

## **Carcinoma papilar de quiste de conducto tirogloso sincrónico con carcinoma papilar de tiroides**

### **Synchronous papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst and papillary thyroid carcinoma**

**Celia López M<sup>1</sup>, Gabriela Agostini P<sup>1</sup>, Martín Marcano A<sup>1</sup>, José Dalmau G<sup>1</sup>.**

#### **RESUMEN**

*Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de quiste de conducto tirogloso y un nódulo tiroideo ístmico en el que se evidenciaron focos de carcinoma papilar intraquistico concomitantes con carcinoma papilar en el nódulo tiroideo. La indicación terapéutica en estos casos es controvertida, y dependerá en la mayoría de los casos del estudio microscópico de la muestra. En nuestro caso se realizó en un primer tiempo la intervención de Sistrunk asociada a una istmectomía y tras conocer el resultado de ambas muestras se decidió realizar tiroidectomía total.*

**Palabras clave:** Quiste tirogloso, papilar, carcinoma, tiroidectomía.

#### **ABSTRACT**

*We report the case of a patient with a thyroglossal duct cyst and a nodule at the thyroid isthmus which showed intracystic papillary carcinoma foci concomitant with papillary carcinoma in the thyroid nodule. The therapeutic indication in these cases is controversial. In our case it was done in a first intervention a Sistrunk technique associated to an isthmectomy and after knowing the results of both samples was decided to perform a total thyroidectomy.*

**Key words:** Thyroglossal cyst, papillary, carcinoma, thyroidectomy.

#### **INTRODUCCIÓN**

El quiste de conducto tirogloso es la lesión congénita más frecuente de la región cervical (70% del total) y la segunda lesión cervical en orden de frecuencia después de las adenopatías benignas. A pesar de ello, la incidencia del carcinoma de quiste del conducto tirogloso (QCT) se estima entre 0,7% y 1%<sup>1</sup>,

habiéndose descrito en la literatura unos 200 casos desde la primera descripción por Brentano en 1911<sup>2</sup>.

El carcinoma de QCT puede ser clínicamente indistinguible del QCT benigno, y su diagnóstico suele ser incidental después de la resección quirúrgica de lesiones aparentemente benignas. La aparición sincrónica de un carcinoma en el QCT y en la glándula tiroides es extremadamente rara.

<sup>1</sup> Médicos Servicio Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España.

El tratamiento quirúrgico de elección de los QCT sigue siendo la técnica descrita por Sistrunk<sup>3</sup>; sin embargo, cuando se asocia a la presencia de un carcinoma, el planteamiento de otros procedimientos como la tiroidectomía, terapia con radioyodo o radioterapia, es controvertido.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de carcinoma papilar de QCT concomitante con carcinoma papilar de tiroides tratado mediante la técnica de Sistrunk y tiroidectomía total.

### CASO CLÍNICO

Varón de 41 años, diabético y fumador, que es remitido a nuestro servicio desde su centro de atención primaria para valoración de dos tumoraciones cervicales asintomáticas a nivel de línea media anterior de un año de evolución. Ambas tumoraciones eran redondeadas, no dolorosas y no se encontraban adheridas a la piel ni en profundidad. La de mayor tamaño, de consistencia media y de aproximadamente 3 cm, se localizaba a nivel de la membrana tirohioidea,

mientras que la otra se palpaba a nivel de istmo tiroideo, su consistencia era firme, no adherido, y medía unos 2 cm. El resto de la palpación cervical era normal.

La ecografía cervical evidenció una tumoración de naturaleza quística adyacente al hueso hioides y otra sólida, sin calcificaciones en su interior, a nivel del istmo tiroideo.

La PAAF realizada previa a la intervención resultó insuficiente para diagnóstico.

Ante la sospecha de quiste de conducto tirogloso y nódulo tiroideo ístmico se realiza exéresis de ambas lesiones según la técnica de Sistrunk asociado a una istmectomía con exéresis del nódulo tiroideo. El estudio anatomopatológico del QCT demostró la existencia de un carcinoma papilar intraquístico, mientras que el nódulo tiroideo presentaba un foco de carcinoma papilar de tiroides de 1,2 x 0,9 cm con márgenes de resección afectos.

Ante estos hallazgos anatomopatológicos se decidió realizar una tiroidectomía total, cuyo estudio AP no evidenció lesiones histológicas relevantes en ambos lóbulos tiroideos.

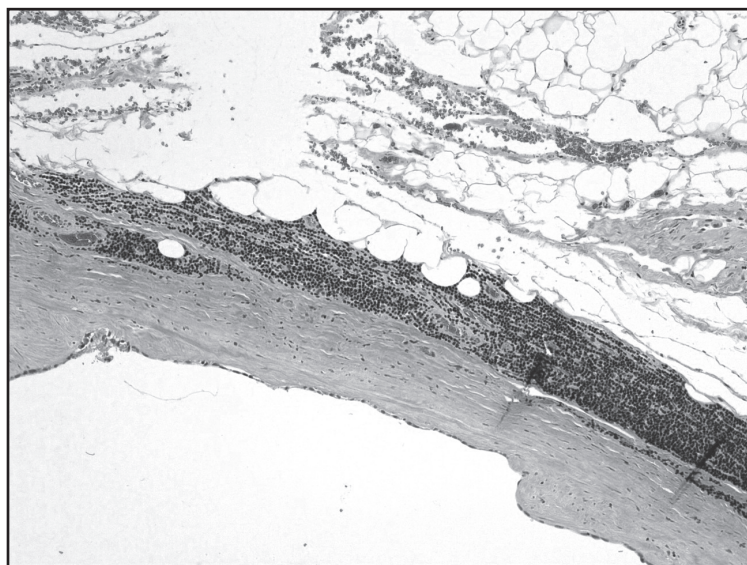


Figura 1. Hematoxilina-eosina (H-E x100 HPF). Pared de quiste revestido de epitelio simple cuboidal con pared fibrosa junto a infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario.

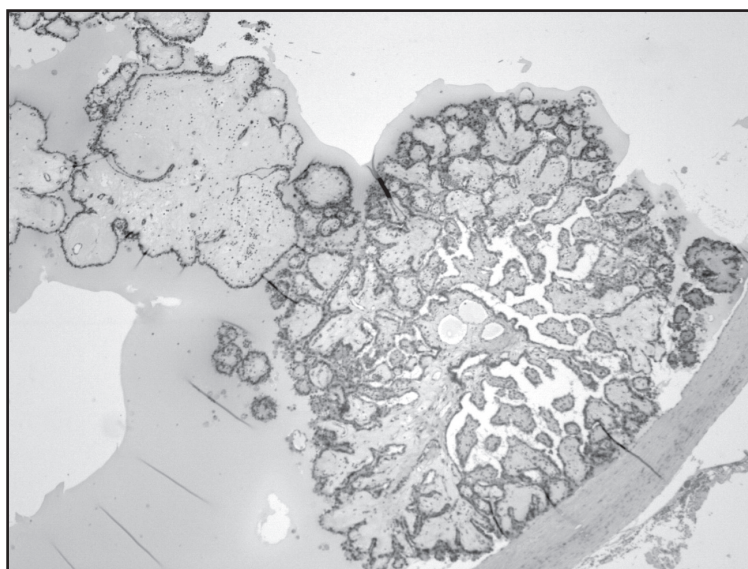


Figura 2. Hematoxilina-eosina (H-E x100 HPF). Lesión epitelial intraquística que contiene numerosas papilas con un eje fibrovascular central edematoso y células cuboidales que las revisten con características nucleares de carcinoma papilar (núcleos ópticamente vacíos, solapados, agrandados y con hendiduras intranucleares).

## DISCUSIÓN

El carcinoma de QCT es poco frecuente, teniendo una prevalencia menor del 1% en los quistes operados<sup>4</sup>.

La aparición sincrónica de un carcinoma de QCT y un carcinoma tiroideo es todavía menos frecuente.

El tipo histológico más frecuentemente encontrado es el papilar (85%) seguido del tumor mixto papilar-folicular (7%). Los tumores de células escamosas representan el 5% y son los de peor pronóstico<sup>5</sup>.

La presentación clínica del QCT y el carcinoma puede ser idéntica, sin embargo, este último puede manifestarse como una masa cervical anterior de rápido crecimiento, fija, indurada e irregular. La ecografía y la PAAF permiten un adecuado estudio del quiste y de la glándula tiroides y son de elección en el diagnóstico preoperatorio.

El origen del cáncer tiroideo en el QCT es una cuestión muy discutida, y se relaciona con la presencia de tejido tiroideo en el mismo, lo cual puede hallarse en el 7% al 60% de los casos según revisiones<sup>6</sup>.

Inicialmente las teorías sugerían que el carcinoma del QCT era únicamente la metástasis de un carcinoma primario de la glándula tiroidea.

Actualmente existe la teoría de que el tumor surge *de novo* a partir de islas de tejido tiroideo ectópico presentes en el quiste, apoyada por el hecho que se identifica tejido tiroideo normal hasta en el 60% de los especímenes quirúrgicos y porque se han descrito carcinomas en el QCT sin evidencia de malignidad en el tiroides<sup>7</sup>.

Otro dato que apoya la teoría de la aparición *de novo* es que nunca se ha descrito el desarrollo un carcinoma medular en un QCT, ya que estos tumores se desarrollan partir de células parafoliculares del cuerpo último branquial, que no se relaciona con el primordio tiroideo y no están presentes en el tejido tiroideo ectópico<sup>8</sup>.

La existencia de un carcinoma papilar sincrónico en un QCT y en la glándula tiroides podría ser explicada por la multifocalidad que caracteriza a este tipo de tumores. Otros autores sugieren que podría tratarse de metástasis de un carcinoma tiroideo que utiliza el conducto tirogloso como vía de diseminación. En la práctica es muy difícil determinar cuál es el tumor primario y cuál es la metástasis.

Para que un carcinoma de QCT sea considerado un tumor primario debe cumplir los siguientes criterios histopatológicos: a) La existencia de folículos tiroideos normales en la pared del quiste; b) que el tumor no se extienda más allá de la pared del quiste; c) que la glándula tiroidea sea normal<sup>9</sup>.

El manejo de las lesiones malignas del QCT es controvertido. Kristensen y cols sugieren que la intervención de Sistrunk es apropiada si se cumplen los criterios anatomopatológicos anteriormente descritos además de si no hay afectación de ganglios linfáticos. Este enfoque ofrece excelentes resultados y una tasa muy baja de recurrencias. Aquellos que abogan por la realización de una tiroidectomía total en todos los pacientes aseguran la eliminación de cualquier foco oculto coexistente en la glándula, lo cual ocurre en el 27% de los casos<sup>10</sup>. La tiroidectomía total permite además una mejor monitorización a largo plazo de las funciones tiroideas así como de la terapia ablativa con I<sup>131</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. HESHMATI HM, FATOURECHI V, VAN HEERDEN JA, HAY ID, GOELLNER JR. Thyroglossal duct cyst carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clinic* 1997; 72: 315-9.
2. BRENTANO H. Struma aberrata lingual mit druzen metastasen. *Deutsch Med Wschr* 1911; 37: 665-6.
3. SISTRUNK W. The surgical treatment of cysts of the thyroglossal tract. *Ann Surg* 1920; 7: 665.
4. DAOUR G, RHAYEL L. Carcinoma papillaire developpe dans la paroi d'un kyste du tractus thyreoglosse. 1996; 50: 126-4.
5. BALTAR J, PINEIRO H, ESTÉVEZ A, CAMPO M, FERNÁNDEZ M, GIL P. Cancer thyroïdien differencie sur canal thyreoglosse. *J Chir Paris* 1991; 128: 441-5.
6. BOYD JD. Development of the thyroid and parathyroid glands and the thymus. *Ann R Coll Surg Engl* 1950; 7: 455-7.
7. HILGER AW, THOMPSON SD, SMALLMAN LA, WATKINSON JC. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst, a case report and literature review. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 1124-7.
8. KENNEDY T, WHITAKER M, WADIN G. Thyroglossal duct carcinoma, a rationale approach to management. *Laryngoscope* 1998; 108: 1154-8.
9. KHALID AL-SINDI, FAYEK AL HILLI, VEENA NAGARAJ, TARIQ HAMEED. Papillary Carcinoma of thyroglossal duct cyst. *Bahrain Medical Bulletin*, 2008.
10. PERETZ A, LEIBERMAN E, KAPELUSHNIK J, HERSHKOVITZ E. Thyroglossal duct carcinoma in children: case presentation and review of the literature. *Thyroid* 2004; 14: 777-85.