



P-120 - CARCINOMA PAPILAR SOBRE QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

L. Gómez Ruiz, T. Balsa Marín, T. Calderón Duque, J. Díez Izquierdo, M.C. Carballo López, P.R. Cruz Romero, J.C. Santiago Peña y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Objetivos: El quiste del conducto tirogloso es una anomalía que supone el 70% de las lesiones congénitas de localización cervical. La presencia de células neoplásicas sobre el mismo es muy infrecuente (1%). Presentamos dos casos de carcinoma papilar sobre quiste del conducto tirogloso tratado en nuestro Servicio de Cirugía General.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 38 años que presenta tumoración a nivel cervical anterior, móvil, no adherida a tiroides, de consistencia quística que le produce molestias con la deglución. Se realiza TAC cervical encontrando imagen ovalada bien delimitada de 3 mm con contenido, en región cervical anterior infrahioideo, sugestiva de quiste tirogloso complicado. Caso 2: varón de 56 años que acude a consulta por presentar nódulo cervical anterior de varios años de evolución sin dolor ni molestias con la deglución. El TAC muestra tumoración ovoidea por debajo de cartílago tiroideo. En ambos casos se realizó intervención de Sistrunk. El resultado anatomopatológico fue de carcinoma papilar sobre quiste tirogloso, por lo que se realizó tiroidectomía total, no encontrando adenopatías intraoperatorias. Posteriormente se completó el tratamiento con radioyodo. Los quistes del conducto tirogloso son entidades congénitas generalmente asintomáticas, pudiéndose presentar como abscesos localizados en región sublingual en los quistes tiroglosos infectados. Es una patología benigna más frecuente en varones, aunque en raras ocasiones (1%) presentan cambios neoplásicos. El carcinoma del conducto tirogloso es más frecuente en mujeres. La prevalencia de carcinoma diferenciado de tiroides sobre quistes tiroglosos intervenidos oscila entre el 0,7% y el 3%, siendo el tipo histológico más frecuente el carcinoma papilar. El diagnóstico se lleva a cabo mediante la PAAF que en numerosas ocasiones presenta falsos negativos, debido principalmente a que el tumor suele estar localizado en una sola área de la pared del quiste, por lo que el diagnóstico suele ser postoperatorio tras el examen histopatológico de la pieza. La principal prueba diagnóstica es la ecografía que valora además del quiste tirogloso, la glándula tiroides y las adenopatías ganglionares cervicales. Son signos sospechosos en el TAC, el gran tamaño de la lesión, la multilobulación y la presencia de calcificaciones. La gammagrafía descarta tiroides ectópico previamente a la cirugía. En la actualidad, la indicación de tratamiento quirúrgico del carcinoma de conducto tirogloso es controvertida, algunos autores realizan tiroidectomía total asociada o no a linfadenectomía cervical en un segundo tiempo tras la intervención de Sistrunk, otros consideran el seguimiento estricto del paciente. En los casos que presentamos se realizó tiroidectomía total sin vaciamiento ganglionar debido a que la linfadenectomía cervical está indicada en caso de metástasis en los ganglios linfáticos o adenopatías palpables o macroscópicamente sospechosas. El resultado de anatomía

patológica en ambos pacientes fue de tiroides libre de enfermedad.

Discusión: El carcinoma papilar de tiroides sobre quiste tirogloso es una entidad poco frecuente. Tras la intervención de Sistrunk la mayoría de autores recomiendan la tiroidectomía total con vaciamiento cervical en los casos indicados. Sin embargo, nuestra experiencia apoya el seguimiento ya que en ninguna de las dos piezas se encontró carcinoma papilar.