

CASO CLÍNICO

CARCINOMA EPIDERMÓIDE SOBRE QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO. SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN PERSISTENCE OF THYROGLOSSAL DUCT CYST.

Navarro Paule P, Mínguez Merlos N, Rodríguez Domínguez F, Ibarra Lacal E, Albaladejo Devís I, Soler Valcárcel A,
Cubillana Herrero J. D., Amorós Rodríguez L.

ABSTRACT:

We describe the case of an squamous cell carcinoma in thyroglossal Duct cyst in a fifty four years old patient showing persistence of the thyroglossal duct. We describe the diagnosis methods followed, the treatment carried out and the present status of the illness. It is an exception that the thyroglossal duct cyst becomes malignant, as this only happens in a 1% of the cases, most of the times they are papillary carcinomas and anaplastic carcinomas.

KEY WORDS: Epidermoid carcinoma. Thyroglossal ductus.

RESUMEN:

Describimos el caso de un carcinoma epidermoide en una paciente de cincuenta y cinco años con persistencia del conducto tirogloso. Se describen los métodos diagnósticos, el tratamiento llevado a cabo y el estado actual de la enfermedad. Es muy poco frecuente, la malignización en un quiste tirogloso, ocurriendo esto sólo en un 1% de los casos. Cuando esto ocurre suelen ser carcinomas papilares y anaplásicos,

PALABRAS CLAVES: Carcinoma epidermoide. Conducto tirogloso.

M^a Pilar Navarro Paule

Calle Periodista Antonio Herrera 9, 2^º C, Esc 1 - 30007 Murcia
e-mail : paulenav@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

En el embrión, en su parte ventral del intestino faríngeo y en su línea media, aparece una evaginación a nivel del foramen caecum del esbozo lingual.

Entre la tercera y la cuarta semana de gestación, esta evaginación evolucionará en sentido caudal por el mesénquima anterior del cuello formando un tracto o cordón fibroso, que en su porción distal dará la glándula tiroideas, que es el conducto tirogloso.

Sobre la séptima semana de la vida este tracto involucionará desapareciendo.

Hasta un 30-40% de las anomalías congénitas cervicales derivan de la persistencia del conducto tirogloso, siendo las más frecuentes los quistes en la línea media cervical, en las dos primeras décadas de la vida.

En el caso de la malignización de este cordón fibroso lo cual es muy infrecuente (1%), la histología suele ser papilar encontrándose tan solo 23 casos de carcinoma epidermoide descritos en la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 54 años que acude a nuestra consulta por presentar un bultoma cervical en línea media, de crecimiento lentamente progresivo de unos cuatro meses de evolución.

Como única sintomatología del área ORL aparecía una disfonía de carácter intermitente.

Entre sus antecedentes no existían hábitos tóxicos ni patología sistémica, debutando con una diabetes en el periodo de su hospitalización.

Enferma alérgica a penicilinas.

A la palpación física se aprecia una masa en la línea media cervical, a nivel del hueso hioides de unos tres centímetros de diámetro, doloroso a la palpación e irradiando a piezas dentarias y a ambos oídos.

Dicho bultoma asciende con la deglución y la protusión de la lengua.

No presentando la paciente adenopatías palpables en cadenas ganglionares del cuello.

En la fibroscopia se destaca una paresia de la cuerda vocal izquierda siendo el resto de la exploración ORL normal.

El bultoma se estudia mediante PAAF y TAC, para valorar su anatomía-patológica, localización y extensión.

La citología informa de diagnóstico compatible con quiste del conducto tirogloso con intensa reacción granulomatosa, sugiriendo la realización de estudio histológico con biopsia para descartar carcinoma epidermoide del conducto enmascarado por la intensa reacción granulomatosa.

El scanner informa de tumoración a nivel de hioides de tres centímetros, no visualizándose adenopatías.

Con estos resultados y con el consentimiento de la paciente se decide cervicotomía con intención de exéresis de la masa cervical y su estudio anatómo-patológico.

Durante la intervención se ve una gran masa friable, mal delimitada sobre la membrana tirohioidea, que se extiende a región submentoniana.

Se toma biopsia que se informa intraoperatoriamente de material masivamente infiltrado

por carcinoma epidermoide; decidiéndose cerrar el campo quirúrgico para estudiar junto con la paciente la actitud terapéutica a seguir.

Se decide, tras informar a la paciente de las posibles secuelas y complicaciones, tratamiento quirúrgico; laringuectomía parcial con exéresis de toda la masa tumoral, que se acompaña de vaciamientos cervicales funcionales bilaterales.

En la intervención se toman nuevas biopsias intraoperatorias de cartílago tiroides, base de la lengua, bandas y epiglotis.

El resultado de las mismas informa como negativas confirmándose la ausencia de lesión neoplásica.

RESULTADOS

La existencia de carcinoma prelaríngeo en esta paciente, sin otro origen conocido, que asienta directamente en el conducto tirogloso, nos orienta a pensar que este tumor deriva de este tracto o cordón fibroso.

En el postoperatorio aparece una dehiscencia en la herida cervical derecha; practicándose un colgajo de cierre de faringostoma y defecto de la piel.

Se envían muestras intraoperatorias siendo todas negativas en sentido neoplásico.

La evolución clínica tras esto ha sido satisfactoria, por lo que la paciente es dada de alta, y remitida al comité de tumores de cabeza y cuello donde se decide tratamiento coadyuvante con Radioterapia.

Situación en la que se encuentra la paciente actualmente (pasados cinco meses desde la cirugía), sin evidencias de lesiones endolaringeas ni adenopatías palpables en cuello ni TAC.

DISCUSIÓN

La persistencia del conducto tirogloso es la anomalía más frecuente en el desarrollo de la glándula tiroides.

Generalmente, esta situación es benigna, pero en un 1% de los casos se puede malignizar.

La gran mayoría de los cuales, serán carcinomas papilares o anaplásicos, encontrándose tan sólo 23 casos de carcinoma epidermoide en persistencia del conducto tirogloso.

Así las masas en la línea media cervical, requieren un diagnóstico diferencial, con una buena anamnesis y exploración física.

Y es necesario diferenciar esta patología de las adenopatías hipertrofiadas, los lipomas, los quistes dermoides y las tumefacciones del lóbulo piramidal del tiroides.

Es por esta razón por la que ante la presencia de una masa cervical con sospecha de malignidad, es obligado la realización de pruebas complementarias que permitan descartarla.

El estudio de imagen muestra las características, el contenido y la localización de la masa (TC, RM, y ecografía), así como las relaciones con los órganos adyacentes para un adecuado planteamiento quirúrgico.

La gammagrafía tiroidea descarta que se trate de tejido tiroideo ectópico funcional, ya que su extirpación puede acabar con el único tejido tiroideo existente en caso de tiroides ectópico.

Pero para un claro establecimiento de la naturaleza de la masa, la punción aspiración con aguja fina (PAAF) es necesaria, dado que su utilidad en el diagnóstico de las masas cervicales está claramente demostrada.

Otras pruebas complementarias que deben de realizarse son la fibroscopia y la radiografía convencional de tórax, para descartar este posible origen.

Se recomienda en estos casos la cirugía tipo Sistrunk, y en caso de invasión ganglionar o de

tejidos anexos la realización de vaciamentos cervicales funcionales.

La radioterapia postquirúrgica es imprescindible ante la existencia de restos tumorales en los bordes de la pieza quirúrgica, siendo recomendable en el resto de los casos; dado que estos tumores son agresivos, con mal pronóstico y con dificultad para establecer bordes quirúrgicos claros.

Como su recurrencia local puede ocurrir incluso muchos años después del tratamiento inicial se recomienda un seguimiento estricto del paciente.

CONCLUSIONES

- 1- La malignización en la persistencia del conducto tirogloso, aunque poco frecuente, es una posibilidad a tener en cuenta.
- 2- Es necesario un diagnóstico preoperatorio acertado, siendo los métodos ideales la PAAF y técnicas de imagen (TAC y RNM).
- 3- El tratamiento estándar es la cirugía, usando la técnica de Sistrunk.
La escisión debe ser amplia en caso de infiltración de tejidos vecinos (lengua, laringe, tiroides).
- 4- La radioterapia postquirúrgica está indicada en:
Afectación de bordes posquirúrgicos, en caso de adenopatías cervicales comprobadas, ante un tumor localmente avanzado (invasión de lengua, laringe o tiroides) y como tratamiento complementario de las recidivas.
- 5- Es necesario un seguimiento estricto del paciente, dado que la recurrencia local es posible, incluso años después del tratamiento inicial.

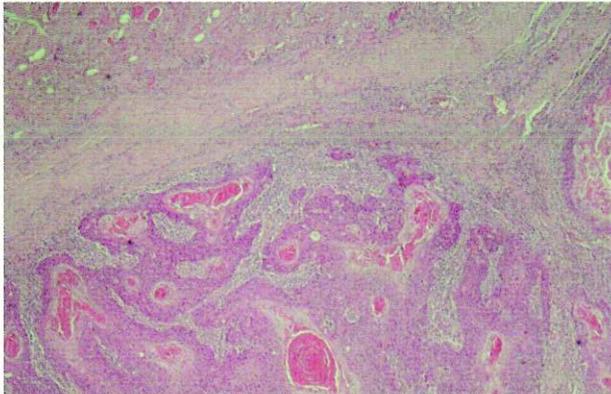


FOTO 1- H-E 40X.
INFILTRACIÓN DE PARTES BLANDAS POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO.

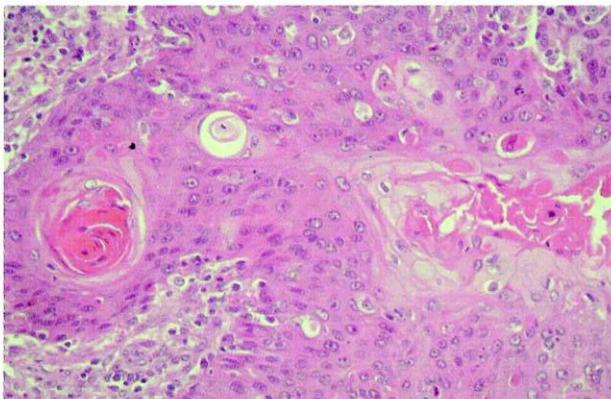


FOTO 2- H-E 200X.
NIDOS DE CÉLULAS EPITELIALES ATÍPICAS CON DIFERENCIACIÓN QUERATÓSICA.

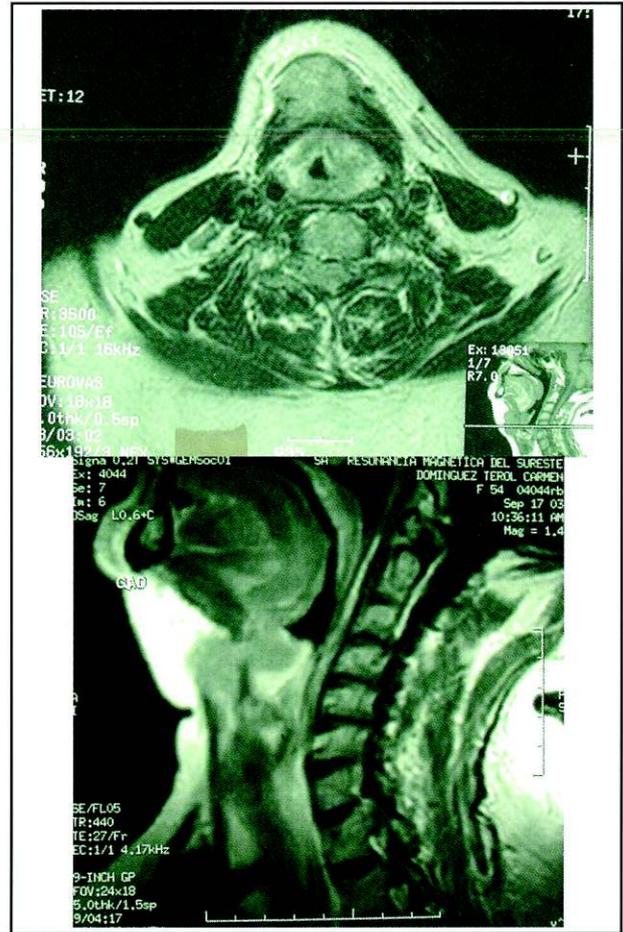


FOTO 3 Y 4.
EN LA RNM SE OBSERVA UNA TUMORACIÓN BIEN DELIMITADA A NIVEL DEL HUESO HIOIDES.

BIBLIOGRAFÍA:

- Abello P, Traserra J. Otorrinolaringología
- Deshpande A., Bobhate K. Squamous cell carcinoma in thyroglossal duct cyst The Journal of Laryngology and Otology 1995; 109: 1001-4
- Ferrer C., Ferrández A., Dualde D. et al. Squamous cell carcinoma of the thyroglossal duct cyst: report of a new case and literature review. J Otolaryngol 2000; 29: 311-4.
- Hanna E. Squamous cell carcinoma in a thyroglossal duct cyst: clinical presentation, diagnosis, and management. AM J Otolaryngol 1996; 17: 353-7
- Hama Y., Sugeno A., Kobayashi S. et al Squamous cell carcinoma arising from thyroglossal duct remnants report of a case and results of immunohistochemical studies Jpn J Surg Today 1997; 27: 1077-81
- Hueso P, Freijanes J, Gil-Carcedo E. et al. Carcinoma epidermoide en persistencia del conducto tirogloso. ORL DIPS 2003; 30: 22-26
- Ramírez Camacho, R. Manual de Otorrinolaringología.. Madrid. Ed. Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1998
- Yamamoto M., Tsuji M., Yamada K et al Cyst fluid levelsof carcinoembryonic antigen 19-9, squamous cell carcinoma antigen, and amylase in thyroglossal duct and branchial cleft cysts Surg Today 2001; 31: 477-81.