



P-393 - CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES SOBRE QUISTE TIROGLOSO

*M. Riaño Molleda, M. González Andaluz, C.A. Escudero Ramírez, M. Fidalgo García, G. Gutiérrez Fernández, D. Morales García, D.S. Casanova Rituerto y M. Gómez Fleitas**Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

Resumen

Introducción: Los quistes habitualmente son detectados entre los 2 y 10 años de edad aunque un porcentaje importante no son identificados hasta después de los 20 años. La forma de presentación clásica es la de una masa, blanda e indolora, ubicada en línea media cervical. El diagnóstico se confirma por ecografía. La complicación habitual de estas malformaciones es la infección por lo que se recomienda su extirpación quirúrgica mediante la técnica descrita por Sistrunk que incluye la extracción del centro del hueso hioides, por cuyo interior va el conducto tirogloso, y así, evitar la recidiva. El desarrollo de tumor sobre quiste tirogloso es raro, hay descritos unos 200 casos desde su primera descripción en Inglaterra en 1911. En más de dos tercios de los quistes hay persistencia de células foliculares tiroideas en su pared, pero raramente malignizan. El carcinoma papilar es el tipo histológico más común encontrado. El origen exacto del tumor sobre quiste tirogloso sigue siendo tema de debate en cuanto a si se trata de una lesión metastásica de un papilar oculto o un carcinoma de novo. Presentamos dos casos en los que el análisis anatomo-patológico de un supuesto quiste tirogloso puso de manifiesto carcinoma papilar de tiroides.

Métodos: Caso 1: mujer de 73 años que presenta nódulo cervical en línea media de 6 meses de evolución, en ecografía se evidencia formación bilobulada sugestiva de conducto tirogloso, así como glándula tiroideas levemente aumentada de tamaño con múltiples nódulos menores de 15 mm. Caso 2: mujer de 37 años sin antecedentes de interés con nódulo cervical de 4 meses de evolución, con ecografía que muestra glándula tiroideas normal, y formación nodular superficial quística de 25 × 12 × 20 mm sugestiva de quiste tirogloso. No adenopatías en cadenas latero-cervicales. En ambos casos se realizó exéresis del quiste mediante técnica de Sistrunk. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y con alta hospitalaria a las 24 horas postintervención. El resultado histopatológico de los quistes reveló en ambos casos carcinoma papilar de tiroides, en el segundo caso, además se aislaron dos ganglios linfáticos metastásicos. Se practicó exploración cervical posterior con tiroidectomía total; en el segundo caso, se realizó ecografía cervical pre intervención observándose adenopatía yugular derecha sospechosa, así que junto a la pieza de tiroidectomía se manda dicha adenopatía junto más otra paratraqueal izquierda. En el primer caso la AP resultó hiperplasia multinodular, y en el segundo, carcinoma papilar multifocal, con lesión mayor de 1 centímetro, así como metástasis por carcinoma en la adenopatía yugular derecha.

Discusión: Ante formación quística cervical en el adulto es preciso descartar patología tiroidea concomitante, ya que puede tratarse de la forma de presentación de un carcinoma papilar oculto. En el caso 1 estamos ante un caso de carcinoma papilar tiroideo sobre quiste tirogloso sin patología tumoral a nivel de la glándula tiroidea, sin embargo en el segundo, se trata de un carcinoma papilar tiroideo multifocal cuya primera manifestación es una posible metástasis a nivel del quiste tirogloso.