



Carcinoma papilar de tiroides y quiste de conducto tirogloso ¿relación o coincidencia?

Papillary thyroid carcinoma and thyroglossal duct cyst, relationship or coincidence?

Cosette Daniela Brulé Aldana,¹ Arturo Iván González González,² Ericka Peña Mirabal³

¹ Médico residente de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

² Médico adscrito al servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

³ Médico especialista en Patología.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México.

Correspondencia

Cosette Daniela Brulé Aldana
cosette.brule@hotmail.com

Recibido: 23 de noviembre 2023

Aceptado: 4 de febrero 2024

Este artículo debe citarse como: Brulé-Aldana CD, González-González AI, Peña-Mirabal E. Carcinoma papilar de tiroides y quiste de conducto tirogloso ¿relación o coincidencia? An Orl Mex 2024; 69 (1): 30-35.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v69i1.9377>

<https://otorrino.org.mx>
<https://nietoeditores.com.mx>

Resumen

ANTECEDENTES: El cáncer de tiroides es la neoplasia cervical más común, suele tener una apariencia nodular y sólida por imagen; sin embargo, los componentes quísticos pueden ocurrir en el 2.5 al 6%. Entre las causas más frecuentes de lesiones quísticas están las malformaciones congénitas de los arcos branquiales y el quiste tirogloso, dichas lesiones pueden aparecer en el contexto de un cáncer de tiroides bien diferenciado. Es importante conocer los diagnósticos diferenciales en manifestaciones atípicas para un correcto abordaje y tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 40 años de edad con aumento de volumen en el hemicuello derecho de 6 meses de evolución. A la exploración física se palpó aumento de volumen de 7 x 7 cm, de bordes regulares, lisos y móvil. Los estudios de imagen revelaron un nódulo tiroideo derecho y una masa hipodensa de bordes bien definidos y regulares, anteromedial al músculo esternocleidomastoideo. Se practicó una tiroidectomía total con disección ganglionar central y resección del quiste cervical derecho. Los resultados histopatológicos mostraron un carcinoma papilar de tiroides y un quiste tirogloso.

CONCLUSIONES: El diagnóstico correcto de las masas quísticas del cuello es importante debido a sus diferentes implicaciones en el abordaje terapéutico. Si bien éstas suelen tener un comportamiento benigno, siempre debe tomarse en cuenta la posibilidad de que se trate de una metástasis o que estén asociadas con algún componente maligno.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de tiroides; quiste tirogloso; neoplasia cervical.

Abstract

BACKGROUND: Thyroid cancer is the most common cervical neoplasm, these tend to have a nodular and solid appearance on imaging; however, cystic components may occur in 2.5%-6%. Among the most frequent causes of cystic lesions are the anomalies of the branchial arches and thyroglossal cyst; however, these lesions can occur in the context of well-differentiated thyroid cancer. It is important to know the differential diagnoses in these atypical presentations for a correct approach and treatment.

CLINICAL CASE: A 40-year-old male patient with a growing mass in the right neck for 6 months. On physical exam a 7 x 7 cm tumor was palpated with regular and smooth edges, mobile. Imaging studies revealed a right thyroid nodule and a hypodense mass with well-defined and regular borders, antero-medial to the sternocleidomastoid muscle. A total thyroidectomy with central lymph node dissection and resection of the right cervical cyst was performed. The histopathological results showed a papillary thyroid carcinoma and a thyroglossal cyst.

CONCLUSIONS: The correct diagnosis of cystic masses of the neck is important due to its different implications in the therapeutic approach. Although these usually have a benign behavior, we always have to take into account the possibility of a metastasis or a relationship with some malignant component.

KEYWORDS: Thyroid cancer; Thyroglossal cyst; Cervical neoplasm.

ANTECEDENTES

El cáncer de tiroides es la neoplasia cervical más común; en 2020 hubo 11,227 casos nuevos en México y su prevalencia a 5 años es de 37,094.¹ De dicho cáncer, el 85% corresponde al subtipo papilar; suele tener una apariencia nodular y sólida por imagen; sin embargo, los componentes quísticos pueden estar presentes en el 2.5 al 6%.^{2,3,4}

En un paciente adulto con una masa quística en el cuello localizada anterior al músculo esternocleidomastoideo, lo más común es que se trate de un quiste branquial hasta demostrar lo contrario; sin embargo, esta lesión puede ocurrir en el contexto de un cáncer de tiroides bien diferenciado con metástasis ganglionares. En la evaluación de dichas lesiones, las anomalías del conducto tirogloso ocupan un lugar destacado en el diagnóstico diferencial. Las imágenes diagnósticas comúnmente inician con un ultrasonido de cuello, seguido de exámenes de tomografías y resonancia magnética que ayudan en el diagnóstico final y la evaluación de la extensión anatómica.⁵

La importancia de conocer estas manifestaciones atípicas o poco comunes radica en el momento de establecer el diagnóstico histopatológico, ya que los cambios quísticos en la glándula tiroides o asociados con ésta disminuyen la eficacia de la prueba de aspiración por aguja fina, debido a la dificultad de obtener un contenido celular adecuado, lo que se vuelve un reto diagnóstico y terapéutico.³

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 40 años que inició con aumento de volumen en el hemicuello derecho de 6 meses de evolución sin causa aparente y disfagia en el último mes, sin dolor, cambios en la calidad de la voz o disnea.

A la exploración se identificó en la región cervical derecha aumento de volumen de 7 x 7 cm, de bordes regulares y lisos, consistencia fluctuante, no adherido a planos profundos. La glándula tiroidea eutrófica en el lóbulo izquierdo y el lóbulo derecho no valorable por el aumento de volumen, piel de características normales.

Las pruebas de función tiroidea eran normales y el ultrasonido reveló un nódulo tiroideo derecho de 1 x 1 cm TIRADS 4, e imagen quística independiente a nivel ganglionar IIB derecho de 6 x 4 x 4 cm, bien definida, hipocóica, con múltiples ecos en su interior.

La tomografía computada de cuello simple y contrastada evidenció una masa hipodensa de bordes bien definidos y regulares, medial y anterior al músculo esternocleidomastoideo derecho, de 5.5 x 4 x 6 cm, desde el reborde mandibular derecho hasta el borde inferior del cartílago cricoides, que desplazaba estructuras vasculares y la vía aérea. En el lóbulo tiroideo derecho se observó una lesión hipodensa de bordes mal definidos con dimensiones de 1.5 x 1 cm, sin aparente infiltración de estructuras adyacentes. No se observaron adenopatías. **Figura 1**

Se decidió realizar tiroidectomía total con disección ganglionar central y resección de quiste cervical derecho (**Figura 2**). El reporte histopatológico fue de carcinoma papilar de tiroides

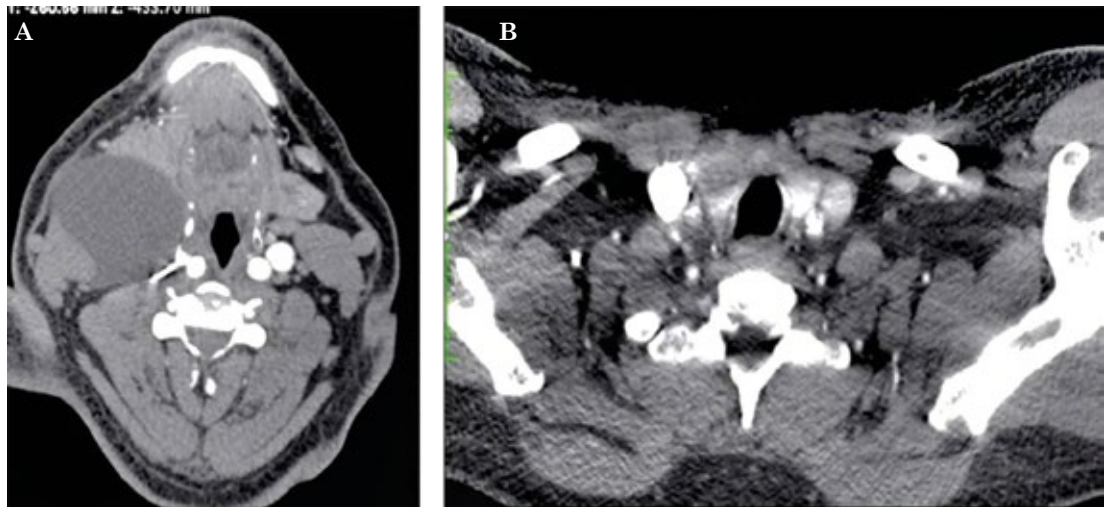


Figura 1

Corte axial de tomografía de cuello contrastada. **A.** Se observa una masa hipodensa derecha, bien delimitada, anteromedial al músculo esternocleidomastoideo y anterior a grandes vasos. **B.** Lóbulo tiroideo derecho con un nódulo hipodenso.



Figura 2

Pieza macroscópica de quiste cervical derecho.

multifocal, convencional, de 1.5 x 1.3 x 1 cm, con angioinvasión e invasión linfática, con un ganglio positivo a células neoplásicas (1/8). TNM: T1bN1aM0 (**Figuras 3 y 4**). El paciente recibió yodo radioactivo a razón de 150 mCi. Actualmente está en control, sin recidiva tiroidea ni quística.

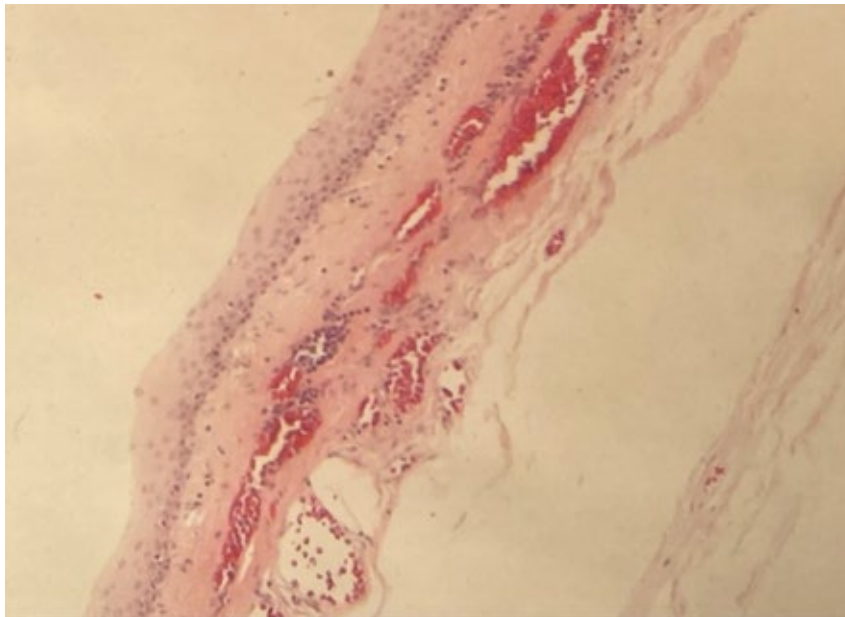


Figura 3

Corte histológico del quiste cervical con tinción de hematoxilina y eosina (20X) que muestra epitelio plano estratificado, no queratinizado, sin atipias ni mitosis, compatible con quiste tirogloso.

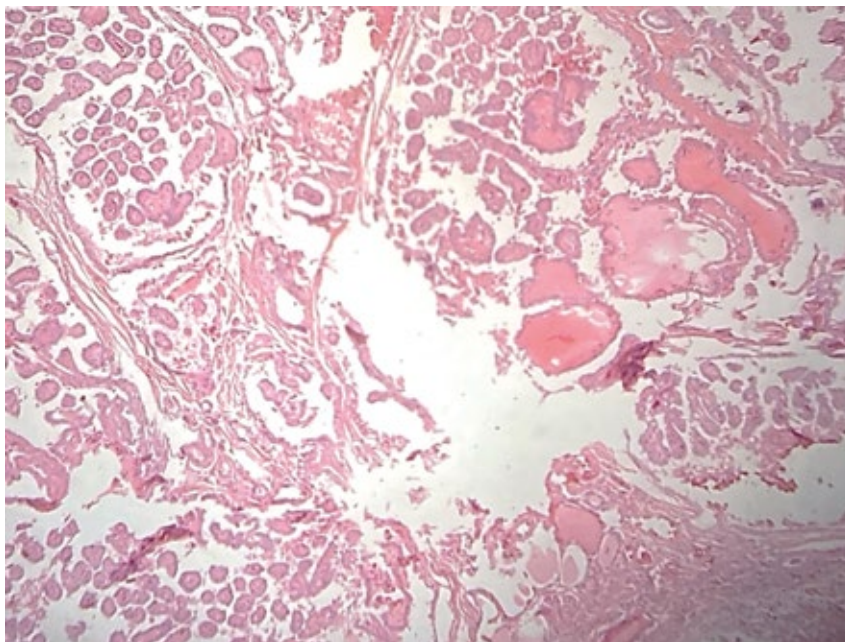


Figura 4

Corte histológico de glándula tiroidea con tinción de hematoxilina y eosina (10X), compatible con carcinoma papilar de tiroides con patrón clásico.

DISCUSIÓN

Las masas quísticas cervicales representan un dilema diagnóstico, no solo entre los especialistas de cabeza y cuello, sino también en los servicios de patología e imagen, ya que éstas pueden asociarse con lesiones congénitas, inflamatorias e, incluso, tener un carácter maligno.

El carcinoma de tiroides metastásico ganglionar puede provocar cambios degenerativos quísticos y adquirir la forma de una masa quística, dando la falsa impresión de tratarse de un quiste branquial.⁶ De igual manera, pueden ser parte de los primeros signos clínicos de un carcinoma, asociado con más frecuencia con el carcinoma papilar de tiroides como una degeneración ganglionar metastásica.

El primer estudio diagnóstico de las lesiones cervicales tipo quísticas es el ultrasonido de cuello con toma de biopsia por aguja fina; sin embargo, ésta tiene la desventaja de contar con una alta tasa de falsos negativos (50-67%) debido a la hipocelularidad causada por la dilución del material celular. Se piensa que estos cambios pseudoquísticos ganglionares son resultado de la degeneración espontánea o posterior a la radicación de la queratina dentro del depósito del ganglio linfático.⁶

El carcinoma asociado con quiste de conducto tirogloso es extremadamente raro, ocurre en el 1% de los casos y habitualmente tienen una manifestación similar a su contraparte benigna, con aumento de volumen cervical en la línea media y el diagnóstico suele establecerse posterior a los estudios histopatológicos.⁴

Los quistes de la hendidura branquial son masas cervicales, generalmente laterales, que se relacionan con una anomalía congénita del arco branquial, son más comunes en pacientes jóvenes y tienden a ser más frecuentes las anomalías del segundo arco (90%), localizándose anteromedial al músculo esternocleidomastoideo. El carcinoma papilar de tiroides asociado con estos remanentes es poco frecuente, son más comunes relacionados con estadios avanzados del mismo.²

El paciente del caso comunicado tuvo una manifestación clínica atípica que podría ser compatible con un quiste branquial basado en los estudios de imagen y en la exploración física; sin embargo, el resultado definitivo por estudio histopatológico reportó un epitelio plano estratificado no queratinizado compatible con un quiste tirogloso; en la bibliografía se comenta que histológicamente los quistes de conducto tirogloso están compuestos por un revestimiento epitelial de epitelio columnar ciliado escamoso o pseudoestratificado con o sin tejido de la glándula tiroides ectópica, lo que coincide con los resultados histológicos de nuestro caso. De igual manera, se han descrito localizaciones laterales suprahioides de quistes de conducto tirogloso, que pueden diferenciarse por imagen de los quistes branquiales ya que muestran un componente de extensión medial hacia el hueso hioides y de localización anterior a los vasos carotídeos.^{5,7-10}

CONCLUSIONES

La evaluación precisa de las masas anteriores del cuello requiere el conocimiento de la embriología de la glándula tiroides para reconocer las anomalías, variantes y complicaciones del conducto tirogloso y el correcto diagnóstico de las masas quísticas del cuello es importante debido a sus diferentes implicaciones en el abordaje terapéutico.

Si bien las lesiones quísticas suelen tener un comportamiento benigno, en los adultos siempre debe tomarse en cuenta la posibilidad de que se trate de una metástasis o de que estén asocia-

das con algún componente maligno y, por tanto, deben hacerse los estudios complementarios pertinentes que proporcionen la información adicional para el manejo terapéutico final.

REFERENCIAS

1. Gür H, Arpacı RB, İsmi O, Dağ A, Vayısoglu Y, Görür K. Papillary thyroid carcinoma spreading into branchial cleft cyst. *Turk Arch Otorhinolaryngol* 2019; 57: 95-98. doi: 10.5152/tao.2019.4151.
2. Globocan. International Agency for research on Cancer 2023. En: <https://gco.iarc.fr/>.
3. Fortuna GMG, Rios P, Rivero A, Zuniga G, Dvir K, Pagacz MM, et al. Papillary thyroid carcinoma with cystic changes in a patient with prior history of toxic nodule. *J Investig Med High Impact Case Rep* 2020; 8: 1-5. doi: 10.1177/2324709620942672.
4. Totesora D, Chua-Agcaoili MT. Cystic papillary thyroid carcinoma: A case report. *J ASEAN Fed Endocr Soc* 2019; 34: 215-219. doi: 10.15605/jafes.034.02.14.
5. Patel S, Bhatt AA. Thyroglossal duct pathology and mimics. *Insights Imaging* 2019; 10: 1-12. doi: 10.1186/s13244-019-0694-x.
6. Martínez O, Santos E, Calvo J. Cáncer papilar de tiroides metastásico, asociado a quiste branquial. Reporte de caso. *Rev Méd Cient* 2018; 30: 17-2.
7. Thompson L. Thyroglossal duct cyst. *Ear, Nose Throat J.* 2017; 96: 54-55.
8. Amos J, Shermetaro C. Thyroglossal duct cyst. En: *StatPearls. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024 enero.*
9. Taha A, Enodien B, Frey DM, Taha-Mehlitz S. Thyroglossal duct cyst, a case report and literature review. *Diseases* 2022; 10 (1): 7. doi:10.3390/diseases10010007.
10. Fang N, Angula LN, Cui Y, Wang X. Large thyroglossal duct cyst of the neck mimicking cervical cystic lymphangioma in a neonate: a case report. *J Int Med Res* 2021; 49: 1-4. doi: 10.1177/0300060521999765.