



Vol. 72 • Núm. 1
Enero-Febrero • 2018
pp 62-65

Recibido: 06/11/2017
Aceptado: 18/12/2017

Caso clínico

Carcinoma papilar de quiste tirogloso: reporte de caso y revisión de la literatura

José Vicente Fonseca-Morales,* Carlos Eynar Rodríguez-Vega,†
Carlos Ruiz-Rodríguez,‡ Gildardo Agustín Garrido-Sánchez,§
Gabriela Alhelí Guillén-Hernández||

* Tte. Cor. MC Servicio de Cirugía Oncológica.

† Myr. MC Servicio de Cirugía Oncológica.

§ Myr. MC Servicio de Patología.

|| Myr. MC Servicio de Cirugía General.

Hospital Central Militar.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma con localización en quiste tirogloso tiene una baja frecuencia, se encuentra alrededor del 1% de los pacientes con este padecimiento; la histología más frecuente es el carcinoma papilar de tiroides. Se realiza la descripción de un caso de carcinoma papilar de quiste tirogloso. **Caso clínico:** Masculino de 54 años con tumor cervical anterior de seis meses de evolución, de 3 × 5 cm por cinco centímetros de diámetro. Ultrasonido de tiroides con nódulo tiroideo derecho TIRADS 4c, adenopatías sospechosas en nivel VI. Se realizó tiroidectomía total + Sistrunk, con reporte patológico de carcinoma papilar. Infiltró la cápsula y fibras del músculo estriado pretiroideo, tumor de lóbulo derecho de 2 × 1.5 × 1.3 cm, lóbulo izquierdo de 3.5 × 3 × 4 cm; se aplicó dosis de I-131. **Discusión:** No existe un consenso acerca del tratamiento ideal del carcinoma papilar en el quiste tirogloso, aunque parece ser el tratamiento más adecuado la cirugía de Sistrunk con tiroidectomía total. Al tratarse de una presentación de cáncer bien diferenciado de tiroides poco frecuente, será difícil hacer conclusiones con un alto nivel de evidencia, pero deberán ser orientadas por las guías actuales para cáncer bien diferenciado de tiroides y tomar decisiones en equipos multidisciplinares.

Palabras clave: Quiste tirogloso, carcinoma papilar, Sistrunk.

Papillary carcinoma of thyroglossal cyst: a case report and literature review

ABSTRACT

Introduction: Carcinomas with thyroglossal cyst localization have a low frequency, about 1% of patients present this disease; the most frequent histology is papillary thyroid carcinoma. We describe a case of papillary carcinoma of thyroglossal cyst. **Clinical case:** A 54-year-old man with an anterior cervical tumor of six months of evolution, not mobile, not painful, with diameters of 3 × 5 cm. Thyroid ultrasound with right thyroid nodule TIRADS 4c and suspicious adenopathies in level VI. Total thyroidectomy + Sistrunk was performed, with pathological report of multifocal conventional variant papillary carcinoma. It infiltrated thyroid capsule and adjacent prethyroid muscles; right lobe tumor 2 × 1.5 × 1.3 cm, left lobe tumor 3.5 × 3 × 4 cm; then, I-131 dose was applied. **Discussion:** There is no consensus regarding the ideal treatment of papillary carcinoma in the thyroglossal cyst, although Sistrunk surgery with total thyroidectomy seems to be the most appropriate one. As this is a rare presentation of well-differentiated thyroid cancer, it could be difficult to draw conclusions with a high level of evidence for its management, but they should be guided by current guidelines of well-differentiated thyroid cancer and decisions should be made in multidisciplinary teams.

Key words: Thyroglossal cyst, papillary carcinoma, Sistrunk.

Introducción

El desarrollo embrionario de la glándula tiroides inicia en la tercera-quinta semanas, desciende desde el foramen cecum a través de la línea media, anterior

al hueso hioides y laringe, alcanzando su posición paratraqueal en la semana siete y dejando el conducto tirogloso, que se oblitera a las 9-10 semanas.¹ El quiste de conducto tirogloso es la causa más común de tumores benignos de línea media en cuello en ni-

ños; en adultos, la persistencia de quiste de conducto tirogloso se presenta en aproximadamente el 7%, representa 70% de todas las anomalías congénitas del cuello y más del 50% contienen tejido tiroideo funcional. El carcinoma papilar es una situación poco frecuente, que sucede en alrededor del 1% de los quistes tiroglosos.^{2,3} Fue descrito de manera inicial por Bretano en 1911. La histología maligna más frecuente que ocurre en el quiste de conducto tirogloso persistente es el carcinoma papilar de tiroides; otras histologías menos frecuentes son escamoso, folicular, células de Hürthle.^{3,4} El origen del carcinoma de quiste tirogloso se encuentra en debate, se cuestiona si es primario del quiste o tiene origen en la glándula tiroides. La presentación clínica más común del quiste tirogloso es la aparición de un tumor en la línea media

a nivel del hueso hioides. A continuación, se describe un caso de cáncer papilar de tiroides en un paciente con quiste tirogloso persistente.

Caso clínico

Paciente masculino de 54 años que inició su padecimiento actual con aparición de un tumor cervical anterior de seis meses de evolución, de 3 × 5 centímetros de diámetro. Ultrasonido de tiroides con nódulo tiroideo derecho de 5.0 × 3.8 × 4.0 cm, TIRADS 4c, con lesión tiroidea compleja sólido-quístico-septos y adenopatías sospechosas en nivel VI del cuello. Se realizó diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) del nódulo tiroideo; el estudio de laboratorio para función tiroidea resultó dentro de los parámetros normales. Se llevó a cabo tiroidectomía total + resección de quiste tirogloso (*Figura 1*) con reporte patológico de carcinoma papilar variante convencional multifocal con desmoplasia moderada que infiltraba la cápsula tiroidea (*Figura 2*) y fibras del músculo estriado pretiroideo adyacente (*Figura 3*), tumor de lóbulo derecho de 2 × 1.5 × 1.3 cm, tumor de lóbulo izquierdo de 3.5 × 3 × 4 cm (*Figura 4*). Se discutió en junta multidisciplinaria, donde se decidió que era candidato a ablación con I-131. Después del tratamiento con I-131, se mantuvo sin complicaciones y con niveles de Tg < 0.2.

Discusión

El carcinoma tiroideo de quiste de conducto tirogloso es una entidad extremadamente rara, con inciden-

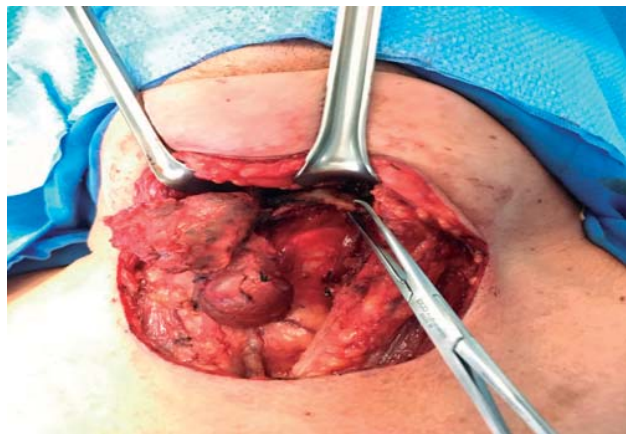


Figura 1. Disección de tiroides y corte de hueso hioides.

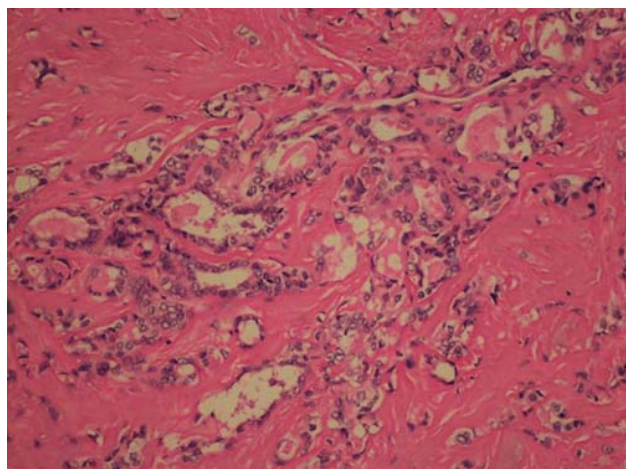


Figura 2. Revisión patológica. Tinción hematoxilina-eosina (10x).

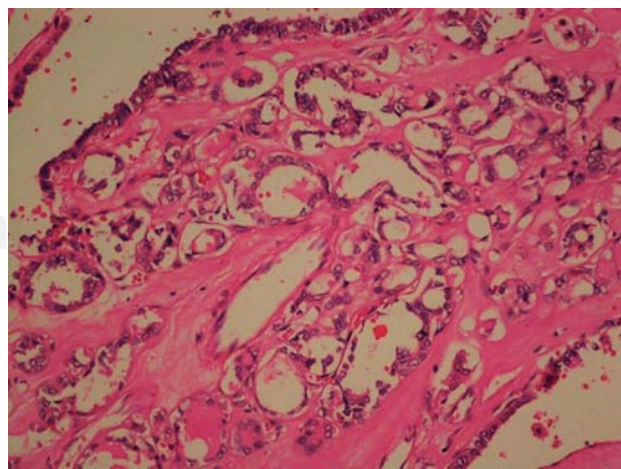


Figura 3. Revisión patológica. Tinción hematoxilina eosina (20x).

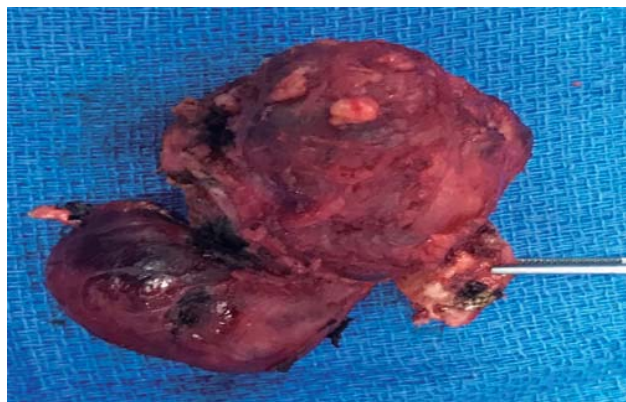


Figura 4. Pieza patológica producto de tiroidectomía y Sistrunk.

cias aproximadas de entre 0.7 y 1.6%; de éstos, el carcinoma bien diferenciado es el más frecuente, constituyendo de 66.7 a 95%.¹ El diagnóstico de este cáncer poco frecuente se hace, de manera usual, durante el transoperatorio o como hallazgo de patología. La mayoría de las ocasiones, los clínicos que hacen un diagnóstico de quiste de conducto tirogloso no sospechan un diagnóstico de cáncer de tiroides, por lo que no se realiza biopsia con aguja fina antes de un tratamiento quirúrgico.⁴ Además, en algunas series se ha llegado a encontrar que existe una alta probabilidad de falsos negativos: hasta 47% con la BAAF.⁵ La metástasis a ganglios linfáticos oscila entre 7 y 12%, la cual es menor comparada al carcinoma papilar de tiroides de manera global; la disección cervical debería ser reservada sólo para los pacientes con ganglios clínicamente positivos posterior a la resección del quiste tirogloso.⁶

Los estudios de imagen como la tomografía son importantes para evaluar la relación con el hueso hioides, las características de las estructuras adyacentes, el grosor de las paredes, los márgenes, los septos internos, el engrosamiento del anillo, la densidad interna y la presencia o ausencia de glándula tiroides.⁷ El ultrasonido también tiene alguna utilidad en este padecimiento, en la evaluación de la glándula tiroides y los ganglios cervicales.¹ Consideramos que ante la sospecha de un carcinoma papilar originado en un quiste tirogloso, el abordaje ideal deberá incluir tomografía y ultrasonido.

En muchas de las ocasiones, el diagnóstico es incidental tras la cirugía.¹ No existe un consenso acerca del tratamiento óptimo del cáncer papilar de tiroides del conducto tirogloso; esto se debe a lo raro del padecimiento. Existe controversia con

respecto a la extensión de la cirugía, aunque la mayoría de los pacientes son llevados a procedimiento de Sistrunk,² con el cual la tasa de recurrencia es menor del 5-30%.¹ Este procedimiento puede ser tratamiento suficiente en pacientes de bajo riesgo (sin metástasis a distancia, resección macroscópica completa, histologías no agresivas, sin invasión vascular, sin metástasis a ganglios cervicales, edad menor de 45 años, sin historia de radiación, tumores de tamaño menor a 4 centímetros), de acuerdo con las características descritas en las guías clínicas de la Asociación Americana de Tiroides.⁷ Existen series en donde se reporta que el tipo de cirugía afecta el pronóstico, así que los pacientes con resecciones simples tienen una supervivencia a 10 años de 75% y los tratados con Sistrunk de 100%.^{3,8}

La metástasis a ganglios regionales en el cáncer de quiste de conducto tirogloso ha sido reportada hasta en 88%; la disección central permite encontrar metástasis ocultas en ganglios regionales y modificar nuestra conducta de acuerdo con los hallazgos de patología. A pesar de que es claro que los ganglios laterales son relevo regional en el cáncer tiroideo, no está recomendada la disección lateral por ningún autor.^{2,4,9} Por lo anterior, el manejo de los ganglios en caso de tratarse de un cáncer de un quiste de conducto tirogloso se deberá realizar de acuerdo con las guías descritas para cáncer bien diferenciado de tiroides.⁷

Las indicaciones para terapia con yodo radioactivo y supresión de TSH deberán seguir los mismos principios que para el carcinoma papilar de tiroides, de acuerdo al grupo de riesgo en el cual se agrupe cada caso en particular.⁷

Conclusiones

El cáncer bien diferenciado de tiroides, de manera general, sin factores de mal pronóstico, es un diagnóstico con buena supervivencia. En el caso del cáncer de tiroides de quiste de conducto tirogloso, se trata de una entidad poco frecuente, por lo que consideramos que deberá ser tratado en centros que concentren gran número de pacientes y cuenten con los recursos suficientes para un manejo multidisciplinario. Proponemos, al igual que otros autores, que la técnica quirúrgica deberá incluir la resección del hueso hioides en su porción central. El resto del manejo oncológico, como la necesidad de yodo y disecciones ganglionares, estarán en función de los hallazgos transoperatorios y/o de patología, orienta-

dos por las guías clínicas que existen para el manejo de cáncer bien diferenciado de tiroides. No tenemos evidencia que nos haga pensar que el simple hecho de que se trate de cáncer de tiroides del quiste de conducto tirogloso sea un factor de mal pronóstico, aunque al ser tejido tiroideo fuera de la localización de la glándula tiroides, podríamos pensar que es ya un factor de mal pronóstico.

Al tratarse de una presentación de cáncer bien diferenciado de tiroides poco frecuente, será difícil hacer conclusiones con un alto nivel de evidencia para su manejo, pero éste deberá ser orientado por las guías actuales para cáncer bien diferenciado de tiroides y se tendrá que tomar decisiones en equipos multidisciplinarios.

REFERENCIAS

1. López-Gómez J, Salazar-Álvarez MA, Granados-García M. Papillary carcinoma of hyoid. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 28: 241-245.
2. Penna GC, Mendes HG, Kraft AO, Berenstein CK, Fonseca B, Martorina WJ et al. Simultaneous papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst and thyroid. *Case Rep Endocrinol.* 2017; 2017: 8541078.
3. Tharmabala M, Kanthan R. Incidental thyroid papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst —management dilemmas. *Int J Surg Case Rep.* 2013; 4 (1): 58-61.
4. Luna-Ortiz K, Hurtado-López LM, Valderrama-Landaeta JL, Ruiz-Vega A. Thyroglossal duct cyst with papillary carcinoma: what must be done? *Thyroid.* 2004; 14 (5): 363-366.
5. Yang YJ, Haghiri S, Wanamaker JR, Powers CN. Diagnosis of papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst by fine-needle aspiration biopsy. *Arch Pathol Lab Med.* 2000; 124 (1): 139-142.
6. Weiss SD, Orlich CC. Primary papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: report of a case and literature review. *Br J Surg.* 1991; 78 (1): 87-89.
7. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016; 26 (1): 1-133.
8. Plaza CP, López ME, Carrasco CE, Meseguer LM, Perucho A de L. Management of well-differentiated thyroglossal remnant thyroid carcinoma: time to close the debate? Report of five new cases and proposal of a definitive algorithm for treatment. *Ann Surg Oncol.* 2006; 13 (5): 745-752.
9. Patel SG, Escrig M, Shaha AR, Singh B, Shah JP. Management of well-differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol.* 2002; 79 (3): 134-139; discussion 140-141.

Dirección para correspondencia:
Myr. MC Carlos Eynar Rodríguez Vega
Hospital Central Militar, Centro Oncológico.
Blvd. Manuel Ávila Camacho s/n,
Col. Lomas de Sotelo, 11200,
Del. Miguel Hidalgo, CDMX.
E-mail: drcarloseynaronco@gmail.com