CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES METASTÁSICO, ASOCIADO A QUISTE BRANQUIAL. REPORTE DE CASO.

METASTATIC THYROID PAPILLARY CANCER, ASSOCIATED WITH BRANCHIAL CYST. CASE REPORT.

Oswaldo Martínez *, Erick Santos+, Jorge Calvo+

*Residente de Cirugía General de último año Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid †Residente de Cirugía General III año Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid ‡ Cirujano General Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid

Recibido: 5 mayo 2017 Aceptado: 23 enero 2018

Martínez O, Santos E, Calvo J. Cáncer Papilar de Tiroides Metastásico, asociado a Quiste Branquial. Reporte de caso. Caso clínico. Rev méd cient. 2017; 30: 17-27.

RESUMEN

El cáncer papilar de tiroides es la neoplasia cervical más común. De las anomalías branquiales, los quistes del segundo arco son los más frecuentes. El quiste branquial con metástasis de cáncer de tiroides, es infrecuente. En la literatura mundial, no existe consenso, se recomienda tiroidectomía total, y vaciamiento cervical solo cuando este indicado.

Presentamos un masculino de 24 años, dos meses de aumento acelerado de volumen cervical izquierdo de 10 cm, sin dolor. Examen físico sin adenopatías cervicales, masa regular, blanda, indolora de 10 cm, no fijación a estructuras profundas. Ultrasonido y tomografía cervical: masa quística de 10 cm, múltiples nódulos tiroideos, el de mayor tamaño es quístico de 0.7 cm en lóbulo izquierdo. Biopsia por aguja fina: compatible con quiste. Se realiza resección y en la histopatología reportan quiste branquial con metástasis de primario de tiroides. Se realiza tiroidectomía total. Histopatología: carcinoma papilar. Buena evolución post-operatoria, referencia para manejo con yodo radioactivo.

PALABRAS CLAVE. Masas cervicales, quiste branquial, carcinoma papilar de tiroides, segundo arco branquial, metástasis de tiroides.

ABSTRACT

Papillary thyroid cancer is the most common cervical neoplasia. On the branchial abnormalities, the second arch cysts are the most frequent. The branchial cyst with a metastasis of thyroid cancer, is uncommon. In the world literature, there is no consensus, total thyroidectomy is recommended, and cervical emptying is only performed when indicated.

We present the case of a 24 years old male. Two months of increase and accelerated left cervical volume of 10 cm, without pain. Physical examination without palpable cervical lymphadenopathy, with a regular, solid, non-painful mass of 10 cm, no fixation to deep structures. Ultrasound and cervical tomography with cystic cervical mass of 10 cm, multiple thyroid nodules, the largest is cystic of 0.7 cm in left thyroid lobe. Fine needle biopsy of the mass reports cyst compatible material. Cervical mass resection is performed and histopathology reports a brachial cyst with metastasis of primary papillary thyroid primary of 1.8 cm. Total thyroidectomy is performed, there is no evidence of lymphadenopathy. Histopathology reports papillary carcinoma. Good post-operative evolution and reference was made for management with radioactive iodine.

KEY WORDS. cervical masses, branchial cyst, papillary thyroid carcinoma, second branchial arch, thyroid metastases.

Cáncer Papilar de Tiroides Metastásico, asociado a Quiste Branquial. Reporte de caso. Caso clínico by Martinez O, Santos E, Calvo J is licensed under a <u>Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License</u>.



INTRODUCCIÓN

Las masas cervicales son una patología común. Su etiología se presenta en todos los grupos de edad, dependerá de diversas causas, y muchas veces, el conocimiento adecuado de las diversas estructuras anatómicas presentes en el cuello, permitirá revelar el diagnóstico adecuado. Pueden abarcar desde una patología congénita, hasta las masas adquiridas.

Las lesiones branquiales pueden ser sinusoidales, quísticas o fistulosas. En más del 90% de los casos son originadas del 2º arco branquial, donde predominan los quistes en más del 80%, se ubican a nivel lateral, en la línea del músculo esternocleidomastoideo, entre la oreja y la clavícula. Su aparición usualmente es entre la 2º y 3º décadas de la vida, como una masa cervical asintomática.¹

El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrinológica maligna cervical más común. La evolución y pronóstico de los pacientes, así como los factores asociados a la recurrencia de la enfermedad, dependen de diversas variables, entre las que destacan: la edad del paciente al momento de su presentación, el tamaño de la lesión, el tratamiento y el comportamiento del tumor.² El cáncer papilar es el tipo histológico más común, y se observa hasta el 80% de los casos, su diseminación es por vía linfática, por lo que las metástasis a distancia son infrecuentes, menos del 4% al momento del diagnóstico, sin embargo, las metástasis cervicales son usuales, alrededor de 30% - 90%.³

La principal causa de metástasis a nivel cervical lateral, en mayores de 40 años, son los carcinomas escamosos orofaríngeos, de hecho, la incidencia de carcinomas diagnosticados, en escenarios donde se sospechaban quistes branquiales, es alrededor de 10% - 30%.¹ En este caso, donde relacionamos el

quiste branquial con una metástasis de cáncer de tiroides, es un escenario sumamente infrecuente.

El tratamiento de elección es el quirúrgico y el complemento según casos indicados sigue siendo la supresión con yodo radioactivo, y su pronóstico generalmente suele ser bueno.⁴

CASO CLÍNICO

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere historia de aumento de volumen a nivel cervical izquierdo de 2 meses de evolución, no asociado a trauma o alguna otra alteración. Dicha masa de 10 cm de longitud, blanda, fija, no dolorosa y sin cambios de coloración en piel circundante, sin datos de disfonía, disfagia o disnea. Sin historia de pérdida de peso, fiebre o tos. Se realiza ultrasonido cervical ambulatorio que reporta nódulo quístico cervical izquierdo de 10 cm, bocio multinodular, con nódulo principal de 0.7 cm en el lóbulo tiroideo izquierdo, posteriormente se realiza tomografía cervical que reporta masa guística cervical izquierda, sin componente sólido de 10x6 cm. No impresiona invasión vascular, desplaza estructuras musculares. Se realiza biopsia por aguja fina (BAAF) que reportó material compatible con quiste. Al acudir inicialmente en febrero del 2016 se le admite como quiste de 2 arco faríngeo.

HISTORIA ANTERIOR.

<u>Antecedentes Personales Patológicos.</u> Niega alguna enfermedad personal.

<u>Hábitos Personales.</u> Niega consumo de alcohol, cigarrillo o drogas.

<u>Antecedentes Personales No patológicos.</u> Jardinero, casa de cemento.

<u>Antecedentes Heredo – familiares.</u> Niega <u>Antecedente Personal Quirúrgico.</u> Niega <u>Alergias.</u> Niega



<u>Medicamentos.</u> Niega medicamentos o consumo de hierbas, té u otros productos naturales.

INSPECCIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS (IPAS)

General: Niega pérdida de peso, debilidad, fatiga palidez, ictericia, fiebre, sudoración nocturna.

Piel: Niega lesiones, erupciones, masas, ulceraciones, sequedad, prurito, petequias.

Cabeza, Cuello: aumento de volumen cervical izquierdo, de aproximadamente 10 cm, no dolorosa, blanda, fija, con ingurgitación yugular sin cambios de coloración, o alguna otra alteración.

Respiratorio: Niega dificultad respiratoria, tos, hemoptisis.

Cardiovascular: Niega edema, síncope, palpitaciones o dolor torácico.

Gastrointestinal: niega dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, cambios en hábitos intestinales.

Urinario: Niega disuria, hematuria, coluria u otra alteración.

Nervioso/Extremidades: Niega.

EXAMEN FÍSICO

Hemodinámicamente estable.

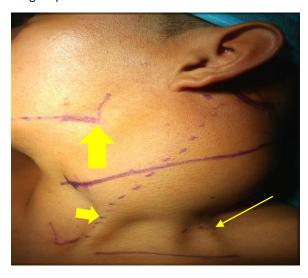
Boca: Sin lesiones evidentes, en la orofaringe no se evidencian masas o lesiones evidentes.

Cuello: sin adenopatías cervicales, con masa izquierda de superficie y bordes regulares, blanda, no dolorosa de 10 cm, no impresiona fijación a estructuras profundas, con leve desplazamiento contralateral de la tráquea, con ingurgitación yugular a 45º, la tiroides no dolorosa, no se palpan nódulos o lesiones. "Ver figura 1 y 2".

Figura 1. Aumento de volumen cervical, visión frontal.



Figura 2. Aumento de volumen cervical, visión lateral; ángulo de la mandíbula (flecha larga) y el recorrido del músculo esternocleidomastoideo (flecha corta), ingurgitación yugular (flecha delgada).



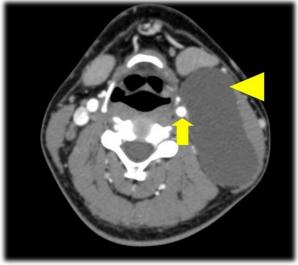
INTERCONSULTAS Y ESTUDIOS REALIZADOS

- 1. **Exámenes de laboratorio**: normales.
- Ultrasonido cervical octubre 2015 que reportó: Nódulo cervical izquierdo quístico de 10 cm. Bocio multinodular, el de mayor tamaño es quístico de 0.77 cm en lóbulo tiroideo izquierdo.



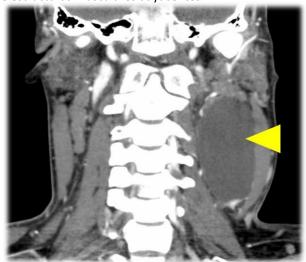
3. Tomografía cervical en octubre 2015 "Ver figura 3 y 4", se evidencia: Masa quística, hipodensa, sin componente sólido, de superficie y bordes regulares, de 10x6 cm. No impresiona invasión vascular, desplaza estructuras musculares.

Figura 3. En TC se observa en corte axial imagen quística a nivel cervical izquierdo (cabeza de flecha). Respeta el paquete vascular yugular no se observa trayecto fistuloso del mismo (flecha).



Fuente: servicio de Radiología CHDrAAM.

Figura 4. TC corte coronal se aprecia lesión quística hacia aspecto cervical izquierdo contenido de densidad líquida sin lesiones sólidas identificables. Se observa desplazamiento de estructuras musculares advacentes.



Fuente: servicio de Radiología CHDrAAM.

- Biopsia por aguja fina en noviembre del 2015 reportó: Material compatible con quiste.
- Histopatología de febrero del 2016 reporta:
 Quiste branquial de segundo arco faríngeo izquierdo.

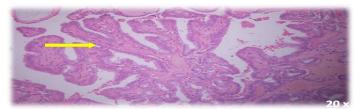
Carcinoma papilar de tiroides variante clásica, tamaño de 1.8 cm.

No se determina si es tejido tiroideo ectópico o si se trata de metástasis de primario tiroideo desconocido.

6. Histopatología de Junio del 2016 "Ver figura 5 y 6" reporta:

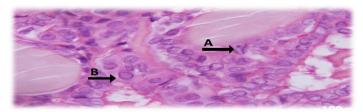
Carcinoma papilar de tiroides variante clásica, T3N0M1, 4.2 cm x 1 cm en mayores dimensiones, tumor ubicado hacia el lóbulo izquierdo. Márgenes negativos por tumor. Sin invasión linfovascular.

Figura 5. Corte 20x. Ramificación compleja de papilas con delicados centros fibrovasculares, presentan folículos pequeños neoplásicos. Las papilas están cubiertas por células epiteliales neoplásicas cuboidales o columnares.



Fuente: Dra. Silvia Paz, Dra. Dalaila González; Servicio de Patología CHDrAAM.

Figura 6. Corte 100x. El núcleo es redondo u ovoide, claro con apariencia de núcleo vacío con aposición de la cromatina a lo largo de la membrana nuclear, lo que le da un aspecto de vidrio esmerilado o de "Anita la huerfanita". Las membranas nucleares frecuentemente muestran hendiduras e irregularidades (A) y como resultado de las protrusiones del citoplasma dentro del núcleo pueden observarse las pseudoinclusiones nucleares (B).



Fuente: Dra. Silvia Paz, Dra. Dalaila González; Servicio de Patología CHDrAAM.

TRATAMIENTO

En la Primera cirugía:

- Cefazolina 1 g intravenoso preoperatorio y c/6horas por 5 días (antibiótico de amplio espectro para evitar infección del sitio operatorio por amplia disección).
- Omeprazol 20 mg intravenoso c/día por 2 días y luego 20 mg vía oral c/día hasta su egreso (inhibidor de bomba de protones, protector gástrico en ayuno prolongado).
- Metoclopramida 10 mg intravenoso c/8horas por 24 horas (antiemético y procinético).
- Lisalgil 2 g intravenoso c/6horas por 5 días (antiinflamatorio no esteroideo, para dolor postoperatorio).

En la segunda Cirugía:

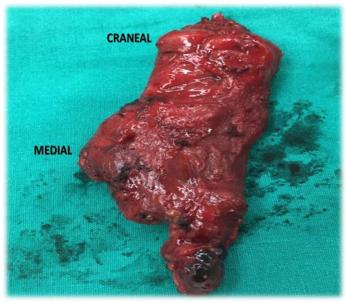
- Cefazolina 1 g intravenoso preoperatorio (antibiótico de amplio espectro para evitar infección del sitio operatorio como profilaxis).
- Lisalgil 2g intravenoso c/6 horas por 24 horas (hasta su egreso).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En la primera cirugía de febrero del 2016, se realiza incisión cervical izquierda y resección de masa quística, no se evidencia compromiso vascular o de estructuras vecinas, tampoco se evidencia adenopatías con sospecha de malignidad, se deja drenaje Jackson Pratt. "Ver figura 7".

En la segunda cirugía de junio del 2016, se realiza tiroidectomía total con neuromonitoreo, se observa una lesión en lóbulo tiroideo superior izquierdo, indurada, de 3 cm, no se evidencia compromiso vascular, ni de otras estructuras, no adenopatías, sin complicaciones. "Ver figura 8".

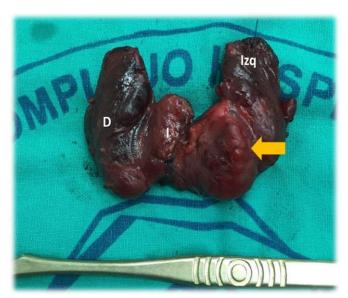
Figura 7. Quiste Branquial.



Fuente: Servicio de Cirugía General, Salón de Operaciones. CHDrAAM.



Figura 8. Glándula tiroides, lóbulo izquierdo, nódulo predominante (flecha).



Fuente: Servicio de Cirugía General, Salón de Operaciones. CHDrAAM.

EVOLUCIÓN

En la primera cirugía se maneja el postoperatorio en sala de cirugía, el paciente con una evolución favorable tolerando vía oral al primer día postoperatorio.

Con leve aumento de volumen en área quirúrgica, poco dolor, sin datos de infección, con gasto en el drenaje Jackson Pratt de aproximadamente 100 cc diarios, seroso en los primeros 3 días, sin embargo, en descenso posteriormente hasta 0 (cero) y se retira al quinto día. Con buena evolución se le da egreso el 5º día postoperatorio.

Posteriormente, 4 meses después, ante el hallazgo en la patología de la cirugía previa, se realiza tiroidectomía total con buena evolución postoperatoria, con dieta en el primer día postoperatorio y egreso con recomendaciones, se da referencia para yodo radioactivo y seguimiento en el servicio de endocrinología y cirugía general.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las masas cervicales son una patología frecuente, sin embargo, su etiología dependerá mucho de la edad y de su presentación, dentro de las masas cervicales, podemos observar las masas tiroideas, como el cáncer papilar, folicular, medular y anaplásico, donde el cáncer papilar es el más frecuente.^{4,5} Podemos asociar una masa solitaria cervical con infecciosos como tuberculosis procesos adenopatías inflamatorias de origen infeccioso, malformaciones vasculares y linfáticas, y neoplasias como linfomas o metástasis, donde su origen más frecuente sería tumores orofaríngeos. De origen congénito, aunque es menos frecuente, podemos sospechar en quistes branquiales.

Por su forma de presentación poco usual, y por la literatura médica descrita, se dificulta llegar al diagnóstico descrito en este caso en la historia inicial, por lo que se necesita una evaluación minuciosa y al final comprobar con la muestra histopatológica nuestro diagnóstico para realizar un tratamiento adecuado.

DISCUSIÓN

En su mayoría, las masas cervicales en niños y adultos jóvenes, son más inflamatorias que congénitas. Sin embargo, la primera sospecha en el adulto mayor de 40 años, debe ser de causa neoplásica.

La 'regla del 80' se aplica a menudo como una guía útil.⁵

- 80% de las masas de cuello son tiroideas
 - 80% de las masas son tumorales (20% son inflamatorias)
 - 80% de las masas tumorales son malignas
 - 80% de las masas son metastásicas (20% son primarios)
 - 80% son metástasis de primarios supraclaviculares

Otra regla útil, es la "regla de los 7", que surge del interrogatorio en la historia clínica.⁶

- o 7 días es inflamatoria
- o 7 meses es neoplásica
- o 7 años es congénita

El conocimiento de las bases embriológicas en las lesiones cervicales, su localización anatómica y el aspecto radiológico, permiten sospechar el origen de estas anomalías y una mejor interpretación de los hallazgos. Existen 6 arcos branguiales mesénguima, separados 4 hendiduras por branquiales endodérmicas. Los quistes de la hendidura branquial son masas cervicales, usualmente laterales, relacionados al desarrollo anormal de un arco branquial y resultan de remanentes branquiales.⁷ Suelen aparecer en adultos jóvenes y el segundo arco branquial, es el responsable del 90% de la formación de estos quistes, con menor frecuencia el primer arco (8%) y del tercero (2%).8 Los quistes del segundo arco, pueden localizarse a lo largo de la fosa tonsilar hasta la región supraclavicular, los quistes del primer arco branquial se localizan cerca del conducto auditivo externo y la parótida.

En cuanto a los nódulos tiroideos, se ha estimado en diversos estudios epidemiológicos, que tienen una prevalencia del 5%, con predominio en mujeres, sin embargo, esto ha aumentado en los últimos años debido al uso constante de métodos de screening como el ultrasonido (USG), donde se detectan hasta en el 70% de las veces; su importancia radica en la capacidad de diagnosticar neoplasias malignas de tiroides. 9 Debido a este uso rutinario de equipos con mayor sensibilidad y especificidad para el hallazgo de las lesiones tiroideas, hemos visto un incremento desmedido en el diagnóstico de cáncer de tiroides y por ende el aumento en su prevalencia, sin embargo, este dramático ascenso en el diagnóstico, no ha significado un cambio en la mortalidad, como también, que el principal tipo de cáncer diagnosticado sea el papilar, la variante más común, de mejor pronóstico y que no presenta un efecto en la mortalidad de la población. 10

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Epidemiología

El cáncer de tiroides corresponde a la neoplasia maligna endocrinológica más frecuente, con una incidencia mundial entre 0.5 – 10 / 100.000 habitantes, ¹¹ para el año 2012 la tasa incrementó hasta 4.1 /100.000 habitantes, con predominio en mujeres. ¹²

La mayoría de carcinomas de tiroides provienen de las células foliculares donde el 95% corresponden a carcinomas diferenciados, de lento crecimiento y con una supervivencia en 10 años hasta del 90%. Generalmente se reconocen 4 tipos más comunes e importantes de cáncer de tiroides, el medular (5%), el anaplásico (1%), y en mayor medida, encontramos el carcinoma papilar de tiroides CPT (85%) y el folicular CFT (5-10%) que corresponden a los carcinomas diferenciados de tiroides. 14

Etiología

La persistencia, la recurrencia y el pronóstico de la enfermedad, está directamente relacionada a diversos factores, dentro de las cuales se incluyen la edad al diagnóstico, el tamaño del tumor, la extensión, el comportamiento biológico y su histología.²

El carcinoma papilar de tiroides, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un tumor maligno epitelial, derivado de células foliculares, con estructuras papilares y foliculares, cuyo núcleo presenta características claves para su diagnóstico (esmerilado, pálido y/o vacío, tamaño grande, contorno irregular, hendiduras profundas, nucléolo pequeño y pseudoinclusiones). 15

Por ser un problema basado en diferenciación celular, su etiología se basa en una serie de eventos moleculares y metabólicos para llegar a esos cambios, los cuales, en los últimos años, se utilizan con mayor frecuencia, para erigir una mayor certeza diagnóstica entre las diferentes lesiones tiroideas.



Los diferentes marcadores moleculares tiroideos, como los cambios genéticos asociados, que se han demostrado presentes en los carcinomas diferenciados de tiroides, han demostrado ser una herramienta útil, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento a futuro de diferentes lesiones tiroideas; uno de los cambios más importantes detectados en esta patología, es la activación de la vía de las proteínas quinasas activadas por mitógenos (MAPQ), que depende de la activación de un receptor de membrana con actividad tirosina quinasa (RET), este reordenamiento (RET/CPT) induce a un estímulo para proliferación y diferenciación celular; otra alteración importante en la transducción de señales, es la mutación del gen BRAF, la cual hasta la fecha solo se manifiesta en CPT y en carcinoma anaplásico; otras alteraciones como la mutación del proto oncogén RAS (H-RAS, K-RAS, N-RAS), y un supresor p53 inestable, propician las anomalías genéticas tempranas, y a errores en la replicación del ADN tardíos respectivamente; alteraciones en la transcripción de proteínas, por el oncogén inducido por la fusión del factor de transcripción tiroideo (PAX8) con el peroxisome proliferator-activated receptor gamma (PPARG), aunque no son específicas del cáncer de tiroides, se observan más frecuentemente en CFT.¹⁶

Otros factores como la historia de radiación de cabeza y cuello, antecedente familiar de carcinoma medular o papilar y neoplasia endocrina múltiple 2, edad menor a 14 años o mayor a 70 años, género masculino, crecimiento acelerado del nódulo tiroideo, consistencia fija y dura, adenopatías cervicales asociadas, y disfonía, disfagia o disnea, son claros y contundentes factores que incrementan el riesgo del potencial maligno de las lesiones tiroideas.¹⁷

Diagnóstico

La presentación clínica usual es un nódulo palpable, más de 1 cm, no doloroso, sin embargo, con el uso más habitual y rutinario del USG tiroideo y la biopsia por aguja fina (BPAF), se ha podido diagnosticar más frecuentemente microcarcinomas papilares (< de 1 cm), lo que puede incrementar la prevalencia, mas

no la mortalidad en general. La metástasis a distancia es inusual, hasta un 1% - 2%, y con mayor frecuencia es hacia el pulmón. La metástasis cervical se presenta hasta en el 50% - 80%, y se asocia ocasionalmente a tumores avanzados y con metástasis a distancia. 18 El USG de tiroides, solo se recomienda usar en pacientes que tengan factores de riesgo y no en sujetos sanos. 10 Al realizar el estudio, para describir los hallazgos adecuadamente, se deben tomar en cuenta varios factores, como el nivel de riesgo en base a la morfología del nódulo, y así poder tomar decisiones en cuanto a biopsia o seguimiento. 17

Tabla 1. Clasificación ultrasonográfica del nódulo tiroideo^{9,17}

AACE/ACE-AME 2016

Bajo Grado (<1% malignidad)

Quístico

Espongiforme Isoecoico

Riesgo Intermedio (5-15% malignidad)

Ligeramente hipoecoico

Isoecoico ovoide, márgenes lisos o irregulares

Alto Riesgo (50 – 90% malignidad)

Hipoecoico

Espiculado / Irregular

Microcalcificaciones

>alto/ancho

Extensión Extra tiroidea

Adenopatías Patológicas

ATA 2015

Benigno

Quístico puro

NO BPAF

Muy Baja sospecha (<3% malignidad)

Espongiforme sin hallazgos

BPAF >2cm

Baja Sospecha (5 – 10% malignidad)

Iso/Hiperecoico sólido sin otros hallazgos

BPAF >1.5cm

Sospecha Intermedia (10 – 20%)

Hipoecoico sólido con márgenes lisos solamente

BPAF >1cm

Sospecha Alta (70 – 90%)

Hipoecoico sólido con:

Márgenes irregulares

Microcalcificaciones

>alto/ancho

Extensión extra tiroidea

AACE/ACE/AME = American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology/Associazione Medici Endocrinologi.

ATA = American Thyroid Association

El uso de la tomografía computarizada y la resonancia magnética, para diagnóstico de masas cervicales, ha ido en aumento debido a su alta sensibilidad y especificidad y capacidad de identificar lesiones tanto cervicales como tiroideas.¹

Una vez realizado el Diagnóstico de cáncer de tiroides se realiza el estadiaje con la clasificación internacional del TNM, de la American Joint Committee on Cancer, la cual influirá directamente en el tratamiento quirúrgico y adyuvante, como en su seguimiento posteriormente.

A nivel histológico, hay diversas variantes dentro del carcinoma papilar, con utilidad pronóstica poco clara, que intentan explicar el comportamiento del CPT, entre estas las de mejor comportamiento como el encapsulado y el microcarcinoma, los agresivos como la variante de células altas, columnar, esclerosante difuso y el folicular, y otras como oncocítico y cribiforme.¹⁹

Sabiendo entonces que el CPT puede originar metástasis en un pequeño porcentaje, cuando analizamos esta rara presentación en el caso clínico, existen 2 posibles teorías, que pueden explicar esta aparición, un tejido tiroideo ectópico dentro de un quiste branquial y la presencia de metástasis tiroidea con tumor primario oculto, la más confiable hasta el momento.²⁰

El tejido ectópico tiroideo se ha demostrado más frecuentemente en el recorrido del conducto tirogloso y su ubicación frecuente es lingual, se diagnostica hasta en el 7% de los casos, sin embargo, su localización lateral es muy inusual, menos del 1%.²¹ En el análisis del quiste branquial, se puede realizar punción y evaluación del líquido para tiroglobulina y mRNA; estas podrían identificar tejido tiroideo.²⁰

Tratamiento

El tratamiento en general del CPT es considerado seguro, sin embargo, factores como la edad avanzada (>70años), diabetes mellitus, el uso de corticoides, la enfermedad pulmonar obstructiva,

pueden estar asociados а complicaciones postoperatorias, por lo que se recomienda una evaluación preoperatoria exhaustiva y minuciosa para detectar dichos factores. Tales complicaciones, aunque no frecuentes, pueden ser mortales, como disfunción temporal de la cuerda vocal (5%), disfunción permanente de la cuerda vocal (1%), hipocalcemia temporal (1 - 50%), hipocalcemia permanente (5%) y un hematoma de la herida (1%).²² En los últimos años, se ha implementado el uso del neuromonitoreo para disminuir las disfunciones de cuerdas vocales, en casos difíciles como cirugía extensa, intervenciones previas, o malignidad avanzada.23

Existen diversas controversias en la etiología y manejo de un carcinoma papilar de tiroides en un quiste branquial. Según la teoría más aceptada, debido a una posibilidad de foco primario, como también la presencia de microcarcinoma (< 1cm), se ha recomendado la exploración minuciosa de la glándula tiroides a nivel histológico, y la ausencia de lesión, aunque es inusual, podría dar hincapié a la sospecha de tejido tiroideo ectópico. ²⁴ Por lo tanto, la tiroidectomía total es de elección, aún en casos de clínica y examen físico normales y hallazgos radiológicos sin evidencia de lesiones. ²⁵

Debido a la infrecuencia de la presentación, como a las escasas y cortas publicaciones referentes a esto, no existe un consenso para el manejo de esta patología. Algunos recomiendan aparte de la escisión de la masa cervical y la tiroidectomía total, el vaciamiento cervical central y lateral y manejarlo como una metástasis ganglionar. La presencia de metástasis cervicales en relación al pronóstico, recurrencia y sobrevida del cáncer de tiroides, va a determinar la extensión quirúrgica, sin embargo, la decisión de disección cervical sistemática es controversial. U central, y posteriormente avanza a los niveles cervicales laterales, y muy rara vez debuta independiente de estos. 27

La necesidad de realizar una disección cervical está directamente relacionada a el estado de la misma enfermedad, donde se realiza terapéutica si hay compromiso ganglionar identificado, o profiláctica en casos de cánceres avanzados (T3 - T4). 9,28

El seguimiento posterior a la cirugía, se basa en mediciones de tiroglobulina y el uso de yodo radioactivo l¹³¹, el cual solo se recomienda en metástasis a distancia, extensión extra tiroidea, y tumores mayores a 4 cm (>T3).^{9,28}

CONCLUSIÓN

Esta presentación es muy inusual y carece de diversas publicaciones y evidencias establecidas. Si bien es cierto, una adecuada historia clínica y un exhaustivo examen físico, como también un conocimiento del comportamiento etiológico y embriológico cervical, nos pueden acercar un poco a la etiología de las masas cervicales, debemos considerar siempre que ante estos casos, el origen principal sea tiroideo, donde el hallazgo de una lesión en la glándula tiroides nos orienta probablemente a una metástasis, aunque en su ausencia, siempre debemos tener en cuenta la posibilidad de tejido ectópico asociado; y aunque no existe consenso mundial, el tratamiento usualmente recomendado es la tiroidectomía total, y el vaciamiento cervical depende de los hallazgos, conociendo que el balance del riesgo - beneficio favorece a la tiroidectomía total sola en los casos con ganglios negativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Sira, J; Zvoru M; Differential Diagnosis of Cystic Neck Lesions; Annals of Otology, Rhinology & Laryngology 2015, 120(6):409-413.
- 2. Hernández-Martínez F, Hernández-García I, Jervis-Solines P, Hidalgo-Funes L, Ramírez-Rentería C, Mercado M; Carcinoma diferenciado de tiroides en el Hospital de Especialidades el Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Análisis enfocado en niveles de tiroglobulina estimulada de acuerdo a grupos de riesgo; Revista de Endocrinología y Nutrición 2010;18(1):6-10.
- 3. Fallas González J, Guzmán Cervantes G, Valverde Monge C, Valdés Gutiérrez M; Quiste cervical como manifestación inicial

- de un microcarcinoma papilar de tiroides; Med. leg. Costa Rica [online]. 2012, vol.29, n.1, pp. 91-95.
- 4. Ramos-Murguialday M, Hamdan H, Janeiro-Barrera S; Metástasis cervical de carcinoma papilar de tiroides; r e v e s p c i r o r a l m a x i l o f a c . 2 0 1 3;3 5(1):44–49.
- 5. Roland, N; Patrick J. B; ABC of Ear, Nose and Throat; 6th Edition; London, England; BMJ 2012; 162.
- 6. García Gutiérrez A, Pardo Gómez, G; Cirugía, 1 Edición, La Habana, Cuba; Editorial Ciencias Médicas, 2006; Tomo II, 820.
- 7. García B, O'Brien A, Villanueva E, Otero J, Parra R; anomalías congenitas del aparato branquial: estudio de imágenes; Revista Chilena de Radiología. Vol. 13 N9 3, año 2007; 147-153.
- 8. Vázquez E, Enríquez G, A Castellote A et al. US, CT, and MR imaging of neck lesions in children. RadioGraphics 1995; 15: 105-122.
- 9. Haugen B, Alexander E, Bible K, Doherty G, Mandel S; 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and differentiated Thyroid Cancer; ATA thyroid nodule/DTC guidelines, Volume 26, Number 1, 2016.
- 10. Sik Ahn H, Welch G; South Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" Turning the Tide; n engl j med 373;24 nejm.org December 10, 2015.
- 11. Garavito G, Llamas A, Cadena E, De Los Reyes A; Manejo multidisciplinario del cáncer diferenciado de tiroides en el Instituto Nacional de Cancerología; REV COLOMB CANCEROL 2010;14(2):65-77.
- 12. Dirección de Planificación Departamento de Registros y Estadística. MINSA; Estadísticas Vitales, Contaloría General de la República, Sección de Estadísticas Vitales. Anuarios Estadísticos del 2014.
- 13. Gloria G; Cáncer de Tiroides; Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y metabolismo, Fascículos de endocrinología, tiroides, capítulo 6. 2011.
- 14. Rajhbeharrysingh U, Taylor M, Milas M; Medical Therapy for Advanced Forms of Thyroid Cancer; Surg Clin N Am 94 (2014) 541–571.sds
- 15. Teijeiro J, Sobrinho-Simoes M; Carcinoma papilar de la glándula tiroides, Problemas en el diagnóstico y controversias; REV ESP PATOL 2003; Vol 36, n.º 4: 373-382.

- 16. Marrero Rodríguez M, Sinconegui Gómez B, Cruz Cruz A; Marcadores moleculares en el cáncer de tiroides; Rev Cubana Endocrinol. 2015;26(1).
- 17. Gharib H, Papini E, Garber J, Duick D, Harrell M, Hegedüs L; American Association Of Clinical Endocrinologists, American College Of Endocrinology, And Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines For Clinical Practice For The Diagnosis And Management Of Thyroid Nodules 2016 Update; Aace/Ace/Ame Guidelines; Thyroid Nodule Management, Endocr Pract. 2016;22(Suppl 1).
- 18. González H, Mosso L; Cáncer Papilar De Tiroides: Visión Actual; Pontificia Universidad Católica De Chile; Boletin De La Escuela De Medicina Volumen 31 Nº2 Año 2006.
- 19. Iribarren O, Madariaga J, Zaffiri V, Huidobro P, Mertens M; Factores Pronóstico De Las Variantes De Cáncer Papilar De Tiroides; Rev. Chilena De Cirugía. Vol 62 № 3, Junio 2010; Pág. 228-233.
- 20. Márquez P, Liuzzi J, Silva C, Espinoza M, Vuolo Y, Alemán L; Metástasis en quiste branquial de carcinoma papilar de tiroides. A propósito de un caso; rev venez oncol 2016;28(3):181-183.
- 21. Maguiña E, Chara V, Andia C, Ibarcena C; Tiroides ectópica: Presentación de tres casos y revisión de la literatura; Alabismn Journal 2015.
- 22. Abraham C, Ata A, Carsello C, et all; A NSQIP risk assessment for thyroid surgery base don comorbidities; J Am Coll Surg 2014; 218: 1231 1238.
- 23. Chung T, Rosenthal E, Porterfield J, et all; Examining national outcomes after thyroidectomy with nerve monitoring; J Am Coll Surg 2014; 219: 765 760.
- 24. González-García R, Román-Romero L, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo F, Naval-Gías L; Solitary cystic lymph neck node metastasis of occult thyroid papillary carcinoma; Med Oral P Patol Oral Cir Bucal. 2008 Dec 1;13(12): E796-9.
- 25. Torres-Morientes L, Tavárez-Rodríguez J, Mena-Domínguez E, Bauer M; Metástasis quística papilar versus carcinoma tiroideo ectópico en un quiste branquial; Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja 2012. 3 (20):190-193.
- 26. Sánchez Fuentes M, et al; Tumor laterocervical de cuello: tiroides ectópic-o vs. metástasis de carcinoma tiroideo diferenciado. Cir Esp. 2013.
- 27. Vergez, S., Sarini, J., Percodani, J., Serrano, E. y P. Caron; Lymph node management in clinically node-negative patients with papillary thyroid carcinoma; 2010, EJSO, 36, 777-782.

28. McHenry C, Stulberg J; Prophylactic Central Compartment Neck Dissection for Papillary Thyroid Cancer; Surg Clin N Am 94 (2014) 529–540.

