



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Reporte de caso

Cáncer papilar en quiste del conducto tirogloso: serie de casos

Papillary cancer in thyroglossal duct cyst: A case series

Javier Isaac Molina-Velásquez*

* Otorrinolaringólogo. Hospital Regional San Miguel, Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). San Miguel, El Salvador.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0520-2707>

Forma de citar: Molina-Velásquez JI. Cáncer papilar en quiste del conducto tirogloso: serie de casos. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2025;53(4):359-365. Doi: <https://doi.org/10.37076/acorl.v53i4.826>

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 23 de enero de 2025

Evaluado: 02 de diciembre de 2025

Aceptado: 11 de diciembre de 2025

Palabras clave (DeCS):

Quiste tirogloso, glándula tiroides, carcinoma papilar, tiroidectomía, procedimientos quirúrgicos otorrinolaringológicos.

RESUMEN

Introducción: Los quistes del conducto tirogloso (TGDC) son restos inusuales de la glándula tiroides. El carcinoma papilar del conducto tirogloso es extremadamente raro en la práctica clínica. **Casos clínicos:** se presentan cuatro casos de carcinoma papilar del quiste del conducto tirogloso. **Discusión:** el carcinoma papilar del quiste del conducto tirogloso se considera un hallazgo poco frecuente, que se presenta en aproximadamente el 1% de los casos de quiste del conducto tirogloso. Se recomienda la tiroidectomía total para los casos con transformación maligna, especialmente si hay evidencia de invasión o cuando el tumor supera 1 centímetro de tamaño. **Conclusión:** los carcinomas que surgen de los restos del quiste del conducto tirogloso son poco frecuentes y pueden presentarse solo como hinchazón de la parte anterior del cuello. La necesidad de tiroidectomía debido a una enfermedad tiroidea ya sea maligna o benigna, no es infrecuente en pacientes con quiste del conducto tirogloso.

Correspondencia:

Javier Isaac Molina Velásquez

Correo electrónico: javier_molina100@hotmail.com

Dirección: Calle Saturno, Polígono C-4. Casa n.º 24. Colonia Satélite de Oriente, San Miguel, San Miguel.

Teléfono celular: (+503) 7180-4119

ABSTRACT

Key words (MeSH):

“Parotid gland”, “parotid neoplasms”, “herpesvirus 4, human”,

Introduction: Thyroglossal duct cysts (TGDC) are unusual remnants of the thyroid gland. Papillary carcinoma of the thyroglossal duct is extremely rare in clinical practice. **Case series:** Four cases of patients with papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst are presented. **Discussion:** Papillary carcinoma of the thyroglossal duct cyst is considered a rare finding, occurring in approximately 1% of thyroglossal duct cyst cases. Total, thyroidectomy is recommended for cases with malignant transformation, especially if there is evidence of invasion or when the tumor exceeds 1 centimeter in size. **Conclusion:** Carcinomas arising from thyroglossal duct cyst remnants are rare and may present only as swelling of the anterior neck. The need for thyroidectomy due to thyroid disease, whether malignant or benign, is not uncommon in patients with thyroglossal duct cyst.

Introducción

Los quistes del conducto tirogloso (TGDC) son las malformaciones congénitas del cuello más prevalentes y constituyen el 7% de las tumoraciones cervicales en adultos y el 75% en niños. La gran mayoría de los TGDC son benignos, y los casos malignos representan aproximadamente el 1%. Durante las primeras etapas del desarrollo embrionario, la tiroides surge del primordio tiroideo. El primordio tiroideo desciende gradualmente hasta la superficie anterior del cartílago tiroides, dando lugar a la glándula tiroides. La estructura tubular formada durante el descenso del primordio tiroideo, conectada a él, se conoce como conducto tirogloso. Este conducto suele sufrir una degeneración progresiva y desaparecer entre las semanas 6 y 8 de gestación. En los casos en que se produce una degeneración incompleta del conducto tirogloso, se puede generar la formación de un TGDC. En los casos en que el conducto tirogloso retrocede de forma incompleta, puede persistir tejido tiroideo residual en su interior. La transformación de dicho tejido tiroideo residual puede dar lugar al desarrollo de un carcinoma del conducto tirogloso (1, 2).

El carcinoma papilar del conducto tirogloso es extremadamente raro en la práctica clínica (3). Los quistes del conducto tirogloso (TGDC) son restos inusuales de la glándula tiroides que pueden surgir en cualquier lugar a lo largo de la vía de migración de la tiroides. Este fenómeno es el tipo de masa congénita del cuello más frecuente en niños, con una prevalencia de ~7% en la población general (4).

El diagnóstico del quiste del conducto tirogloso se basa en la combinación de la ecografía y la punción aspiración con aguja fina (PAAF). Sin embargo, el diagnóstico clínico y el tratamiento no se basan únicamente en la exploración auxiliar (5). Incluso el carcinoma del quiste del conducto tirogloso es una entidad que se diagnostica a menudo en el período posoperatorio (6).

La ecografía de alta resolución permite obtener imágenes rápidas, seguras y confiables de los TGDC en ambos lados del hueso hioides (inferior y superior), lo que tiene un impacto en la planificación quirúrgica (7).

En la literatura, todavía existe un debate en curso sobre las diferencias en la presentación clínica, el sexo y la re-

currencia posoperatoria del carcinoma de tiroides en niños y adultos (8). En los casos de carcinoma papilar, se recomienda la tiroidectomía total, además del procedimiento de Sistrunk, para prevenir la recurrencia y controlar el riesgo de metástasis. El seguimiento a largo plazo es crucial debido al riesgo de recurrencia (6).

A continuación, se presentan cuatro casos clínicos, cuyo objetivo es describir la frecuencia, características demográficas y formas de presentación del carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso, así como una evaluación de los resultados quirúrgicos y la necesidad de tratamientos complementarios, para un manejo adecuado de esta patología.

Reporte de casos

Caso 1

Se trata de un paciente masculino de 45 años con historia de seis años de evolución de tumoración en el cuello que ha ido aumentando progresivamente de tamaño. Tiene antecedentes de diabetes mellitus. Durante la exploración física se palpó una tumoración de 3 × 2 cm en la región infrahiodea. Se realizó una ecografía de cuello (USG, por sus siglas en inglés) que evidenció un aumento del diámetro longitudinal de ambos lóbulos tiroideos, especialmente en el lóbulo derecho debido a la presencia de un nódulo sólido de 2,4 cm con características adenomatosas. Dicho nódulo no presentó quistes ni calcificaciones y mostró vascularidad normal, por lo que se clasificó como TIRADS II según el Thyroid Imaging Reporting and Data System. No se identificó un quiste del conducto tirogloso. Se indicó una tomografía computarizada (TC) de cuello, en la cual se observaron 2 masas de densidad líquida con bordes bien definidos. La primera se extendía sobre la base de la lengua del lado derecho, luego se desplazaba por la línea media, que es suprahiodea, medida 1,9 × 1,7 cm, con una densidad de 25 unidades Hounsfield (HU, por sus siglas en inglés). La segunda masa quística tenía una densidad de 15 UH, medida 2,1 × 3 cm, con tabiques finos y bordes circunscritos, se localizaba en la línea media del cartílago tiroides, terminando más o menos a 3 cm de la glándula tiroides, antes del cartílago tiroides e inmediatamente después de este (**Figura 1**).

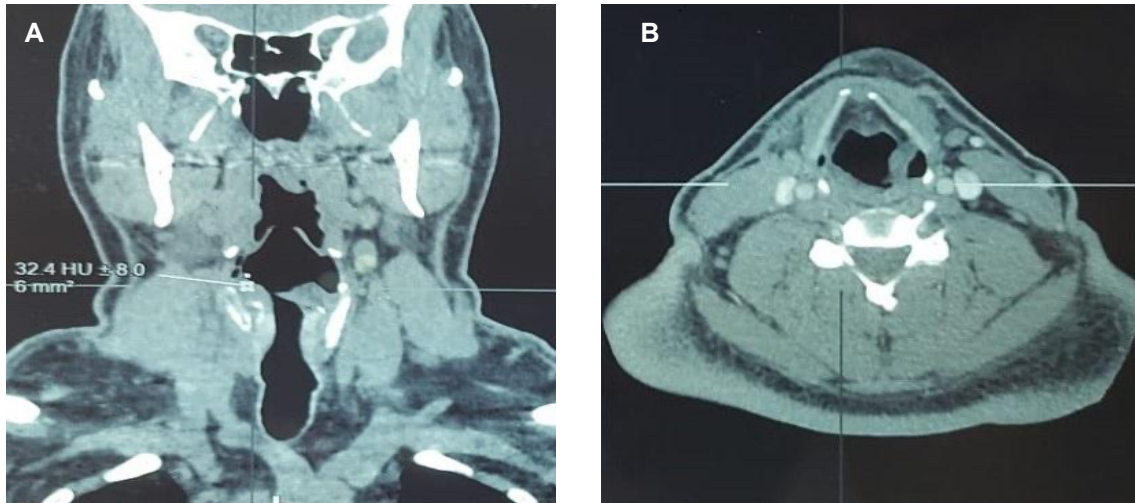


Figura 1. En los cortes coronal (A.) y axial (B) de la tomografía computarizada de cuello se observan dos masas de densidad líquida con bordes bien definidos. La primera se extiende sobre la base de la lengua del lado derecho, luego se desplaza sobre la línea media que es suprahióidea, mide $1,9 \times 1,7$ cm, con una densidad de 25 HU. La segunda masa quística se localiza con una densidad de 15 HU, mide $2,1 \times 3$ cm, con septos delgados y bordes circunscritos, y se localiza sobre la línea media del cartilago tiroides, terminando más o menos a 3 cm de la glándula tiroides, antes del cartilago tiroides e inmediatamente después de este. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

Se indica una PAAF, la cual arroja un resultado positivo para malignidad (carcinoma papilar de tiroides derecho, Bethesda IV). Los estudios tiroideos reportaron un valor de hormona estimulante de la tiroides (TSH, por sus siglas en inglés) de 3,49 uIU/mL, triyodotironina (T3) de 1,46 ng/mL, tetrayodotironina (T4) de 4,56 ng/mL y tiroglobulina de 21,210 ng/mL.

El paciente fue sometido a un procedimiento de Sistrunk, mediante el cual se extirpó un quiste de 8×6 cm más tumoración submentoniana de aproximadamente 4×2 cm. La biopsia describió una cavidad revestida por epitelio cúbico con neoplasia papilar maligna moderadamente diferenciada con invasión focal de la cápsula, por lo que se confirmó la presencia de un carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso. Posteriormente, se programó una tiroidectomía total, en

la cual se encontró tumoración en el polo superior del lóbulo tiroideo derecho, sin infiltración de músculos tiroideos, parcialmente adherida al tejido circundante (**Figura 2**).

En los estudios tiroideos de control se encontró una TSH de 7,35 uIU/mL y tiroglobulina de 269 ng/mL, por lo que se realizó una linfadenectomía del compartimento laterocervical, donde se encontró un remanente de quiste tirogloso más metástasis laterocervical derecha en la zona III A y V A.

Caso 2

Este es el caso de una paciente de 28 años, con 1 año de evolución de tumoración en la región submentoniana, que se inflama ocasionalmente y que nunca ha requerido drenaje, acompañada de odinofagia. La paciente niega fiebre y no tiene antecedentes médicos de relevancia.



Figura 2. Imagen transoperatoria después de tiroidectomía total, sin evidencia de sangrado. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

En la exploración física se identificó una tumoración redondeada, móvil y dolorosa, de 2×2 cm, localizada en la línea media del cuello, a nivel infrahioideo.

La ecografía de cuello evidenció una imagen hipodensa en la línea media, de $2 \times 0,9$ cm de diámetro, sin realce tras la administración de contraste intravenoso, compatible con quiste del conducto tirogloso. No se realizó PAAF. Los estudios tiroideos mostraron los siguientes valores: TSH 72,44 uIU/mL, T3 1,52 ng/mL, T4 1,680 ng/mL y tiroglobulina 0,04 ng/mL.

Se realizó un procedimiento de Sistrunk mediante el cual se extrajo un quiste del conducto tirogloso de aproximadamente 2×1 cm, sin contenido seroso, adherido al hueso hioides. Se envió una muestra para biopsia, la cual fue reportada como sospechosa de cáncer papilar de tiroides, con inmunohistoquímica positiva para citoqueratina 19-90. Posteriormente, se realizó una tiroidectomía total, donde se observó una glándula tiroides normal.

La paciente mostró una buena evolución posoperatoria, se le realizó una nasofaringolaringoscopia, la cual reportó un buen movimiento de las cuerdas vocales. Se le realizó tratamiento con yodo: 50 mCi de I-131 en abril de 2019. La gammagrafía de coriopotenciales totales (GCT), realizada en abril de 2021, arrojó resultados negativo (**Figura 3**). Actualmente, la paciente no presenta recidiva tumoral y recibe tratamiento diario con 1 comprimido de 100 µg de levotiroxina.

Caso 3

Se trata de una paciente de 36 años, evaluada en julio de 2023 por antecedentes de aproximadamente 1 año de desarrollo de un quiste tirogloso. El 8 de febrero de 2024, la paciente fue sometida al procedimiento de Sistrunk. No había antecedentes médicos relevantes. Se realizó una ecografía de cuello que mostró nódulos simples de apariencia benigna ubicados en ambos lóbulos tiroideos y quistes simples ubicados en el lóbulo tiroideo derecho (**Figura 4**). No se realizó PAAF.

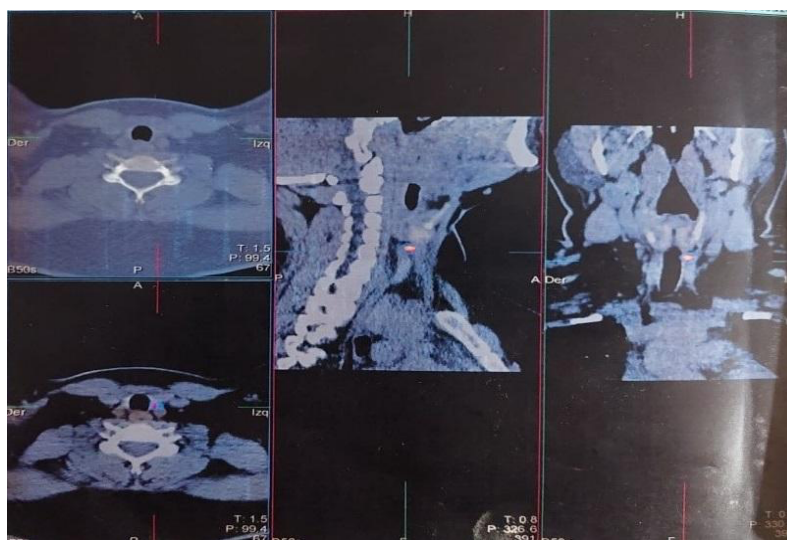


Figura 3. RCT corporal total después de la terapia con 50 mCi de I-131, donde no se observan áreas de captura de yodo. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

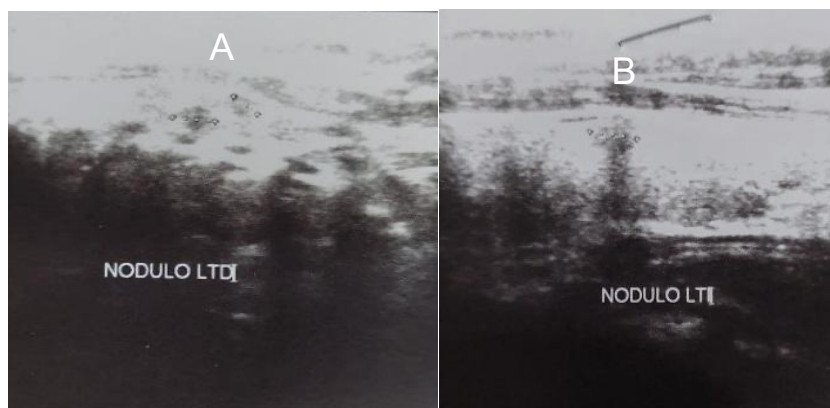


Figura 4. Ecografía de cuello que muestra nódulos simples de apariencia benigna ubicados en ambos lóbulos tiroideos derechos (A) y en el lóbulo tiroideo izquierdo (B). Quistes simples ubicados en el lóbulo tiroideo derecho (A). Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

En los estudios tiroideos preoperatorios se encontró TSH de 3,3 uIU/mL, T3 de 1,46 ng/mL, T4 de 12,3 ng/mL. La biopsia confirmó el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides multifocal de 0,2 cm, en lóbulos derecho e izquierdo, sin invasión linfovascular ni perineural y sin invasión de la cápsula.

Se realizó una tiroidectomía total, donde se observó que la tiroides tenía múltiples nódulos en ambos lóbulos, de aproximadamente 0,5 a 4 cm. Tras el procedimiento, la paciente muestra buena evolución, fue sometida a una nasofaringolaringoscopia, la cual reportó buen movimiento de las cuerdas vocales. Por último, se indicó tratamiento con yodo: ablación del remanente con 30 mCi.

Caso 4

Este es el caso de una paciente de 48 años, con antecedentes de 20 años de bocio nodular difuso y de 6 meses de aparición de tumoración en la región infrahioidea. La paciente también tenía antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

En la exploración física se encontró tumoración de 2 × 2 cm en la región infrahioidea. Se realizó una ecografía de cuello, donde se evidenció el aumento del tamaño de la glándula tiroides, con ligeras alteraciones en su ecoestructura y presencia de un nódulo sólido definido en el istmo tiroideo que medía 13 × 8,5 mm. El istmo medía 2,5 mm de espesor. La PAAF arrojó un resultado positivo para malignidad. Los estudios de la función tiroidea mostraron valores de TSH de 2,85 uIU/mL, T3 de 1,46 ng/mL, T4 de 6,20 ng/mL y tiroglobulina de 26,6 ng/mL.

Se realizó una tiroidectomía radical que mostró tumoración de 1,2 × 0,8 cm en el lóbulo piramidal e istmo de la glándula tiroides. La biopsia confirmó el diagnóstico de carcinoma papilar clásico, glándula tiroides, lóbulo piramidal e istmo, quiste del conducto tirogloso, región del cuello (**Figura 5**).



Figura 5. Pieza quirúrgica posterior a la tiroidectomía radical donde se encuentra tumoración de 1,2 × 0,8 cm en el lóbulo piramidal e istmo de la glándula tiroides. Imágenes propiedad de los autores, tomadas de los pacientes.

La paciente mostró buena evolución postoperatoria, se le realiza nasofaringolaringoscopia, la cual reporta buen movimiento de cuerdas vocales. Se sugirió el tratamiento con 100 mCi de I-131. La paciente será hospitalizada el 10 de enero de 2025 y toma un comprimido diario de 100 µg de levotiroxina.

Discusión

La tiroides ectópica, caracterizada por la presencia de tejido tiroideo funcional fuera de su ubicación normal, generalmente surge del descenso anormal del tejido tiroideo primitivo durante la embriogénesis. Entre los carcinomas tiroideos ectópicos, el carcinoma del conducto tirogloso es el tipo clínico más común, con una tasa de prevalencia del 0,7% al 1,5%. El primer caso informado de esta enfermedad se remonta a 1911, cuando fue documentado por Brentano. Los carcinomas papilares representan el tipo patológico primario, seguidos de los carcinomas papilares y foliculares mixtos, los carcinomas de células escamosas, los carcinomas foliculares y los carcinomas mesenquimales (1).

El diagnóstico de carcinoma papilar de quiste del conducto tirogloso se logra predominantemente a través del examen histopatológico de la muestra extirpada quirúrgicamente. En un estudio, las mujeres se vieron afectadas con mayor frecuencia que los hombres. La edad promedio de presentación fue de 39 años, con un rango de 6 a 81 años (2).

Las herramientas de diagnóstico mediante técnicas de imagen para las masas cervicales incluyen la ecografía, la gammagrafía y la tomografía computarizada (TC), que tienen menos probabilidades de diagnosticar malignidad preoperatoriamente. La ecografía del TGDC con frecuencia muestra un área quística bien definida con líquido anecoico. Sus paredes son delgadas y sin vascularización interna. Por otro lado, la presencia de microcalcificación y un componente sólido dentro del quiste puede predecir malignidad. Branstetter et al. informaron que se debe sospechar carcinoma en el TGDC cuando se observa un nódulo mural o calcificación en la TC (4).

El tratamiento del carcinoma papilar que surge en un TGDC sigue siendo controvertido. Si bien el procedimiento de Sistrunk, que consiste en la extirpación del TGDC, la parte media del hueso hioides y el tejido circundante alrededor del tracto del conducto tirogloso, generalmente se considera adecuado para el TGDC benigno, se recomienda la tiroidectomía total para los casos con transformación maligna, especialmente si hay evidencia de invasión o cuando el tumor supera 1 centímetro de tamaño (5, 6).

Mediante la ecografía de alta resolución utilizada en este estudio, se puede concluir que en aproximadamente el 65% de los casos se detectó tejido tiroideo preoperatorio dentro de los TGDC y en un caso se observaron microcalcificaciones típicas, lo que es un indicio de cáncer papilar de tiroides. Se trata de una tasa relativamente alta en comparación con los datos de otros autores (7).

En la **Tabla 1** se describen las características clínicas, anatomopatológicas y de imágenes de los pacientes inclui-

Tabla 1. Caracterización de los pacientes incluidos en el reporte de casos

Criterio	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad	45	28	36	48
Sexo	M	F	F	F
Año	2018	2018	2023	2024
Ubicación	Línea Media	Línea Media	Infrahioidea	Infrahioidea
Tiempo de evolución del quiste	6 años	1 año	2 año	6 meses
PAAF	Sí, positivo	No	No	Sí, positivo
Tratamiento Inicial	Procedimiento de Sistrunk	Procedimiento de Sistrunk	Procedimiento de Sistrunk	Tiroidectomía total
Anatomía patológica del quiste de conducto tirogloso	Carcinoma papilar clásico	Carcinoma papilar clásico	Carcinoma papilar clásico	Carcinoma papilar clásico
Diámetro del tumor	40 mm	20 mm	5 mm	13 mm
Invasión de la pared del quiste	No	No	No	No
Procedimiento secundario	Tiroidectomía total + Vaciamiento ganglionar	Tiroidectomía total	Tiroidectomía total	Ninguno
Patología tiroidea	Nódulo tiroideo	Ninguna	Nódulos tiroideos	Carcinoma papilar
Recurrencia	Sí	No	No	No
Estado actual	Vivo	Vivo	Vivo	Vivo
Dosis ablativa de yodo	Sí (200 mCi)	Sí (50 mCi)	Sí (30 mCi), pendiente	Sí (100 mCi)
Seguimiento	Sí	Alta	Sí	Sí

Tabla propiedad del autor.

dos en este estudio. El factor más importante que afecta la recurrencia de la enfermedad es la resección quirúrgica incompleta, y el procedimiento de Sistrunk se considera el tratamiento quirúrgico estándar para la GCT. Dos estudios recientes a gran escala han demostrado que la tasa de recurrencia es del 3% al 5% para la cirugía de Sistrunk, mientras que varía del 55% al 70% para la cistectomía simple (8).

Conclusión

Los carcinomas que surgen de los restos de GCT son poco frecuentes y pueden presentarse solo como hinchazón de la parte anterior del cuello. El uso de la PAAF en la evaluación preoperatoria de las lesiones quísticas en el cuello puede ser beneficioso. La operación de Sistrunk sirve como el enfoque de tratamiento de referencia con buenos resultados. Sin embargo, se debe considerar un tratamiento adicional de GCT de alto riesgo, como la tiroidectomía total o parcial, la ablación con yodo radiactivo, la disección lateral del cuello y la terapia supresora con hormona tiroidea.

Agradecimientos

A cada uno de los pacientes por su disponibilidad y permitir la utilización de su información clínica con fines académicos y científicos. Al personal médico y de enfermería del Servicio de Otorrinolaringología y del Servicio de Radiología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) por su cola-

boración en la evaluación diagnóstica, el manejo quirúrgico y el seguimiento de los pacientes incluidos en esta serie de casos. Asimismo, se agradece al personal del Departamento de Anatomía Patológica por su valioso aporte en el análisis histopatológico que permitió confirmar los diagnósticos.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización del artículo.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración de autoría

Ha habido una colaboración estrecha entre el servicio de ORL y el de Radiología en la valoración de estos pacientes. Javier Isaac Molina Velásquez concibió el estudio y contribuyó al diseño del estudio, la adquisición de datos y la redacción del manuscrito, así como a la discusión, la revisión y aprobación del manuscrito final.

Consideraciones éticas

Se han seguido las recomendaciones éticas, evitando cualquier dato identificativo de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Bu F, Yu K, Dong B, et al. Research progress of ectopic thyroid cancer in thyroglossal duct cyst: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(26):e38540. doi: 10.1097/MD.00000000000038540.
2. Alrohaimi FA, Alqahtani SM, Almutairi AB. Thyroglossal Duct Cyst Papillary Carcinoma: A Rare Disease Entity. *Cureus*. 2024;16(10):e70999. doi: 10.7759/cureus.70999.
3. Dai GF, Li SY, Yin YQ, et al. [Thyroglossal Duct Papillary Carcinoma: Report of One Case and Literature Review]. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*. 2024;46(5):792-796. Chinese. doi: 10.3881/j.issn.1000-503X.15901.
4. Salih AM, Qaradakh AJ, Saeed YA, et al. Carcinoma arising from thyroglossal duct remnants. *Biomed Rep*. 2024;20(4):60. doi: 10.3892/br.2024.1748.
5. Li X, Yang H, Deng X, et al. Thyroglossal Duct Cyst Located in the Thyroid Gland Misdiagnosed With Thyroid Carcinoma: A Case Report and Literature Review. *Ear Nose Throat J*. 2024;103(2):NP124-NP127. doi: 10.1177/01455613211040583.
6. Shah VS, Vaidya RU, Desai SC, et al. Papillary Carcinoma Within a Thyroglossal Duct Cyst. *Cureus*. 2024;16(11):e74407. doi: 10.7759/cureus.74407.
7. Podzimek J, Fruth K, Jecker P. High-resolution ultrasound of thyroglossal cysts with special emphasis on the detection of cystic portions above the hyoid within the tongue base. *Ultrasound*. 2025;33(1):20-26. doi: 10.1177/1742271X241241783.
8. Yanar C, Cetinoglu I, Sengul Z, et al. Coexistence of Thyroglossal Cyst and Thyroid Disease in Adults: Surgical Outcomes From A Single Center. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2024;58(3):291-297. doi: 10.14744/SEMB.2024.99390.