



Carcinoma papilar en quiste de conducto tirogloso, diagnóstico por punción con aguja fina (paf)

Mónica Zaireth Flores Luna ¹.

Luis Alberto Rivas Franquiz ².

Karen Andreína Méndez Gutierrez ³.

Xiomara Terysol Contreras Pérez ⁴.

Claudio Alfonzo Arrechedera Pacheco ⁵.

¹Médico Especialista en Cirugía General. Hospital del Instituto Venezolano del Seguro Social "Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz". San Cristóbal. Venezuela.

²Técnico Superior Universitario en Citotecnología. Auxiliar docente Universidad Nacional Experimental del Táchira. Hospital del Instituto Venezolano del Seguro Social "Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz". San Cristóbal. Venezuela.

³Técnico Superior Universitario en Citotecnología. Auxiliar docente Universidad Nacional Experimental del Táchira. Hospital del Instituto Venezolano del Seguro Social "Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz". San Cristóbal. Venezuela.

⁴Médico Pediatra. M.Sc. Hospital del Instituto Venezolano del Seguro Social "Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz". Docente libre Universidad Nacional Experimental del Táchira. San Cristóbal. Venezuela.

⁵Médico Especialista en Anatomía Patológica. Profesor Asistente Universidad Nacional Experimental del Táchira. Hospital del Instituto Venezolano del Seguro Social "Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz". San Cristóbal. Venezuela
claudioarpa@gmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 16 de Julio del 2017 a la Revista Vitae Academia Biomédica

RESUMEN

El quiste tirogloso, es la anomalía congénita más frecuente en la región cervical, el cual puede presentar un componente maligno en menos del 1% de los casos. Se presenta una paciente femenina 31 años, con una masa palpable en la cara anterior con línea media del cuello y clínica e imagenología compatible con quiste tirogloso, a quien se le realiza estudio citológico de material obtenido por punción con aguja fina, resultando categorización diagnóstica de presuntivo para cáncer compatible con carcinoma papilar. La paciente fue sometida a extracción quirúrgica de la lesión, acompañada de tiroidectomía total. Se corroboró el diagnóstico de carcinoma papilar en el quiste tirogloso y además de microcarcinoma papilar en la glándula tiroides. En conclusión se recomienda la PAF en conjunto con la clínica e imagenología como herramientas diagnósticas para el estudio de lesiones en la región cervical, útil además en lesiones quísticas.

PALABRAS CLAVE: Quiste, Conducto Tirogloso, Carcinoma Papilar, aspiración por aguja fina

PAPILLARY CARCINOMA IN A THYROGLOSSAL DUCT CYST DIAGNOSED BY FINE NEEDLE ASPIRATION

SUMMARY

Thyroglossal cysts, are the most frequent congenital anomaly in the cervical region, they present a malignant component in less than 1% of the cases. We present the case of a female patient 31 years old, presenting with a palpable mass in the anterior part of the neck. With a probable diagnosis of thyroglossal duct cyst papillary carcinoma. After fine needle aspiration and a probable diagnosis of Papillary carcinoma, the lesion was surgically removed and a total thyroidectomy was performed. Pathological analysis confirmed the presence of papillary carcinoma of the thyroglossal duct and microcarcinoma of the thyroid gland. In conclusion fine needle aspiration, clinical and imaging are good diagnostic tools for the study of cystic lesions.

KEY WORDS: Cyst, Thyroglossal Duct, Papillary Carcinoma, Fine Needle Aspiration

CARCINOMA PAPILAR EN QUISTE DE CONDUCTO TIROGLOSO, DIAGNÓSTICO POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA (PAF)

INTRODUCCIÓN

El quiste del conducto tirogloso, es la anomalía congénita más frecuente en el cuello (representa 70% de todos los casos). Localizado en la región cervical anterior al nivel de la línea media, el cual está constituido histológicamente por un epitelio de tipo cilíndrico pseudoestratificado ciliado o escamoso con presencia de folículos tiroideos y/o glándulas mucosas en el estroma de la pared subyacente al epitelio. El tejido tiroideo puede desarrollar una transformación maligna, en menos de 1% de los casos, describiéndose con mayor frecuencia (82%) Carcinoma Papilar. La punción con aguja fina, es una técnica sencilla y rápida, que permite obtener material celular, el cual posterior a su procesamiento y análisis puede ayudar a definir una interpretación diagnóstica, la cual en conjunto con la clínica y estudios de imágenes permite establecer una conducta de tratamiento adecuada para cada paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 31 años, con una masa de crecimiento rápido en la línea media de la región cervical anterior, compatible clínica e imagenológicamente con quiste tirogloso. Sin antecedentes familiares o personales de importancia, pruebas de laboratorio de funcionalismo tiroideo dentro de límites normales, ecosonograma de la glándula tiroides con reporte de Bocio difuso grado III. Se realiza punción aspiración con aguja fina de dicha lesión, obteniendo abundante material celular que permitió realizar su análisis citológico, definiendo elementos para categoría diagnóstica general de Presuntivo de cáncer o sugestivo de malignidad compatible con Carcinoma Papilar. Se evaluaron extendidos citológicos fijados con spray, coloreados con Tinción de Papanicolaou modificada. Se encontraron abundantes células de aspecto folicular, la gran mayoría sueltas, además de células dispuestas en pequeños grupos, algunos en configuración papilar con atipia nuclear dada por anisonucleosis, cromatina homogénea, pulverulenta en grumos finos, algunos hipercromáticos, presencia de hendiduras y pseudoinclusiones intranucleares, otro detalle citológico muy particular, en el citoplasma de algunas de las células, el cual era abundante y eosinofílico, se observó la presencia de múltiples microvacuolas, características citoplasmáticas muy similares a las que presentan los histiocitos (llamadas células parecidas a histiocitos), pero con características nucleares atípicas relacionadas con criterios de carcinoma papilar, otros elementos celulares presentes son abundantes macrófagos, células gigantes multinucleadas y un fondo serohemático acuoso. (Figuras 1,2)

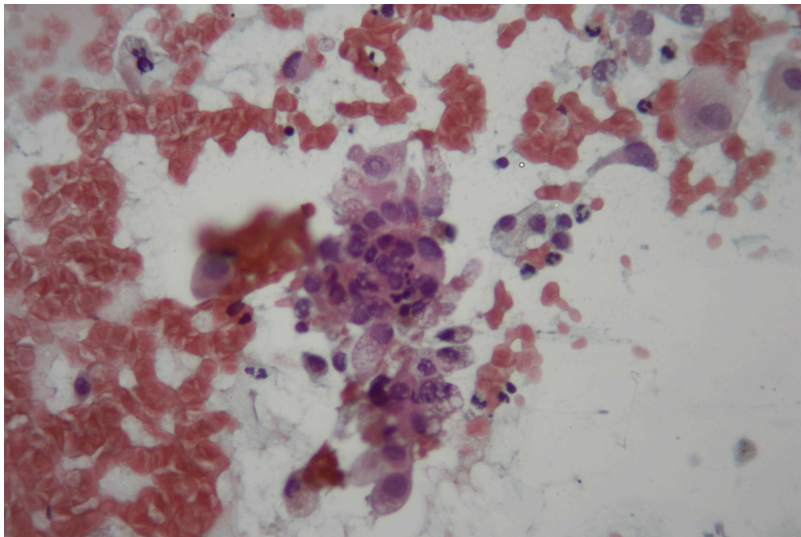


Figura 1. Extendido citológico con pequeño grupo y células sueltas de aspecto folicular con atipias nucleares (anisonucleosis, pseudoinclusiones), citoplasma moderado con microvacuolas, hematíes (Coloración PAP,400x)

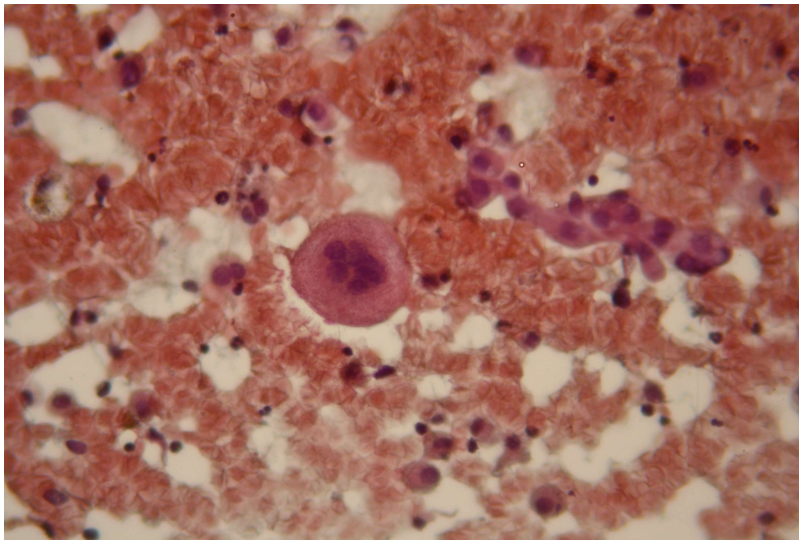


Figura 2. Extendido citológico observando célula gigante multinucleada, células de aspecto folicular dispuestas en pequeño grupo y algunas sueltas, histiocitos, hematíes (Coloración PAP,400x)

Posteriormente la paciente fue intervenida quirúrgicamente para extracción total de la lesión, mediante la técnica de Sistrunk, realizándose además tiroidectomía total, los hallazgos quirúrgicos consistieron en una lesión quística de 3cm, adherida al plano muscular y al hueso hioides, además de la glándula tiroides aumentada de tamaño a expensas del lóbulo derecho. Posteriormente se realizó el estudio histopatológico el cual reportó: carcinoma papilar en quiste del conducto Tirogloso, con descripción macroscópica de lesión quística de 3 x 2 x 1,8 cm, con extensa área sólida de 2 cm, blanquecina, consistencia firme, observando en dicha área múltiples proyecciones papilares de aspecto tumoral, a la evaluación microscópica se observó infiltración tumoral focal en la capsula de la lesión, el reporte de los márgenes quirúrgicos de resección resulto negativo para malignidad, además se observó escaso tejido tiroideo habitual en la periferia de la lesión (Figuras 3,4) y segmento óseo (hueso hioides) sin evidencia de neoplasia. La descripción macroscópica de la glándula tiroides incluye: Peso 17 gramos, medidas de lóbulo derecho 4,5 x 2 x 2 cm, lóbulo izquierdo 3,5 x 2,5 x 1,5 cm, istmo 1,5 x 0,7 cm, superficie de corte multinodular, pardorajiza de aspecto fibroso con reporte histopatológico de foco de Microcarcinoma Papilar en tercio medio de lóbulo izquierdo, el cual mide un milímetro de diámetro (Figura 5) e hiperplasia nodular con focales cambios de degeneración quística en el resto de la Glándula.

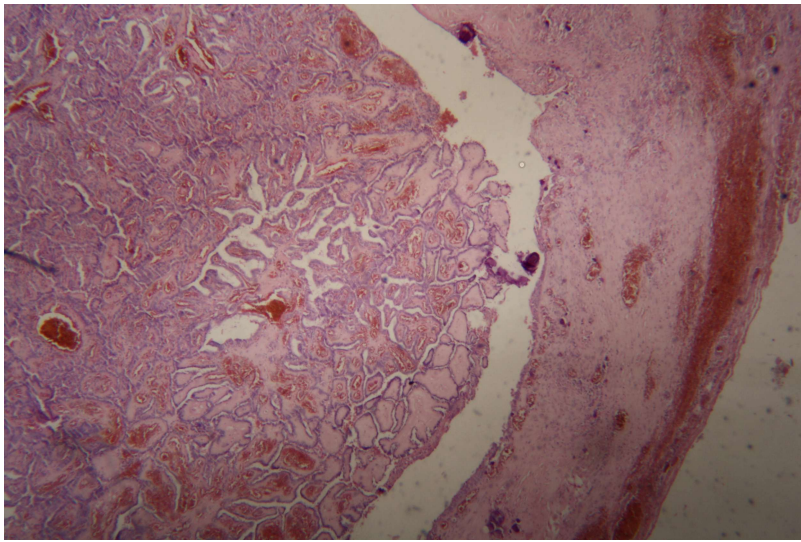


Figura 3. Sección histológica de quiste tirogloso, observando pared de aspecto fibroso en la periferia y área central de crecimiento expansivo y sólido (Carcinoma Papilar), microcalcificaciones concéntricas (Coloración HE,100x)

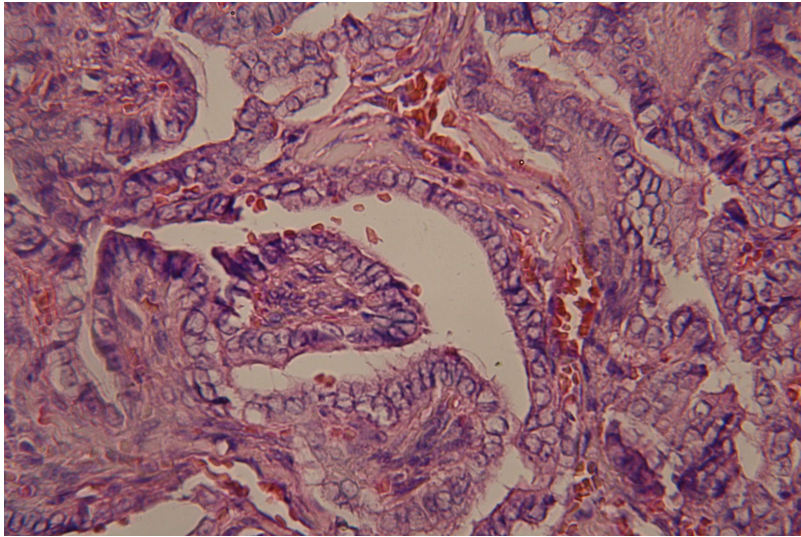


Figura 4. Sección histológica de quiste tirogloso en área de carcinoma papilar, observando formaciones papilares , ejes fibrosos vascularizados tapizados por epitelio cubico simple con atipias nucleares (anisonucleosis, pseudoinclusiones, nucléolos, cromatina clara con marginación periférica) (Coloración HE,400x)

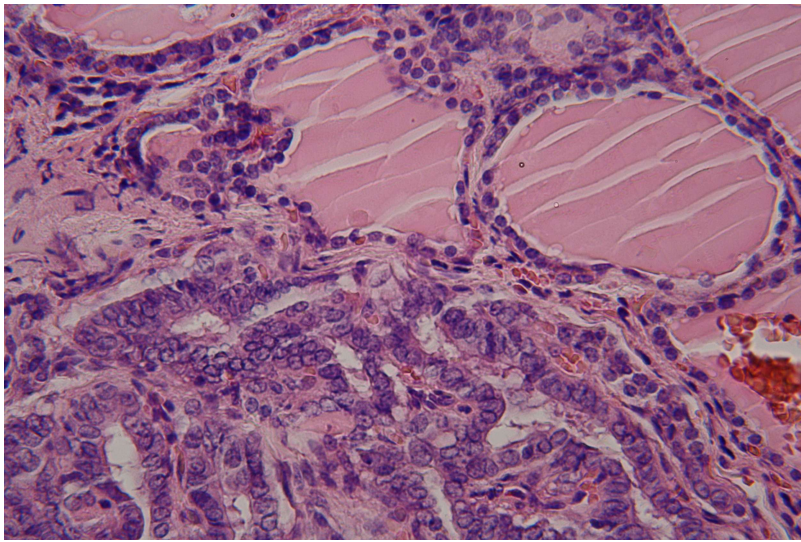


Figura 5. Sección histológica de glándula tiroides observando formaciones foliculares típicas adyacentes a un área de Carcinoma Papilar (Coloración HE,400x)

DISCUSIÓN

Es poco frecuente, el reporte de casos de carcinoma papilar en el conducto tirogloso, mediante el estudio citológico de material obtenido por punción con aguja fina, reportándose en 1,8% (7 de 371 ducto o quiste tirogloso) de los casos descritos por Livolsi y col, 1,7% (2 de 116 quistes) Keeling y col.^(1,2) Uno de los aspectos asociados a la dificultad diagnóstica para este tipo de lesiones al evaluar el material citológico obtenido por punción con aguja fina de una lesión quística, es la escasa celularidad, de dichas lesiones, se obtiene un contenido líquido abundante con histiocitos, pero muy pocas células epiteliales que permitan una adecuada interpretación, estas son producto de la descamación del epitelio de revestimiento, asociado además a la falsa interpretación de quien realiza la punción, quien considera que por haber obtenido abundante material líquido el mismo ya es representativo para dar un diagnóstico. Es fundamental la correlación con los detalles aportados por estudios de imágenes (contornos, presencia de áreas sólidas, espesor de la capsula), por tanto al realizar punción en lesiones quísticas se debe considerar: realizar al menos dos pases con aguja fina, una inicial para extraer el contenido líquido y colapsar las paredes del mismo y una segunda punción para obtener material de la pared del quiste, además de guiar la aguja a las áreas sólidas si están presentes dentro del quiste y así garantizar la extracción de suficiente material del epitelio de revestimiento, con el fin último de proporcionar un diagnóstico certero que permita una conducta y tratamiento adecuado.^(3,4) Desde un punto de vista clínico, toda lesión en línea media de región cervical de crecimiento rápido, consistencia firme, fijación a planos profundos, irregular y/o evidencia de adenopatías palpables debe catalogarse como un probable caso a descartar malignidad.⁽⁵⁾ Actualmente en quistes del conducto tirogloso la etiología asociada a la transformación maligna es desconocida, pero es bien sabido que se origina del tejido tiroideo que forma parte de la pared del quiste, dicha malignización se observa con mayor frecuencia en los adultos, con un ligero predominio

por el género femenino, de allí que sea obligatorio la exéresis de todos los quistes tiroglosos en los adultos ⁽⁶⁾, como en el caso descrito.

Vegas y col, en 2005 reportaron un caso de carcinoma papilar en un quiste del conducto tirogloso en el Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño, representando el único caso en un lapso de 17 años de revisión, a diferencia con el caso del presente estudio femenina 31 años, el descrito por Vegas fue un paciente masculino de 47 años y la masa medía 6,5 cm de diámetro. ⁽⁷⁾

El sistema Bethesda para informar la Citopatología tiroidea menciona en la categoría general de diagnóstico “Presuntivo de cáncer o sugestivo de malignidad” la presencia de células histiocitoides (parecidas a histiocitos), las cuales en realidad son células foliculares atípicas las cuales muestran un núcleo agrandado y un citoplasma abundante vacuolado, hallazgos asociados a cambios por degeneración quística.⁽⁸⁾ En los extendidos citológicos del presente caso se observaron dichas células con atipia nuclear respaldando el diagnóstico de carcinoma papilar.

Se han descrito entre un 11 a 33% de casos de carcinoma papilar en quistes de conducto tirogloso con un segundo foco de tumor en la glándula tiroides, no detectándose este foco por examen físico o estudios de imagen. Plaza y col en una serie de cinco casos realizaron la tiroidectomía total y en dichos casos el tamaño del tumor en el conducto tirogloso vario entre 14 y 40 milímetros. Weiss y Orlich en su estudio encontraron en 11,4% de los casos un foco microscópico de carcinoma papilar en la Glándula Tiroides.^(9,10) En comparación con el presente estudio donde el tamaño del tumor del conducto tirogloso fue de 2cm y se encontró en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides un segundo foco microscópico de carcinoma papilar.

Heshmati y col recomiendan realizar tiroidectomía en todo paciente con diagnóstico de carcinoma de quiste tirogloso.⁽¹¹⁾ En conclusión se debe tener en cuenta para la evaluación de lesiones de región cervical la clínica, los estudios imagenológicos con énfasis en el tamaño y características de la lesión, una adecuada evaluación citológica del material obtenido por punción con aguja fina, además verificar por imágenes la presencia de nódulos linfoides asociados en región cervical y la evaluación de la glándula tiroides, lo cual permitirá establecer una adecuada conducta terapéutica.

REFERENCIAS

1. LiVolsi VA, Perzin KH, Savetsky L. Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). Cancer 1974;34:1303-15.
2. Keeling JH, Ochsner A. Carcinoma in thyroglossal duct remnants; Review of literature and report of 2 cases. Cancer 1959;12:596-600.
3. Silverman PM, Degesys GE, Ferguson BJ, Bierre AR. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst: CT findings. J Comput Assist Tomogr. 1985;9:806–808.

4. Vera-Sempere F, Tur J, Jaen J, Perolada JM, Morera C. Papillary thyroid carcinoma arising in the wall of a thyroglossal duct cyst. *Acta Otorhinolaryngologica Belg.* 1998;52:49–54.
5. Astl J, Duskova J, Kraus J et al. Coincidence of thyroid tumor and thyroglossal duct remnants. Review of the literature and presentation of three cases. *Tumori* 2003;89:314-320.
6. Prasad ML, Rangaswamy M, Kumar N, Shukla NK. Papillary carcinoma of a thyroglossal duct remnant with Hashimoto's thyroiditis. *Ear Nose Throat J.* 1990;69(5):358-360.
7. Vegas Y, Goubaira J, Perfetti W, López J, López J, Mora V. Cáncer papilar primario en quiste del conducto tirogloso. A propósito de un caso. *Rev. venez. oncol.* 2005;17(3):158-162.
8. Renshaw A. "Histiocytoid" cells in fine-needle aspirations of papillary carcinoma the thyroid: frequency and significative of an under-recognized cytologic patter. *Cancer* 2002;96(4):240-243.
9. Plaza CP, López ME, Carrasco CE, Meseguer LM, Perucho Ade L. Management of well-differentiated thyroglossal remnant thyroid carcinoma: time to close the debate? Report of five new cases and proposal of a definitive algorithm for treatment. *Ann Surg Oncol* 2006;13(5):745-752.
10. Weiss SD, Orlich CC. Primary papillary carcinoma of a thyroglossal duct cyst: report of a case and literature review. *Br J Surg* 1991; 78:87-89.
11. Heshmati HM, Fatourechi V, van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clin Proc.* 1997;72:315-9.