



P-125 - CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES SOBRE TEJIDO TIROIDAL PRELARÍNGEO ECTÓPICO: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE CON UN MANEJO CONTROVERTIDO

R. Guerrero López, G. Marquès Villacampa, S. Barcons Vilaplana, H. Llaquet Bayo, Ó. Aparicio Rodríguez, J. Font Renom, J.C. García Pacheco y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Durante la embriogénesis, el ducto tirogloso se oblitera entre la octava y décima semana de gestación. Si esta involución falla, quedará tejido epitelial ectópico cervical que podrá manifestarse clínicamente como quiste tirogloso y, extraordinariamente, como carcinoma del ducto tirogloso (solo existen 274 casos descritos). La incidencia de carcinoma es del 0,7% al 1% de todos los casos de quiste tirogloso. El 80% serán carcinomas papilares. El tratamiento de elección es la intervención de Sistrunk, aunque existen controversias acerca de la necesidad de completar la cirugía con tiroidectomía total, dado que hasta en un 20% de los casos existirá contemporáneamente un carcinoma papilar de tiroides.

Caso clínico: Mujer de 57 años, sin antecedentes de interés, que consulta por nódulo prelaríngeo, móvil, no doloroso y que ha crecido durante el último año. Estudios analíticos dentro de la normalidad (TSH 2,28 μ U/mL; anticuerpo anti-peroxidasa tiroidal 6,83 UI/ml y anti-tiroglobulina 18,38 UI/ml). La ecografía-Doppler cervical muestra unos lóbulos tiroideos de tamaño y morfología normales, con pequeñas lesiones en el lóbulo tiroideo derecho, hipoecoicas (la mayor de 8-9 mm de diámetro). Además, se aprecia un nódulo sólido de 13 mm superior al istmo tiroideo compatible con tejido ectópico. Se completa el estudio con una gammagrafía tiroidea que no objetiva actividad a nivel del nódulo prelaríngeo. La TC cervical pone de manifiesto un nódulo sólido extratiroideo pretraqueal izquierdo de 12 mm de diámetro, con coeficiente de atenuación superponible al de la tiroides. También se visualizan los pequeños nódulos en la tiroides derecha. La punción-aspiración con aguja fina del nódulo prelaríngeo, revela la presencia de células de núcleo grande; claro; con hendiduras e inclusiones intranucleares y citoplasma amplio; coloide denso y células gigantes multinucleadas: hallazgos compatibles con carcinoma papilar, por lo que se intervención quirúrgica electiva. Durante la cirugía se evidencia una tumoración dura por encima de la pirámide tiroidal, adherida a la pared anterior de la laringe. Se realiza disección de la misma y se completa la cirugía con tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central. Se biopsia una adenopatía recurrential izquierda. Posoperatorio sin incidencias, siendo dada de alta el segundo día posquirúrgico. El estudio histopatológico revela un carcinoma papilar de 13 mm por encima del istmo de la tiroides (en relación con tejido ectópico tiroidal) y un foco de carcinoma papilar coexistente de 2 mm en lóbulo tiroidal derecho. La adenopatía biopsiada no presenta células neoplásicas.

Conclusiones: Las neoplasias sobre quiste tirogloso/tejido ectópico tiroideo son raras. La mayoría suelen ser diagnosticadas incidentalmente tras la exéresis del quiste. Algunos autores han propuesto algoritmos para la decisión de realizar tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar (en caso de afectación) y posteriormente, administración de yodo radioactivo y terapia hormonal supresora: todos ellos basados en la edad, el tamaño del tumor y el estado ganglionar ecográfico. El cirujano deberá de incluir este tipo de patología en el diagnóstico diferencial de masa cervical anterior y realizar una planificación quirúrgica cuidadosa. El seguimiento de estos pacientes deberá de ser prolongado, especialmente si no se ha completado la tiroidectomía.