

Carcinoma papilar del conducto tirogloso en un paciente pediátrico, informe de caso y revisión de la bibliografía

Thyroglossal duct papillary carcinoma in a pediatric patient, case report and literature review

Fabio José Luis Rico-Morlán,¹ Rocío Yunuen Santiago-Vázquez²

▷ RESUMEN

Introducción: El carcinoma tiroideo corresponde a 1% de todas las neoplasias malignas diagnosticadas por año a nivel mundial. El conducto tirogloso es una anomalía congénita, resultado de la retención del tejido tiroideo durante la embriogénesis. La persistencia del conducto tirogloso hoy en día se estima en 7%. En 70% de los quistes tiroglosos se encuentra tejido tiroideo en la pared lateral del quiste y la incidencia de carcinoma en el mismo, es menor a 1%. La neoplasia histopatológica más común en un quiste del conducto tirogloso es el carcinoma papilar de tiroides hasta en 85% de los casos. El quiste maligno del conducto tirogloso se ha clasificado histológicamente en dos tipos principales: el tiroideo y el no tiroideo.

Informe del caso: Niña de 10 años, con evolución de su cuadro de tres años, al presentar aumento de volumen del cuello. El ultrasonido de la región informó: Tumora-
ción quística en región supratiroidea probable quiste tirogloso. BAAF: lesión quística (en un fondo proteina-
ceo y hemorrágico se identifican macrófagos espumosos y grupos tridimensionales de células epiteliales de origen

▷ ABSTRACT

Background: Thyroid carcinoma represents 1% of all malignancies diagnosed each year worldwide. The thyroglossal duct is a congenital anomaly resulting from the retention of thyroid tissue during embryogenesis. In 70% of thyroglossal cysts are thyroid tissue in the lateral wall of the cyst and the incidence of carcinoma in the same is less than 1%. The most common histopathologic malignancy in thyroglossal duct cyst is the papillary thyroid carcinoma by up to 85% of cases. The malignant thyroglossal duct cyst has been classified histologically into two main types: the thyroid and non thyroid.

Case Report: 10 years women with box three years to show increased neck volume, USG of neck cystic tumor in region likely suprathyroid thyroglossal cyst. BAAF cystic lesion (on a background proteinaceous and hemorrhagic groups identified three-dimensional foam cells and epithelial cells of thyroid origin with preservation of the nuclear-cytoplasmic ratio). Sistrunk procedure was performed: 2 x 2 cm cystic lesion. Hyoid bone fixed ETO: papillary thyroid carcinoma. Final pathological report is papillary thyroid carcinoma.

Discussion: The treatment of these lesions is not standardized; on the one hand there is the option of total thyroidectomy in a

1Cirujano Oncólogo. Jefe del Servicio de Oncología.

2Médico Anestesiólogo.

Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario 2010. Cd Victoria (HRAEV), Secretaría de Salud.

Correspondencia: Dr. Fabio José Luis Rico Morlán. Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario. Cd. Victoria, Tamaulipas. Teléfono: 834153 6100. Correo electrónico: fabiorico@hotmail.com

tiroideo con conservación de la relación núcleo citoplasma). Se realizó procedimiento de Sistrunk: lesión quística de 2 cm por 2 cm, fija a hueso hioides ETO: Carcinoma papilar de tiroides. El informe histopatológico definitivo fue: carcinoma papilar de tiroides originado en la pared del quiste tirogloso.

Discusión: El tratamiento de estas lesiones no se ha estandarizado, por un lado existe la opción de realizar la tiroidectomía total en un segundo tiempo o vigilar estrechamente al paciente en su evolución. En nuestra unidad se realiza tiroidectomía total esto en virtud de que existe una posibilidad de encontrar entre 11% a 25% de focos de carcinoma en la glándula tiroides. El manejo adyuvante se basa en el tratamiento supresor con hormona tiroidea a dosis subtóxicas. En los casos atípicos de carcinoma epidermoide del quiste del conducto tirogloso, se recomienda radioterapia posoperatoria.

Palabras clave: Carcinoma papilar extratiroideo, quiste tirogloso, México.

second or monitor the patient closely in its evolution. In our unit total thyroidectomy is performed in virtue of that there is a possibility to find between 11% and 25% of foci of carcinoma in the thyroid gland. Adjuvant management in such patients is based on thyroid hormone suppressive therapy with subtoxic doses. In the atypical cases of squamous cell carcinoma of thyroglossal duct cyst, postoperative radiotherapy is recommended.

Keywords: Extrathyroidal papillary carcinoma, thyroglossal cyst, Mexico.

▷ INTRODUCCIÓN

El carcinoma tiroideo corresponde a 1% de todas las neoplasias malignas diagnosticadas por año, a nivel mundial; 94% del mismo, corresponde a carcinomas bien diferenciados que se derivan del epitelio folicular dando origen a dos estirpes histológicas clásicas: Carcinoma papilar de tiroides y el carcinoma folicular de tiroides. El restante 5% lo comprenden lesiones que por su comportamiento biológico agresivo, corresponden a lesiones de alto grado: Carcinoma medular de tiroides, tumor neuroendocrino, carcinoma anaplásico de tiroides, linfoma y cáncer epidermoide.¹

El conducto tirogloso es una anomalía congénita resultado de la retención del tejido tiroideo durante la embriogénesis, inicialmente las células que van a conformar la glándula tiroides, migran desde la base de la lengua hasta la base anterior del cuello a través del conducto tirogloso, dicho conducto se oblitera en la mayoría de los casos entre la séptima y décima semana de gestación, de no obliterarse pueden persistir remanentes de dicho conducto, con la consiguiente formación del quiste del conducto tirogloso.

La persistencia del conducto tirogloso se estima en 7%, y éste se manifiesta como una masa palpable en la región anterior del cuello, en línea media, asintomático, y que frecuentemente se presenta en la edad pediátrica. En 70% de los quistes tiroglosos se encuentra tejido tiroideo en la pared lateral del quiste y la incidencia de carcinoma en el mismo, es menor a 1%.²

La neoplasia histopatológica más común en un quiste del conducto tirogloso, es el carcinoma papilar de tiroides hasta en 85% de los casos, ya que se puede encontrar tejido tiroideo normal hasta en 62% de estos quistes; este tejido ectópico podría también ser el origen de un carcinoma papilar, sin que existiese tejido neoplásico a nivel de tiroides.³ El quiste maligno del conducto tirogloso se ha clasificado histológicamente en dos tipos principales:⁴

- Tipo tiroideo: se origina a nivel del tejido tiroideo ectópico encontrado en éste, y es el de mayor incidencia.
- Tipo no tiroideo: se origina a partir del epitelio de revestimiento.

Desde que se describieron los primeros casos por Brantano (1911) y Uchermann (1915), se han publicado alrededor de 150 casos. La mayoría de ellos son de estirpe

papilar, (85%) y se han descrito con mayor incidencia entre la cuarta y quinta década de la vida.⁵

▷ PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Niña de 10 años de edad, con tres años de evolución al presentar aumento de volumen en la región anterior de cuello de crecimiento progresivo. Se le realizó USG de cuello, que evidenció: Tumoración quística en región supratiroidea probable quiste tirogloso (**Figura 1**).

La revisión clínica inicial reveló una nodulación de región suprahioidea de 3 cm por 2 cm, bien limitada por arriba de cartílago tiroides no fijo a planos profundos indurado, con elevación a la deglución.

Se le solicitó gammagrama tiroideo, cuyo resultado informó: Tiroides con morfología y captación en parámetros normales (**Figura 2**). Se le realizó entonces biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), cuyo informe fue: lesión quística, en un fondo proteináceo y hemorrágico se identifican macrófagos espumosos y grupos tridimensionales de células epiteliales de origen tiroideo con conservación de la relación núcleo citoplasma.

Con base en estos hallazgos, se le realizó procedimiento de Sistrunk, cuyos hallazgos fueron: Lesión quística de 2 cm por 2 cm, fija a hueso hioides; el estudio transoperatorio (ETO) fue: Carcinoma papilar de tiroides; se difiere a informe definitivo. Mostró evolución clínica posoperatoria estable y el informe histopatológico definitivo fue: carcinoma papilar de tiroides originado en la pared del quiste tirogloso (**Figuras 3 y 4**)

Se estableció vigilancia en la consulta externa y se programó para tiroidectomía total más disección de compartimiento central, mismo que se practicó y generó el informe de histopatología de: tiroides normal, hiperplasia linforreticular de ganglios linfáticos. Ha evolucionado en forma estable y actualmente está en control.

▷ DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas del carcinoma del quiste del conducto tirogloso son inespecíficas para el diagnóstico, el cual, usualmente se hace por el examen histopatológico de la pieza operatoria.

La evaluación inicial de un paciente con un quiste del conducto tirogloso, debe incluir estudios para confirmar el diagnóstico y localización de la glándula tiroidea, para así descartar que se trate a una posición ectópica de ésta. Kennedy establece que en el estudio preoperatorio se debe incluir: exploración física, gammagrama tiroideo, ultrasonido del cuello, BAAF, y de ser necesario la tomografía computarizada del cuello (TC).

El ultrasonido se debe emplear como principal prueba diagnóstica, debido a su inocuidad, fácil realización, bajo costo y porque además nos permite evaluar la glándula tiroides, el quiste del tirogloso y las cadenas ganglionares cervicales al mismo tiempo.⁶ La BAAF es poco útil en estos casos, debido a que frecuentemente puede generar resultados falsos negativos, debido principalmente a que el tumor suele estar localizado en una sola área de la pared del quiste y a la hipocelularidad del

Figura 1.

US de Cuello: Lesión quística en la región supratiroidea.

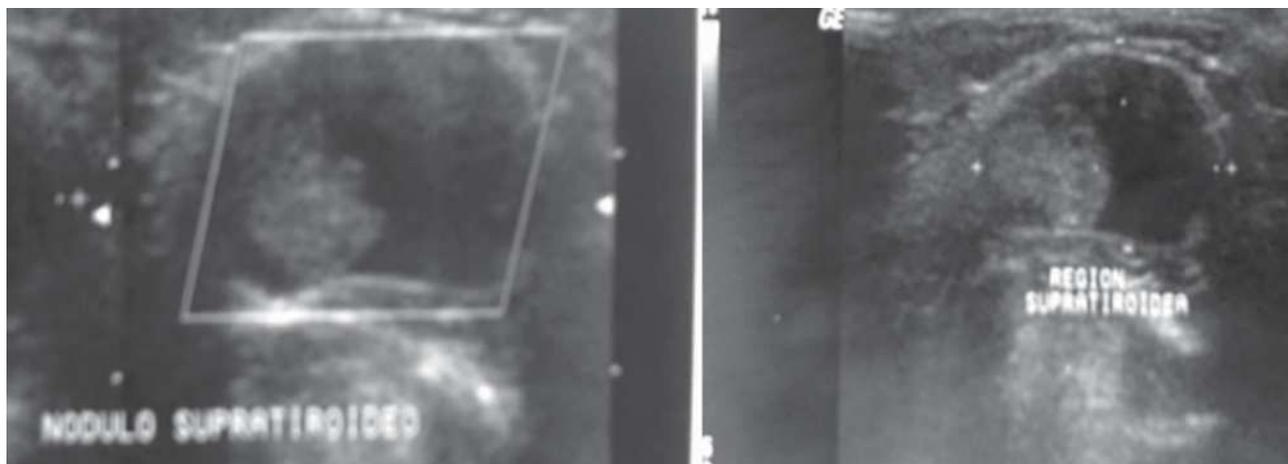


Figura 2.

Gamagrama tiroideo preoperatorio normal, sin evidencia de hipercaptación por tejido extratiroideo.

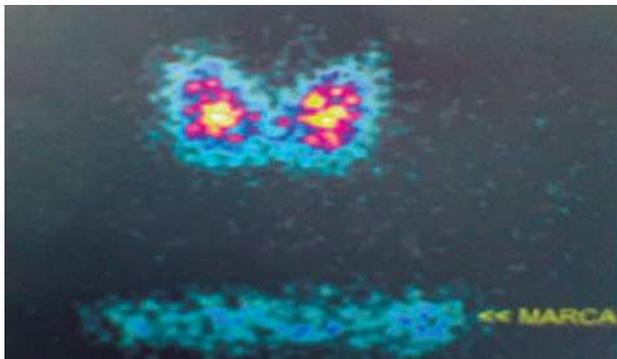
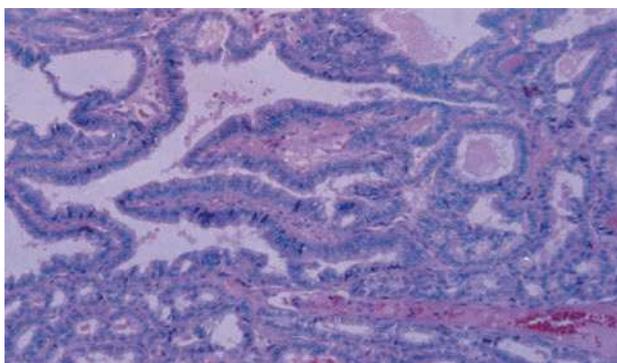


Figura 3.

Microfotografía de la lesión, en la que se evidencia el carcinoma papilar de tiroides en el conducto tirogloso, constituido por papilas de tamaño variable. (H y E, 200 aumentos).



aspirado, debida a la dilución celular con el contenido del quiste.⁷

Joseph y Komorowski,⁸ en su publicación de 1975, propusieron los criterios para el diagnóstico del cáncer del conducto tirogloso, los cuales incluyen:

- El hallazgo de remante tirogloso, que puede distinguirse por la presencia de epitelio escamoso y nidos de folículos tiroideos en la pared del quiste.
- La presencia de una glándula tiroides normal.

El tratamiento de estas lesiones desafortunadamente no se ha logrado estandarizar y se encuentra dividido en

Figura 4.

Pared de quiste tirogloso, con epitelio columnar bajo. (H y E, 200 aumentos).



dos vertientes, esto debido principalmente a que el diagnóstico del carcinoma se hace en la mayoría de los casos después de la resección, de ahí que, por un lado existe la opción de realizar la tiroidectomía total en un segundo tiempo o vigilar estrechamente al paciente en su evolución.

En nuestra unidad hospitalaria se opta por la primera opción; es decir realizar la tiroidectomía total, esto en virtud de que existe una posibilidad de encontrar entre 11% y un 25% de focos de carcinoma en la glándula tiroides.

Boswell y colaboradores,⁹ recomiendan la tiroidectomía total cuando el carcinoma del quiste del conducto tirogloso es mayor de 1 cm, mientras que otro gran grupo de autores coinciden en realizarla cuando la invasión es más allá de la pared del quiste. El porcentaje de metástasis regionales es bajo (entre 2% a 7%) y de existir, se deben resear, además de realizar la disección de compartimiento central y selectiva de cuello unilateral.⁷

El manejo adyuvante en este tipo de pacientes se basa en el tratamiento supresor con hormona tiroidea a dosis subtóxicas. Algunos autores proponen utilizar Iodo¹³¹ para eliminar el tejido tiroideo remanente en los casos donde se realizó la tiroidectomía total. En los casos atípicos de carcinoma epidermoide del quiste del conducto tirogloso, se recomienda radioterapia posoperatoria; sin embargo, este tipo de casos cursan con una evolución tórpida y pronóstico muy pobre.²

El seguimiento y vigilancia de estos casos se realiza mediante la cuantificación sérica de tiroglobulina y la revisión clínica periódica, la cual, durante los primeros dos años, se sugiere sea trimestral y del tercero al quinto año, semestral; posteriormente, anual.

REFERENCIAS

1. Sherman S. Thyroid carcinoma. *Lancet* 2003;361:501-511.
2. Vegas Y, Goubaira JE, et al. Cancer papilar primario en quiste del conducto tirogloso. *Rev Venez Oncol* 2005;17:158-162.
3. Cortes R, Takahashi T, Herrera MF, et al. Conducto tirogloso con carcinoma papilar. Informe de un caso. *Rev Invest Clin* 1991;43:184-87.
4. Batsakis JG. Parenquimal cyst of the neck. En: *Tumors of the head and neck*. 2ª Ed. Baltimore/Londres: The Williams & Co. 1979.1;pp:233-239..
5. Nussbaum M, Buhwald RP, Ribner R. Anaplastic carcinoma arising from median ectopic thyroid (Thyroglossal Duct Remnant). *Am Cancer Soc* 1981;48:2724-2728.
6. Kennedy TL, Whitaker M, Wadih G. Thyroglossal duct carcinoma: A rational approach to management. *Laryngoscope* 1998;108(8Pt 1):1154-1158.
7. Echenique ME. Cáncer tiroideo sobre quiste del conducto tirogloso. *Cir Esp* 2000;67:567-571.
8. Joseph TJ, Komorowski RA. Thyroglossal duct carcinoma. *Hum Pathol*. 1975;6:717-729.
9. Boswell WC, Zoller M, Williams JS, et al. Thyroglossal duct carcinoma. *Am Surg* 1994;60:650-655.