

## Carta al Director

### Carcinoma papilar

#### Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Barriga et al<sup>1</sup>. Nosotros publicamos en su revista un caso de carcinoma papilar en el seno de un quiste tirogloso hace un tiempo<sup>2</sup> y quisiéramos hacer algunos comentarios respecto a esta patología.

Las neoplasias en el seno de los quistes tiroglosos son infrecuentes (alrededor de 200 casos descritos en la bibliografía) y su presentación clínica no suele diferir de la de los quistes simples, por lo que la mayor parte de los carcinomas se diagnostican en el estudio histológico de la pieza quirúrgica. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es la técnica más rentable para el diagnóstico preoperatorio de carcinoma, especialmente si se realiza guiada por ecografía<sup>3</sup>. Sin embargo, dada su rentabilidad diagnóstica<sup>4</sup>, la baja incidencia de carcinomas en el seno de esta patología, que el tratamiento del quiste tirogloso es siempre quirúrgico y la falta de consenso respecto a la necesidad de realizar tiroidectomía en caso de confirmarse la presencia de un carcinoma diferenciado, la PAAF sistemática preoperatoria de todos los quistes tiroglosos podría no estar indicada. En cuanto al estudio morfológico tiroideo y la existencia de posibles adenopatías, la ecografía es el método más simple, económico, rápido y sensible para detectar pequeñas anomalías tiroideas, ya que puede detectar lesiones de 2 mm. La presencia de un tiroides de morfología normal y la ausencia de adenopatías podría confirmarse, en la mayoría de los casos, con ecografía de alta resolución sin necesidad de recurrir a la TC.

Existe gran controversia respecto al papel de la tiroidectomía en el tratamiento de los enfermos con carcinoma papilar en el seno de un quiste tirogloso. Se ha descrito que el 11-33% de los enfermos con carcinomas del quiste tirogloso presentan afección tiroidea<sup>5</sup>; aproximadamente el 8% metástasis ganglionares<sup>6,7</sup> y el 2% metástasis a distancia<sup>5</sup>. Evidentemente, la tiroidectomía permite descartar la afección tiroidea, realizar el rastreo corporal y el tratamiento con <sup>131</sup>I, si procede, y el seguimiento con determinaciones de tiroglobulina; sin embargo, parece que un porcentaje relativamente alto de pacientes no la precisarían. Por otra parte, se debe recordar que los microcarcinomas papilares (intratiroides) estarían adecuadamente tratados con lobectomía seguida de tratamiento supresivo

con tiroxina, sin necesidad de que se completase la tiroidectomía. Por estas razones, y basándose en su experiencia, varios autores recomiendan, en presencia de un tiroides ecográficamente normal, la misma técnica que en los quistes simples (técnica de Sistrunk), con un porcentaje de curación del 95%<sup>8-11</sup>. La tiroidectomía estaría indicada si el carcinoma es grande, invasivo, se considera que se trata de metástasis de un carcinoma tiroideo primario o se prevé la necesidad de rastreo corporal y tratamiento con <sup>131</sup>I.

Por último, queremos recordar que también se han descrito casos de carcinomas anaplásicos en el seno de quistes tiroglosos<sup>5,12</sup>.

M.L. Isidro, P. Álvarez y F. Cordido  
Servicio de Endocrinología. Hospital Juan Canalejo.  
La Coruña, España.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Barriga R, Martín E, Larrañaga E, Escorial V. Carcinoma papilar en el seno de un quiste tirogloso. *Endocrinol Nutr* 2003;50: 54-8.
2. Rodríguez JC, Bello JA, Martínez-Aldama J, Rodríguez F, Cordido F. Carcinoma papilar tiroideo en un quiste tirogloso. *Endocrinología* 1992;29:50-2.
3. Chen KT. Cytology of thyroglossal cyst papillary carcinoma. *Diagn Cytopathol* 1993;9:318-21.
4. Yang YJ, Haghir S, Wanamaker JR, Powers CN. Diagnosis of papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst by fine-needle aspiration biopsy. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124:139-42.
5. Moncet D, Manavela M, Cross GE, Cazado E, Souto Elsner B, Niepomniszcze H. Papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst. *Endocr Pract* 2001;7:463-6.
6. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982;5: 134-46.
7. Hans SS, Lee PT, Proctor B. Carcinoma arising in thyroglossal duct remnants. *Am Surg* 1976;42:773-7.
8. Weiss SD, Orlich CC. Primary papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: report of a case and literature review. *Br J Surg* 1991;78:87-9.
9. Jacques DA, Chambers RG, Oertel JE. Thyroglossal tract carcinoma: review of the literature and addition of 18 cases. *Am J Surg* 1970;120:439.
10. Patel SG, Escrig M, Shaha AR, Signh B, Shah JP. Management of well-differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol* 2002;79:134-9.
11. Dedivitis RA, Guimaraes AV. Papillary thyroid carcinoma in thyroglossal duct cyst. *Int Surg* 2000;85:198-201.
12. Topf P, Freidd MP, Strome M. Vagaries of thyroglossal duct cysts. *Laryngoscope* 1988;98:740-2.