

QUISTE TIROGLOSO CON CARCINOMA MIXTO FOLICULO-PAPILAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

* Dr. Michel Kourie Folle
 ** Dr. Pablo A. Frías Albino
 *** Dr. Jean P. Kourie Rodríguez
 *** Dr. Michel A. Kourie Rodríguez

RESUMEN:

Se reporta un caso de quiste tirogloso con carcinoma mixto foliculo-papilar en un hombre de 33 años.
 Quiste tirogloso Carcinoma mixto foliculo-papilar

ABSTRACT:

A case of a cyst in the tyroglose duct, with a mixed foliculo-papilar carcinoma is reported.
 Tyroglose duct. Mixed foliculo-papilar carcinom

En el mes de mayo de 1988 se presentó a la consulta del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, IDSS, un paciente portador de una masa tumoral en la región media-anterior del cuello, la cual fue extirpada quirúrgicamente y reportada por uno de nosotros como "Quiste Tirogloso con Carcinoma Mixto Foliculo-Papilar Tiroideo".

Tal hallazgo resultó ser excepcional, tomando en consideración que nunca se había encontrado un caso similar en más de 35,000 biopsias realizadas en el Departamento de Anatomía Patológica del citado centro de salud, desde su fundación en 1953. Esto nos indujo a solicitar en New York bibliografía actualizada al respecto, resultando tal como lo habíamos sospechado de muy rara incidencia mundial.

Nuestro propósito al publicarlo es, además de revisar la literatura mundial acerca de este tipo de lesión, de divulgar

sus características entre nuestra clase médica, para su conocimiento, consideración y provecho.

PRESENTACION DE CASO

Paciente dominicano, mestizo, de 33 años, soltero, que consulta por sequedad en la garganta, dolor en el cuello y masa tumoral en la cara anterior del cuello. Es ingresado en el hospital el 24-V-88 con el diagnóstico de Quiste Tirogloso infectado, a descartar Quiste Dermoide, Tiroide Ectópico Sublingual, con fines de tratamiento quirúrgico.

Al interrogarse el paciente refiere que hace un año sintió la presencia de pequeña masa en la cara anterior del cuello, la cual creció lentamente hasta hace tres meses cuando rápidamente triplicó su tamaño.

Igualmente experimentaba dificultad a la deglución de algunos alimentos, que se exacerbaba con la ingesta de alcohol y al fumar cigarrillos. Acusaba igualmente sequedad de la garganta y en los últimos meses sensación dolorosa en esa zona.

Antecedentes personales patológicos: Parotiditis, varicela, amigdalitis, hemangioma de partes blandas y chalazión del párpado inferior O.I. No antecedentes alérgicos, transfusionales, ni traumáticos.

- (*) Patólogo del Hospital Dr. Salvador B. Gautier, Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Profesor-Coordinador de la cátedra de anatomía patológica de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).
- (**) Cirujano general becado. 2do. año de cirugía oncológica. Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter.
- (***) Médicos pasantes egresados de la UNPHU.

Antecedentes familiares patológicos: sin importancia.
Hábitos tóxicos: Ingesta ocasional de alcohol.

EXAMEN FISICO

El paciente luce consciente y orientado, con buen aspecto general. T.A. 130/80, Fc de 76 y Fr de 24. Al examen físico completo se constata normalidad excepto su lesión en cara anterior del cuello donde se palpa masa bilobulada de aproximadamente 5 x 3 cm, firme pero móvil, con superficie regular y límites definidos, no dolorosa al tacto y que se mueve con la deglución y al sacar la lengua. No se constatan adenopatías de cadena cervical y los pulsos carotídeos son normales. Diagnóstico clínico de impresión: D/c Quiste Tirogloso bilobulado y Quiste Dermoide.

Los exámenes de laboratorio efectuados mostraron urea de 24.5 mg%, creatinina de 0.5 mg%, glicemia de 85 mg%, hematócrito de 44%; conteo blanco de 5300 mm³ con 72% neutrófilos, 28% linfocitos. VDRL no reactivo. Orina negativa. HIV y HBsAg negativos.

Radiografía del tórax normal y ECG con repolarización temprana. Una gammagrafía del tiroides (INDEN) con dosis de 60 UCI, usando isótopo I131, captación a las 24 horas: 28%. Reporte: Tiromegalía de forma y posición normal. Masa por fuera de glándula tiroidea, que no corresponde a tejido tiroideo ectópico.

CIRUGIA:

Previa asepsia y antisepsia y mediante incisión transversa en cara anterior del cuello que interesa al platisma, se diseña colgajo superior e inferior, se diseña formación quística bilobulada la cual se encuentra en línea media entre los músculos suprahioides. Presenta pared fina, produciéndose ruptura accidental del quiste. Hay engrosamiento de la pared quística en ciertas áreas. Se completa excisión no evidenciándose aparentemente conducto tirogloso ni relación con hueso hioides. Se verifica hemostasis y se cierra por planos dejando dren. Evolución post-quirúrgica. Satisfactoria.

EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO:

Descripción macroscópica:

El espécimen consiste de formación quística de 4cm de diámetro, abierta, sin contenido. Se observa formación papilomatosa de 1.5cm, que asoma en la luz quística (Fig. No.1).

Descripción Microscópica:

Las secciones muestran quiste bordeado por epitelio

cúbico o pseudoestratificado, con paredes ricas en tejido linfoideo y tejido tiroideo. A expensas de este último se forma una neoplasia compuesta por epitelio papilar y en otras zonas por folículos cargados generalmente de coloide. Este componente se muestra invasivo del tejido periférico.

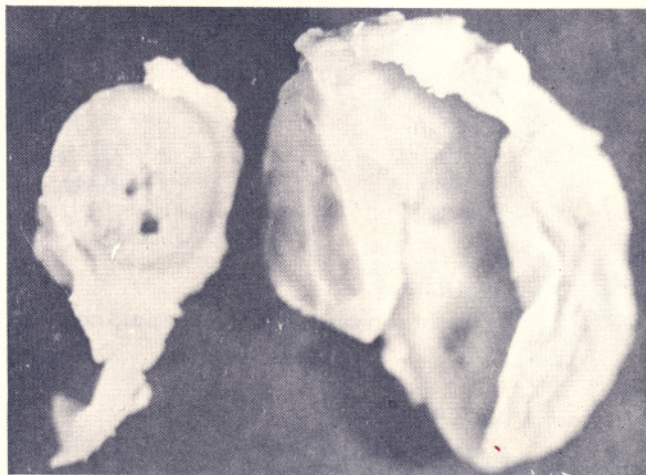


Figura No. 1

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

QUISTE TIROGLOSO CON CARCINOMA MIXTO DE TIPO TIROIDEO (CARCINOMA FOLICULO-PAPILAR)

El paciente fue dado de alta a los 9 días de su ingreso.

Gammagrama control (20 días después) en el INDEN:	
Muestra material radioactivo, Yodo 131	81,000
Captación a las 24 horas	30,780
Resultado	38%

DISCUSION

El carcinoma que se origina en un quiste tirogloso es raro,¹⁻⁴ habiendo sido encontrado en menos de 1% de todos los quistes tiroglosos. Se han reportado unos 100 casos en la literatura mundial, totalizando las series de Stone & Milm en 1976,⁵ Saharia en 1975, Windstrodm en 1976,⁶⁻⁷ y Roses & col. en 1983.⁸ Desde la primera descripción hecha por Brentano, Bosch & Co.⁴ se ha recopilado hasta la fecha 114 casos. En 77 casos reportados por Allarda² el examen histológico mostró la presencia de carcinoma tipo papilar en el 86%, carcinoma folicular en el 1%,^{2,10} carcinoma mixto papilo-folicular en un 4%, como fue nuestro caso, y carcinoma epidermoide en un 7%. En la serie de Roses⁸

el tipo papilar fue de 90%. La mayoría de los casos reportados han surgido espontáneamente de un Quiste Tirogloso y pocos casos tienen historia de haber recibido radiaciones en cuello y cabeza.⁸ Bosch⁹ establece que de sus 114 casos revisados, 107 (93.85%) surgieron de tejido tiroideo ectópico y 7 casos (6.15%) del epitelio de revestimiento.

En general los tipos histológicos de carcinoma encontrados difieren de los tumores propios de la glándula tiroidea. Por una parte, nunca se ha encontrado en el carcinoma asociado a Quiste Tirogloso el tipo medular, por ser originado en las células parafoliculares, ausentes en el tejido tiroideo ectópico. Por otra parte, el Carcinoma Epidermoide es visto con mayor frecuencia en este tipo de lesión, siendo inexistente en la glándula tiroidea.

Es oportuno establecer que los rudimentos de hueso hioideo se fusionan en la línea media, cuando ya está presente el conducto tirogloso, pasando este último a través o por detrás del hueso. Si el conducto tirogloso no se atrofia completamente da lugar a un quiste.¹¹⁻¹² Li Volsi & Col.⁴ y otros autores¹³ han encontrado tejido tiroideo ectópico en un 45% de los 371 conductos tiroglosos estudiados, aumentando este hallazgo hasta 62% con cortes seriados. Un carcinoma puede producirse a partir de este tejido tiroideo ectópico.⁹⁻¹⁶ y un carcinoma a células escamosas desarrollarse desde el epitelio que bordea al conducto tirogloso. El carcinoma que nace de un quiste tirogloso representa una metamorfosis maligna del tejido tiroideo ectópico.²

Cuando se realizaron tiroidectomías conjuntamente con la excisión del conducto tirogloso con cáncer, solamente de un 20 a 25% mostraron la presencia de un carcinoma en la glándula, enfatizando la naturaleza multicéntrica de estos tumores.¹⁷ Sin embargo, algunos autores como Saharia¹⁸ insisten en que debe haber ausencia de focos de carcinoma en la glándula tiroidea como pre-requisito para el diagnóstico de Quiste Tirogloso asociado a Carcinoma. Después de la extirpación completa de un quiste tirogloso con cáncer, nunca se ha reportado posteriormente cáncer en la glándula tiroidea, por lo que hay pocos reportes para los que sustentan la idea de que estos quistes cancerosos tienen origen en la glándula principal.¹⁹ Ahora bien, hay unos 30 casos descritos en la literatura con examen histológico de toda la glándula^{4,20} de los cuales en 5 casos (16.7%) se encontró adenocarcinoma papilar y en uno de esos casos el tumor surgió 6 años después del tratamiento del quiste tirogloso con carcinoma, por lo que se supuso ser un tumor independiente. En los otros 4 casos pudo haberse producido metástasis.

De los 108 casos mencionados en la literatura, se establece que el quiste tirogloso asociado a carcinoma puede ocurrir a cualquier edad, aunque con predilección en las mujeres de 20 a 50 años y en hombres de 50 a 60 años.

Nuestro caso, de sexo masculino, tan sólo tenía 33 años.

Un rápido aumento del tamaño de un quiste tirogloso puede ser revelador de que contenga un carcinoma.⁸ Cuando se produce esta eventualidad, el tumor se localiza en la pared del quiste, siendo la invasión capsular frecuente, aunque no así las metástasis que sólo han sido reportadas en el 8% de los casos,^{2,4} siendo a nivel ganglionar regional, por lo que los pacientes casi nunca mueren de esta enfermedad.²⁰ Maxwell & col.²¹ reportaron una metástasis distante. Dos casos mencionados por Bosch⁹ produjeron metástasis hepática y pulmonar^{18,20} Los casos mencionados en la literatura productores de metástasis, éstas ocurrieron en los 13 meses que siguió a la cirugía, mencionándose los ganglios cervicales, glándula tiroidea y tejido muscular.

El tratamiento en general consistió en excisión del conducto tirogloso con la parte media del hueso hioideo.²² Algunos autores abogan por vaciamiento radical bilateral del cuello; otros por la extirpación tan sólo de los ganglios agrandados, manifiestos clínicamente de metástasis. Otros autores preconizan la tiroidectomía total si el tumor se extiende más allá de la cápsula. Actualmente la técnica que goza de mayor aceptación es la de Sistrunk,²² que consiste en la extirpación en bloque de la masa quística con su pedículo hasta la base lingual, con remoción de la zona media del hueso hioideo. No se toca la glándula tiroidea al menos que se constate anomalías palpables. La disección de los ganglios se reserva para cuando hay evidencias clínicas de metástasis. Hay autores que preconizan el uso de yodo radioactivo.²³

En términos generales el pronóstico es muy favorable, sobre todo si el diagnóstico se hizo incidentalmente en el curso de la cirugía,²⁰ como fue nuestro caso. El carcinoma epidermoide es de peor pronóstico.^{24,25}

COMENTARIOS

Nuestro caso resulta ser de muy baja incidencia mundial y probablemente el primero publicado en República Dominicana. Su tipo mixto papilo-folicular es dentro del conjunto de estos tumores de las formas histológicas más raras. El sexo masculino de nuestro paciente, así como su edad de 33 años, hace el caso más excepcional.

RESUMEN

Se reporta un caso de quiste tirogloso asociado a un carcinoma mixto folículo-papilar en un hombre de 33 años. Este caso, de rara incidencia en la literatura mundial, es posiblemente el primero que se publica en República

Dominicana. Se hace una revisión actualizada de la literatura mundial

BIBLIOGRAFIA

1. Moulik, B.K.; Prakash, A.; Kumar, V., et al: Carcinoma of thyroglossal duct remnants. *Am. Surg.* 40: 248-252. 1974.
2. Allard, H.B.: The thyroglossal duct cyst. *Head & Neck Surg.* 1982. 5: 134-146.
3. Bhagavan B.S., Rao, R.D.G., Weinberg, T.: Carcinoma of thyroglossal duct: Case reports and review of the literature. *Surgery* 67: 281-292. 1970.
4. Li Volsi, V.A.; Perrin, K.H.; Savetsky, L.: Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including thyroglossal tissue). *Cancer* 34: 1303-1315. 1974.
5. Stone, A.R., & Milin, D.C.: Thyroglossal cyst carcinoma. Case presentation and a review of normal thyroglossal cysts. *British J. Clin. Practice.* 42: 773. 1976.
6. Saharia, P.C.: Carcinoma arising in thyroglossal duct remnant: case reports and review of the literature. *British J. Surg.* 85: 286. 1975.
7. Windstrom, A.; Magnusson, P.; Hallberg, O. et al: Adenocarcinoma originating in the thyroglossal duct. *Ann. Otol. Rhinol Laryngol.* 85: 286-290. 1976.
8. Roses, D.F.; Snively, S.L.; Phelps, R.G.; Cohen, N. & Blum, M.: Carcinoma of the thyroglossal duct. *Am. J. Surg.* 145: 266. 1983.
9. Bosch, J.L.H.R.; Kummer, E.W.; Hohmann, F.R.: Carcinoma of the thyroglossal duct. *Netherlands Journal of Surgery.* 38-2. 1986.
10. Van Zuiden, L.J.; Machin, G.A.; Mydland, W.E.: Follicular carcinoma in a thyroglossal duct. *Can. J. Surg.* 22: 590-592. 1979.
11. Hawkins, D.B.; Jacobsen, B.E.; Klatt, E.C.: Cysts of the thyroglossal duct. *Laryngoscope* 1982. 92: 1254-1258.
12. Langman, J.: *Inleiding tot de embryologie*, 4e. ed. Oosthoek Uitg. Mij. Utrecht. 1969.
13. Noyek, A.M.; Friedberg, J.: Thyroglossal duct and ectopic thyroid disorders. *Otolaryngol. Clin. North Am.* 14: 187-201. 1981.
14. Page, C.P.; Kemmner, W.T.; Haff, R.C. et al.: Thyroid carcinoma arising in thyroglossal ducts. *Am. Surg.* 180: 799-803. 1974.
15. Sohn, N.; Gumport, S.L.; Blum, M.: Thyroglossal duct carcinoma. *NY State J. Med.* 74: 2004-2005. 1974.
16. Trall, M.L.; Zeringue, G.P.; Chicola, J.P.: Carcinoma in thyroglossal duct remnants. *Laryngoscope* 87: 1685-1691. 1977.
17. Nathanson, S.: Carcinoma in thyroglossal duct cyst: a review. *Transaction of the American Academy of Ophthalmology & Otolaryngology.* 82: 571. 1976.
18. Joseph, T.J.; Komorowski, R.A.: Thyroglossal duct carcinoma. *Hum. Pathol.* 6: 717-729. 1975.
19. Nuttall, F.Q.: Cystic metastases from papillary adenocarcinoma of the thyroid with comments concerning carcinoma associated with thyroglossal remnants. *Am. J. Surg.* 109: 500-505. 1965.
20. Jaques, D.A.; Chambers, R.G.; Oertel, J.E.: Thyroglossal tract carcinoma. *Am. J. Surg.* 120: 439-446. 1970.
21. Maxwell, W.C.; Marchetta, F.E.: Papillary adenocarcinoma of the thyroglossal duct tract. *Archives of surgery.* 80, 224. 1960.
22. Sistrunk, W.E.: Technique of removal of cysts and sinuses of thyroglossal duct. *Surg. Gynecol Obstet.* 46: 109-112. 1928.
23. Zamzaril, V.; Nemej, J., Proks, C., et al.: Primary carcinoma of the thyroglossal duct. Report on a case treated by radioiodine. *Neoplasma* 18: 421-426. 1971.
24. Beuveniste G.I., Hunter R., Cook M.G.: Squamous carcinoma of thyroglossal duct remnants: A case report and review of the literature. *Aust NZ Surg.* 50: 53-55. 1980.
25. Coon, W.W.: Thyroid carcinoma. Three unusual problems in diagnosis and management. *Am J. Surg.* 1965. 109: 629-633.