de *Papanicolaou*. Microscopicamente, verificou-se uma escassa celularidade, constituída por retalhos de células alongadas e redondas, de citoplasmas microvacuolizados, raramente microgranulosos, com núcleos centrais eucromáticos, sem atipia, de aspeto sugestivo de lipoblastos fetais. Ainda a referir a presença de escassas células tipo adipócito "maduro" (**Fig.1 e Fig.2**).

As células dispunham-se num fundo de aspeto pseudomixóide, associado a escassos linfócitos pequenos e com algumas estruturas alongadas de tipo capilar (**Fig.3, Fig.4 e Fig.5**).

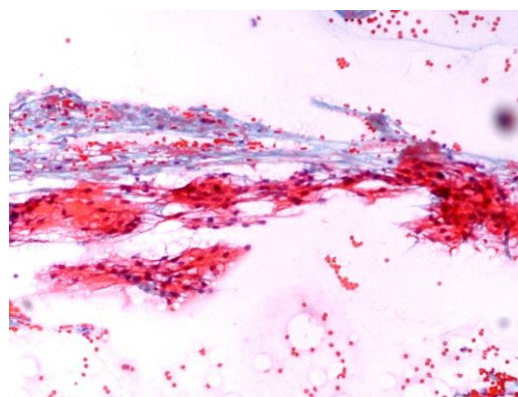


Fig.1 – Aspeto citológico da massa puncionada. Retalhos de células alongadas e redondas de citoplasmas clarificados (Coloração de *Papanicolaou*,40x).

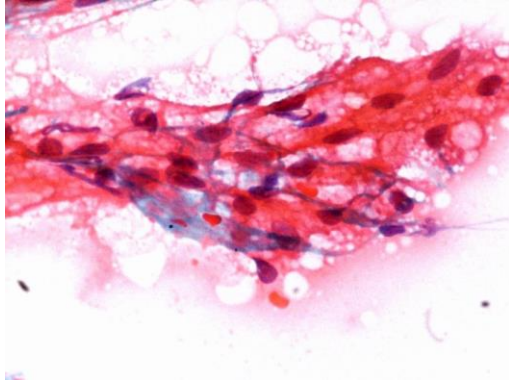


Fig.2 – Células com citoplasma clarificado microvacuolizado ou microgranuloso, de núcleos centrais, eucromáticos, sem atipia (Coloração de Papanicolaou, 400x).

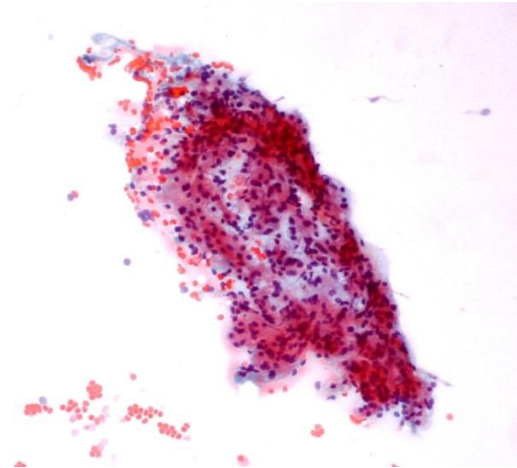


Fig.5 – Aspeto do fundo com linfócitos pequenos, sem macrófagos ou corpos de Hassall (Coloração de Papanicolaou, 40x).

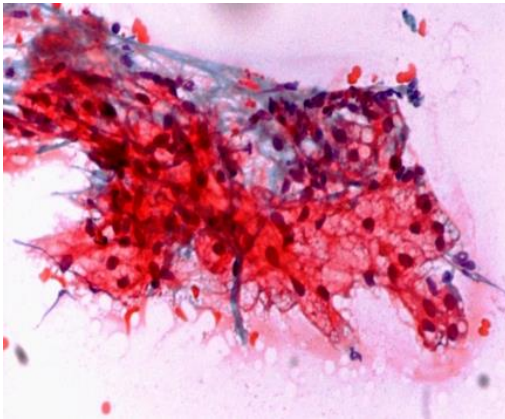


Fig.3 – Aspeto morfológico da massa puncionada. Observam-se agregados de células adiposas de tipo fetal percorridas por estruturas de tipo capilar (Coloração de Papanicolaou, 400x).

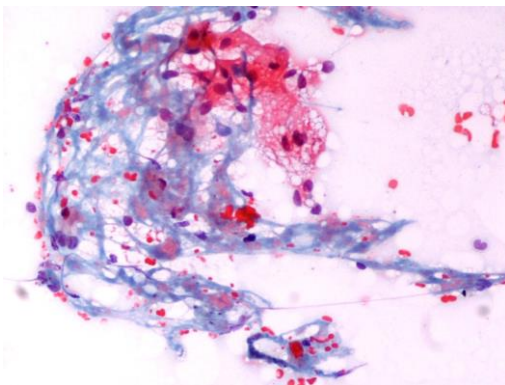


Fig.4 – Aspeto do fundo, com material de tipo pseudomixóide e escassos adipócitos fetais (Coloração de Papanicolaou, 400x).

O diagnóstico sugerido foi de hibernoma. A doente foi submetida a excisão cirúrgica da massa cervical.

ASPETOS MACROSCÓPICO E DIAGNÓSTICO MICROSCÓPICO

Macroscopicamente, a peça cirúrgica correspondia a uma massa nodular, bem limitada, envolvida por uma cápsula fina, de 5x3 cm e 16 g de peso. A superfície de corte revelava tecido compacto, cinzento-esbranquiçado e de consistência firme (**Fig.6**).



Fig.6 – Aspeto macroscópico da massa nodular supraclavicular.

Microscopicamente, a massa mostrava-se constituída por tecido adiposo de células grandes, de citoplasma microvacuolizado raramente microgranular, com núcleos centrais, eucromáticos, com aspeto de tecido adiposo fetal. Observaram-se, ainda, escassas células com citoplasmas univacuolizados, de núcleos eucromáticos, periféricos, típicos de adipócitos maduros (**Fig.7**). Os aspetos observados correspondiam a um hibernoma, de características benignas.

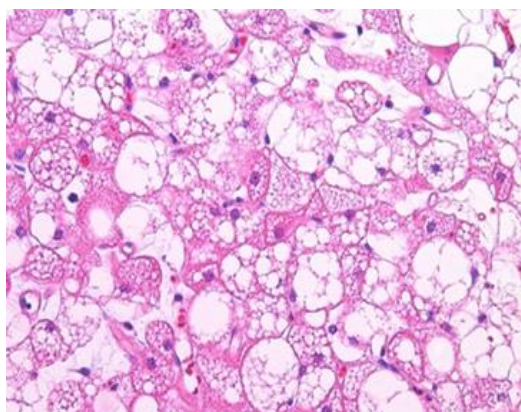


Fig.7 – Aspetos microscópicos da massa neoplásica. Observa-se quase exclusivamente adipócitos de tipo fetal (Coloração de Hematoxilina e Eosina, 600X).

DISCUSSÃO

O presente trabalho relata o caso de uma doente que sempre viveu numa zona geográfica de baixas temperaturas durante parte do ano, que consultou médico por uma massa cervical, com cerca de 3 anos de evolução, tendo sido submetida a biópsia aspirativa por agulha fina. O estudo citológico revelou a presença de adipócitos de citoplasmas microvacuolizados, com núcleos centrais, que permitiram sugerir o diagnóstico de hibernoma, confirmado posteriormente através de avaliação histopatológica.

O diagnóstico diferencial de massas cervicais e supraclaviculares inclui um grande espectro de patologias com aspetos morfológicos diferentes¹.

Nesta topografia, e em termos imagiológicos, a ecografia é útil na diferenciação de massas sólidas (gânglios linfáticos e tumores de origem glandular salivar ou tiroideo) e císticas (cistos de origem branquial e do ducto tireoglosso), sendo ainda de enorme valor para orientar a punção citológica².

Em termos clínicos, a primeira abordagem consiste em saber se as massas em estudo são topograficamente da linha média da região cervical (típicas do cisto do ducto do tireoglosso) ou da região lateral ou supraclavicular (típica de cistos de origem branquial, de patologia ganglionar linfática primária ou metastática). O segundo aspeto a considerar é a idade do paciente. A presença de uma massa sólida, em pacientes com idade superior a 40 anos, deve ser considerada como potencialmente maligna até demonstração da sua natureza através de métodos morfológicos. Os linfomas, as metástases ganglionares de carcinomas e as adenopatias reativas inflamatórias ou infecciosas, são as mais frequentes. Dentro das causas menos frequentes que produzem massas cervicais, predominam as neoplasias de tipo lipomatoso, abrangendo os lipomas em cerca de 94%, o lipoblastoma em cerca de 4,7% e, mais raros ainda, em cerca de 1,3% o lipossarcoma e o hibernoma⁴.

O diagnóstico no nosso caso correspondeu a um hibernoma. Trata-se de uma neoplasia benigna, constituída por tecido adiposo de tipo fetal, sendo muitas vezes designado por lipoma fetal ou lipoma do tecido adiposo imaturo. Foi descrito pela primeira vez por *Merkel* em 1906, existindo poucos casos descritos na literatura⁵. A maioria surge em adultos, e apenas 5% em crianças e adolescentes jovens⁶. A sua etiologia é pouco conhecida. Como a sua morfologia é semelhante ao tecido adiposo dos animais que hibernam, e, portanto, relacionada com a termogénese, alguns estudos têm apontado a

localização geográfica e as baixas temperaturas da região onde os doentes habitam, como um provável fator responsável pelo desenvolvimento desta neoplasia, facto que parece ser coincidente no nosso caso⁶.

Um facto importante para o diagnóstico clínico e anatomopatológico é o hibernoma localizar-se nas topografias onde o tecido adiposo fetal pode ser normalmente encontrado, inclusivamente na fase adulta, tais como a face, região escapular, do pescoço, ombro e mediastino superior, mais raramente no retroperitoneu^{3,7,8}.

O diagnóstico citológico é sempre um desafio, e deve apenas sugerir a existência deste tipo de tecido. Neste sentido, devem ser tidos em conta sempre alguns diagnósticos diferenciais microscópicos com outras massas lipomatosas (**Tabela 1**)⁸.

Tabela 1. Diagnóstico citológico diferencial de massas lipomatosas cervicais e da região supraclavicular

Hamartoma fibrolipomatoso
Reação macrofágica xantelasmizada
Restos do tecido tímico ectópico
Lipoblastoma
Mioblastoma de células granulares
Hibernoma
Lipoma
Lipossarcoma

O hamartoma fibrolipomatoso é uma massa pseudoneoplásica pouco frequente na área supraclavicular, constituída pela mistura de tecido adiposo maturo e tecido fibroso denso. Ambas as componentes podem aparecer na citologia, sem observação de células lipoblásticas microvacuolizadas. O diagnóstico é apenas histológico⁸.

No diagnóstico diferencial, devem ser considerados os agregados de macrófagos ou histiócitos de aspeto xantelasmizado, relacionados com a patologia inflamatória, em massas sólidas ou estruturas císticas. Os

macrófagos com esta morfologia, são células de grande tamanho, de citoplasmas microvacuolizados, com núcleos eucromáticos, habitualmente periféricos. Por vezes associam-se linfócitos pequenos ou polimorfonucleares neutrófilos. A presença de células gigantes multinucleadas, quando presentes, pode permitir o diagnóstico diferencial. Os macrófagos habitualmente dispõem-se de forma isolada ou em grupos com tendência a desagregação, podendo incluir corpos tingíveis ou pigmento férrico no citoplasma. Estes aspetos nunca são observados no hibernoma. O estudo imunohistoquímico com CD68 (positivo nos macrófagos) pode ser útil na diferenciação entre estas entidades⁸.

Os restos ectópicos de tecido tímico, podem confundir-se, em termos citológicos, com o hibernoma. O tecido adiposo maturo, os agregados linfóides, e nomeadamente, a presença de corpos de *Hassall* nos restos tímicos, permitem o diagnóstico diferencial.

O lipoblastoma é uma neoplasia benigna de células lipoblásticas, com aspeto arquitetural “lobulado” na histologia, que surge maioritariamente em crianças, na região da nádega. Estes aspetos não são os observados no hibernoma.

O mioblastoma de células granulares (tumor de *Abrikossoff*), é um tumor citologicamente semelhante ao hibernoma, constituído por células com citoplasmas tipicamente microgranulares. Muito raramente tem células multivacuolizadas e localização cervical. O estudo imunohistoquímico é pouco útil, na medida que o hibernoma e o mioblastoma são ambos proteína S100 positivos. Por sua vez, o estudo do CD31 pode ser benéfico, sendo positivo no hibernoma e negativo no mioblastoma⁸.

O lipoma “clássico” é pouco frequente na localização cervical e supraclavicular. Ao contrário do hibernoma, é constituído por células de citoplasmas univacuolizados, de núcleos eucromáticos periféricos, que por

vezes podem estar associados com lipoblastos fetais. A presença deste último tipo celular na citologia de pacientes adultos e na topografia adequada, deve orientar o diagnóstico de hibernoma^{4,5}.

Quanto ao lipossarcoma, o fundo mixoide e a vascularização de tipo capilar, observada no nosso caso, poderiam levar a sugerir este diagnóstico diferencial. A ausência de lipoblastos atípicos, que por vezes adotam aspecto multivacuolizado, e por não ser a localização mais frequente dos lipossarcomas, excluiu esta hipótese diagnóstica. Um diagnóstico citológico sugestivo pré-operatório de hibernoma *versus* lipossarcoma, é fundamental na abordagem cirúrgica da massa cervical. O tratamento do hibernoma passa por uma excisão cirúrgica simples com margem cirúrgica adequada, enquanto o tratamento do lipossarcoma implica a excisão com margens cirúrgicas mais extensas e *follow-up* intensivo do doente⁷.

CONCLUSÃO

Na presente comunicação apresentamos um caso de hibernoma, patologia neoplásica benigna lipomatosa pouco frequente, enfatizando o valor dos aspetos imagiológicos, os critérios citológicos diagnósticos, e os possíveis diagnósticos diferenciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rafal R, Dall'igna D. Punção aspirativa por agulha fina em tumores cervicais. SBORL 2002; 68(3): 395-8.
2. Knappe M, et al. Ultrasonography-Guided Fine-Needle Aspiration for Assessment of cervical metastasis. Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery 2000; 126 (9): 1091-96.
3. Souza R, Junior A, Rapoport A. Doença de Madelung (lipomatose cervical benigna simétrica) relato de 2 casos. Radial Bras 2003; 36(2): 121- 122.
4. Nardi C, Barreto L, Carvalho L. Cervical Hibernoma and lipoblastomosis. Erinstein 2013; 11(1): 111-3.
5. Lemos M, Kindblom L, Kindblom J. Fine-needle Aspiration characteristics of hibernoma. Cancer Cytopathology 2001; 93(3): 206-209.
6. Bongionni F, Pomposelli E, Pennoni M. Functional Diagnosis of hibernoma by Imaging under Propanol treatment: A case Report. Health Med informal 2015; 6(3): 1000190.
7. Shruti G, Sandhy P, Nander P. Hibernoma at an unusual location: diagnosis of fine needle aspiration cytology & literature review. Med Res Health Sci 2014; 3(4): 1054-1057.
8. Cibas E, Ducatman B, Cytology diagnostic Principle and clinical correlates. Elsevier 2009. 3rd ed. 451-494.