



P-072 - DEGENERACIÓN MALIGNA DEL QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

González Benjumea, Paz; Rodríguez Padilla, Angela; García del Pino, Beatriz; Morales Martín, Germán; Escobresca Suárez, Ignacio; Utrera González, Antonio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: El quiste del conducto tirogloso (QCT) es la enfermedad congénita cervical más frecuente, presentándose en el 7% de la población general. Se trata de una alteración en el desarrollo de la glándula tiroidea que ocurre por persistencia de epitelio del conducto tirogloso en el trayecto de descenso glandular desde la base de la lengua a la porción anteroinferior del cuello. Es una enfermedad benigna que presenta degeneración maligna en el 1-1,6% de los casos, siendo el carcinoma papilar de tiroides la estirpe histológica más común (78-85%) seguido por el carcinoma de células escamosas (5%).

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 43 años estudiada en consultas de ORL por tumoración cervical gomosa, indolora, adherida a planos profundos con lateralización derecha, de semanas de evolución. TC cervical: lesión compleja sólido-quística de 42 mm de diámetro de la línea media cervical infrahioidea, sugestiva de neoplasia vs tejido tiroideo ectópico con quiste congénito asociado. Ante los hallazgos radiológicos se decide intervención quirúrgica por parte del servicio de ORL. Técnica quirúrgica: exéresis de formación quístico-sólida centrada en línea media cervical con lateralización derecha sin adhesión a planos profundos y de zona sólida dependiente de lóbulo tiroideo piramidal. Anatomía patológica: quiste del conducto tirogloso con áreas de carcinoma papilar de tiroides de 1,5 x 2 cm con áreas de calcificación. Se deriva a consultas de Cirugía decidiéndose reintervención quirúrgica, observando adenopatías en compartimentos cervicales II-III bilaterales. Se realiza vaciamiento cervical bilateral II-III y tiroidectomía total previa visualización y monitorización de ambos nervios vagos y nervios laríngeos recurrentes bilaterales. Anatomía patológica: microcarcinoma papilar de 0,8 mm en LTD con metástasis de carcinoma en 1 de los 14 ganglios del compartimento derecho (pT1aN1a). Perfil inmunohistoquímico del ganglio metastásico: TTF1 (+) y tiroglobulina (+). Este perfil inmunohistoquímico y las características histológicas son compatibles con el diagnóstico de metástasis de carcinoma papilar de tiroides.

Discusión: El cáncer de tiroides asentado en el quiste del conducto tirogloso es una patología poco frecuente, poco sintomática y de difícil identificación. Puede manifestarse como una masa cervical anterior de rápido crecimiento, fija, indurada e irregular. Debido al número limitado de casos reportados en la literatura no existe consenso definitivo en cuanto a su manejo y tratamiento óptimo. Algunos autores recomiendan PAAF ecoguiada de todas las tumoraciones cervicales, mientras que otros la recomiendan en nódulos mayores de 15 mm. Si la citología es sugestiva o positiva para

carcinoma, se debe realizar un TC y/o RMN con gadolinio para evaluar grado de invasión local, presencia de lesiones tiroideas y de metástasis cervical. Las opciones terapéuticas abarcan desde la tumorectomía hasta la tiroidectomía total asociada a escisión radical en bloque del conducto tirogloso (procedimiento de Sistruck) observando un aumento significativo de la supervivencia a 10 años en los pacientes sometidos a SP en comparación con aquellos a los que se realiza escisión simple del QCT (100% y 75% respectivamente).