

CARTAS CIENTÍFICAS

Carcinoma papilar de tiroides, variante esclerosante difusa

Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma

Sr. Editor:

El carcinoma de tiroides es la neoplasia más frecuente de los órganos endocrinos y el tipo papilar constituye el 70–80% de todos los tumores tiroideos. El carcinoma papilar de tiroides (CPT) tiene buen pronóstico con una tasa de supervivencia de más del 90% a los 10 años de enfermedad. Sin embargo cerca de un 10% de los casos presentan recidiva o desarrollan metástasis a órganos linfáticos y/o a distancia. Este comportamiento clínico más agresivo ocurre con mayor frecuencia en variantes histológicas del CPT como la de células altas, la esclerosante difusa y la de células columnares. A continuación se presenta un caso de CPT de comportamiento agresivo.

Paciente varón de 32 años de edad sin antecedentes de interés, que acudió a la consulta de endocrinología por aparición de bocio acompañado de adenopatías cervicales izquierdas. A la exploración física presentaba una glándula tiroidea aumentada de tamaño de consistencia nodular y 2 adenopatías en región cervical izquierda de aproximadamente 2,5 cm de diámetro cada una.

La ecografía solicitada demostró una glándula tiroidea aumentada de tamaño, hiperecogénica con punteado hiperecóico con apariencia de microcalcificaciones, con un

pequeño nódulo hipoecóico en lóbulo tiroideo izquierdo y adenopatías laterocervicales bilaterales, en especial una en el triángulo posterior izquierdo de 13 mm y de ecogenicidad similar a glándula tiroidea.

Con estos hallazgos, se realizó tiroidectomía total respetando ramas arteriovenosas paratiroides inferiores derechas. El informe intraoperatorio fue de carcinoma papilar por lo que se realizó vaciamiento cervical izquierdo en cadenas pretraqueales, recurrenciales y en la yugular interna izquierda. La anatomía patológica confirmó que se trataba de un carcinoma papilar, variante esclerosante difusa, con afectación bilateral y con 17 metástasis ganglionares ([fig. 1](#)).

Dos meses después, recibió también como parte del tratamiento, 105 mCi de radioyodo presentando en la lectura del rastreo realizado posteriormente, 7 focos de trazador localizados en región cervical, plano anterior y en ambas regiones laterocervicales ([fig. 2](#)). En la analítica, presentaba anticuerpos antitiroglobulina positivos de 1.400 UI/ml, con tiroglobulina indetectable.

Tras estos hallazgos, se solicitó nueva ecografía cervical sin datos de recidiva local en lecho tiroideo pero con la aparición de 2 adenopatías de características sospechosas a nivel carótido-yugular en el lado derecho de 2 cm cada una y con contornos irregulares con mala diferenciación hilar y microcalcificaciones asociadas. En la misma prueba, a nivel submaxilar derecho, se observó otra adenopatía de 2 cm de diámetro y de características similares. El resto del estudio fue normal.

Ante estos resultados, se decidió nueva intervención quirúrgica completando vaciamiento cervical ganglionar. El informe histológico mostró metástasis del carcinoma papilar con importantes focos de calcificación en 5 ganglios del

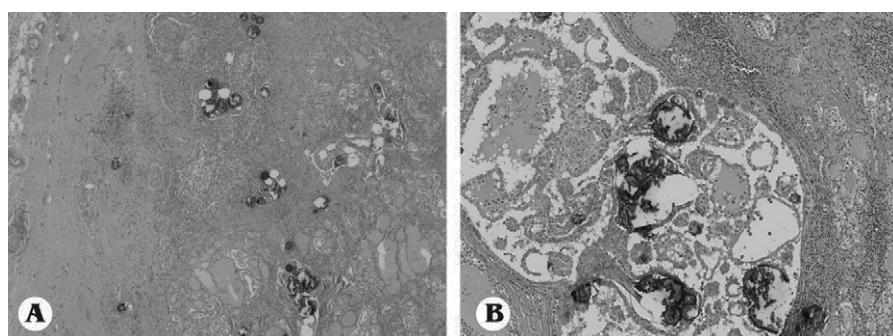


Figura 1 Anatomía patológica. A) Vista panorámica de parénquima tiroideo con áreas de folículos tiroideos normales mezclados con áreas de fibrosis y cuerpos de psamoma con infiltración difusa en relación con carcinoma papilar de tiroides. B) Imagen de foco de carcinoma papilar con cuerpos de psamoma, folículo tiroideo con núcleos claros y foco con diferenciación escamoide.

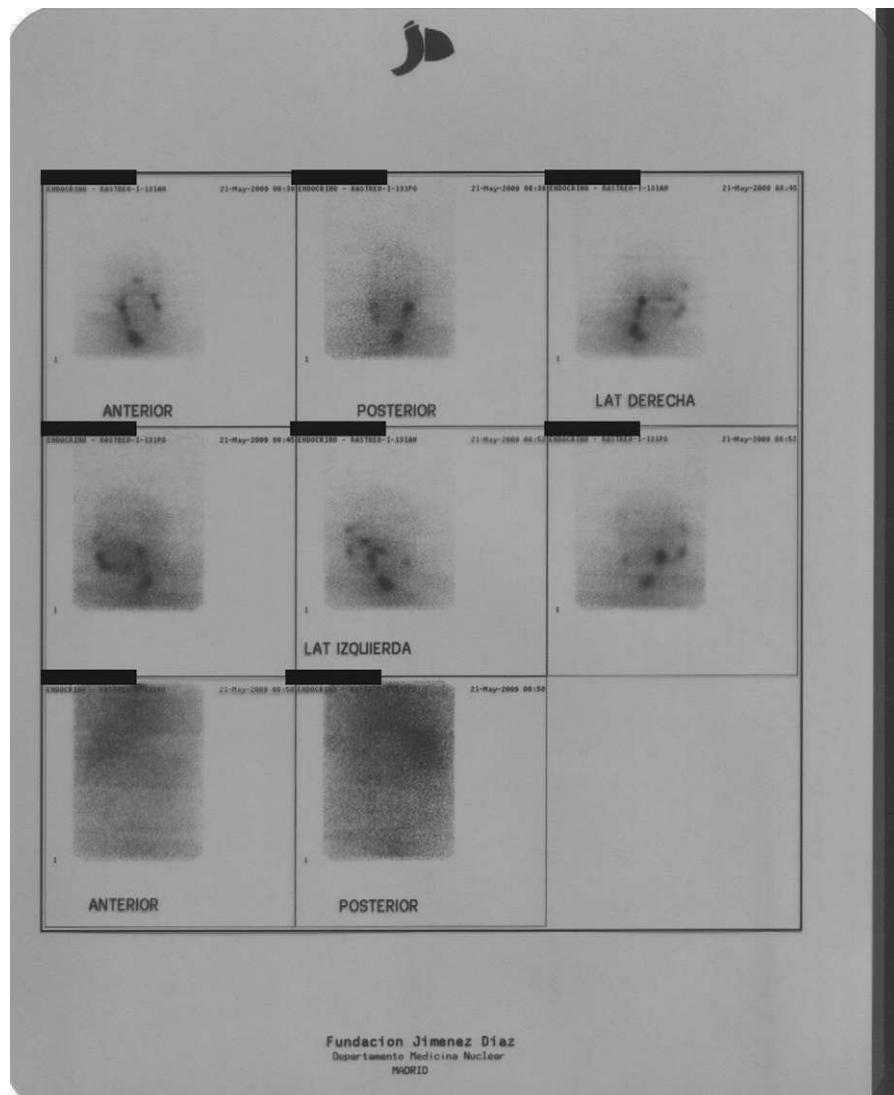


Figura 2 Gammagrafía corporal total tras tratamiento con I¹³¹: imágenes obtenidas a los 10 días de la administración por vía oral: se observan 7 acúmulos focales de captación de trazador localizados en región cervical, plano anterior y ambas regiones laterocervicales fundamentalmente derecha (4 acúmulos de captación). Estos acúmulos presentan diferente tasa de captación entre ellos.

vaciamiento cervical derecho. No se evidenció afectación ganglionar en los ganglios del vaciamiento izquierdo.

Posteriormente, recibió una nueva dosis de 128 mCi de radioyodo con ausencia de captación en el rastreo, tiroglobulina indetectable y anticuerpos antitiroglobulina 1.114 UI/ml.

En las revisiones posteriores, las concentraciones de anticuerpos antitiroglobulina han ido en descenso, manteniendo las concentraciones de tiroglobulina indetectables y con estudio ecográfico cervical normal. Si bien, la presencia de anticuerpos antitiroglobulina hace que la determinación de tiroglobulina no sea valorable en este paciente por que los anticuerpos interfieren con la técnica que determinan las concentraciones de tiroglobulina, la evidencia de que el título de anticuerpos esté disminuyendo durante el seguimiento evolutivo puede indicar una buena respuesta al tratamiento.

La variante esclerosante difusa del CPT es un subtipo infrecuente y en las series más grandes, corresponde al 1,8%

de los casos de CPT. Fue descrito por primera vez por Vickery et al⁸, como una forma inusual del CPT. Este tipo de CPT tiene una mayor frecuencia de metástasis ganglionares y a distancia, sobre todo pulmonares, y está asociado a peor pronóstico que la variante clásica del CPT¹⁰. Ocurre normalmente en paciente jóvenes^{7,10} y se caracteriza por afectar a uno o ambos lóbulos tiroideos y sin formar una masa dominante. Histológicamente, se observan pequeñas estructuras papilares dentro de espacios linfovaskulares dilatados. Estas alteraciones histológicas se acompañan de metaplasia escamosa extensa, numerosos cuerpos de psamoma, infiltración linfocítica importante de forma parcheada o difusa y fibrosis estromal. Por otra parte, suele cursar con invasión angiomiolinfática^{9,10}. Las características ecográficas incluyen microcalcificaciones dispersas, con ecogenicidad heterogénea. Estos hallazgos se correlacionan con cuerpos de psamoma, fibrosis e infiltración linfocitaria en la anatomía patológica^{6,10}.

Las metástasis del CPT pueden ocurrir a nivel local y a distancia. El comportamiento central cervical ipsilateral es la

primera zona de compromiso linfático. La disección linfática de ganglios macroscópicamente comprometidos es aceptada como parte del tratamiento quirúrgico en la primera intervención quirúrgica, pero la disección linfática en ausencia de enfermedad macroscópica está siendo aún controvertida¹⁻⁴. La tasa de recidiva ganglionar en pacientes en quienes no se ha realizado vaciamiento cervical central es del 2%. La tasa de recidiva ganglionar y de mortalidad se incrementa en mayores de 60 años y en presencia de metástasis linfáticas laterocervicales, tumor mayor de 3 cm, extensión extratiroidea y subtipos agresivos por lo que en estos pacientes podría considerarse adecuado el vaciamiento cervical aún en ausencia de enfermedad macroscópica^{5,10}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SL, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19:1167-214.
- White ML, Gauger PG, Doherty GM. Central lymph node dissection in differentiated thyroid cancer. *W J Surg*. 2007;31: 895-904.
- Henry JF, Gramatica L, Denizot A, Kvahenyuk A, Puccini M, Defechereux T. Morbidity of prophylactic lymph node dissection in the central neck area in patients with papillary thyroid carcinoma. *Langenbecks Arch Surg*. 1998;383:167-9.
- Pereira JA, Jimeno J, Miquel J, Iglesias M, Munne' A, Sancho JJ, et al. Nodal yield, morbidity, and recurrence after central neck dissection for papillary thyroid carcinoma. *Surgery*. 2005;138: 1095-101.

doi:10.1016/j.endonu.2010.06.007

- Giles Senyurek Y, Tunca F, Boztepe H, Alagöl F, Terzioglu T, Tezelman S. The long term outcome of papillary thyroid carcinoma patients without primary central lymph node dissection: expected improvement of routine dissection. *Surgery*. 2009;146:1188-95.
- Kwak JY, Kim EK, Hong SW, Moon HJ, Kim MJ, Son EJ, et al. Diffuse sclerosing variant of papillary carcinoma of the thyroid gland: specimen radiographic features with histopathological correlation. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94:1491-2.
- Carcangi ML, Bianchi S. Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma. Clinicopathologic study of 15 cases. *Am J Surg Pathol*. 1989;13:1041-9.
- Vickery Jr AL, Carcangi ML, Johannessen JV, Sobrinho-Simoes M. Papillary carcinoma. *Semin Diagn Pathol*. 1985;2:90-100.
- Sheu SY, Schwertheim S, Worm K, Grabellus F, Schmid KW. Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma: lack of BRAF mutation but occurrence of RET/PTC rearrangements. *Mod Pathol*. 2007;20:779-87.
- Vrabie CD, Terzea D, Petrescu A, Waller M. The histopathology analysis of the diffuse sclerosing variant of the papillary carcinoma of the thyroid: a distinctive and rare form. *Rom J Morphol Embryol*. 2009;50:743-8.

Katty Manrique Franco^{a,*}, Roberto Domínguez Fernández^a, José Ignacio Lara Capellán^a, Guadalupe Renedo Pascual^b y Adela Rovira Loscos^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manriquekatty@hotmail.com
(K. Manrique Franco).

Panhipopituitarismo y parálisis del IV par craneal: ¿macroadenoma hipofisario?

Panhypopituitarism and cranial nerve IV palsy: Pituitary macroadenoma?

El panhipopituitarismo se define como el déficit completo de hormonas hipofisarias. La causa más frecuente en el adulto es el tumor hipofisario (61%), seguido de otras tumoraciones no hipofisarias como craneofaringiomas o meningiomas (9%)¹. En función del tamaño tumoral y de la invasión de estructuras vecinas, a la clínica de déficit hormonal se suelen añadir otros síntomas, como alteraciones del campo visual si se comprime el quiasma óptico, o afectación de los pares craneales que transitan por el seno cavernoso. Entre las causas no tumorales, las más frecuentes son la silla turca vacía (7%) y el síndrome de Sheehan (6%)¹.

Presentamos el caso de una paciente de edad avanzada con panhipopituitarismo y parálisis del IV par craneal.

Una mujer de 88 años ingresó en el servicio de medicina interna por cuadro de mal estado general, disnea a moderados esfuerzos y dolor torácico de características inespecíficas. La familia refería un deterioro progresivo del estado general desde hacía meses, con apatía, ánimo distímico, anorexia con escasa ingesta pero sin pérdida de peso, e intolerancia al frío. Entre sus antecedentes patológicos destacaban hipertensión arterial bien controlada, fibrilación auricular crónica, insuficiencia renal moderada y estreñimiento pertinaz de larga evolución. En la exploración física destacaba palidez y sequedad cutáneas con facies inexpresiva, bradipsiquia con lentitud en el curso del lenguaje, hiperdesviación y lateralización del ojo izquierdo en posición primaria de la mirada, tendencia a la hipotensión arterial (TA 100/60 mm de Hg), tonos cardíacos apagados y arrítmicos e hipofonesis en ambas bases pulmonares. La campimetría por confrontación y el resto de la exploración neurológica, a excepción de la parálisis del IV par craneal izquierdo era normal.

La analítica de urgencias mostró anemia normocítica-normocrómica, deterioro de la función renal (creatinina