

PRESENTACIÓN DE CASO

METÁSTASIS INUSUAL EN UN PACIENTE CON CÁNCER DEL TIROIDES

UNUSUAL METASTASIS IN A PATIENT WITH THYROID CANCER

Lidia Martínez Ramos,¹ Norailys García Rodríguez^{1,2}

¹Especialista I grado en Anatomía Patológica. Profesora Asistente. Máster en Bioética. Hospital Universitario “Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

²Especialista I grado en Medicina General Integral y de I grado en Gastroenterología. Profesor Instructor. Máster en Urgencias Médicas. Policlínico Universitario “Luis Li Trijent”. Güines, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

El carcinoma del tiroides se caracteriza por su baja mortalidad y poca incidencia. Las formas metastásicas regionales son las formas de metástasis más frecuentes que ocurren generalmente en ganglios cervicales. Se presenta un caso de metástasis inusual y poco frecuente de cáncer de tiroides aunque con caracteres de presentación común en cuanto a sexo y edad en estas lesiones quísticas del cuello.

Palabras clave: metástasis, carcinoma, lesión quística, ganglio cervical.

ABSTRACT

Thyroid carcinoma is characterized by its low mortality and low incidence. The regional metastatic forms are the most common metastases forms that generally occur in cervical ganglia. It is presented a case of unusual and infrequent metastases of thyroid cancer but with common presentation characters in terms of gender and age in these cystic lesions of the neck.

Key words: metastasis, carcinoma, cystic lesion, cervical ganglion.

INTRODUCCIÓN

Existen varias formas clínicas de presentación de cáncer del tiroides: nódulo solitario, masa palpable difusa y/o irregular, metástasis a distancia y/o regional y la forma oculta. También han

sido descritas lesiones quísticas de novo o metastásicas que constituyen una forma especial anatomo-clínica aunque menos frecuentes de presentación de carcinomas¹ y que presentan una amplia gama de diagnósticos diferenciales que deben ser tenidos en cuenta en el estudio. Si las lesiones son metastásicas en cuello de un paciente adulto deben ser consideradas como diagnóstico diferencial potencial.²

Los cambios quísticos del tiroides se caracterizan por marcada proliferación celular que ocurren por razones mal definidas en dichas lesiones y tienen como resultado necrosis y liquefacción. Las lesiones malignas se acompañan por un líquido fluido achocolatado mientras que la presencia de cristales de colesterol y/o células epiteliales sugiere el diagnóstico de quiste branquial; pero a pesar de ello la biopsia aspiración con aguja fina (BAAF) puede resultar negativa debido a hipocelularidad del fluido.³

La repetición de BAAF negativo para carcinoma, puede incrementar la sensibilidad en la detección de la forma quística.^{2,4-6} La biopsia debe ser llevada a cabo aún en aquellos casos en que la BAAF no sea indicativa de malignidad porque Seven⁷ plantea que 1 de cada 10 pacientes con lesiones quísticas laterales del cuello se deben a metástasis en ganglios linfáticos cervicales de carcinomas ocultos.

Aunque las lesiones quísticas del tiroides más frecuentes son los quistes tiroglosos,⁵ las metástasis en ellos ocurren de 1-2 %.^{6,8} Ante una masa solitaria lateral y quística del cuello el diagnóstico de carcinoma escamoso debe ser considerado si el paciente tiene más de 40 años y de carcinoma papilar del tiroides si el paciente es menor de esa edad.⁹

En este caso el diagnóstico de carcinoma tiroideo se estableció precisamente en una lesión benigna conocida que no está relacionada con el tiroides ni anatómica ni histológicamente, como lo es el quiste branquial ,tantas veces tan mal interpretado al establecer el diagnóstico definitivo.^{10,11}

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 29 años de edad que acude por presentar aumento de volumen de la región lateral del cuello, donde se le detectó una tumoración de 3 cm aproximadamente, no dolorosa, consistencia renitente. Se remite a la consulta para la realización de BAAF.

En el extendido del mismo se extrae líquido fluido transparente de alrededor de 3 cms.que se envía al servicio de Anatomía Patológica (figura 1).



Fig 1. Vista panorámica de carcinoma tiroideo en quiste branquial separados por pared de quiste (flecha negra).

Posteriormente el paciente fue citado a consulta de cirugía menor para realizarle la exéresis del quiste.

En el estudio anatomo-patológico fue posible verificar que se trataba para sorpresa de los autores de una metástasis en un quiste branquial de Carcinoma Papilar del tiroides (figura 2).



Fig 2. Vista anterior a mayor aumento.

DISCUSIÓN

El tiroides ectópico es una aberración embriológica infrecuente caracterizada por la presencia de tejido tiroideo en otras regiones fuera de su posición anatómica habitual.

Son lugares frecuentes: sublingual, quistes tiroglosos que pueden ser diagnosticados tanto imagenológicamente como por BAAF.^{4,12,13}

El carcinoma tiroideo ha sido diagnosticado en lesiones quísticas tales como: ganglios cervicales quistificados y en quistes linfoepiteliales, los cuales no se tienen en cuenta en el diagnóstico diferencial principalmente si se trata de un paciente masculino de menos de 40 años, ni tampoco se piensa en la posibilidad de un carcinoma del tiroides.^{9,14}

La distinción entre quistes de novo cervicales metastásicos, metástasis carcinomatosas de varias etiologías en ganglios cervicales solitarios sólidos o quistificados y quistes branquiales o linfoepiteliales puede resultar difícil.^{3,5,15}

En la investigación la metástasis ocurrió en las paredes interna del quiste, siendo diagnosticada la existencia de un carcinoma del tiroides. Esto demostró la asociación entre el quiste branquial y el tejido ectópico aberrante del tiroides, una vez que el carcinoma papilar fue diagnosticado también en el examen histológico de la glándula después de la exéresis.¹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Ashaa Y, Hefny AF, Joshi S, Abu-Zidan FM. Papillary thyroid carcinoma presenting as a lateral neck cyst. Afr Health Sci [Internet]. 2011 Jun [cited 2012 Mar 20];11(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158521/>
2. Pietarinen-Runtti P, Apajalahti S, Robinson S, Passador-Santos F, Leivo I, Mäkitie AA. Cystic neck lesions: clinical, radiological and differential diagnostic considerations. Acta Otolaryngol [Internet]. 2010 Feb [cited 2012 Mar 20];130(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19593684>
3. Gourin CG, Johnson JT. Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. Laryngoscope [Internet]. 2000 Oct [cited 2012 Mar 20];110(101). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11037817>

4. Sheahan P, O'leary G, Lee G, Fitzgibbon J. Cystic cervical metastases: incidence and diagnosis using fine needle aspiration biopsy. *Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2002 Oct [cited 2012 Mar 20];127(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12402008>
5. Shahin A, Burroughs FH, Kirby JP, Ali SZ. Thyroglossal duct cyst: a cytopathologic study of 26 cases. *Diagn Cytopathol* [Internet]. 2005 Dec [cited 2012 Mar 20];33(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16299737>
6. Forest VI, Murali R, Clark JR. Thyroglossal duct cyst carcinoma: case series. *J Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2011 Apr [cited 2012 Mar 20];40(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21453651>
7. Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S. Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol* [Internet]. 2004 Jan-Feb [cited 2012 Mar 20];25(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15011201>
8. Albayrak Y, Albayrak F, Kaya Z, Kabalar E, Aylu B. A case of papillary carcinoma in a thyroglossal cyst without a carcinoma in the thyroid gland. *Diagn Cytopathol* [Internet]. 2011 Ene [cited 2012 Mar 20];39(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21162091>
9. Sira J, Makura ZG. Differential diagnosis of cystic neck lesions. *Ann Otol Rhinol Laryngol* [Internet]. 2011 Jun [cited 2012 Mar 20];120(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21774450>
10. Banikas V, Kyrgidis A, Koloutsos G, Sakkas L, Antoniades K. Branchial cyst carcinoma revisited: stem cells, dormancy and malignant transformation. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2011 May [cited 2012 Mar 20];22(3). Available from: <http://www.mendeley.com/research/branchial-cyst-carcinoma-revisited-stem-cells-dormancy-malignant-transformation/>
11. Andrews PJ, Giddings CE, Su AP. Management of lateral cystic swellings of the neck, in the over 40s' age group. *J Laryngol Otol* [Internet]. 2003 Apr [cited 2012 Mar 20];117(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12816226>
12. Wong KT, Lee YY, King AD, Ahuja AT. Imaging of cystic or cyst-like neck masses. *Clin Radiol* [Internet]. 2008 Jun [cited 2012 Mar 20];63(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18455551>
13. Moatamed NA, Naini BV, Fathizadeh P, Estrella J, Apple SK. A correlation study of diagnostic fine-needle aspiration with histologic diagnosis in cystic neck lesions. *Diagn Cytopathol* [Internet]. 2009 Oct [cited 2012 Mar 20];37(10). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19373905>
14. Daoud FS. Branchial cyst: an often forgotten diagnosis. *Asian J Surg* [Internet]. 2005 Jul [cited 2012 Mar 20];28(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16024310>
15. Hardee PS, Hutchison IL. Solitary nodal metastases presenting as branchial cysts: a diagnostic pitfall. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 1999 Sep [cited 2012 Mar 20];81(5). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503610/>
16. González-García R, Román-Romero L, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo FJ, Naval-Gías L. Solitary cystic lymph neck node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2008 Dec [cited 2012 Mar 20];13(12). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19047970>