

CONTENIDO	POSTERS
▶ Abstract	
▶ PDF	
▶ Comentarios	
	<p>CARCINOMA FOLICULAR DE LOCALIZACIÓN EXTRATIROIDEA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.</p> <p><i>Martelotto Gladys, Amuchastergui Rafael, Matsuzaki Mónica, Zaya Alejandro.</i></p> <p><i>Primera Cátedra de Patología. Hospital Nacional de Clínicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, República Argentina.</i></p> <p>IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 077</p> <p style="text-align: right;">Fecha recepción: 14/02/2001 Fecha publicación: 17/06/2001 Evaluación: Ver "Taller de Cabeza y Cuello"</p>
▶ Título	
▶ Resumen	
▶ Introducción	
▶ Material	
▶ Discusión	
▶ Conclusiones	
▶ Referencias	
▶ Imágenes	
	RESUMEN
	<p>OBJETIVOS: Los objetivos del trabajo son presentar un caso individual de carcinoma folicular de localización extratiroidea, ubicado en la región cervical anterior. Estos son raros, el más común es el papilar (80%) y folicular (9%) relacionados con quistes del conducto tirogloso o tejido tiroideo ectópico sublingual.</p> <p>MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 51 años con tumor en la región anterior del cuello de 4 años de evolución con leves molestias locales al deglutir. La ecografía mostró una lesión sólida y la punción aspiración una citología positiva compatible con carcinoma papilar. Se extirpó el tumor de 3 cm, la totalidad de la glándula tiroidea y parte del hueso hioides. La glándula tiroidea y el hueso hioides no estaban adheridos a la neoplasia. El diagnóstico fue de carcinoma folicular, predominantemente trabecular, con invasión venosa. Dicha lesión no presentaba continuidad anatómica con la glándula</p>

tiroides, pero se observaron islotes de tejido tiroideo ectópico. No se constató pared de conducto tirogloso. La glándula tiroidea no presentó alteraciones neoplásicas.

DISCUSIÓN: Las neoplasias tiroideas mediales de la región cervical anterior plantean la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso, de tejido tiroideo ectópico o una metástasis de una lesión primaria en tiroides. La ocurrencia de carcinoma del conducto tirogloso es una entidad poco común. La variante más común es el carcinoma papilar, el folicular es una eventualidad más rara aún. La ausencia de neoplasia en la glándula tiroides, descarta la metástasis, persistiendo la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso (destruido por la neoplasia) o también de tejido tiroideo ectópico sulíngual.

CONCLUSIONES:

1. Los carcinomas tiroideos fuera de la glándula son raros.
2. Los más comunes son papilares, los foliculares son excepcionales.
3. Debe siempre descartarse una metástasis.

Palabras clave: cabeza y cuello | carcinoma folicular | conducto tirogloso | tiroides

IMÁGENES



Figura 1

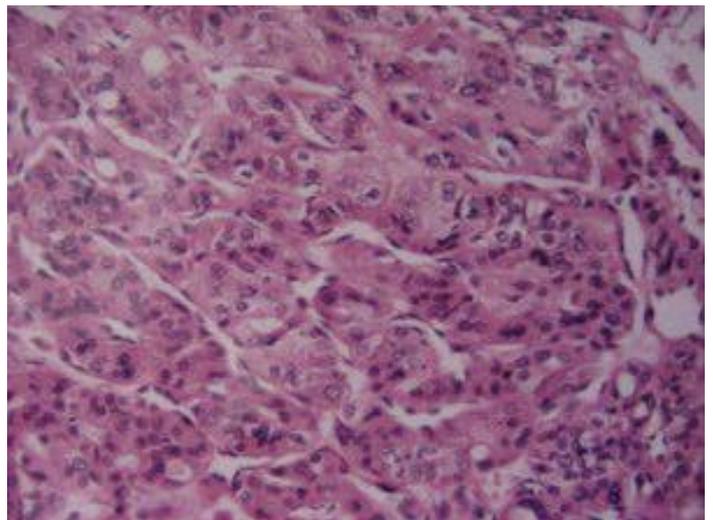


Figura 2

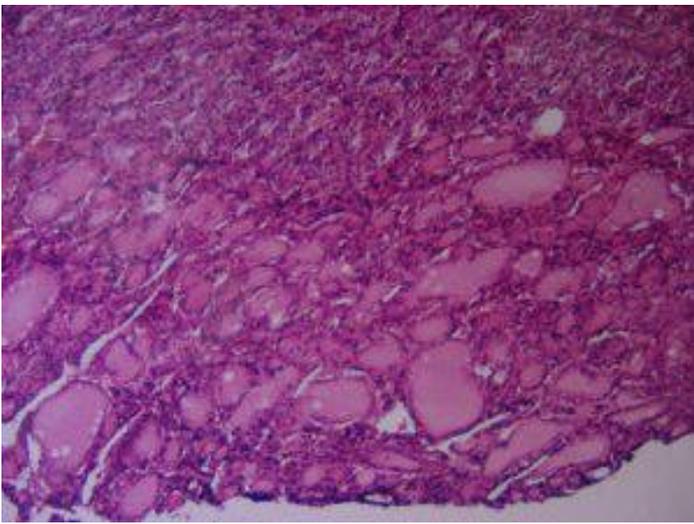


Figura 3

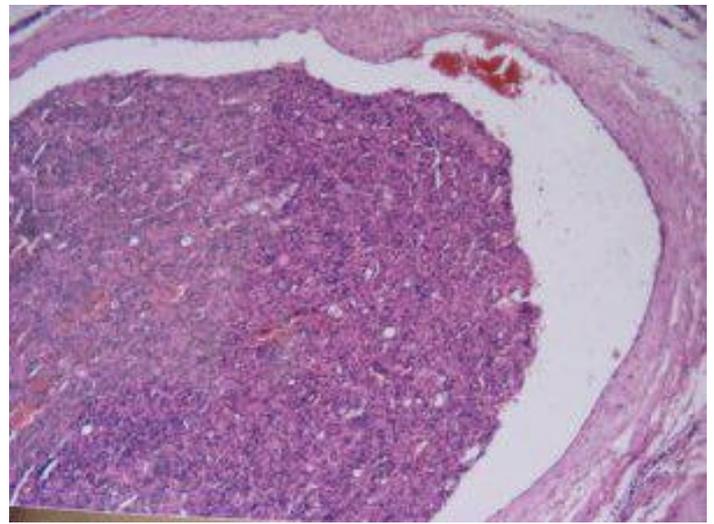


Figura 4

INTRODUCCIÓN

Desde hace mucho tiempo se conoce el origen y posterior desarrollo de la glándula tiroides, a partir del foramen caecum en la lengua, y su posterior migración, a lo largo del conducto tirogloso. Dicha estructura, normalmente experimenta atrofia y regresión. Cuando este evento ocurre en forma incompleta, puede dar lugar a una formación quística, denominada quiste del conducto tirogloso, en el cual es posible observar tejido tiroideo, o también se pueden encontrar restos del mismo a lo largo de los remanentes de dicho conducto o de su trayecto (de ubicación lingual, sublingual, suprahioideo e infrahioideo) (1). La presencia en las citadas localizaciones es interpretada como tejido normal de ubicación ectópica (1, 2) y puede sufrir las mismas lesiones que afectan a la glándula tiroidea (quistes, hiperplasia y carcinoma) (1).

La aparición de un carcinoma tiroideo en una localización ectópica representa una rara entidad (1-4). Según la literatura consultada, las variantes más comunes son el carcinoma papilar (80%), seguido del folicular, escamoso, adenocarcinoma, carcinoma anaplásico y otros (3). La ubicación de la lesión en la línea media de la región cervical anterior, como el caso que aquí se presenta, se relaciona con la presencia de quistes del conducto tirogloso o remanentes del mismo, debiendo evaluarse también la posibilidad de un origen a partir de tejido tiroideo ectópico o la metástasis de un tumor primario de tiroides (1).

El objetivo de este trabajo es presentar un caso inusual de carcinoma folicular de localización extratiroidea, ubicado en la región cervical anterior.

Paciente de sexo femenino de 51 años de edad que consultó por una tumoración en la región anterior del cuello de 4 años de evolución. La paciente refería solamente leves molestias locales al deglutir. Previamente otros facultativos, la interpretaron clínicamente como un quiste del conducto tirogloso, sin realizar otros estudios. Presentaba un buen estado general y una función tiroidea dentro de los límites de la normalidad. Había sido sometida con anterioridad a una histerectomía, por metrorragia disfuncional, sin otros antecedentes destacables.

Un estudio ecográfico realizado posteriormente informó que dicha lesión era sólida y presentaba una importante perfusión vascular. Se realizó una punción aspiración con aguja fina, bajo control ecográfico, la cual fue vinculable a una neoplasia tiroidea, posiblemente papilar.

Se intervino quirúrgicamente a la paciente extirpándosele la lesión mencionada, parte del hueso hioides y la totalidad de la glándula tiroidea. A la semiología intraoperatoria se encontró una masa tumoral inmediatamente inferior al hueso hioides, al cual estaba adherida, estando separada de la glándula tiroidea. La lesión remitida era bilobulada, de colorido pardo amarillento y medía 3 x 2 x 1 cm, de bordes redondeados (**Figura 1**). La glándula tiroidea y el hueso hioides no presentaban alteraciones macroscópicas. Las secciones histológicas de la lesión tumoral exhibían la proliferación de células neoplásicas epiteliales invasoras de la estroma con un patrón predominantemente trabecular (**Figura 2**), y algunas formaciones foliculares (**Figura 3**). Dicha neoplasia infiltraba los tejidos vecinos, en especial el tejido fibroso periférico, dispuesto a modo de cápsula. Se destacaba también la invasión de vasos venosos (**Figura 4**), todas ellas características de un carcinoma folicular. No presentaba continuidad anatómica con la glándula tiroidea, pero se observaron islotes de tejido tiroideo adyacentes, interpretados como ectópico. No se constató la presencia de pared de conducto tirogloso. La glándula tiroidea no presentó proliferaciones neoplásicas ni otras alteraciones.

DISCUSION

Desde el punto de vista clínico, la aparición de una tumoración en la línea media de la región cervical anterior resulta altamente sugestivo de un quiste del conducto tirogloso. Dicha alteración representa la anomalía congénita más común de la región cervical (5). No obstante la diferenciación con una neoplasia es muy difícil de realizar en base a la exploración física, especialmente si el crecimiento de la lesión es lento. La presencia de adenopatías o de un rápido crecimiento constituyen elementos clínicos que hacen sospechar la posibilidad de malignidad, (4) como así también el antecedente de irradiación del cuello o mediastino (3). Ante esta sospecha, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión constituye un valioso auxiliar en la valoración preoperatoria (4).

La presentación de una neoplasia tiroidea en esta ubicación plantea la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso, de tejido tiroideo ectópico o una metástasis de una lesión primaria en la tiroides (1, 6).

La ocurrencia de carcinoma del conducto tirogloso es una entidad poco común (1-3, 5-9). El primer reporte en la literatura médica data del año 1915, comunicado por H. Uchermann (2). La variante más frecuente es el carcinoma papilar (80%) (3). El carcinoma folicular es una eventualidad más rara aún (9%), con pocos casos documentados (10, 11). Les siguen en frecuencia el carcinoma escamoso (5%), (12, 13) adenocarcinoma (2%), carcinoma anaplásico (1%) (14) y otros (3%.) No se han documentado casos de carcinoma medular (1, 6), lo cual se atribuye a que el conducto tirogloso no tiene participación en la embriogénesis de las células parafoliculares, las cuales migran desde el cuerpo ultimobranquial hacia los lóbulos tiroideos (1, 6, 15).

Ante el hallazgo de una neoplasia de tejido tiroideo en la citada localización, es necesario realizar un cuidadoso muestreo de la lesión, a fin de identificar restos del conducto tirogloso o de tejido tiroideo ectópico no neoplásico. En el caso que presentamos no se encontraron restos del conducto pero sí tejido tiroideo ectópico. El tratamiento utilizado en estos casos es la extirpación de la lesión y del hueso hioides. Se debate si es necesaria la extirpación de la glándula tiroides. Muchos autores recomiendan realizar una tiroidectomía total o subtotal con el fin de descartar la posibilidad de un origen primario en la glándula (10). Por otra parte, otros sostienen que dicha extirpación no es necesaria si una semiología intraoperatoria cuidadosa no encuentra alteraciones de la misma, indicándose la tiroidectomía sólo en presencia de una masa tiroidea o ante el antecedente de irradiación (1-3, 9).

En el presente caso, la ausencia de neoplasia en la glándula tiroidea, la cual fue extirpada totalmente, descarta la posibilidad de una metástasis, persistiendo la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso (el cual podría haber sido destruido por la neoplasia) o de tejido tiroideo ectópico que

se identificó adyacente al carcinoma.

La conducta biológica de estas neoplasias, y por consiguiente su pronóstico, no difieren de sus equivalentes habituales en la glándula tiroidea y se han reportado casos de fallecimientos por estos tumores (11, 15).

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

Correspondencia: Gladys Martellotto. Primera Cátedra de Patología. Hospital Nacional de Clínicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, República Argentina. mailto:zayaam@sinectis.com.ar

REFERENCIAS

1. LI VOLSI Virginia, PERZIN K., SAVETSKY L.: Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). *Cancer*, 34: 1303- 1315, 1974
2. DARRELL A., CHAMBERS R., OERTEL G.: Thyroglossal tract carcinoma. A review of the literature and addition of 18 cases. *Am J. Surg* 1970 Oct 120(4) 439-46
3. SMITH L., CALHOUN K.: CARCINOMA OF A THYROGLOSSAL DUCT CYST SOURCE. Dept. of Otolaryngology, UTMB. 1991
4. VILLET T., KEMP C.B.: Thyroglossal duct carcinoma. A case report and review of the literature. *S. Afr. Med J.* 60, 795 (1981)
5. MARTINS AS, MELO GM, TINCANI AJ, LAGE HT, MATOS PS. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct: case report. *Sao Paulo Med J.* 1999 Nov 4; 117 (6): 248-50
6. STERNBERG STEPHEN, ANTONIOLI A., CARTER D., MILLS S., HAROLD A., OBERMAN M.: *Diagnostic Surgical Pathology*. 3ª ed. Ed. Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, USA. Año 1999
7. ROSAI J.: *ACKERMAN'S SURGICAL PATHOLOGY*. 8ª Ed. Editorial Mosby (St Louis, Missouri, USA.) Año 1996. Pag. 494,495
8. O'CONNEL M, GRIXTI M, HARMER C. Thyroglossal duct carcinoma: Presentation and management, including eight case reports. *Clin oncol (R Coll Radiol)* 1998; 10(4)
9. FERNANDEZ JF, ORDOÑEZ NG, SCHULTZ PN, SAMAAAN NA, HICKEY RC: Thyroglossal duct carcinoma. *Surgery* 1991 Dec 110(6): 928-34
10. Van ZUIDEN LJ, MACHIN GA, MYDLAND WE: Follicular carcinoma

in a thyro- glossal duct. Can J. Surg 1979 Nov; 2286: 590-2

11. TUCCI G, RULLI F.: Follicular carcinoma in ectopic thyroid gland. A case report. G. Chir 1999 Mar; 20(3); 97-9

12. MORBINI J, KROUSTER TB, KLINGHOFFER; Squamous cell carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst. Am J. Surg 1974: 40; 290-294

13. RUPMANN E, GEORGSON G. Squamous carcinoma of the thyroglossal duct. Ger Med. Monthly 1966: 11; 442-445

14. NUSBAUM M. BUCHWALD RP, RIBNER A, MORI K, LITWINS J. Anaplastic carcinoma arising from the median ectopic thyroid (thyroglossal duct remnants) Cancer 1981, 48:2724-2728

15. Rosai, J. ; Carcangiu, M. L. ; DeLellis, R. A. : Tumors of the Thyroid Gland. Atlas of Tumor Pathology. Third Series, Fascicles 5. Armed Forces Institute of Pathology. Washington. D. C. 1992.