

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Carcinoma folicular de tiroides en conducto tirogloso

Follicular thyroid carcinoma in thyroglossal duct

*Luis Miguel Torres-Morientes**, *Darío Morais-Pérez**, *Marta Pla***

*Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Hospital Clínico Universitario. SACYL. **Departamento de Anatomía Patológica. Laboratorio Dr. Echevarne. Valladolid. España
luismitorres27@yahoo.es

Recibido: 12/03/2015

Aceptado: 20/03/2015

Publicado: 28/03/2015

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Torres-Morientes LM, Morais-Pérez D, Pla M . Carcinoma folicular de tiroides en conducto tirogloso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2015 Mar. 6 (10): 77-84.

Resumen	<p>Introducción y objetivo: La mayoría de las tumoraciones cervicales de la línea media son benignas. Las más frecuentes son los remanentes del conducto tirogloso, que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida. La malignización de estas lesiones es rara (1%) y casi siempre son carcinomas tiroideos bien diferenciados de estirpe papilar. Se describe un hallazgo inhabitual. Descripción del caso: Presentamos el caso de una paciente de 70 años de edad, intervenida años antes de tiroidectomía total con resultado de benignidad. Consulta por una tumoración de 4 cm a nivel hioideo, con diagnóstico de carcinoma folicular de tiroides tras su exéresis. Discusión: La prevalencia de los carcinomas diferenciados de tiroides sobre quistes tiroglosos es muy baja, y su diagnóstico suele ser postoperatorio, con histología más frecuentemente papilar. Es excepcional el hallazgo de carcinomas foliculares. El tratamiento es la exéresis quirúrgica y aunque existe cierta discusión, habitualmente se indica también la tiroidectomía total según el manejo estándar de los tumores diferenciados de tiroides. Conclusión: Aunque las tumoraciones de la línea media cervical son habitualmente benignas y corresponden más frecuentemente a quistes del conducto tirogloso, en lesiones muy voluminosas o de comportamiento agresivo debe sospecharse malignidad.</p>
Palabras clave	Adenocarcinoma folicular; quiste tirogloso
Summary	<p>Introduction and objective: Most cervical midline tumors are benign. The most common are the remnants of the thyroglossal duct, which can occur at any age. Malignancy is rare (1%) and they are usually well differentiated papillary thyroid carcinomas. We describe an unusual finding. Case description: We present a 70 year old patient, operated years before of a total thyroidectomy with a benign outcome. She is reported because of a tumor measuring 4 cm at the hyoid level, which is diagnosed as a follicular thyroid carcinoma after surgical resection. Discussion: The prevalence of differentiated thyroid carcinoma in thyroglossal cysts is very low, and its diagnosis is usually postoperative, most frequently with papillary histology. The follicular carcinoma is an exceptional finding. The treatment is surgical excision and although there is some discussion, usually total thyroidectomy is also indicated according to the standard management of differentiated thyroid gland tumors. Conclusion: Although midline cervical tumors are usually benign and most often correspond to thyroglossal duct cysts, malignancy should be suspected in bulky lesions or those with an aggressive behavior.</p>
Keywords	Follicular adenocarcinoma; thyroglossal cyst

Introducción

La mayoría de las tumoraciones de la línea media cervical son procesos benignos, siendo el quiste de conducto tirogloso (QCT) la entidad más frecuente. El QCT es la tumoración congénita tiroidea más frecuente y afecta a un 7% de la población [1]. Habitualmente se presenta en la infancia produciendo síntomas antes de los 5 años de edad [2].

El conducto tirogloso es un tracto que comunica la glándula tiroides con la faringe. Desde el punto de vista embriológico la glándula tiroides deriva de un pequeño segmento endodérmico a nivel faríngeo que desciende en la séptima semana del desarrollo embrionario y queda comunicada con la base de la lengua a través del conducto tirogloso que desaparece en la décima semana. El quiste del conducto tirogloso se origina por la persistencia de dicho conducto [2].

Los carcinomas del conducto tirogloso son muy poco frecuentes y aparecen

aproximadamente, de forma incidental, en un 1% de todos los quistes tiroglosos intervenidos [1], aunque en las últimas publicaciones el porcentaje ha aumentado (6,5%) [3]. Esta transformación neoplásica ocurre principalmente en mayores de 40 años siendo el carcinoma papilar la extirpe más frecuente (78-85%), seguidos de carcinomas de células escamosas, foliculares, de células de Hürtle, insulares y anaplásicos (5%) [2]. El carcinoma medular no se ha descrito debido a la ausencia de células C en la región medial del tiroides y por lo tanto en el conducto tirogloso [3].

El tratamiento de elección en el QCT es la exéresis mediante el procedimiento de Sistrunk (es decir la escisión del quiste, cuerpo hioideo y cuña muscular hasta el foramen caecum). Con este procedimiento la tasa de recurrencia es del 3 al 10%. También es la estrategia quirúrgica mínima para los carcinomas del conducto tirogloso [3].

Descripción

Paciente de 70 años de edad que consultó por tos y prurito faríngeo. Como antecedentes importantes refería cirugías parciales tiroideas hace 32 años en el lóbulo tiroideo derecho y 28 años en el hemitiroides izquierdo. Se completó la tiroidectomía total hace 12 años por recidiva de bocio multinodular siendo el resultado anatomopatológico de benignidad (adenoma folicular y bocio coloide). También refería antecedentes de linfoma de Hogdkin tratado con esplenectomía y quimioterapia.

En la exploración se halló una tumoración cervical en la línea media de localización suprahioidea de unos 4 cm de diámetro de consistencia dura y fijada a planos profundos. Se realizó una tomografía computarizada (TC) donde se observó una tumoración de aspecto redondeado que destruía y englobaba al hueso hioides (Figura 1). La punción aspiración con aguja fina (PAAF) informó en una ocasión de tejido adiposo y de adenoma folicular tiroideo la segunda vez.

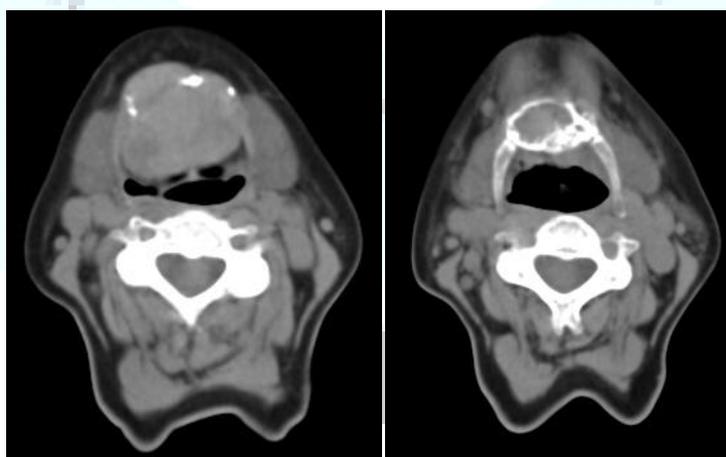


Figura1. Tumoración sólida de 4 cm de diámetro localizada a nivel del espacio hiotiroepiglótico con destrucción del cuerpo del hioides.

Con el diagnóstico prequirúrgico de tumoración hioidea se llevó a cabo una

cervicotomía central y la exéresis de la lesión, englobando el hueso hioides, hasta la mucosa de la vallécula y el espacio hio-tiro-epiglótico (Figura 2). El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el resultado anatomopatológico informó de carcinoma folicular de tiroides con márgenes libres (Figura 3).



Figura 2. Cervicotomía central y exéresis de la tumoración.

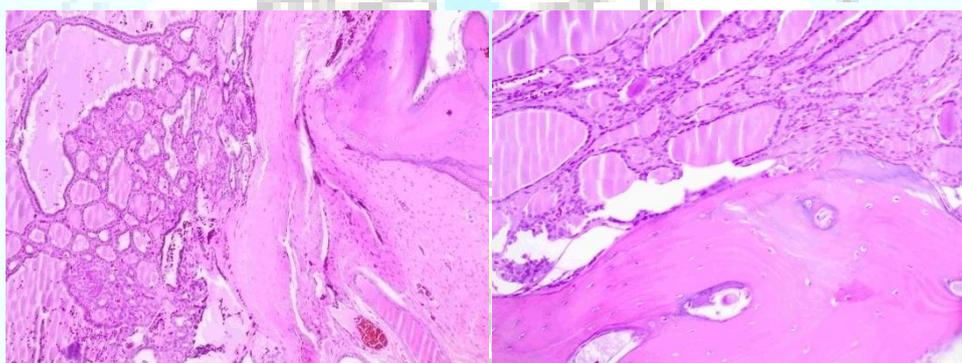


Figura 3. Imágenes de folículos neoplásicos infiltrando y destruyendo el tejido óseo.

Posteriormente se completó el tratamiento con yodo 131 a dosis terapéutica de 123mCi previa suspensión de hormonas tiroideas 1 mes antes. A los 3 días se realizó un rastreo corporal total observándose una zona de captación inespecífica en el lecho quirúrgico. En las determinaciones analíticas presentó tiroglobulina (TGB) de 0,6ng/ml, quedando pendiente de nuevo rastreo corporal y analítica a los 6 meses.

Discusión

El conducto tirogloso es un tracto epitelial entre la glándula tiroides y el "foramen caecum" de la base de la lengua. Entre la 8ª y 10ª semana gestacional dicho conducto se oblitera pero si la involución es incompleta estos vestigios epiteliales pueden originar quistes del conducto tirogloso [4].

Los QCT no tienen predilección por sexos y se pueden presentar en distintas localizaciones a lo largo de la línea media cervical. De todos, el 60 % se

localizan entre el cartílago tiroides y el hueso hioides, el 24% alrededor del hueso hioides incluyendo la región submental, un 13% a nivel esternal y un 2% intralinguales. En cuanto a la distribución por edades también es variable, un 30% ocurre en la primera década, un 35% entre la 2ª y 3ª década y un 35% a partir de los 40 años [1].

La prevalencia de carcinoma en el conducto tirogloso es desconocida, no obstante oscila alrededor del 1% [1,5].

La presentación clínica de las neoplasias del conducto tirogloso es similar a los QCT y el diagnóstico definitivo casi siempre viene dado por el examen histológico [5] como en nuestro caso.

La mayoría de los carcinomas del conducto tirogloso se localizan a nivel de la membrana tirohoidea y un 94% de estos son de extirpe tiroidea, principalmente carcinomas papilares (80%), seguidos de carcinomas mixtos papilares-foliculares (8%). Los carcinomas foliculares y anaplásicos son extremadamente raros y no se han descrito carcinomas medulares. El 6% restante de las neoplasias del conducto tirogloso son carcinomas de células escamosas [1,5].

En algunos artículos publicados hacen hincapié en la coexistencia de un 66% de carcinomas de conducto tirogloso y cánceres tiroideos tras el diagnóstico inicial del tumor del conducto tirogloso. Según Hartl et al este hecho se encuentra presente en un 56% de los casos. Esto se eleva hasta un 83% después del seguimiento a largo plazo [3].

No hay diferencias significativas de estas neoplasias en cuanto a la distribución por sexos, hay un ligero predominio del sexo femenino. Según Van Vuuren la ratio es de 1,6/1 a favor de las mujeres [6]. En cuanto a la edad, Fernández señala que el 55% de todos los carcinomas del conducto tirogloso se presentan en menores de 40 años y un 30% de estos en edades entre 20 y 30 años [7]. En nuestro caso la paciente tenía 70 años.

Al igual que en las neoplasias tiroideas la función tiroidea se encuentra dentro de la normalidad. El tamaño de la tumoración es variable, no obstante oscila entre 2 y 4 cm [8].

En cuanto a la etiología no se han encontrado factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de carcinoma del conducto tirogloso. Uno de los factores de riesgo implicados, según McGuirt y Marshall, es la exposición previa a la radiación, al igual que en el carcinoma papilar tiroideo [9]. El origen del carcinoma papilar primario del conducto tirogloso parece ser, según LiVolsi et al, los islotes de tejido tiroideo adyacentes al quiste tirogloso, mientras el carcinoma escamoso parece que se origina en la misma pared del quiste [10].

Hay dos teorías clásicas en la patogenia del carcinoma del conducto tirogloso, la primera, defendida por Judd y Nuttal, se basa en una metástasis de un carcinoma tiroideo oculto y la segunda, más aceptada, es su origen "de novo".

A favor de este segundo argumento hay varias razones, entre otras, un examen histológico tiroideo normal (como en nuestro caso), la baja prevalencia de metástasis ganglionares (7-25%) en los carcinomas del conducto tirogloso con respecto al carcinoma papilar primario tiroideo (20-50%), ausencia de casos de carcinoma medular en el conducto tirogloso y publicación de algunos trabajos donde demuestran un origen clonal independiente. Además la hipótesis de un carcinoma sincrónico en la glándula y en el conducto puede explicarse también como un tumor multifocal y no

como una metástasis focal [1].

Widström et al señalan una serie de criterios diagnósticos del carcinoma papilar primario del quiste tirogloso que son: la presencia histológica de QCT, existencia de tejido tiroideo normal adyacente al tumor y ausencia de carcinoma primario tiroideo [1, 11].

El diagnóstico preoperatorio del carcinoma del conducto tirogloso es inusual. La mayoría de los pacientes se encuentran eutiroideos y la tumoración cervical suele ser similar a otras tumoraciones benignas. La localización, tamaño, consistencia y crecimiento es similar a lesiones quísticas benignas [12]. Las pruebas de imagen que a menudo se realizan en estas patologías como la ecografía, gammagrafía y TC, nos informan de las características de la lesión (sólida, quística, mixta), su vascularización, si presenta cápsula, la presencia de adenopatías cervicales sospechosas o un tiroides ectópico, pero son incapaces de determinar si es una entidad maligna [1].

La PAAF ha demostrado su utilidad para el estudio de las lesiones del conducto tirogloso, no obstante no es concluyente para el diagnóstico del carcinoma papilar en el conducto tirogloso en un 50% de los casos [13]. En la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo viene dado por el estudio histopatológico. En nuestro caso al ser un carcinoma folicular la citología no fue diagnóstica y se precisó de la pieza.

El tratamiento de los carcinomas del conducto tirogloso todavía es controvertido. El principal tema a debatir es asociar o no la tiroidectomía total al procedimiento de Sistrunk. El hecho de que haya pocos casos publicados, la falta de seguimiento a largo plazo de estos pacientes y su corta edad contribuye a generar estos diferentes esquemas terapéuticos [1]. Hay autores que establecen guías de tratamiento en función de varios criterios; pacientes con edad menor de 45 años, tumores bien delimitados menores a 1,5 cm y una exploración tiroidea y cervical ecográfica normal se beneficiarían del procedimiento de Sistrunk, supresión tiroidea y estricto seguimiento. En casos de no cumplir esos criterios sería necesario asociar la tiroidectomía total y el vaciamiento cervical si precisa [14]. En nuestro caso este debate no fue necesario debido a que la paciente estaba tiroidectomizada años antes. Por otro lado hay teorías que sugieren un enfoque más agresivo y asociar a la técnica de Sistrunk la tiroidectomía total y el tratamiento con yodo radiactivo basado en el hecho de la observación de carcinomas tiroideos ocultos (11-30%) tras tiroidectomías en carcinomas del conducto tirogloso [15].

La mayoría de los artículos defienden la necesidad de de tiroidectomía total para un mejor seguimiento y tratamiento con radioyodo si fuera necesario. Por lo tanto las guías del tratamiento de los carcinomas del conducto tirogloso sería la misma que los carcinomas diferenciados de tiroides [16].

Conclusiones

Los carcinomas del conducto tirogloso:

- Son tumores infrecuentes. Representan el 1% de todos los quistes tiroglosos intervenidos. Es excepcional la presentación del carcinoma folicular.
- La presentación clínica es similar a los quistes del conducto tirogloso.
- En el manejo del diagnóstico preoperatorio se incluye ecografía,

gammagrafía y PAAF aunque el diagnóstico definitivo es el estudio de la pieza.

- En el tratamiento hay controversias pero lo más aceptado es la exéresis mediante el procedimiento de Sistrunk asociado a la tiroidectomía y si precisa el tratamiento con radioyodo.

Bibliografía

1. Mesolella M, Ricciardiello F, Cavaliere M, Iengo V, Galli J. Papillary carcinoma arising in a submental-intralingual thyroglossal duct cyst. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2010; 30: 313-6.
2. Barriga R, Martín E, Larrañaga E, Escorial V. Carcinoma papilar en el seno de un quiste tirogloso. *Endocrinol Nutr* 2003; 50: 76-80.
3. Chrisoulidou A, Iliadou P, Doumala E, Mathiopoulou L, Boudina M, Alevizaki M et al. Thyroglossal duct cysts carcinomas: is there a need for thyroidectomy?. *Hormones* . 2013; 12: 522-8.
4. Park MH, Yoon JH, Jegal YJ, Lee JS. Papillary thyroglossal duct cyst carcinoma with synchronous occult papillary thyroid microcarcinoma. *Yonsei Med J.* 2010; 51: 609-11.
5. Proia G, Bianciardi Valassina MF, Palmieri G, Zama M. Papillary carcinoma on a thyroglossal duct cyst: diagnostic problems and therapeutic dilemma. A case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2014; 34: 215-7.
6. Van Vuuren PA, Balm AJ, Gregor RT; Hilgers FJ, Loftus BM, Delprat CC et al. Carcinoma arising in thyroglossal remnants. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1994; 19: 509-15.
7. Fernández JF, Ordóñez NG, Schultz PN, Samaan NA, Hickey RC. Thyroglossal duct carcinoma. *Surgery.* 1991; 110: 928-34.
8. Asakage T, Nara S, Yoshizumi T, Ebihara S. Thyroglossal duct carcinoma: a case report. *Jpn J Clin Oncol.* 1997; 27: 340-2.
9. McGuirt WF, Marshall RB. Postirradiation carcinoma in a thyroglossal duct remnant: follicular variant of papillary thyroid carcinoma. *Head Neck Surg.* 1980; 2: 420-4.
10. Deshpande A, Bobhate SK. Squamous cell carcinoma in thyroglossal duct cyst. *J Laryngol Otol.* 1995; 109: 1001-4.
11. Widström A, Magnusson P, Halberg O, Hellqvist H, Riiber H. Adenocarcinoma originating in the thyroglossal duct. *Ann Otol Rhino Laryngol* 1976; 85: 286-90.
12. Doshi SV, Cruz RM, Hilsinger RL. Thyroglossal duct carcinoma: a large case series. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110:734-8.
13. Pietruszewska W, Wagrowska- Danilewicz M, Józefowicz-Korczynska M. Papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst with uninvolved thyroid. Case report and review of the literature. *Arch Med Sci.* 2014; 10: 1061-65.
14. Plaza CP, López ME, Carrasco CE, Mesequer LM, Perucho Ade L. Management of well-differentiated thyroglossal remnant thyroid carcinoma: time to close the debate? Report of five new cases and proposal of a definitive algorithm for treatment. *Ann Surg Oncol.* 2006; 13: 745-52.

15. Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, Puccini M, Berti P. Extent of surgery in thyroglossal duct carcinoma: reflection on a series of eighteen cases. *Thyroid*. 2004; 14:121-3.
16. Luna K, Hurtado LM, Valderrama JL, Ruiz A. Thyroglossal duct cyst with papillary carcinoma: wath must be done?. *Thyroid*. 2004; 14: 363-6.

