



Cartas científicas

Quistes coloides subcutáneos posquirúrgicos



Post-surgical subcutaneous colloid cysts

La glándula tiroides empieza su desarrollo embriológico a partir de la tercera semana, descendiendo desde la base de la lengua a la tráquea, a expensas del conducto tirogloso, foramen caecum e istmo tiroideo¹. En todas estas localizaciones están descritos restos de tejido tiroideo ectópico, generalmente en la línea media o paramedia del cuello; cualquier implantación a distancia puede ser por células tumorales. Presentamos un caso, creemos que único tras la revisión de la literatura, de desarrollo de quistes coloides en el tejido celular subcutáneo preesternal en una paciente sometida a 2 lobectomías tiroideas practicadas 12 y 2 años antes.

Mujer de 37 años, intervenida por primera vez en el año 2002 por bocio nodular derecho, realizándose lobectomía derecha con istmectomía, con resultado histopatológico de benignidad. En el año 2009 se le diagnosticó un nódulo tiroideo izquierdo que fue seguido con la realización de 3 punciones aspiración con aguja fina (PAAF) que revelaron un bocio coloide. Dado el crecimiento progresivo del nódulo (de 18 a 35 mm en 3 años) se indicó lobectomía izquierda en el año 2012. La cirugía fue realizada en ambos casos con la técnica estándar que incluye un colgajo cutáneo inferior hasta el nivel del *yugulum* esternal. El estudio histopatológico reveló un tiroides con hiperplasia nodular en cuyo seno se identificó un microcarcinoma papilar de 1,3 mm, intratiroideo y solitario, sin invasión capsular ni del margen de resección y ausencia de infiltración linfovascular y perineural.

Desestimado el tratamiento ablativo con radioyodo, se comenzó terapia supresora con Eutirox[®] 125 µg que se aumentó hasta 175 µg posteriormente. Durante este periodo la TSH se mantuvo por debajo de 0,01 µg/ml y la tiroglobulina inferior a 5 ng/ml.

En abril de 2013 la paciente desarrolló síntomas de hipertiroidismo por lo que se disminuyó la dosis de Eutirox[®] a 150 µg, apreciándose en junio de 2014 un leve aumento de la tiroglobulina a 10 ng/ml ante lo cual se realizó rastreo con I-¹³¹ que detectó depósitos de radiotrazador de elevada intensidad cerca de la cicatriz cervical, interpretándose como tejido tiroideo. A la exploración física se apreciaron pequeños nódulos subcutáneos móviles y de consistencia elástica por debajo de la cicatriz cervical y sobre el esternón, el mayor de

1,5 cm sobre la articulación esternoclavicular derecha. Se completó el estudio con ecografía y tomografía computarizada cervical que confirmaron los hallazgos (fig. 1). Se realizó PAAF del nódulo situado junto a la articulación esternoclavicular en la que se identificó tejido tiroideo coloide. La paciente fue operada en agosto de 2014 identificándose 3 nódulos de aspecto coloide en la localización descrita en los estudios preoperatorios. Se practicó escisión en bloque del tejido celular subcutáneo de la zona incluyendo la cicatriz previa (fig. 2). La paciente fue dada de alta al día siguiente sin incidencias, y el estudio histopatológico describió los nódulos como parénquima tiroideo sin lesiones histológicas relevantes en el seno del tejido celular subcutáneo.

La aparición de tejido tiroideo fuera de la distribución cervical típica condicionada por su desarrollo embriológico (base de la lengua, cuello y mediastino hasta el diafragma^{1,2}) es excepcional y obedece casi siempre a la implantación de células tumorales como consecuencia de procedimientos invasivos^{3,4}. En el caso que presentamos fue esa la primera impresión clínica, dado el hallazgo de un carcinoma micropapilar en la segunda cirugía. Sin embargo, la PAAF con obtención de material coloide descartó esa posibilidad. El



Figura 1 – Tomografía computarizada cervical en la que se identifican nódulos subcutáneos (círculo).



Figura 2 – Pieza quirúrgica en la que se identifica tejido celular subcutáneo con 3 quistes coloides (círculos).

resultado definitivo del estudio patológico, que los clasificó como quistes coloides, nos hace pensar que los quistes subcutáneos son el resultado de células tiroideas implantadas en el colgajo cutáneo inferior durante alguna de las 2 intervenciones quirúrgicas. La localización de uno de los quistes sobre la articulación esternoclavicular derecha puede ser debida a la disección de un colgajo más amplio de lo habitual y los implantes quizá se deban a la rotura de un quiste coloide durante la cirugía, aunque estos eventos no se describieron en la técnica quirúrgica.

Financiación

No ha existido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no existir conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hedinger C, Williams ED, Sobin LH. Histological typing of the thyroid tumors. International Histological Classification of Tumors, 2nd ed. WHO; 1993.
2. Chawla M, Kuma R, Malhotra A. Dual ectopic thyroid: Case series and review of the literature. Clin Nucl Med. 2007;32:1-5.
3. Alwaheeb S, Ghazarian D, Boerner SL, Asa SL. Cutaneous manifestations of thyroid cancer: A report of four cases and review of the literature. J Clin Pathol. 2004;4:435-8.
4. Ito Y, Hirokawa M, Higashiyama T, Takamura Y, Kobayashi K, Miya A, et al. Clinical significance and prognostic impact of subcutaneous or intrastap muscular recurrence of papillary thyroid carcinoma. J Thyroid Res. 2012;2012. 8197978197974.

Enrique Colás Ruiz*, Antonio Quintáns Rodríguez, Santiago Linacero Martín, Edgardo Celi Altamirano y Libertad Martín Prieto

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecolas@fhalcorcon.es (E. Colás Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.04.010>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Perforación traqueal diferida tras tiroidectomía total. Manejo conservador



Late tracheal perforation after total thyroidectomy. Conservative management

La tiroidectomía es una de las cirugías más comunes llevadas a cabo hoy en día en los servicios de cirugía general, con buenos resultados y baja morbilidad. La incidencia de complicaciones varía en función de la experiencia del cirujano, siendo la perforación traqueal una complicación muy poco frecuente.

Presentamos el caso de una mujer de 46 años que es remitida para tratamiento quirúrgico por enfermedad de Graves-Basedow con bocio grado 3 y oftalmopatía. Se realiza

tiroidectomía total con identificación de glándulas paratiroides y ambos nervios laríngeos recurrentes, sin incidencias durante la cirugía, siendo la evolución inmediata satisfactoria. A los 9 días la paciente acude a urgencias por presentar, coincidiendo con un ataque brusco de tos, hinchazón de cara y cuello de forma progresiva, junto con sensación disneica. A la exploración se objetiva enfisema subcutáneo facial, cervical y torácico izquierdo, con auscultación pulmonar normal (fig. 1). Se realiza tomografía computarizada (TC)