



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-060 - CARCINOMA PAPILAR DEL CONDUCTO TIROGLOSO

*de la Herranz Guerrero, Pablo; Sacristán Pérez, Cristina; Díaz Rodríguez, Mercedes; de Soto Cardenal, Begoña; Marín Velarde, Consuelo; Jiménez García, Antonio; Oliva Mompeán, Fernando*

*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** La incidencia del carcinoma del conducto tirogloso oscila entre el 1-2% de todos los pacientes intervenidos de quiste tirogloso. El tumor más común encontrado es el papilar, seguido del folicular y el escamoso. La escisión simple tiene alta tasa de recurrencia; sin embargo, con la intervención de Sistrunk la recurrencia es menor del 10%. El cáncer de tiroides se encuentra entre el 25-50% de los pacientes intervenidos de carcinoma del conducto tirogloso pero no hay consenso en si realizar de rutina la tiroidectomía total en estos pacientes.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 60 años sin alergias medicamentosas conocidas, con hipertensión arterial en tratamiento e intervenido de adenocarcinoma de próstata en 2014. Es remitido a nuestras consultas por tumoración cervical anterior compatible con bocio grado IB sin adenopatías palpables. Se realiza ecografía cervical que describe un nódulo, por delante del hueso hioides, de contenido líquido y con un tamaño de 5,2 cm en cuyo interior se observan dos polos sólidos con flujo en su interior siendo compatible con quiste tirogloso complicado, a descartar carcinoma intraquístico. El tiroides se visualizaba discretamente aumentado de tamaño con pequeños nódulos bilaterales inespecíficos. Tras este hallazgo, se solicita PAAF de la lesión cuyo resultado fue de lesión quística. El paciente es intervenido realizándose intervención de Sistrunk y tiroidectomía total siendo el resultado histopatológico compatible con carcinoma papilar intraquístico e hiperplasia nodular tiroidea. La neoplasia no presentó extensión extracapsular, afectación de bordes de resección ni invasión vascular. El paciente quedó ingresado durante 24h con buena evolución sin presentar signos clínicos o analíticos de hipocalcemia ni alteraciones funcionales de la voz. Actualmente se encuentra en seguimiento por Endocrinología sin signos de recidiva tumoral.

**Discusión:** El diagnóstico del cáncer del conducto tirogloso normalmente se realiza tras la cirugía y completar el estudio histopatológico. En nuestro caso, el paciente fue diagnóstico previo a la cirugía por lo que pudo realizarse la tiroidectomía total en el mismo acto, evitando una nueva intervención quirúrgica tras resultado anatomopatológico. La intervención de Sistrunk debería ser el procedimiento inicial en caso de pacientes menores de 45 años, con lesiones confinadas al conducto menores de 1,5 cm y con ecografía tiroidea normales. Los pacientes que no incluyan estos criterios, deberían someterse además a tiroidectomía total. Existe controversia actualmente sobre si el carcinoma del conducto tirogloso se considera metástasis de carcinoma tiroideo o es una neoplasia primaria, sobre todo en casos de que se descubran simultáneamente. En nuestro caso, existe una

baja probabilidad de que se tratara de una metástasis ya que el tiroides analizado no mostró alteraciones de malignidad. Existen pocos casos publicados en la literatura sobre carcinoma del conducto tirogloso, alrededor de 250 y, menos aún diagnosticados de forma pre-operatoria. Además, los estudios publicados son retrospectivos. Debido a la similitud con el carcinoma papilar de tiroides, la mayoría de autores recomiendan que el manejo de esta entidad debería basarse en las guías actuales del carcinoma de tiroides diferenciado.