

Rodríguez Fernández-Freire, A.; Porras Alonso, E.; Rodríguez Pérez, M.; Hervás Núñez, M.J.; Benito Navarro, J.R.; y López Tinoco, C.: Anales ORL Iber.-Amer. XXXIV (4), 375-381 (2007)

616.441-006.6

SERVICIO ORL. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES DE LOCALIZACION INUSUAL

Dres. A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ-FREIRE;
E.. PORRAS ALONSO; M. RODRÍGUEZ PÉREZ;
M. J. HERVÁS NÚÑEZ; J. R. BENITO NAVARRO
y C. LÓPEZ TINOCO*

La evaluación de una tumoración laterocervical requiere un adecuado diagnóstico diferencial y una precisa exploración.

En la población joven (16-40 años), la primera consideración diagnóstica es la de un proceso benigno, las lesiones congénitas o inflamatorias son más comunes que las afectaciones malignas (1).

En una población adulta (>40 años), un proceso maligno debe considerarse prioritario.

Tras una correcta identificación de los factores de riesgo y una detallada exploración de la región, con especial atención al tracto aerodigestivo superior, una cuidadosa palpación de la glándula tiroides resulta imprescindible.

* Servicio ORL. Servicio Endocrinología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 67 años de edad que es derivado a la consulta de ORL por una tumoración laterocervical de 4 años de evolución, con aumento del tamaño en los últimos meses. El paciente no refiere dolor, no presenta disfagia, disfonía, parestesias faríngeas ni síndrome constitucional.

En la exploración física se palpa una tumoración laterocervical izquierda de consistencia elástica adherida a planos profundos de unos 5-6 cm de diámetro situada en nivel III-V cervical, el resto de la exploración cervical es anodina. Se realiza un estudio nasofibrolaringoscópico flexible sin que se evidencie alteración mucosa a nivel hipofaríngeo ni laringeo.

Entre sus antecedentes personales destacamos una HTA y una DM tipo 2 bajo correcto control farmacológico. Ausencia de



FIG. 1.

Tumoración de 7x6.4x7.5 cm. en triángulo cervical posterior; presentándose con predominio hipointenso en T2 y realizándose de forma importante con gadolinio.

antecedentes quirúrgicos y radioterápicos. El paciente es fumador de 2 paq. /día, sin otros hábitos tóxicos.

Se realiza TC y RMN/Angio-RMN que lo informan como una tumoración de más de 7 cm de diámetro localizado en triángulo posterior de región cervical izquierda altamente vascularizado sugestivo de malformación vasculo-linfática o linfangiohemangioma (fig. 1).

Ante la sospecha de tumoración vascular se realiza arteriografía, decidiéndose exéresis quirúrgica mediante vaciamiento cervical radical izquierdo.

El estudio anatomopatológico nos indica que se trata de metástasis de carcinoma papilar de tiroides, se realiza gammagrafía y ecografía tiroidea localizándose 2 nódulos en lóbulo izquierdo de consistencia quística, y en lóbulo derecho 2 nódulos de aspecto hiperplásico.

Por tanto, continuamos el tratamiento quirúrgico con tiroidectomía total más linfadenectomía central con resultado anatomopatológico de carcinoma papilar de tiroides multifocal bilateral con 5/6 ganglios linfáticos positivos de metástasis de CPT.

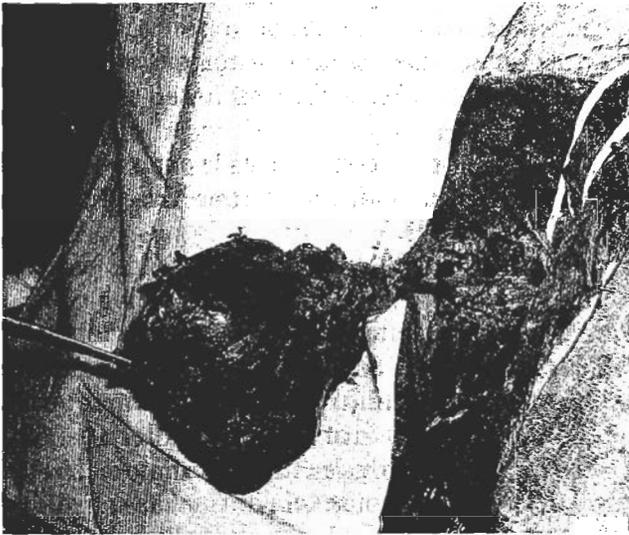


FIG. 2.

Exéresis quirúrgica de la tumoración mediante vaciamiento cervical radical izquierdo.

ESTADIAJE: T3N1 bMO. Estadio IV A. Se finaliza el procedimiento con dosis de 200 mCi de Radioiodo 131-1 (Fig. 2).

El paciente mantiene seguimiento en C. Externa de ORL y Endocrinología, sin recidiva de enfermedad tras 2 años de evolución.

DISCUSION

El carcinoma de tiroides constituye, aproximadamente, el 1% de todos los cánceres. En la última década ha ido aumentando proporcionalmente hasta alcanzar una tasa de incidencia estandarizada en España de 2.12 por 100.000 habitantes en varones, y 5.42 por 100.000 habitantes en mujeres (2).

Más del 90% de las neoplasias tiroideas corresponden a tumores bien diferenciados; incluye los subtipos papilar, variedad más común, folicular y carcinoma de células de Hürthle.

El Carcinoma Papilar (CP) es la neoplasia tiroidea más frecuente y constituye el 50-90% de los carcinomas diferenciados de tiroides. El CP se ha definido como «un tumor epitelial maligno que muestra evidencia de diferenciación folicular y que se caracteriza por la formación de papilas y/o de un grupo de cambios nucleares característico» (3).

La edad media al diagnóstico se sitúa entre los 40-45 años, siendo más frecuente en el sexo femenino y en la población blanca.

El único factor de riesgo conocido es la exposición a radiaciones ionizantes, bien por irradiación terapéutica, o bien, por contaminación ambiental (4).

El CP se manifiesta inicialmente en el 90% de los casos como un nódulo tiroideo único de crecimiento lento, cuyo tamaño medio oscila entre 2 y 3 centímetros de diámetro.

La presencia de metástasis ganglionares es muy común en los CP, sobre todo en edad juvenil, siendo clínicamente evidente en el 30-65% de los carcinomas. En el 10-26% de los casos la presentación inicial es en forma de tumoración laterocervical de larga evolución en ausencia de una masa tiroidea palpable (5).

Estas tumoraciones se pensaba que se originaban a partir de restos aberrantes de tejido tiroideo, actualmente se ha demostrado

que son secundarias a una extensión metastásica de carcinoma oculto tiroideo.

Otra característica importante es la duración de la sintomatología previa al diagnóstico (27.4 ± 10 meses) en comparación con el carcinoma «no oculto» (3.6 ± 3 meses) (5).

En cuanto a la evaluación radiológica (TC, RMN, ECO), sólo es efectivo en el 37.5-50% para el diagnóstico de patología tiroidea.

Respecto a los métodos diagnósticos; la PAAF laterocervical es sensible aproximadamente en el 66.3%, en cambio, la biopsia abierta resulta eficaz en prácticamente el 100% de las tumoraciones.

En los casos con diagnóstico preoperatorio confirmado parece prudente realizar un estudio preoperatorio de extensión, pues puede modificar la estrategia quirúrgica en el 39% de los casos.

La tiroidectomía total, o casi total, con restos menores de 2 g., seguida de la ablación de restos con I^{131} , sigue siendo la intervención más indicada.

Parece recomendable realizar la disección sistemática del compartimiento central (nivel VI) y la disección ipsilateral o bilateral radical modificada (niveles II-V) si se confirma la afectación ganglionar y en todos los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides de alto riesgo de recidiva y mortalidad. Destaca la introducción de la cirugía videoasistida en tumores menores de 2 cm. y la realización de ecografía intraoperatoria, que puede llegar a modificar la táctica quirúrgica hasta en un 57% de los casos (6).

Respecto a las futuras aportaciones, referente al diagnóstico de sospecha, la selección para la cirugía y el diagnóstico de recidivas y metástasis, parece prometedores los resultados aportados por la tomografía por emisión de positrones, especialmente en los casos que no muestran captación al I^{131} y tras estimulación con TSH humana recombinante (TSHhr). Asimismo, habrá que analizar más en profundidad el valor de las mutaciones BRAF en las punciones-aspiraciones del tiroides para seleccionar a los pacientes que necesitan una cirugía más agresiva y el estudio del ARNm de Tg en el seguimiento como indicador de persistencia o recidiva tumoral (7).

El análisis genético está permitiendo realizar un diagnóstico más exacto de los tumores malignos del tiroides, así como definir

mejor la morfología de ciertas variedades entre las que destacan los tumores oncocíticos papilares y foliculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. MCGUIRT, F. W. et al. — Differential diagnosis of Neck masses. En: Cumming C, et al., eds. Otolaryngology Head Neck Surgery. St. Lois: Mosby-Year Book, 1.543-1.553. 1993.
2. FERLAY, J. et al. — EUKAN: cancer incidente, mortality and prevalence in the European Union 1998, version 5.0. IARC.
3. MARTIN-JEAN, et al. — Neoplasia de tiroides. En: Williams. Tratado de Endocrinología. 10ª Ed. Madrid: Elsevier. p. 501-537. 2004.
4. RON, E. — Thyroid cancer. En: Schottenfeld D, Fraumeni JF, editors. Cancer epidemiology and prevention. 2nd ed. New York: Oxford University press. p. 1.000-1.021. 1996.
5. COLEMAN, et al. — Long-Standing Lateral Neck Mass as the initial manifestation of well-differentiated thyroid carcinoma. *Laryngoscope*. 110: 204-209. 2000.
6. LARRAD JIMÉNEZ, et al. — Avances en el tratamiento quirúrgico. Cáncer diferenciado de tiroides. *Endocrinol. Nutr.* 52(Supl 1): 11-17. 2005.
7. DENIZOT, A. et al. — Evaluation of quantitative measurement of thyroglobulin mRNA in the follow-up of differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 13: 867-872. 2003.

RÉSUMÉ

CARCINOME PAPILLAIRE DE THYROÏDE DE LOCALISATION INUSUELLE.

Le carcinome papillaire est la tumeur la plus fréquente de la glande thyroïde, avec une fréquence de 70-75% de tous les cancers thyroïdiens.

Dans 80-90% des cas se manifeste comme un nodule thyroïdien unique de croissance lente. Mais dans le 10-26% la forme de présentation est d'une tumoration latérocervicale isolée en absence d'une masse thyroïdienne palpable.

Nous présentons le cas d'un patient de 67 ans qui vint consulter pour tumoration latérocervicale de plusieurs années d'évolution.

Mots-clé: Carcinome papillaire. Tumoration latéro-cervicale.

SUMMARY

PAPILAR THYROID CARCINOMA. An unusual clinic.

The Papillary carcinoma is the most frequent neoplastic tumour of the thyroid gland. It accounts for 70-75% of all malignant thyroid tumours.

In 80-90% of cases it presents as a slow-growing single thyroid node. Nevertheless, in 10-26% of cases, the initial presentation is a lateral neck mass without palpable thyroid mass.

We present the case of a 67 year- old patient who attended to the ENT out-patient clinic with a lateral neck mass which had been growing slowly over the course of number of years.

Keywords: Papillary carcinoma. Lateral neck mass.

Dr. Antonio Rodríguez Fernández-Freire.
Gabriel Matute, 6, 11-A - 11008 Cádiz.
e-mail: antoniorl@ono.com