

Carcinoma papilar del tiroides en la pared de un quiste tirogloso. Presentación de un caso clínico

Hospital Universitario "Dr. Carlos Juan Finlay".

Jacinto Navas Igarza¹, Rolando Rodríguez Delgado², Raimy Márquez Pedraza³, Igor Hernández Toboso⁴, José Venero González⁵.

¹Especialista de 2do. en Cirugía General, Profesor Asistente. ²Especialista de 2do. Grado en Cirugía General, Profesor Auxiliar. ³Especialista de 1er. Grado en Cirugía General, Profesor Asistente, Máster en Urgencias Médicas. ⁴Especialista de 1er. Grado en Cirugía General, Profesor Asistente. ⁵Especialista de 1er. Grado en Cirugía General, Profesor Instructor.

RESUMEN

El quiste del conducto tirogloso es una anomalía congénita poco frecuente, siendo aún más infrecuente la presencia de un carcinoma papilar del tiroides injertado en el epitelio de sus paredes, también es poco común encontrarlo en la recidiva de un quiste intervenido quirúrgicamente con anterioridad. Presentamos una paciente del sexo femenino de 20 años de edad que fue intervenida quirúrgicamente por presentar recidiva de un quiste tirogloso parcialmente reseado tres años antes, encontrando en sus paredes un carcinoma papilar de la glándula tiroides. Se empleó la técnica de Sistrunk y después de confirmar el diagnóstico por análisis biopsico se completó su tratamiento con una tiroidectomía total. La gammagrafía postoperatoria no mostró restos de tejido tiroideo. Se destaca la importancia de realizar el diagnóstico preoperatorio en este tipo de paciente.

Palabras clave: Carcinoma papilar, quiste, tiroidectomía.

INTRODUCCIÓN

Durante la migración embriológica de la glándula tiroides, desde el foramen ciego en la base de la lengua hasta la ubicación permanente de la glándula por delante de la tráquea, pueden persistir restos embriológicos del ductus y en algunas ocasiones remanentes de tejido tiroideo. La persistencia de este ductus puede dar origen en algún momento a una afección relativamente rara, el quiste del conducto tirogloso que debuta con mayor frecuencia en etapas tempranas de la vida aunque puede aparecer en cualquier edad. La presencia de enfermedad maligna en las paredes del quiste es aún más rara, sólo se reportan unas pocas centenas de casos en el mundo desde 1915. La mayoría de estos tumores son adenocarcinomas de bajo grado de malignidad que persisten largo tiempo limitados a su pared, el más común es el carcinoma papilar teniendo un comportamiento biológico similar al de los tumores localizados en la glándula. Afecta con mayor frecuencia al sexo femenino (1-4). Usualmente, la enfermedad maligna no se diagnósti-

ca antes de la cirugía, pero debe sospecharse cuando existe una lesión que presenta un crecimiento rápido en la línea media del cuello con quiste tirogloso, asociado o no a linfadenopatías cervicales (5).

La adecuada descripción ecográfica de las paredes del quiste puede ayudar a sospechar el diagnóstico, y la citología con aguja fina (CAF) guiada por ecografía, ayuda a confirmarlo, aspecto este que sin dudas facilita la planificación preoperatoria de la intervención quirúrgica en un solo tiempo quirúrgico (6).

Se presenta a continuación un caso atendido en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario "Dr. Carlos J. Finlay" en el mes de abril del año 2007.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 20 años de edad con antecedentes de haber sido intervenida (en edad pediátrica) tres años antes a su ingreso por presentar un quiste del conducto tirogloso. En esa oportunidad, acude a consulta refiriendo un aumento de volumen, próximo a la cicatriz secuela de la intervención anterior, en la línea

media de la cara anterior del cuello, inmediatamente por debajo del hueso hioides, de un año de evolución. Refiere además, astenia, anorexia ligera, insomnio y pérdida de peso de aproximadamente 20 libras en un año. Diagnostican bocio difuso y la tratan con levotirosina sódica 0,1 miligramo diario durante un año. A la exploración física se encuentra una lesión nodular en la línea media de la cara anterior del cuello que se desplaza con la protrusión de la lengua en dirección cefálica, glándula tiroides con ligero aumento de volumen más marcado en el lóbulo derecho. No se detectan adenomegalias.

El examen ultrasonográfico cervical informa una imagen quística de 12 x 15 mm compatible con quiste tirogloso, tiroides de tamaño normal, con imagen de baja ecogenicidad de 3 mm de diámetro en el lóbulo izquierdo.

CAF: quiste del conducto tirogloso.

Proceder quirúrgico: Se realiza la exéresis quirúrgica del quiste tirogloso resecaando un fragmento de hueso hioides y ligándose próximo a la base la lengua en el foramen ciego.

Resultados de la biopsia: Primera intervención: Quiste del conducto tirogloso con carcinoma papilar del tiroides en las paredes del quiste mostrando núcleos en vidrio esmerilado y hendiduras nucleares que dan el aspecto de granos de café (figuras 1, 2 y 3).

Segundo tiempo quirúrgico: Tiroidectomía total. Resultado de la biopsia: Bocio con cambios degenerativos quísticos, no presencia de tumor. Gammagrafía post operatoria realizada 30 días después del segundo acto quirúrgico: Negativa.

Mantiene tratamiento sustitutivo con levotirosina sódica 0,2 mg por día.

DISCUSIÓN

La presencia de una neoplasia maligna en la pared de un quiste del conducto tirogloso resulta un hallazgo infrecuente, la mayor incidencia se reporta en el sexo femenino sin que se pueda explicar la razón de esta prevalencia (2-5).

Según los criterios descritos en el año 1975 por Joseph y Komorowski para diferenciar el carcinoma primario de la pared del quiste del carcinoma metastásico, existen dos criterios, el primero, la presencia de epitelio cilíndrico, escamoso o algunos folículos tiroideos normales en la pared del quiste. Segundo, la glándula tiroidea

debe ser normal (7). El caso reportado cumple con estos dos requisitos anatomopatológicos por lo que podemos afirmar que se trata de un carcinoma primario de la glándula tiroides originado en un tejido ectópico.

La recurrencia de los quistes del conducto tirogloso posterior a su tratamiento quirúrgico es infrecuente pero, cuando ocurren, siempre deben ser extirpadas por el elevado riesgo potencial de que en ellas aparezcan enfermedades malignas.

Realizar el diagnóstico preoperatorio resulta muy importante porque permite planificar la intervención quirúrgica en un sólo tiempo. Ello ofrece evidentes ventajas técnicas, al cirujano, porque aborda una región sin los incómodos efectos de un proceso de cicatrización anterior, mientras que para el paciente representa una operación única. En este sentido, resultan de mucha utilidad la adecuada interpretación de las imágenes ecográficas con técnicas de alta resolución y la CAF guiada por la ecografía hacia la lesión sospechosa. También desde el punto de vista clínico debe prestarse especial atención a las lesiones que aparecen en la línea media con un crecimiento rápido asociadas a la presencia de linfadenopatías cervicales (6-7, 10).

En el caso reportado, se estableció el diagnóstico después de haber extirpado el quiste con el posterior informe de la biopsia por parafina lo que motivó una segunda intervención quirúrgica para realizar la tiroidectomía total aumentando el riesgo potencial de complicaciones de esta técnica quirúrgica.

Aunque se informan estrategias quirúrgicas más conservadoras con elevadas tasas de curación y que permiten conservar la glándula, los autores de este trabajo consideran la estrategia quirúrgica empleada no sólo más segura, sino que permite mejor control y seguimiento oncológico de los pacientes (3-8).

De acuerdo a los informes de la literatura, el pronóstico de esta enfermedad es excelente (8-10).

No se encontró en la literatura revisada reportes de pacientes con carcinoma en la pared de la recidiva de un quiste tirogloso.

CONCLUSIONES

Se trata de una enfermedad rara que puede ser sospechada por la clínica y confirmada por medios diagnósticos sencillos ofreciendo un buen pronóstico al paciente.

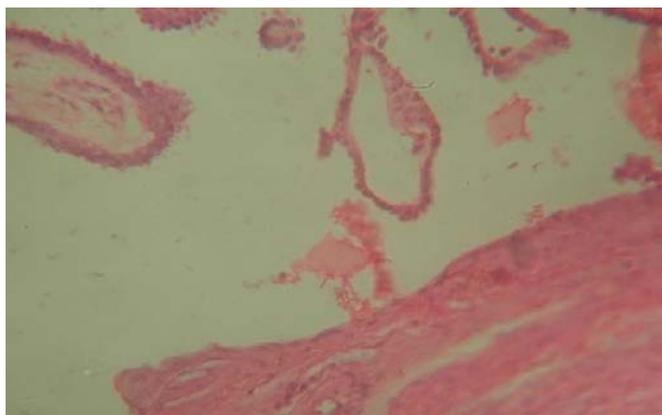


Figura 1. Extremo inferior derecho véase la cápsula del quiste y las papilas flotando en su luz. Escaso coloide.

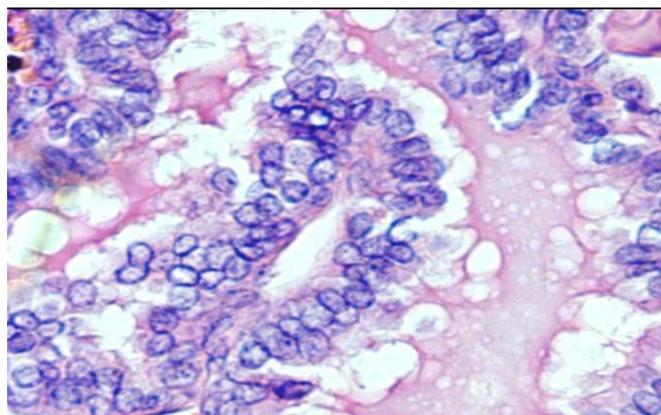


Figura 2. Se observa con gran acercamiento, núcleos en vidrio esmerilado.

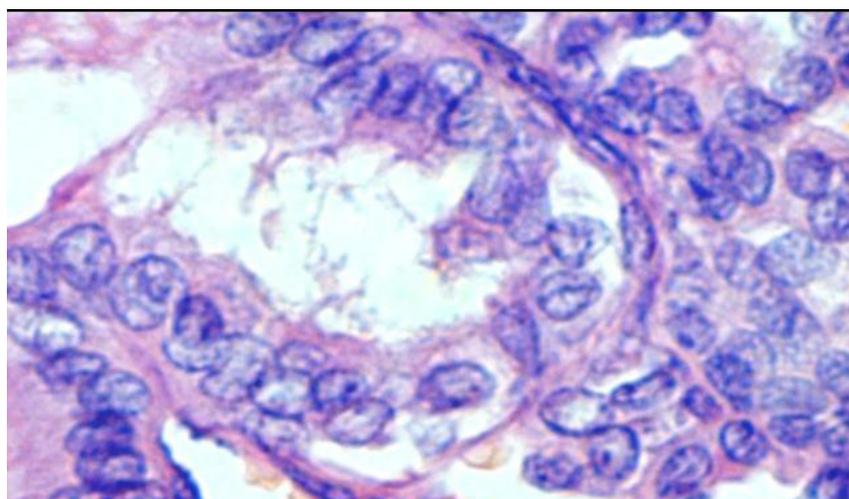


Figura 3. A gran aumento, se observan algunas hendiduras nucleares dando el aspecto de grano de café.

BIBLIOGRAFÍA

1. Foley DS, Fallat ME. Thyroglossal duct and other congenital midline cervical anomalies. *Semin Pediatr Surg.* 2006; 15: 70-5.
2. Guzmán P, Baeza A, Cabello A, Montecinos A, Leal C, Roa J. Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso: Reporte de dos casos. *Rev Méd Chile [online].* 2008; 136(9): 1169-74.
3. Falvo L, Giacomelli L, Vanni B, Marzollo A, Guerriero G, De Antoni E. Papillary thyroid carcinoma in thyroglossal duct cyst: case reports and literature review. *Int Surg.* 2006; 91(3): 141-6.
4. Peretz A, Lieberman E, Kapelsuhnik J, Hershkovitz E. Thyroglossal duct carcinoma in children: case presentation and review of the literature. *Thyroid.* 2004; 14: 777-85.
5. Basu S, Shet T, Borges AM. Outcome of primary papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst with local infiltration to soft tissues and uninvolved thyroid. *Indian J Cancer.* 2009; 46: 169-170. Disponible en: <http://www.indianjcancer.com/text.asp/2009/46/2/169/49157>, [acceso: 31 de julio de 2009].
6. Pinczower E, Crockett DM, Atkinson JB, Kun S. Preoperative thyroid scanning in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 118: 985-8.
7. Venegas Y, Goubaira J, Perfetti W, Scarton J, López J, Mora V. Cancer Papilar en quiste del conducto tirogloso. A propósito de un caso. *Rev Venez Oncol.* 2006; 18(1): 49-53.
8. Ishay A, Elmalah I, Luboshitzky R. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst. *Isr Med Assoc J.* 2008; 10(4): 312-3.
9. Arabi A, Zayour D, Salti I. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst; two case reports and review of the literature. *Int Surg.* 2007; 92(6): 327-30.
10. Godlewska P, Bruszezwska E, Kozłowicz-Gudzińska I, Prokurat AI, Chrupek M, Zegadło-Mylik MA, et al. Primary carcinoma of the thyroid growing in thyroglossal duct cyst: presentation of two cases. *Endokrynol Pol.* 2007; 58(2): 164-7.

Papillary carcinoma of the thyroid in the wall of a thyroglossal cyst. The presentation of a clinical case

SUMMARY

A thyroglossal duct cyst is an infrequent congenital anomaly, with the presence of papillary carcinoma of thyroids grafted in the epithelium of it walls being even more infrequent; it is also uncommon to find them in the relapse of a previously surgically removed cyst. We present a female patient, 20 years old, who was given surgery for presenting a relapse of a partially resected thyroglossal cyst three years earlier, which was later found to have a papillary carcinoma on the parietes of the thyroid gland. The Sistrunk technique was employed and after confirming the diagnostic through biopsy analysis her treatment was completed with a total thyroidectomy. The post-op scintigraph did not present any remains of thyroidal tissue. The importance of carrying out a preoperative diagnostic in this type of patient should be emphasized.

Key words: Carcinoma papillary, cysts, thyroidectomy.

Dirección para la correspondencia:

Dr. Jacinto Navas Igarza, Hospital Universitario "Dr. Carlos J. Finlay", San Benigno # 705 e/ Encarnación y Coco. Santos Suárez, 10 de Octubre, Ciudad Habana.

Teléfono: 640-9111

E-mail: jacintonav@infomed.sld.cu

Recibido: 16 de junio de 2009

Aprobado tras revisión: 7 de octubre de 2009

Visite nuestra página web
www.panorama.sld.cu

Panorama
Cuba y Salud

Editorial | Artículos Científicos | Salud en Cuba y el Mundo | Nuestra Universidad | Nuestros Médicos | Correspondencia

Editorial

Estimados lectores:
Panorama Cuba y Salud cumplió el pasado mes de junio dos años de tiempo, nuestra revista ha sabido ganarse un espacio en el mundo de la salud cubanas y extranjeras, así como en el campo de la medicina, todo lo cual...