

Tumores del quiste tirogloso

Roberto Lambertini, Eduardo Mullen y Nora Broger

Paciente mujer de 65 años en evaluación por hiperparatiroidismo primario que presenta en el examen físico una tumoración pequeña, de consistencia firme, localizada en la línea media alta del cuello. Carece de antecedentes personales o familiares de importancia.

Se solicita una ecografía de cuello para la caracterización de la lesión de línea media y como método de localización prequirúrgica de las paratiroides.

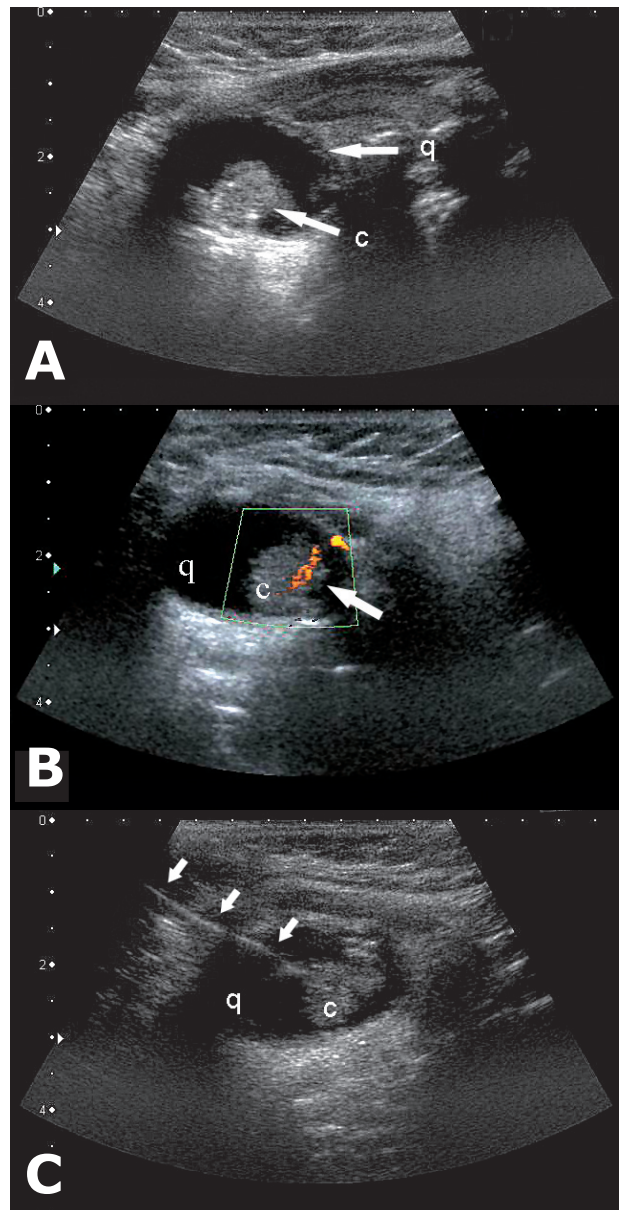
La ecografía describe una imagen quística de 20 mm de diámetro, localizada en la línea media del cuello, ligeramente lateralizada hacia la derecha, y que contiene en su interior un nódulo sólido isoecogénico, de contornos irregulares, con microcalcificaciones (Fig. 1A). El Doppler color revela vascularización del nódulo intraquístico (Fig. 1B), lo cual es interpretado como una proliferación celular dentro de un quiste tirogloso. El estudio describe además una lesión sólida vecina al polo inferior tiroideo derecho, compatible con adenoma de la glándula paratiroides inferior derecha. La glándula tiroides es homogénea sin lesiones focales y no se observan signos de compromiso ganglionar.

Se indica punción citológica guiada con ultrasonido del quiste de línea media (Fig. 1C) y del nódulo paratiroideo derecho. El resultado citológico del material extraído del quiste de línea media corresponde a un carcinoma papilar de tiroides (Fig. 2) y el nódulo paratiroideo a tejido paratiroideo.

DISCUSIÓN

La glándula tiroides se desarrolla a partir de la tercera semana de gestación y desciende luego desde el foramen cecum en la base de la lengua, por delante del hueso hioides y los cartílagos laríngeos hasta alcanzar su localización definitiva por delante de la tráquea, alrededor de la séptima semana de gestación. Durante su descenso la tiroides queda vinculada a la base de la lengua por el conducto tirogloso, el cual se oblitera y fibrosa hacia finales de la embriogénesis. En ocasiones pueden quedar células tiroideas (1% al 40% de los casos) o epiteliales dentro del conducto, cuya secreción coloidal o mucosa puede distenderlo y dar origen a la formación de un quiste, el “quiste tirogloso”. Si bien es común detectarlo en pacientes pediátricos o adolescentes, este quiste puede permanecer oculto durante varios años y hacerse evidente al aumentar sus dimensio-

Figura 1. Ultrasonido del quiste tirogloso. A) Se observa imagen quística (q) con un nódulo sólido interno correspondiente al carcinoma intraquístico (c). Las imágenes puntiformes hiperecogénicas (blancas) corresponden a las microcalcificaciones. B) Doppler color que muestra vascularización de la porción sólida (flecha). C) Punción selectiva con aguja fina (flechas) en la porción sólida de la lesión. q= quiste c= carcinoma.



nes en forma progresiva. En ocasiones puede presentarse con dolor, inflamación, disnea, disfonía o disfagia.

Se localiza generalmente en la línea media del cuello a nivel hioideo o suprahioideo y puede estar lateralizado, pero a una distancia no mayor de 2 cm de la línea media.

Entre las complicaciones que sufren los quistes tiroglosos las infecciosas son las más frecuentes, con sobreinfección del contenido líquido, formación de abscesos y hasta fistulización hacia la piel.

En el 1% de los casos pueden sufrir degeneración maligna; el tipo más frecuente es el carcinoma papilar originado de las células tiroideas intraquísticas (87%) o mixto papilar-folicular, y más raramente el epidermoide (6%), proveniente de las células epiteliales del conducto.

Los síntomas de presentación del carcinoma del quiste tirogloso (CQT) son indistinguibles de los de un quiste tirogloso; la disfonía, la disfagia, la pérdida de peso o el rápido crecimiento de la lesión son los hallazgos que deben hacer sospechar un CQT.

El diagnóstico se efectúa por lo general durante el estudio histológico de la pieza luego de la cirugía, o menos frecuentemente, durante el examen ecográfico preoperatorio y punción-aspiración con aguja fina del quiste.

En el caso de nuestra paciente, el CQT se sospechó durante el examen ecográfico, debido a la presencia de una

formación sólida intraquística que presentaba las mismas características que muestran los carcinomas papilares quísticos tiroideos; como bordes irregulares, isoecogenicidad, microcalcificaciones y flujo central con Doppler color (Figuras 1A y B). Precisamente es el Doppler color el que nos permite descartar que el nódulo intraquístico corresponda a un coágulo o a detritus (elementos avasculares). La ausencia de patología primaria tiroidea orienta hacia la localización primaria en el tirogloso. De lo contrario, debería plantearse el diagnóstico diferencial con una metástasis de un primario en la glándula tiroidea.

El tratamiento del CQT es similar al del quiste tirogloso y consiste en la cirugía de Sistrunk (descrita en 1920), la cual no solo reseca la lesión quística sino también la porción media del hueso hioideo por cuyo interior transita el conducto tirogloso. De esta forma se evitan las recidivas. La tiroidectomía está muy discutida, sobre todo debido a que en la mayoría de los casos el CQT se diagnostica luego de la cirugía de Sistrunk y por lo tanto el paciente debería ser sometido a una segunda cirugía para la tiroidectomía.

La presencia de focos de carcinoma en la tiroides coexistentes con el CQT se observa en el 11% al 25% de los pacientes y este es el principal motivo por el que muchos autores apoyan la tiroidectomía.

Algunos coinciden en realizar la tiroidectomía si el carcinoma invade más allá de la pared del quiste, mientras que otros recomiendan la tiroidectomía cuando el carcinoma dentro del quiste es superior a los 10 mm.

Por otro lado, una tiroidectomía, permitiría un mejor seguimiento de los pacientes mediante el dosaje de tiroglobulina, la cual en ausencia de tejido tiroideo, es uno de los marcadores más sensibles para la detección temprana de metástasis o recidiva local de carcinoma diferenciado de tiroides.

El pronóstico del CQT luego de la cirugía es excelente y la curación ocurre en el 95% de los casos.

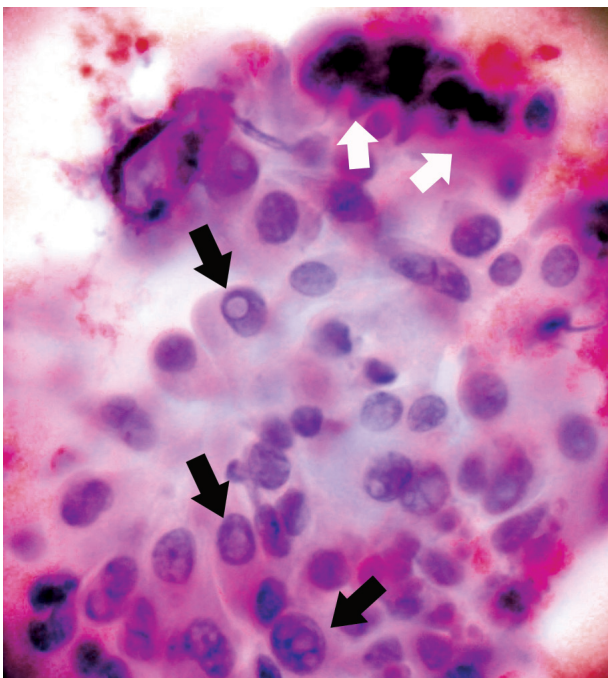
Si existiera compromiso ganglionar, el tratamiento es quirúrgico al igual que en el carcinoma papilar primario de la glándula tiroidea.

CONCLUSIÓN

El carcinoma papilar del conducto tirogloso es una rara entidad que se presenta por lo general como hallazgo en la pieza operatoria de un quiste tirogloso. Puede sospecharse ante la aparición de una masa de línea media cervical con rápida progresión de síntomas locales. El ultrasonido es un excelente método para detectar lesiones sospechosas intraquísticas y guiar su biopsia.

El tratamiento de elección es la cirugía de Sistrunk con tiroidectomía o sin ella, de acuerdo con cada caso en particular y los resultados son excelentes, con una tasa de curación del 95%.

Figura 2. Citología por punción (H&E 400X). Se observa proliferación de células atípicas con disposición papilar y focos de calcificación intratumoral. Las inclusiones intranucleares (flechas negras) y las calcificaciones (flechas blancas) confirman el diagnóstico de un carcinoma papilar.



LECTURAS RECOMENDADAS

- Ahuja AT, Wong KT, King AD, et al. Imaging for thyroglossal duct cyst: the bare essentials. *Clin Radiol.* 2005;60(2):141-8.
- Aluffi P, Pino M, Boldorini R, et al. Papillary thyroid carcinoma identified after Sistrunk procedure: report of two cases and review of the literature. *Tumori.* 2003;89(2):207-10.
- Doshi SV, Cruz RM, Hilsinger RL Jr. Thyroglossal duct carcinoma: a large case series. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001;110(8):734-8.
- Gebbia V, Di Gregorio C, Attard M. Thyroglossal duct carcinoma with concurrent thyroid carcinoma: a case report. *J Med Case Reports.* 2008;2:132.
- Kennedy TL, Whitaker M, Wadhi G. Thyroglossal duct carcinoma: a rational approach to management. *Laryngoscope.* 1998;108(8 Pt 1):1154-8.
- Kwan WB, Liu FF, Banerjee D, et al. Concurrent papillary and squamous carcinoma in a thyroglossal duct cyst: a case report. *Can J Surg.* 1996;39(4):328-32.
- Motamed M, McGlashan JA. Thyroglossal duct carcinoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12(2):106-9.
- Patel SG, Escrig M, Shaha AR, et al. Management of well-differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. *J Surg Oncol.* 2002;79(3):134-9; discusión 140-1.
- Yang YJ, Haghiri S, Wanamaker JR, et al. Diagnosis of papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst by fine-needle aspiration biopsy. *Arch Pathol Lab Med.* 2000;124(1):139-42.