



P-089 - MANEJO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA PAPILAR DEL CONDUCTO TIROGLOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Alonso, Ricardo; Caballero Rodríguez, Eugenia; García Martínez, Rubén; Savoie Hontoria, María; de Armas Conde, María; Camarasa Pérez, Ángel; Jordán Balanzá, Julio César; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: El quiste del conducto tirogloso es la anomalía del desarrollo más común de la glándula tiroides. El carcinoma con origen en el conducto tirogloso es una entidad muy infrecuente, presente en menos del 1% de todos los casos de quiste tirogloso. Su presentación clínica es similar a la patología benigna del quiste tirogloso. Presentamos el caso de una paciente con carcinoma papilar del conducto tirogloso diagnosticado de manera incidental.

Caso clínico: Mujer 39 años, sin antecedentes de interés, con presencia de nódulo cervical anterior de 2 cm, 3 años de evolución, que asciende con la deglución en región de cartílago tiroideo. La ecografía tiroidea objetiva a nivel del istmo-LTI un nódulo sólido de 6mm TIRADS 4 y otro nódulo en LTI de 5 mm TIRADS 4; asimismo, presenta en región anterocervical izquierda una lesión ovalada, bien delimitada y anecoica, de unos 2 cm, sugestiva de quiste tirogloso; no se objetivan adenopatías a nivel cervical. Intervenida en enero de 2021, se realiza la técnica de Sistrunk. La anatomía patológica (AP) es de carcinoma papilar de tiroides (CPT), variante clásica (12 mm), con cuerpos de psamoma, sobre quiste tirogloso con tejido tiroideo en la pared del mismo. Con este resultado, se decide completar la cirugía. La AP es de CPT de patrón convencional con dos focos en LTI (11 × 7 y 5 × 5 mm), invasión vascular y metástasis ganglionares en 5 de 18 adenopatías identificadas en linfadenectomía central (pT1b(m), pN1a).

Discusión: El carcinoma del conducto tirogloso es una patología muy infrecuente, con una incidencia < 1% de todos los casos de quiste tirogloso. Puede desarrollarse *de novo* (primario) o ser secundarios a metástasis de carcinoma papilar de la propia glándula tiroides. Para considerar al tumor como primario del conducto tirogloso tiene que cumplir los siguientes criterios: 1) Origen en la pared del conducto tirogloso, 2) comprobación histológica de ausencia de metástasis ganglionares, 3) ausencia de tumor tiroideo primario. La presentación clínica suele ser masa cervical anterior, haciendo sospechar de malignidad la presencia de adenopatías cervicales y consistencia pétreo del quiste. Para el diagnóstico se utiliza la PAAF de áreas sólidas (da un resultado en el 66% de los casos) y la ECO de tiroides. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el diagnóstico es incidental, tras el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica del conducto tirogloso. No existe acuerdo definitivo con respecto al manejo terapéutico del CPT del conducto tirogloso. De hecho, del 11 al 56% de los pacientes con CPT del conducto tirogloso presentan cáncer papilar de tiroides concomitante, el 50% es multifocal y presentan mayor incidencia de metástasis ganglionares. Estos

datos favorecen la cirugía de compleción, con tiroidectomía total y valorar el vaciamiento central. Las ventajas de esta actitud son que ayudará a la estadificación tumoral, facilita la identificación de metástasis y seguimiento mediante determinación de tiroglobulina, con o sin radioablación de restos con I-131. El pronóstico del carcinoma papilar del conducto tirogloso es excelente, con una tasa de supervivencia > 95,6% a los 10 años.