

METÁSTASIS EN QUISTE BRANQUIAL DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO

PEDRO LUIS MÁRQUEZ, JUAN FRANCISCO LIUZZI, CARMEN SILVA, MARÍA JOSÉ ESPINOZA, YANIRA VUOLO, LUIS ALEMÁN

SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO, SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS

RESUMEN

OBJETIVO: Paciente masculino de 72 años de edad, con antecedente de tiroidectomía total en el año 2002 por carcinoma papilar de tiroides, que invadía la cápsula del lóbulo izquierdo de la glándula; recibió 200 mCi de ¹³¹I. **CASO CLÍNICO:** En el año 2010 acudió a nuestro centro por presentar nódulo subcutáneo a nivel de cicatriz, se procedió a la resección del mismo, cuya biopsia reportó: infiltración por carcinoma papilar. Referido a medicina nuclear, indican 200 mCi de ¹³¹I en el 2011. Permaneció en control por cabeza y cuello y endocrinología, con terapia supresiva, manteniéndose con niveles de TG menores de 2 ng/mL (VR: 0-5 ng/mL). En septiembre 2010 presentó elevación de niveles de TG: 8 ng/mL, sin adenopatías palpables. Acudió nuevamente en octubre, presentando adenopatía palpable en nivel III izquierdo. Ultrasonido cervical: lesión heterogénea sólido-quística sin atenuación al paso del sonido en región latero cervical izquierda sugestiva de MT. PAAF: insatisfactoria. Llevado a mesa operatoria y se realizó resección del nódulo + corte congelado (positivo) + DCS niveles II- V izquierdo. Hallazgos intraoperatorios: 1. Tumor quístico de 3 cm nivel III izquierdo. 2. Múltiples adenopatías II-IV izquierdo. Biopsia definitiva: carcinoma papilar de tiroides metastásico, ubicado en la pared de quiste branquial, no se evidenció ganglio linfático. Inmunohistoquímica: vimentina, TTF1, citoqueratina AE1/AE3, tiroglobulina, citoqueratina 7: positiva. **CONCLUSIÓN:** La metástasis de un carcinoma papilar en un quiste branquial es una entidad poco común y hay pocos casos descritos en la literatura Venezolana.

PALABRAS CLAVE: Quiste, branquial, carcinoma papilar, tiroides, metástasis.

SUMMARY

OBJECTIVE: We presented a 72 years old male patient, with a history of total thyroidectomy in the year 2002 by thyroid papillary carcinoma, which invaded the capsule of the left lobe of the gland; He received 200 mCi of ¹³¹I. **CLINICAL CASE:** In the year 2010 came to our center by subcutaneous nodule at the level of scar, resection of the same, whose biopsy reported were: Infiltration by papillary carcinoma. Referred to nuclear medicine, indicate 200 mCi of ¹³¹I in 2011. It remained in control for head and neck and endocrinology, with suppressive therapy, in keeping with TG levels less than to 2 ng/mL (VR: 0-5 ng/mL). In September 2010 presented elevated TG levels: 8 ng/mL, non-palpable adenopathy. He came back in October, presenting palpable adenopathy in level III left. Ultrasound cervical: heterogeneous lesion solid - cystic non fading to the passage of sound in region lateral cervical suggestive left of MT. FNP: unsatisfactory. Led to operating table and resection of the nodule was performed + (positive) frozen cut + DCS levels II - left V. Intraoperative findings: 1. cystic tumor 3 cm left III level. 2. Multiple adenopathy's left II-IV. Biopsy definitive: Papillary carcinoma of thyroid metastatic, located in the wall of branchial cyst, not evidenced lymph node. Immunohistochemistry: Vimentin, TTF1, cytokeratin AE1/AE3, thyroglobulin, cytokeratin 7: Positive. **CONCLUSION:** Metastasis from papillary carcinoma in a branchial cyst is a rare entity and there are few cases described in the Venezuelan literature.

KEY WORDS: Branchial, cyst, carcinoma, papillary, thyroid, metastasis.

Recibido: 12/02/2016 Revisado:18/03/2016

Aceptado para publicación: 13/05/2016

Correspondencia: Dr. Pedro Luis Márquez Marcano.
Servicio Oncológico Hospitalario IVSS. Urb. Los

Castaños, Calle Alejandro Calvo Lairret, PB. El Cementerio, Caracas, Venezuela. Tel: 04148513914
E-mail: pmarquez80@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de tiroides es la afectación maligna más frecuente de la glándula tiroides (68%-74 %), la de mejor pronóstico por delante del carcinoma folicular, medular y anaplásico y está asociada a metástasis cervicales en un 30 % - 90 % de los pacientes en el momento del diagnóstico. Las metástasis quísticas cervicales son infrecuentes, siendo el origen del tumor primario más común a nivel de orofaringe: amígdalas palatinas (33 %-64 %) y base de lengua (37 %-60 %), seguido del carcinoma papilar de tiroides ⁽¹⁾.

A continuación presentamos las características clínico patológicas de esta rara entidad en un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 72 años de edad, con antecedente de tiroidectomía total en el año 2002 por carcinoma papilar de tiroides, que invadía la cápsula del lóbulo izquierdo de la glándula; recibió 200 mCi de ¹³¹I. En el año 2010 acudió a nuestro centro por presentar nódulo subcutáneo a nivel de cicatriz, se realizó punción aspiración con aguja fina (PAAF) que resultó insatisfactoria, y se procedió a la resección del mismo, cuya biopsia reportó: infiltración por carcinoma papilar. Referido a medicina nuclear, indican 200 mCi de ¹³¹I en el 2011. Permaneció en control por cabeza y cuello y endocrinología, con terapia supresiva con levotiroxina 150 µg, manteniéndose con niveles de tiroglobulina (TG) menores de 2 ng/mL (VR: 0-5 ng/mL). En septiembre 2010 presentó elevación de niveles de TG: 8 ng/mL, sin adenopatías palpables; se solicitó rastreo corporal con ¹³¹I, el cual no se pudo realizar por no disponer en el país. Acudió nuevamente en octubre, presentando adenopatía

palpable en nivel III izquierdo. Ultrasonido cervical: lesión heterogénea sólido-quística sin atenuación al paso del sonido en región latero cervical izquierda sugestiva de metástasis. Se realizó PAAF obteniéndose 2 cm³ de líquido de color oscuro que reportó: insatisfactoria. Llevado a mesa operatoria se realizó resección del nódulo + corte congelado (positivo) + DCS niveles II-V izquierdo. Hallazgos intraoperatorios: 1. Tumor quístico de 3 cm nivel III izquierdo. 2. Múltiples adenopatías II-IV izquierdo. Biopsia definitiva: carcinoma papilar de tiroides metastásico ubicado en la pared de quiste branquial. Inmunohistoquímica: vimentina, TTF1, citoqueratina AE1/AE3, tiroglobulina, citoqueratina 7: positiva. Conclusión: carcinoma papilar metastásico.

DISCUSIÓN

Los tumores quísticos cervicales corresponden en su mayoría a lesiones benignas congénitas, no obstante, en ocasiones metástasis de neoplasias de vías aerodigestivas superiores y glándula tiroides pueden simular estas. Ante el resultado anatomopatológico de carcinoma papilar en un quiste cervical es necesario discernir entre metástasis o carcinoma primario en tejido tiroideo aberrante dentro de un quiste branquial para orientar adecuadamente el tratamiento ⁽²⁾.

La incidencia de las metástasis quísticas de origen papilar con respecto a todos los quistes cervicales es del 11 %. Mientras que el tumor primario es más frecuente en mujeres en razón 3:1, los quistes metastásicos de extirpe papilar predominan en varones a partir de la 5ª década ⁽³⁾. Existen dos teorías que expliquen la aparición de un carcinoma papilar en un quiste branquial: carcinomas en tejido tiroideo ectópico dentro de un quiste branquial, defendida por algunos autores ⁽²⁾ o metástasis tiroidea con tumor primario oculto, defendida por la mayoría ⁽⁴⁾.

Tejido tiroideo ectópico es reportado en el 7 % de los adultos y se encuentra con frecuencia a lo largo del curso del conducto tirogloso o alrededor de los dos lóbulos de la glándula. Otras posibles partes de la localización ectópica son lengua anterior, la laringe, la tráquea, esófago, mediastino, pericardio, diafragma y, rara vez en el cuello y quiste branquial. Informes anteriores demostraron que tejido tiroideo ectópico puede presentar metástasis de tiroides carcinoma, y muy rara vez puede albergar un primario carcinoma de tiroides. Unos 100 casos se han descrito, pero hasta ahora en la literatura la mayoría de ellos han demostrado que se producen en el conducto tirogloso, 1 % a cabo de todos los quistes tirogloso los carcinomas son carcinomas papilares. Solo cuatro casos de carcinomas tiroideos primarios que surgen en el cuello quiste branquial se han descrito por Balasubramaniam, en 1992, Jadusingh y col., en 1996, Matsumoto y col., en 1999, y Cappellani y col., 2004 ⁽⁵⁾.

Aunque en la punción el líquido amarillento es característico de quistes benignos y el marrón de quistes metastásicos, como lo presentó nuestro caso, existe un 50 %-67 % de falsos negativos ⁽⁴⁾. Hay estudios que sugieren que la concentración alta de TG en el líquido aspirado es específica del carcinoma papilar primario ⁽²⁾.

Medición de TG y la determinación mRNA por PCR en el líquido de la PAAF del quiste branquial, aunque son capaces de reconocer la presencia de tejido tiroideo ectópico, no es capaz de discriminar entre una lesión benigna y otra maligna. En tal situación, solo el estudio histológico después de la cirugía puede proporcionar un diagnóstico definitivo de la lesión ⁽⁵⁾. La metástasis de un carcinoma papilar en un quiste branquial es una entidad poco común y hay muy pocos casos descritos en la literatura venezolana.

REFERENCIAS

1. Caron NR, Clark OH. Papillary thyroid cancer: Surgical management of lymph node metastases. *Curr Treat Options Oncol.* 2005;4:311-322.
2. Nakagawa T, Takashima T, Tomiyama K. Differential diagnosis of a lateral cervical cyst and solitary cystic lymph node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *J Laryngol Otol.* 2001;115(3):240-242.
3. Torres L, Tavarez J, Mena E, Bauer M, Benito J, Moraiz D. Metástasis quística papilar versus carcinoma tiroideo ectópico en un quiste branquial. *Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja.* 2012;3(20):190-193.
4. Sidhu S, Lioe TF, Clements B. Thyroid papillary carcinoma in lateral neck cyst: Missed primary tumor or ectopic thyroid carcinoma within a branchial cyst. *J Laryngol Otol.* 2000;114(9):716-718.
5. 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. *World J Surg Oncol.* 2006;4:24.