



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-104 - HALLAZGO INCIDENTAL DE CARCINOMA PAPILAR DE QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO SINCRÓNICO CON CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Cros Montalbán, Beatriz; Fernando Trebolle, José; García Egea, Jorge; Palacios Gasos, Pilar; Yáñez Benítez, Carlos; García García, Alejandro; Sanz Moncasi, Pilar; Blas Laína, Juan Luis

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Resumen

Introducción: El quiste de conducto tirogloso es la lesión cervical congénita más frecuente (70% del total). La incidencia del carcinoma del quiste es 0,7-1%. Su diagnóstico suele ser incidental después de la resección quirúrgica. La aparición sincrónica de un carcinoma en el quiste y en la glándula tiroides es extremadamente rara.

Objetivos: Presentar un caso inusual de carcinoma papilar de quiste de conducto tirogloso.

Caso clínico: Varón de 44 años sin antecedentes de interés, diagnosticado de quiste de conducto tirogloso y un nódulo tiroideo cuya PAAF mostró signos de sospecha de carcinoma papilar (Bethesda V). Se realizó la exéresis del quiste del conducto tirogloso, según técnica de Sistrunk y una tiroidectomía total, con evolución postoperatoria normal. La anatomía patológica evidenció la presencia de un carcinoma papilar clásico de 6 mm en el quiste tirogloso y un carcinoma papilar de tiroides, variante folicular, encapsulado, no invasivo en lóbulo tiroideo derecho, unifocal de 7 mm, ambas lesiones con márgenes quirúrgicos respetados, sin invasión linfática, perineural ni angioinvasión y sin extensión extratiroidea. Estadio pT1Nx. En Comité de Tumores, se desestimó la ablación de restos tiroideos con I131, por considerarse de muy bajo riesgo. A los 10 meses de la intervención quirúrgica no existe evidencia de recurrencia.

Discusión: El carcinoma de quiste tirogloso es poco frecuente (prevalencia del 1% en los operados) y se manifiesta usualmente después de los 40 años. El tipo histológico más frecuente es el papilar (85%). El origen del cáncer tiroideo en el quiste tirogloso es discutido y se relaciona con la presencia de tejido tiroideo ectópico en el mismo, lo cual, puede presentarse hasta en el 62% de los pacientes. Este sería el nido para la transformación neoplásica *de novo*. Inicialmente las teorías sugerían que el carcinoma del quiste correspondía a una metástasis, con foco primario en un cáncer oculto de tiroides. En la práctica es muy difícil determinar cuál es el tumor primario y cuál es la metástasis. Las técnicas de imagen como la ecografía, la gammagrafía y la TAC, no son útiles para diagnosticar preoperatoriamente la malignidad. La PAAF arroja un resultado correcto solo en el 66% de los casos. El tratamiento del carcinoma del quiste tirogloso es controvertido. No existe consenso con respecto a la necesidad o no de tratamientos adicionales al procedimiento de Sistrunk, como la tiroidectomía total con o sin vaciamiento ganglionar central o modificado del cuello, la terapia con yodo radioactivo y la supresión hormonal. En pacientes con criterios anatomopatológicos seleccionados sin afectación ganglionar, la técnica de Sistrunk sería apropiada con una tasa general de curación del 95% y una tasa muy baja de recurrencias. Otros consideran la tiroidectomía rutinaria adicional al Sistrunk en todos los pacientes por la posibilidad de cáncer de tiroides concomitante en un 11-45%, por la posible utilización

posterior de yodo radioactivo y para facilitar la utilidad de la tiroglobulina para el seguimiento. En nuestro caso, no hubo lugar a dudas en la realización de la tiroidectomía total debido al diagnóstico previo de carcinoma papilar de tiroides.