

La malignización del quiste tirogloso: Dos casos de excepción

Thyroglossal cyst malignancy: Two cases of exception

Liliana F. Invêncio da Costa • Francisco Vázquez de la Iglesia • J. Jesús Herranz González-Botas

RESUMEN

Introducción: el quiste tirogloso (QT) es la malformación congénita más frecuente en el cuello. Constituye habitualmente una patología benigna, pero, puede sufrir una transformación maligna. La mayoría de los casos de QT se presentan en la infancia, siendo inusual en adultos.

Caso clínico: exponemos dos casos clínicos de QT malignizado.

Discusión: la mayoría de los carcinomas de QT se diagnostican de manera incidental. No obstante, un crecimiento rápido, cambios en sus características y la presencia en pruebas de imagen de calcificaciones, nódulos y márgenes irregulares deben alertar a una posible malignización. No existe consenso sobre la necesidad de tratamientos adicionales al procedimiento de Sistrunk, como la tiroidectomía total con o sin vaciamiento ganglionar, la terapia con yodo radioactivo o la supresión hormonal. Sin embargo, la decisión no debe olvidar el estado funcional del paciente con el objetivo de evitar una morbimortalidad elevada.

Palabras-clave: quiste tirogloso, cancer, carcinoma, tiroides.

ABSTRACT

Introduction: the thyroglossal duct cyst (TDC) is the most common congenital malformation in the neck. It is usually a benign tumor, but can suffer malignant transformation. The majority of cases of TDC occur in childhood; its diagnosis in adult patients is unusual.

Clinical case: we present two clinical cases of malignant QT.

Discussion: most of the TDC carcinomas are diagnosed incidentally. However, a rapid growth, changes in TDC characteristics, and findings in complementary imaging exams of calcification, nodules, and irregular margins should alert to a possible malignization. There is no consensus regarding the need for additional treatments to the Sistrunk procedure, such as total thyroidectomy with or without neck dissection, radioactive iodine therapy or hormone suppression. However, the decision must not forget the patient's functional status with the aim of avoiding high morbidity and mortality.

Keywords: Thyroglossal cyst, Cancer, Carcinoma, Thyroid Gland.

INTRODUCCIÓN

Podemos encontrar un quiste tirogloso (QT) en cualquier trayecto del conducto tirogloso, entre el foramen cecum y la posición definitiva cervical tiroidea. No obstante, constituye una patología poco frecuente, con una prevalencia baja, cerca del 7% de la población^{1,4}.

Se manifiesta habitualmente como una masa en la línea media cervical, indolora, blanda, que puede ser confundida con otras patologías benignas como lipomas, quistes dermoides, linfadenopatías, quistes de arcos branquiales, hemangiomas o quistes sebáceos, entre otros². En caso de un adulto siempre se debe descartar como primera posibilidad una metástasis de un carcinoma escamoso quistificada². Debido a su comunicación con la faringe puede infectarse, en hasta el 30% de los casos^{1,4}. Su tamaño también puede variar y existen casos benignos descritos de hasta 10 cms de diámetro^{2,5}.

El tratamiento estándar para el QT es el procedimiento Sistrunk, que asegura la exéresis de todos los fragmentos del conducto tiroideo, ya que incluye la extracción de la parte media del hueso hioides junto con un cilindro de tejido de la base de la lengua¹. El riesgo de malignización es muy bajo, el 1% de los casos, siendo superior en pacientes adultos³.

Presentamos el abordaje de dos casos clínicos raros de malignización de un QT.

Liliana F. Invêncio da Costa

Servicio de ORL del Complejo Hospitalario de A Coruña. Espanha

Francisco Vázquez de la Iglesia

Servicio de ORL del Complejo Hospitalario de A Coruña. Espanha

J. Jesús Herranz González-Botas

Servicio de ORL del Complejo Hospitalario de A Coruña. Espanha

Correspondência:

Liliana F. Invêncio da Costa

liliana.invencio@gmail.com

Artigo recebido 27 de Março de 2020. Aceite para publicação a 5 de Maio de 2020.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente de 71 años que acude con una masa de 4 cms de diámetro, a nivel del cuerpo del hioides, no dolorosa, indurada y móvil, de un mes de evolución (Figura 1A). Sin presentar otra clínica acompañante. La ecografía muestra una imagen sugestiva de un QT con márgenes irregulares, áreas quísticas y otras zonas con contenido ecogénico. La TC (Figura 1B) no aportó datos relevantes respecto a la ecografía. Con el diagnóstico de QT se súmete a un abordaje de Sistrunk. El estudio histológico identifica un carcinoma papilar de tiroides de 1,3 cms, con márgenes libres. Ante la ausencia de sospecha de primario a nivel tiroideo (ecografía y perfil tiroideo normal) se decide no realizar tratamiento complementario. Actualmente, 6 años después de la cirugía, sigue sin presentar recidivas a nivel cervical.

Caso clínico 2

Paciente de 86 años, diabético e hipertenso, que consulta por una gran masa cervical anterior, indurada, móvil y no dolorosa, de tres años de evolución (Figura 2A). La TC (Figura 2B) muestra una masa de 9 cms, en íntima relación con el margen anterior del hemitiroides izquierdo, multiquística, septada y con áreas de calcificación, compatible con malignidad. Identifica, además, a nivel del hemitiroides izquierdo, otras lesiones hipodensas aisladas, la mayor de 1 cm. La punción con aguja de aspiración fina (PAAF) es sugestiva de un carcinoma. Ante la sospecha de un primario desconocido se solicita un PET-TC (Figura 2C) que presenta captación únicamente en la masa cervical. Se procede a la exéresis de la masa quística englobando la musculatura prelaríngea adherida (Figura 3). El estudio histológico identificó un carcinoma papilar de tiroides sobre un QT, infiltrando tejidos blandos cervicales, con márgenes de resección libres. A los 2 años de la cirugía el paciente está libre de enfermedad.

FIGURA 1

Exploración (A) y TC cervical (B) del paciente nº1



FIGURA 2

Exploración (A), TC cervical (B) y PET-TC cervical (C) del paciente nº2

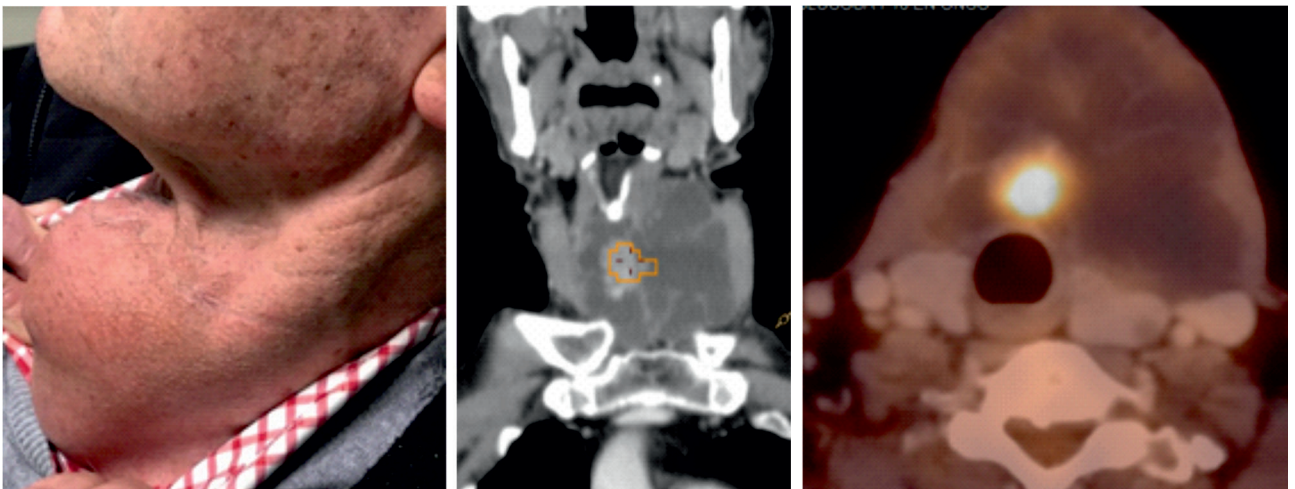
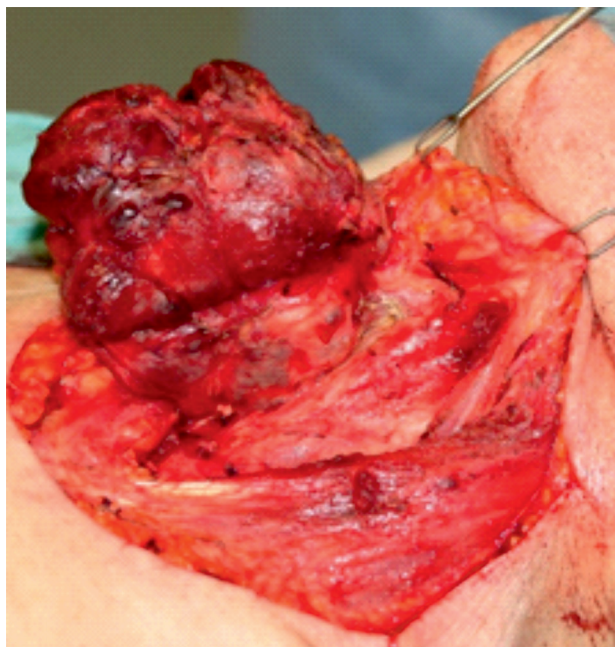


FIGURA 3

Exposición quirúrgica del QT caso nº2

Q: quiste. ECM: musculo esternocleidomastoide. L: laringe.

**DISCUSIÓN**

Los carcinomas de QT son una patología muy poco frecuente, el 2% de todos los QT. Se diagnostican habitualmente de manera incidental, tras la cirugía, como en el caso del primer paciente descrito. La edad media de presentación es de 40 años (> 90% en mayores de 18 años), siendo más frecuente en mujeres^{6,7}.

El tipo histológico más habitual es el carcinoma papilar de tiroides (> 90% de los casos), como en los dos casos descritos, seguido de los carcinomas escamosos (5%) y menos habitual los carcinomas anaplásicos y de células de Hurthle^{3,6}.

El crecimiento rápido, el cambio en la consistencia (induración y fijación a planos profundos) y aparición de dolor cervical constituyen los signos clínicos que deben orientar a una posible desdiferenciación tumoral³. Aunque no son exclusivos, como en el caso del segundo paciente, que presentó una masa indolora con un crecimiento progresivo de 3 años.

Los hallazgos radiológicos sospechosos de malignidad son la presencia de nódulos sólidos en el quiste (el más frecuente), calcificaciones murales (típicas de los cuerpos de psammoma del carcinoma papilar de tiroides), márgenes irregulares con pared engrosada y presencia de adenopatías cervicales^{3,6,7}. En los dos casos presentados fue posible observar lesiones con márgenes irregulares y en el segundo caso, calcificaciones, que deberían haber alertado a una posible malignización.

La PAAF presenta una sensibilidad y VPP bajos (aproximadamente 60% y 70% respectivamente)^{6,3}, no obstante puede ser útil para excluir otros diagnósticos³.

Solo se realizó en el segundo paciente y orientó a una probable malignización.

El Sistrunk, es el procedimiento quirúrgico habitual, que permite obtener una curación de hasta el 95% de los casos^{3,8}. Sin embargo, existe controversia, sobre todo por los pocos casos estudiados. Algunos autores recomiendan completar tratamiento en pacientes con factores de riesgo: edad superior a 45 años, antecedente de radiación cervical, alteraciones clínicas y ecográficas en la glándula tiroidea, presencia de extensión en la pared del quiste e infiltración y evidencia de extensión ganglionar. En estos casos recomiendan completar con tiroidectomía total y posteriormente tratamiento con I131⁶⁻⁹. El vaciamiento cervical solo estará indicado en caso de afectación ganglionar, que se observa entre el 7-15% de los casos⁹.

El primer paciente entraría dentro del grupo en el que no tendríamos que completar tratamiento. No obstante, el segundo paciente, sería probablemente subsidiario de tiroidectomía total con tratamiento con I131, al presentar infiltración de la musculatura prelaríngea y la presencia de lesiones (aunque inferiores a 1 cm) en el hemitiroides izquierdo. Dado la edad del paciente, la comorbilidad asociada, los márgenes libres y el buen pronóstico de esta patología, se concluyó que el riesgo beneficio no indicaba completar el tratamiento.

Aunque presente una tasa de recurrencia inferior a 5%, la media de recurrencia son 46 meses tras la cirugía, por lo que es fundamental realizar un seguimiento en estos pacientes^{3,6}.

El pronóstico es bueno, con una tasa de supervivencia de 99,4% y riesgo de metástasis a distancia es inferior al 2% de los casos^{3,6}.

En conclusión, es fundamental el análisis anatomopatológico de todas las piezas de QT operadas, sin olvidar, dentro de los diagnósticos diferenciales, un carcinoma de QT, sobre todo en pacientes adultos. Cuanto al tratamiento, aunque no exista un consenso, debemos individualizar cada caso y la decisión no debe olvidar el estado funcional del paciente con el objetivo de evitar una morbimortalidad elevada.

Conflicto de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Política de privacidade, consentimento informado e Autorização do Comitê de Ética

Os autores declaram que têm o consentimento por escrito para o uso de fotografias dos pacientes neste artigo.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Referências bibliográficas

- 1.Thompson LDR, Herrera HB, Lau SK. A Clinicopathologic Series of 685 Thyroglossal Duct Remnant Cysts. *Head Neck Pathol.* 2016 Dec;10(4):465-474 doi: 10.1007/s12105-016-0724-7.
- 2.Zaman SU, Ikram M, Awan MS, Hassan NH. A Decade of Experience of Management of Thyroglossal Duct Cyst in a Tertiary Care Hospital: Differentiation Between Children and Adults. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Mar;69(1):97-101. doi: 10.1007/s12070-016-1037-6.
- 3.Carter Y, Yeutter N, Mazeh H. Thyroglossal duct remnant carcinoma: beyond the Sistrunk procedure *Surg Oncol.* 2014 Sep;23(3):161-6. doi: 10.1016/j.suronc.2014.07.002.
- 4.Ubayasiri KM, Brocklehurst J, Judd O, Beasley N. A decade of experience of thyroglossal cyst excision. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013 May;95(4):263-5. doi: 10.1308/003588413X13511609958613.
- 5.El-Ayman YA, Naguib SM, Abdalla WM. Huge thyroglossal duct cyst in elderly patient: Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;51:415-418. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.09.025.
- 6.Rayess HM, Monk I, Svider PF, Gupta A, Raza SN, Lin HS. Thyroglossal Duct Cyst Carcinoma: A Systematic Review of Clinical Features and Outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 May;156(5):794-802. doi: 10.1177/0194599817696504.
- 7.Chala A, Álvarez A, Sanabria A, Gaitán A. Carcinoma papilar primario en el quiste tirogloso. Serie de casos y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2016 Mar-Apr;67(2):102-6. doi: 10.1016/j.otorri.2015.04.002.
- 8.Wood CB, Bigcas JL, Alava I, Bischoff L, Langerman A, Kim Y. Papillary-Type Carcinoma of the Thyroglossal Duct Cyst: The Case for Conservative Management. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2018 Oct;127(10):710-716. doi: 10.1177/0003489418791892.
- 9.Tharmabala M, Kanthan R. Incidental thyroid papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst - management dilemmas. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(1):58-61. doi: 10.1016/j.ijscr.2012.10.003.