



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Costa Rica

Jiménez-Navarrete, Manuel Francisco; Ulate-Oviedo, Laura; Aguilar-Aráuz, María; Sáenz-Batalla,
Gerardo

Cáncer de quiste en conducto tirogloso

Acta Médica Costarricense, vol. 55, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp. 196-198

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43429451008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cáncer de quiste en conducto tirogloso

(Thyroglossal duct cyst cancer)

Manuel Francisco Jiménez-Navarrete¹, Laura Ulate-Oviedo², María Aguilar-Aráuz³, Gerardo Sáenz-Batalla⁴

Resumen

El quiste del conducto tirogloso es una de las anomalías del desarrollo que se presentan más frecuentemente en el cuello. La presencia en este de carcinoma aislado o concomitante con cáncer en tiroides, es muy infrecuente. Se expone aquí el caso de una paciente joven que se presentó con esta entidad. Se describe su presentación y manejo. Actualmente sigue su control en el Servicio de Endocrinología del Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, Costa Rica.

Descriptores: cáncer de quiste de conducto tirogloso, cáncer papilar de tiroides

Abstract

Thyroglossal duct cyst cancer is one of the developmental anomalies that not occur frequently in the neck. The presence of isolated or concomitant thyroid cancer is unusual. We present the case of a young female patient with this condition. Presentation and management are described. The Endocrinology Service of the San Vicente de Paul Hospital is presently following her case.

Keywords: thyroglossal duct cyst cancer, papillary thyroid cancer.

Recibido: 4 de abril de 2013

Aceptado: 8 de agosto de 2013

La glándula tiroides se desarrolla hacia el final de la tercera semana de vida intrauterina, como una proliferación de células endodérmicas en el piso faríngeo (*foramen caecum*), y dicho

Trabajo realizado en el Hospital San Vicente de Paúl, CCSS

Afiliación de los autores: Servicio de Endocrinología,^{1,2} Servicio de Patología,³ Servicio de Cirugía,^{4,6} Clínica de Tiroides, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia.
✉mickeymfjn@yahoo.com

ISSN 0001-6012/2013/55/4/196-198
Acta Médica Costarricense, © 2013
Colegio de Médicos y Cirujanos
de Costa Rica

esbozo (tubérculo impar) desciende medialmente como primordio bilobulado hasta la altura del segundo al tercer anillo traqueal, lo que origina células foliculares que formarán parte de la tiroides.¹

El conducto tirogloso (COT) desaparece entre la 8ª a 10ª semana de vida embrionaria, pero en series de autopsias se ha demostrado que puede persistir hasta en el 7% de la población normal. La ausencia de su obliteración después del nacimiento puede provocar quistes ubicados a lo largo de su trayecto, entre el vértice de la V lingual y la ubicación definitiva de la glándula tiroides en el cuello, y se localizan usualmente en la línea media del cuello, siendo los quistes más comunes los no odontogénicos.²

El carcinoma del quiste tirogloso difícilmente se diferenciará de una forma benigna en el preoperatorio; sin embargo, debe sospecharse malignidad si el quiste se palpa duro, irregular y de rápido crecimiento junto a nódulos linfáticos palpables, y muchas veces se encuentra en ausencia de lesiones malignas en la glándula tiroides.³ Para 2006, se habían reportado 260 casos de cáncer de quiste en conducto tirogloso.⁴

Este es el primer caso reportado en el país; la paciente está asintomática, pero sigue en control en el servicio de Endocrinología del Hospital.

Presentación del caso

Femenina de 23 años de edad, trabajadora en un servicio de Rayos X de una clínica odontológica privada, con antecedente personal patológico de infecciones frecuentes en vías respiratorias superiores y rinosinusitis alérgica. Referida a principios de 2011 al Servicio de Cirugía por masa en región supraglótica. El ultrasonido reportó como “nodulación en línea media, sólida, redondeada, circunscrita, heterogénea, hipoecoica, de 8.5 por 8.3 mm, inmediatamente contigua al contorno superior del cartílago tiroides”. La biopsia de aspiración por aguja fina se reporta como neoplasia folicular vs. cáncer papilar de tiroides. Las pruebas funcionales tiroideas estaban entre los rangos de referencia. La gammagrafía de tiroides se describió sin datos de tejido ectópico tiroideo o quiste tirogloso. Se le practicó ablación de la lesión y la biopsia se reportó compatible con carcinoma papilar de tiroides (figuras 1 y 2). Se le practicó tiroidectomía total bilateral y la biopsia formal reportó únicamente “cambios compatibles con tiroiditis de Hashimoto”. No se encontró ganglios comprometidos con metástasis. Posteriormente se sometió a la paciente a una dosis de radiyodo¹³¹.

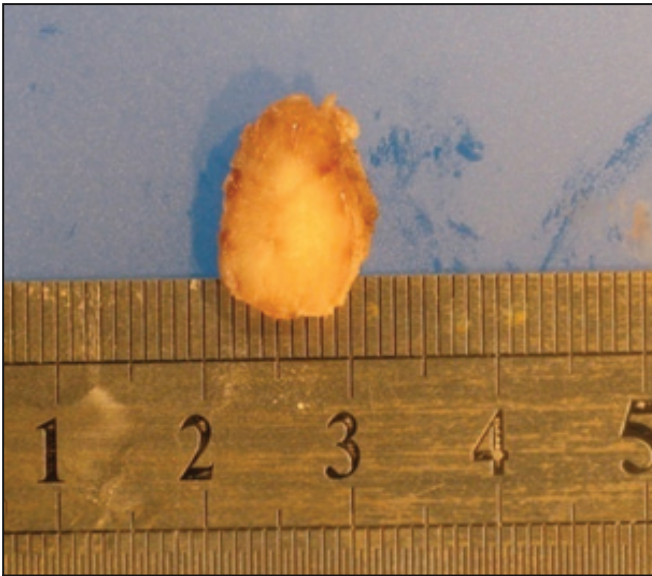


Figura 1. Nódulo supraglótico extirpado

La paciente se encuentra asintomática a los dos años de la intervención quirúrgica y sigue control en el Servicio de Endocrinología del Hospital.

Discusión

Los quistes en el conducto tirogloso son infrecuentes y el carcinoma en este ocurre apenas entre el 1% y el 2% de los casos. La presentación de estos carcinomas es variable, siendo el más frecuente el papilar ($\pm 94\%$ de los casos), y presentándose en menor cuantía el escamoso, o su combinación. El diagnóstico prequirúrgico es difícil y no hay consenso sobre el manejo óptimo. Los síntomas son inespecíficos y fácilmente pueden confundir y orientar, en primera instancia, a un problema laríngeo inflamatorio. La ultrasonografía, la gammagrafía y la tomografía son poco sensibles en el diagnóstico de esta patología. El procedimiento operatorio se realiza mediante el método Sistrunk, y la mayoría de los reportes en la bibliografía coinciden en someter a los portadores de esta patología, a tiroidectomía total con posterior terapia ablativa de radioyodo.⁵⁻⁹

Un estudio australiano reportó cáncer de conducto tirogloso en 9 de 139 pacientes portadores de quistes tiroglosos, siendo todos neoplasias papilares y en mujeres su mayoría, con una edad promedio de 44 años. El diámetro promedio de estos fue de 10 mm. A ocho de los pacientes se les sometió a tiroidectomía más resección de ganglios.¹⁰

Se reporta en la bibliografía la coexistencia de cáncer concomitante en residuo de conducto tirogloso y en glándula tiroides, del 11% al 31% de los casos, siendo por ello recomendable la tiroidectomía, en todos los casos de hallazgo de carcinoma en conducto tirogloso.¹¹⁻¹³

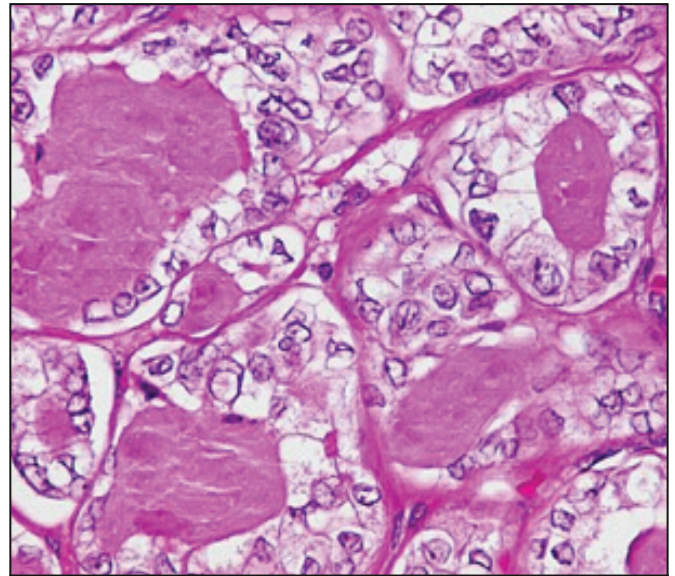


Figura 2. Micrografía en alto poder (40x), en donde se observan estructuras foliculares tapizadas por células poligonales con núcleos agrandados, agrupados, con hendiduras y pseudoinclusiones.

Este es el primer caso reportado en Costa Rica de cáncer en CQT del que se tiene conocimiento.

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Storani ME, Vásquez AM, Alcaraz GN, Gutiérrez S, Gauna A, Silva Croome M *et al*. Carcinoma en quiste tirogloso. *Rev Arg Endocrinol y Metab* 2010; 47:18-24.
2. Ellis P, Van Nostrand AW. The applied anatomy of thyroglossal tract remnants. *Laryngoscope* 1977; 87:765-770.
3. Albayrak Y, Albayrak F, Zu'lkufi Kaya, Kabalar E, and Aylu B. A Case of Papillary Carcinoma in a Thyroglossal Cyst Without a Carcinoma in the Thyroid Gland. *Diagn Cytopathol* 2010; 39:38-41.
4. Fumarola A, Trimboli P, Cavaliere R, Coletta I, Veltri A, Di Fiore A *et al*. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a neck branchial cyst. *W J Surg Oncol* 2006; 4:24.
5. Baizri H, Bouaity B, Abahou S, Oukabli M, Boufares F, Elyaagoubi N *et al*. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst, a case report: Which management? *Ann Endocrinol* 2009; 70:256-60.
6. Basu S, Shet T, Borges AM. Outcome of primary papillary carcinoma of thyroglossal duct cyst with local infiltration to soft tissues and uninvolved thyroid. *Indian J Cancer* 2009; 46:169-70.
7. Guzmán GP, Baeza OA, Cabello VA, Montecinos LA, Leal MC, Rosa SJ. Carcinoma papilar en conducto quístico tirogloso: reporte de dos casos. *Rev Méd Chil* 2008; 136:1169-74.
8. Arabi A, Zayour D, Salti I. Papillary carcinoma arising in a thyroglossal duct cyst; two case reports and review of the literature. *Int Surg* 2007; 92: 327-30.
9. Zivaljevic V, Bozic V. Papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst. *Acta Chir Belg* 2006; 106:252-253.

10. Forest VI, Murali R, Clark JR. Thyroglossal duct cyst carcinoma: case series. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2011; 40:151-6.
11. Li D, Meng Z, Zhang G, Yu T, Tan J, Dong F. Visualization of thyroglossal duct cyst in differentiated thyroid cancer patient. Clin Nucl Med 2010; 35:499-504.
12. Cherian MP, Nair B, Thomas S, Somanathan T, Sebastian P. Synchronous papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst and thyroid gland: case report and review of literature. Head Neck 2009; 31:1387-91.
13. Park MH, Yoon JH, Jegal YJ, Lee JS. Papillary thyroglossal duct cyst carcinoma with synchronous occult papillary thyroid microcarcinoma. Yonsei Med J 2010; 51:609-11.