

CONTENIDO

POSTERS

[Abstract](#)

[PDF](#)

[Comentarios](#)

[Título](#)

[Resumen](#)

[Introducción](#)

[Material](#)

[Resultados](#)

[Discusión](#)

[Conclusiones](#)

[Referencias](#)

[Imágenes](#)

CARCINOMA PAPILAR SOBRE QUISTE TIROGLOSO. APORTACIÓN DE UN NUEVO CASO CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO.

Alberto Giménez Bascuñana.

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia, España.

IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 030

Fecha recepción: 30/01/2001

Fecha publicación: 14/04/2001

Evaluación: [Ver "Taller de Citopatología"](#)

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los quistes y otros remanentes del conducto tirogloso pueden sufrir, aunque raramente, una transformación neoplásica, en su mayoría en forma de carcinoma papilar. Aunque lo más habitual es que la detección del carcinoma constituya una sorpresa en el examen de la pieza de exéresis, el diagnóstico puede establecerse previamente por punción-aspiración con aguja fina, especialmente bajo control de imagen.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 50 años que consultó por haberse descubierto, hacía unos 2 meses, una tumoración en línea media cervical anterior baja. La tumoración no provocaba molestias. Era palpable, en efecto, una formación redondeada, firme, de unos 2cm de diámetro mayor, inmóvil con la deglución. El examen ecográfico mostró una lesión quística y permitió asimismo descubrir un pequeño nódulo parietal de 1cm de diámetro.

RESULTADOS: Se realizó una punción-aspiración ecodirigida que proporcionó, junto a celularidad inflamatoria (especialmente, macrófagos) y detritus, pequeños grupos celulares aislados, compactos, tridimensionales, de apariencia papilaroide. Se sugirió el diagnóstico de carcinoma papilar quístico o desarrollado sobre un quiste del conducto tirogloso. El estudio intraoperatorio confirmó el diagnóstico de carcinoma papilar, realizándose en el mismo acto una tiroidectomía total. En la glándula no se encontraron otros focos de degeneración neoplásica.

CONCLUSIÓN: El carcinoma originado en un quiste tirogloso suele ser clínicamente indistinguible de un quiste tirogloso no complicado, y rara vez se

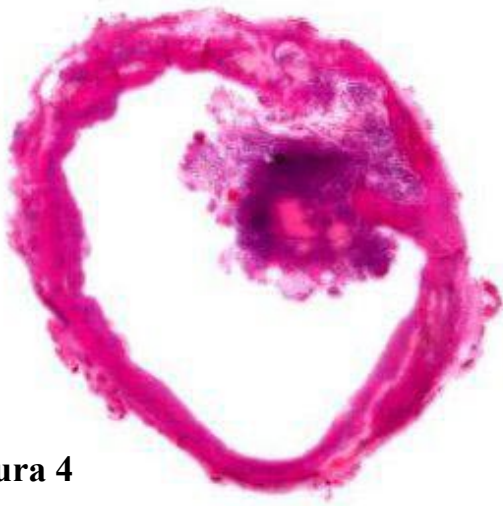


Figura 4

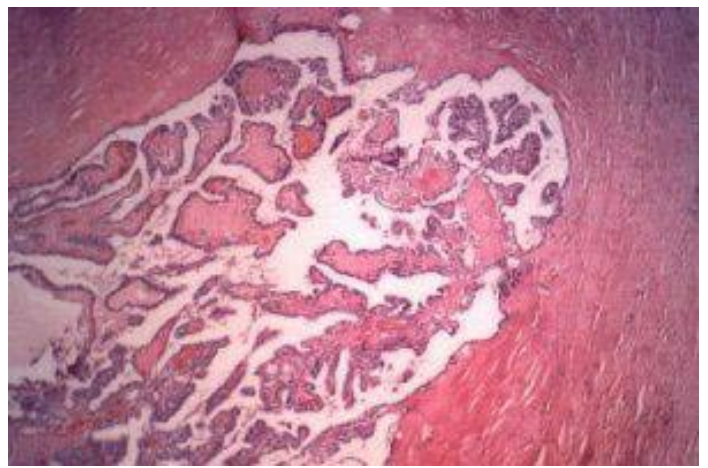


Figura 5

INTRODUCCIÓN

Durante la 7^a semana del desarrollo fetal, el conducto tirogloso desciende desde la base de la lengua hasta la región cervical anterior para conformar la glándula tiroides. Las anomalías resultantes de una persistencia de este conducto pueden dar como resultado la formación de un trayecto fistuloso (conectado ya sea con el foramen cecum en la base lingual o con la piel a nivel del hueco supraesternal) o una estructura tubular cerrada. Esta estructura puede acompañarse de una dilatación quística, probablemente como resultado de la secreción de las células que la delimitan internamente: tal anomalía se denomina entonces quiste del conducto tirogloso (QT). La ocurrencia de un carcinoma en este tejido remanente es rara (alrededor del 1%). El carcinoma papilar constituye más del 80% de estas neoplasias [\(1\)](#).

Aunque el diagnóstico puede, como veremos, establecerse previamente, son limitados los casos publicados con un diagnóstico citológico previo (2-6), y lo más frecuente es que la detección del carcinoma constituya una sorpresa en el examen anatomopatológico de la pieza de resección [\(7\)](#).

Presentamos un nuevo caso de carcinoma papilar desarrollado sobre un QT, diagnosticado previamente a la intervención quirúrgica, que ilustra sobre la posible utilidad de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF), especialmente si se utiliza en combinación con el examen ultrasonográfico, en el manejo de este tipo de lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 50 años, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que consultó por haberse descubierto, hacía unos 2 meses, un nódulo en línea media cervical anterior. La tumoración, que no provocaba molestias, permaneció estable desde entonces en cuanto a tamaño.

Era palpable, en efecto, una formación redondeada, firme, de unos 2cm de diámetro mayor, indolora, que no se movilizaba con la deglución. El estudio ecográfico mostró una lesión quística, con un pequeño nódulo parietal de 1cm de diámetro ([Figura 1](#)).

RESULTADOS

Una PAAF ecodirigida de este nódulo proporcionó abundante celularidad dispuesta principalmente tanto en estructuras monocapa, “en sábana”, como en forma de grupos papilares de tamaño variable ([Figura 2](#)). Tanto esta disposición arquitectural como el detalle citológico (solapamiento nuclear, “grooves”, seudoinclusiones) eran característicos de carcinoma papilar.

Se procedió a su extirpación quirúrgica. Tras confirmación del diagnóstico en el estudio peroperatorio, se realizó igualmente una exéresis de la glándula.

El examen macroscópico confirmó que se trataba de una formación quística unilocular, con un espesor parietal medio uniforme de aproximadamente 0.3cm, que se continuaba con un pedículo fibroso de unos 3cm de longitud. A su apertura se observó un nódulo sólido, de superficie rugosa, en su pared interna, frágil al tacto, de 1cm de diámetro mayor ([Figura 3](#)).

El examen microscópico reveló una pared de tejido fibrocolágeno, desprovista en su mayor parte de revestimiento epitelial interno (sólo algunos sectores de células aplanadas, de aspecto atrófico). La formación mural se correspondía con un carcinoma papilar ([Figura 4](#), [Figura 5](#)), de configuración predominantemente exofítica, que infiltraba, no obstante, la mitad del espesor de la cápsula quística, sin alcanzar el tejido conectivo de alrededor.

Se realizaron secciones histológicas múltiples de la pieza de tiroidectomía, no detectándose nuevos focos de carcinoma a este nivel.

El QT es el más común de los quistes en la región cervical, con una prevalencia estimada en la población general adulta de un 7% (8). Se encuentra localizado en la línea media o, menos frecuentemente, en la región anterolateral del cuello (9). La incidencia de carcinoma papilar originado sobre un QT es de alrededor del 1% de casos (9).

El material obtenido por PAAF sobre un QT suele mostrar histiocitos en número variable, neutrófilos, y escasas células epiteliales sobre un fondo mucoso o proteináceo. Usualmente no se identifica con claridad la presencia de material colosoide. Entre la celularidad epitelial, las células escamosas son las más frecuentemente observadas, y ocasionalmente pueden verse células columnares ciliadas. El tejido netamente tiroideo puede ser muy escaso o no obtenerse durante la PAAF debido a su frecuente localización en el espesor de la pared del quiste (10). Los criterios diagnósticos citológicos para el carcinoma papilar son similares independientemente de su localización tiroidea o en un QT.

Sin embargo, no es infrecuente no tener éxito en el diagnóstico citológico de un carcinoma papilar desarrollado sobre un QT (2, 4, 6). En una reciente revisión de la literatura publicada al respecto en lengua inglesa, Yang et al. (7) encuentran una tasa de falsos negativos de un 47%. En muchos de estos falsos negativos en el diagnóstico por PAAF, el procedimiento proporcionó un material líquido del interior del quiste (como probablemente hubiera ocurrido en el caso que presentamos). Es muy probable que el diagnóstico erróneo en muchos de estos casos se deba, al menos en parte, a la hipocelularidad resultante de la dilución del contenido del quiste. Basándose en estos datos, Yang et al. (7) recomiendan una minuciosa búsqueda de las escasas células con posibilidades diagnósticas presentes en la muestra. Además, consideran imperativo, si el material que se obtiene inicialmente es fluido, repetir la PAAF de cualquier zona sólida residual.

Por otra parte, se ha recomendado repetidamente por distintos autores la evaluación ultrasonográfica preoperatoria sistemática de todos los pacientes con sospecha de presentar un QT (11-14). Los motivos que se esgrimen para apoyar tal práctica son variados, pero quizá merece destacarse la posibilidad de que el tejido tiroideo presente en esta localización sea el único tejido tiroideo funcional del paciente ("tiroides ectópico"; lo que ocurriría según algunas estimaciones en un 1-2% de los casos). Si se procede a la ablación de este tiroides ectópico, el resultado es un hipotiroidismo postquirúrgico permanente, lo que tiene trascendencia no sólo clínica, sino también, en algunos casos (que previsiblemente se incrementarán en el futuro) consecuencias medicolegales (11).

Desde luego, si existe la sospecha clínica de que en el QT puede existir algo más, (por ejemplo, por un cambio brusco en su status clínico o un crecimiento rápido) o la localización no es exactamente la habitual, el examen ultrasonográfico, preciso, rápido y poco costoso, parece inexcusable (15).

El pronóstico del carcinoma papilar desarrollado sobre un QT es excelente tras exéresis quirúrgica, aunque existe cierta controversia con respecto a la modalidad. Actualmente, la mayoría de autores consideran suficiente la excisión local del tumor (16), con el procedimiento convencional de Sistrünk; especialmente si no existe infiltración de espesor completo de la pared quística (17). Sin embargo, otros son partidarios de una actitud más radical (tiroidectomía total o subtotal añadida, justificada por la relativamente alta incidencia de neoplasias papilares asociadas en la glándula tiroides en algunas series) (18).

En cualquier caso, se opte por una u otra modalidad terapéutica (ya sea para proceder a la exéresis total o subtotal de la glándula, bien para realizar una adecuada exploración quirúrgica cervical en busca de posibles metástasis) contar con un diagnóstico preoperatorio de carcinoma papilar mejora indudablemente el manejo del paciente y permite al cirujano tener la oportunidad de planificar el procedimiento quirúrgico óptimo.

CONCLUSIONES

Independientemente de la modalidad de tratamiento elegida, probablemente la utilización combinada de la ultrasonografía con la PAAF sea la mejor opción diagnóstica en los pacientes con sospecha de QT, por varias razones:

1º) el examen ecográfico permite disminuir la incidencia de complicaciones, como el hipotiroidismo postquirúrgico;

2º) la realización de la PAAF bajo control de imagen supondría, con toda probabilidad, disminuir la tasa de falsos negativos (alrededor del 50% de casos) y

3º) la obtención de un diagnóstico fiable preoperatorio ofrecería la oportunidad de planificar el procedimiento quirúrgico más adecuado.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

Correspondencia: Alberto Giménez Bascuñana. Hospital Universitario Morales Meseguer; Murcia, España. <mailto:watson1@teleline.es>

REFERENCIAS

1. 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.
2. Vera-Sempere F, Tur J, Jaen J, Perolada JM, Morera C. Papillary thyroid carcinoma arising in the wall of a thyroglossal duct cyst. *Acta Otorhinolaryngologica Belg* 1998; 52: 49-54.
3. Martín-Pérez E, Larrañaga E, Marron C, Monje F. Primary papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. *Eur J Surg* 1997; 163: 143-5.
4. Bardales RH, Suhrland MJ, Korourian S, Schaefer RF, Hanna EY, Stanley MW. Cytologic findings in thyroglossal duct carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1996; 106: 615-9.
5. Kashkari S. Identification of papillary carcinoma in a thyroglossal cyst by fine-needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 1990; 6: 267-70.
6. Chen KTK. Cytology of thyroglossal cyst papillary carcinoma. *Diagn Cytopathol* 1993; 9: 318-21.
7. Yang YJ, Haghiri 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.
8. Ellis P, Van Nostrand AW. The applied anatomy of thyroglossal tract remnants. *Laryngoscope* 1977; 87: 765-70.
9. Allard RHB. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982; 5: 134-6.
10. Shaffer MM, Oertel YC, Oertel JE. Thyroglossal duct cysts: diagnostic criteria by fine-needle aspiration. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 1039-43.
11. Gupta P, Maddalozzo J. Preoperative sonography in presumed thyroglossal duct cysts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 127: 200-2.
12. Moore JA, De Bruyn R, Drake DP. Colloid cyst in ectopic thyroid gland. *Pediatr Surg Int* 2000; 16: 592-4.
13. Smith OD, Ellis PD, Bearcroft PW, Berman LH, Grant JW, Jani P. Management of neck lumps: a triage model. *Ann R Coll Surg Engl* 2000; 82: 223-6.
14. Wang CY, Chang TC. Preoperative thyroid ultrasonography and fine-needle aspiration cytology in ectopic thyroid. *Am Surg* 1995; 61: 1029-31.
15. Walton BR, Koch KE. Presentation and management of a thyroglossal duct cyst with a papillary carcinoma. *South Med J* 1997; 90: 758-61.

16. Fernández JF, Ordoñez NG, Schultz PN, Samaan NA, Hickey RC. Thyroglossal duct carcinoma. *Surgery* 1991; 110: 928-35.
17. Kristensen S, Juul A, Morsener J. Thyroglossal duct carcinoma. *J Laryngol Otol* 1984; 98: 1277-80.
18. Daou R, Aftimos G, Rahayel L. Papillary carcinoma developed in the wall of a thyroglossal duct cyst. *Ann Chir* 1996; 50: 162-4.