



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de caso

Quiste tirogloso maligno. Reporte de caso Malignant cyst thyroglossal. Case report

José Antonio García Usta, MD*, Francisco Javier Revollo Zúñiga, MD**

* Médico Especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Clínica Fundación Cardiovascular, Instituto del Corazón Santa Marta.

** Médico Especialista en Otorrinolaringología. Servicio de otorrinolaringología, Clínica Saludcoop Santa Marta. Clínica Fundación Cardiovascular, Instituto del Corazón Santa Marta.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 27 de enero de 2014

Revisado: 30 de enero de 2014

Aceptado: 27 de marzo de 2014

Palabras clave:

Quiste Tirogloso, Carcinoma Papilar, Glándula Tiroides.

RESUMEN

Introducción: El quiste del conducto tirogloso es una anomalía congénita que se presenta generalmente en la edad pediátrica como una masa en la línea media del cuello, que asciende con la deglución. mundialmente de carcinoma del quiste del conducto tirogloso. **Objetivo:** Presentar un caso clínico demostrando la historia natural de esta condición, diagnóstico y las difíciles decisiones que enmarcan su tratamiento. **Diseño:** Descripción de un caso. **Materiales y métodos:** Presentamos un paciente de 19 años, con una masa en región submaxilar derecha, de crecimiento progresivo; blanda, e indolora de 6x6cm de dos meses de evolución; la tomografía contrastada mostró una masa sin contornos definidos, con calcificaciones, con captación heterogénea del medio de contraste, considerándose un tumor de glándula submaxilar; la biopsia reportó tejido fibroconectivo bien vascularizado, con leve infiltrado perivascular linfocitario y hemosiderófagos; intraoperatoriamente se encuentra masa de aspecto fibroso quístico, en región submandibular derecha y submentoniana, fija a planos musculares, con contenido líquido cetrino en relación con el hioides considerándose quiste tirogloso con transformación maligna confirmándose posteriormente por patología como carcinoma papilar metastásico; se realizó tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar con resultado histopatológico negativo para malignidad. **Resultados:** En junta oncológica, se considera carcinoma papilar de quiste del conducto tirogloso, totalmente resecado. **Conclusiones:** La presentación clínica del quiste del conducto tirogloso y el carcinoma del mismo es similar en fases tempranas, pero ante la presencia de una masa cervical anterior de rápido crecimiento, fija, indurada, irregular; multilobulada, pared de grosor irregular y calcificaciones en TAC, es imperativo pensar en carcinoma.

Correspondencia:

Dr. Francisco Javier Revollo Zúñiga

Calle 12 18-122 bloque 1 apto 404 Santa Marta, Colombia

Tel: 4203961; Celular 3157015872; franciscorevollo@hotmail.com

ABSTRACT

Key words:

Thyroglossal Cyst; Carcinoma, papillary; Thyroid Gland.

Introduction: The thyroglossal duct cyst is a congenital anomaly that usually occurs in children as a mass in the midline of the neck, which ascends with swallowing. Less than three hundred cases of thyroglossal duct cyst carcinoma have been reported worldwide. **Objective:** To present a case showing the natural history of this particular condition, diagnosis and difficult decisions about treatment. **Design:** Case report. **Materials and methods:** We report a 19 years old patient, with a soft, painless and progressive growth 6x6cm mass in the right submandibular region during two months; tomography showed a mass with undefined limits, calcifications, isodense and hypodense areas with heterogeneous uptake of contrast; hence a submandibular gland tumor was considered; biopsy reported well-vascularized fibrous connective tissue, with mild perivascular lymphocytic infiltrate and hemosiderophages. At surgery a fibrous cystic mass, fixed to deep tissue in the right submental and submandibular region, with citrine liquid, close to hyoid bone was found; then a thyroglossal cyst with malignant transformation was considered with subsequent confirmation by pathology as a papillary carcinoma metastatic, so a total thyroidectomy with lymph node dissection was performed with histopathological negative results for malignancy. **Results:** By oncology board, a thyroglossal duct cyst papillary carcinoma completely resected was considered. **Conclusions:** The clinical presentation of thyroglossal duct cyst and carcinoma is similar in early stages, but in the presence of a fast growth anterior cervical mass, fixed, indurated, irregular, with a tomography showing multiple lobules, irregular wall and calcifications, it is imperative to consider a TDC carcinoma.

Introducción

En el periodo embrionario, la glándula tiroides desciende desde la base de la lengua hasta la porción anteroinferior del cuello, a través del conducto tirogloso, que se cierra entre la séptima y la décima semana de gestación. Alteraciones en la reabsorción o la permanencia de restos epiteliales pueden ocurrir en cualquier localización a través del tracto, de modo que forman la base para el desarrollo de los quistes del conducto tirogloso (QCT) (1). La persistencia del conducto tirogloso se establece en un 7%, y su presentación clínica es la de una masa palpable en la región anterior del cuello, a nivel de la línea media, que asciende con la deglución y que comúnmente se demuestra en la edad pediátrica.

Se ha determinado que en el 1% de los quistes tiroglosos se puede encontrar un carcinoma oculto, y en la mayoría de los casos se descubre de forma casual en el estudio histopatológico del espécimen quirúrgico. El carcinoma más frecuentemente encontrado es el de tipo papilar, que representa más del 90% de los casos, seguido por el tipo mixto, papilar/folicular, con el 7%, y el carcinoma escamoso, con un 5% (2).

La presentación clínica del QCT y el carcinoma en el QCT son similares en fases tempranas; sin embargo, este último puede manifestarse como una masa cervical anterior de rápido crecimiento, fija, indurada, irregular, acompañada de adenopatías en el grupo yugular superior. En la tomografía con contraste de cuello se sospecha malignidad, frente a una lesión de gran tamaño, con multilobulación, pared de grosor irregular y que evidencia calcificaciones en su interior (3).

El tratamiento establecido para el QCT es la operación descrita por Sistrunk, en la que se remueve el quiste, porción central del hueso hioides, y se practica disección del conducto tirogloso hasta la base lingual. Por la poca casuística que se tiene sobre los carcinomas del QCT, no existen criterios claros para el manejo ni el tratamiento de estos pacientes. En las revisiones publicadas se puede establecer que en los pacientes con diagnóstico incidental de cáncer papilar de tiroides originado en un QCT, y en presencia de una glándula tiroides clínica y radiológicamente normal, basta como tratamiento la operación de Sistrunk, con la consideración de que la resección debe ser completa y que el tumor no se extienda más allá de la pared quística. En presencia de lesiones neoplásicas sincrónicas de la glándula tiroides, clínica o radiológicamente, se recomienda la tiroidectomía total, con disección ganglionar y yodoterapia postoperatoria.

El pronóstico del carcinoma del QCT es similar o mejor que el del carcinoma de la glándula tiroides, con cifras de supervivencia mayores del 95% (4-5).

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 19 años de edad, natural, procedente y residente de la ciudad de Santa Marta, departamento del Magdalena (Colombia), de ocupación estudiante, que consulta en julio del 2012 a la Clínica Saludcoop Santa Marta por una sintomatología de dos meses de evolución, caracterizada por una masa en la región submaxilar derecha, de crecimiento progresivo, valorado por

médico general con ecografía, la cual reporta masa mixta submentoniana y submaxilar de causa por determinar. Al examen físico se palpa blanda, depresible e indolora, con un tamaño aproximado de 6 x 6 centímetros. Se solicita tomografía de cuello con contraste, que muestra masa sin contornos definidos a nivel sublingual y submaxilar derecho, con calcificaciones, zonas isodensas e hipodensas, con captación heterogénea del medio de contraste (Figuras 1 y 2). Se plantea una impresión diagnóstica de tumor de glándula submaxilar; se practica biopsia con aguja tipo Tru-Cut®, y se reporta tejido fibroconectivo bien vascularizado, con leve infiltrado perivascular linfocitario y hemosiderófagos; no se reconoce órgano.

Se procede a resección quirúrgica, y se encuentra masa de aspecto fibroso quístico, que ocupa región submandibular derecha y submentoniana, fija a planos musculares, con contenido líquido cetrino y en sugestiva relación con el hueso hioides. Se reseca en su totalidad, junto con el cuerpo del hueso mencionado. Por los hallazgos intraquirúrgicos, se considera como un quiste tirogloso con transformación maligna (Figura 3).

En el resultado de patología se informa de una neoplasia originada en la glándula tiroidea, cuyo estudio se debe complementar con inmunohistoquímica. Se realiza lo solicitado por el patólogo y se notifica como carcinoma papilar metastásico, con inmunoperfil que favorece origen primario

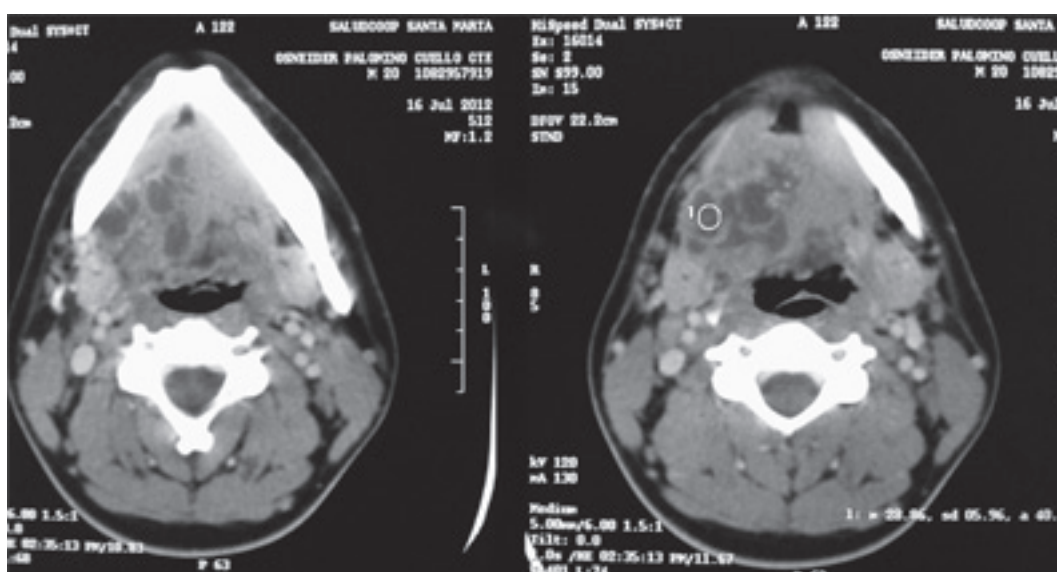


Figura 1. Tomografía de cuello contrastada, corte axial que señala lesión y su componente heterogéneo.

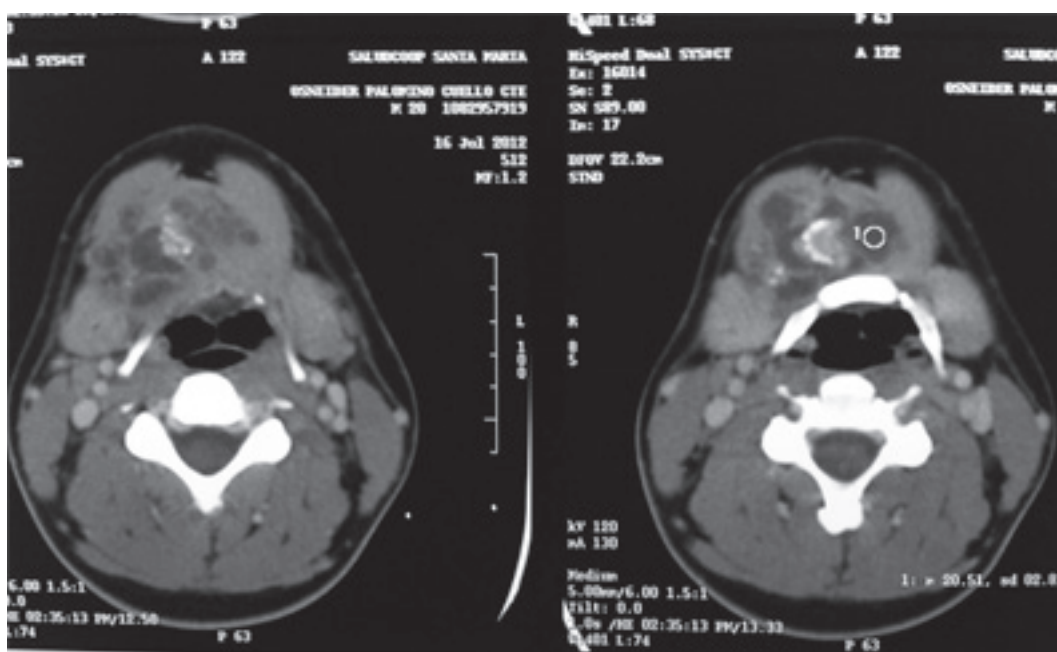


Figura 2. Tomografía de cuello contrastada, corte axial que muestra lesión y calcificaciones en su interior.

en tiroides. El paciente es llevado a cirugía oncológica, y se practica tiroidectomía total más vaciamiento de cuello, con resultado histopatológico negativo para malignidad. En una revisión ulterior por junta oncológica, se considera como un carcinoma papilar proveniente de un quiste del conducto tirogloso, totalmente resecaado.

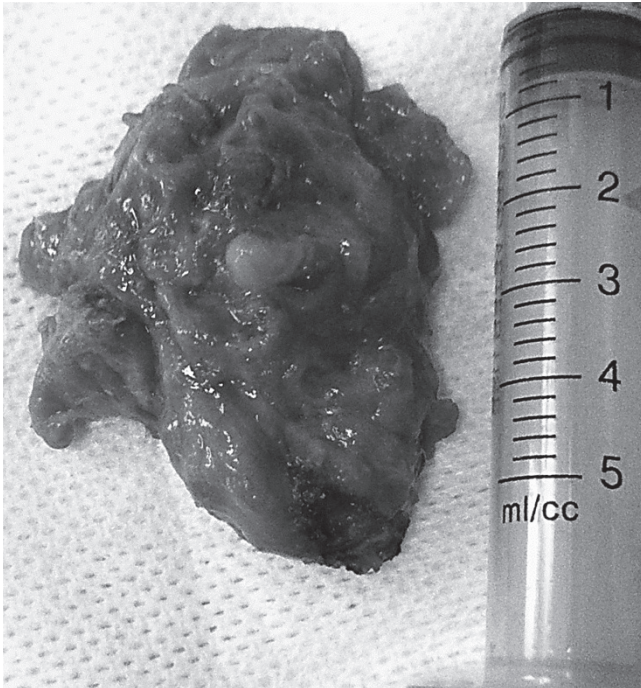


Figura 3. Espécimen quirúrgico.

Conclusiones

La presentación clínica del QCT y el carcinoma en el QCT es similar en fases tempranas, pero ante la presencia de una masa cervical anterior de rápido crecimiento, fija, indurada, irregular, con una tomografía contrastada que evidencia una lesión de gran tamaño, con multilobulación, pared de grosor irregular y con calcificaciones en su interior, es imperativo pensar que estamos ante un carcinoma en el QCT.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

1. González C. Cáncer primario de tiroides en un quiste tirogloso. *Rev Colomb Cir*, 2008; 23: 112-6.
2. Ojeda JP, Celedón C. Carcinoma papilar del conducto tirogloso. Reporte de 2 casos y revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab-Cue*, 2002; 62: 33-41.
3. Smiti S, Sherif Mahmood N. Papillary carcinoma arising from a thyroglossal duct cyst. *Indian J Radiol Imaging*, 2009; 19: 120-2.
4. Taori K, Rohatgi S, Mahore DM, Dubey J, Saini T. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst: A case report and review of literature. *Indian J Radiol Imaging*, 2005; 15: 531-3.
5. Kart A, Ortug C, Aydar Y, Ortug G. An incidence study on thyroglossal duct cysts in adults. *Saudi Med J*, 2007, 28: 593-7.