

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Metástasis quística papilar versus carcinoma tiroideo ectópico en un quiste branquial

Papillary cystic metastasis versus ectopic thyroid carcinoma in a branchial cyst.

Luis M. Torres-Morientes, Juan J. Tavárez-Rodríguez, Eduardo Mena-Domínguez, Michael Bauer, José I. Benito-Orejas, Darío Morais-Pérez

Servicio de ORL y Patología Cérvico-Facial. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Contacto: luismitorres27@yahoo.es

Recibido: 08/08/2012

Aceptado: 23/08/2012

Publicado: 14/09/2012

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Torres-Morientes LM, Tavárez-Rodríguez JJ, Mena-Domínguez E, Bauer M, Benito-Orejas JI, Morais-Pérez 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

Resumen

Las masas quísticas 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 éstas. 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. Presentamos dos casos de metástasis quísticas cervicales de carcinoma papilar tiroideo.

Palabras clave: carcinoma papilar; metástasis quística; quiste branquial.

Papillary cystic metastasis versus ectopic thyroid carcinoma in a branchial cyst.**Summary**

Most of neck cyst masses correspond to congenital benign injuries, however, in some cases the metastasis of upper aero-digestive tract and thyroid-gland tumours can simulate these. Given the anatomopathological result of papillary carcinoma in neck cyst, it is necessary to discern between metastasis and primary cancer in aberrant thyroid tissue within a branchial cyst to decide the appropriate treatment. We report two cases of neck cystic metastasis of papillary thyroid carcinoma.

Keywords: papillary carcinoma; cystic metastasis; branchial cyst.

Introducción

Las masas quísticas neoplásicas son infrecuentes pero hay que sospecharlas en adultos a partir de la cuarta década. Su diagnóstico es dificultoso y en ocasiones posterior a la cirugía. El tumor primario mas frecuente se localiza a nivel orofaríngeo: amígdalas palatinas (33- 64%) y base de lengua (37-60%), seguido del carcinoma papilar de tiroides, este último en pacientes jóvenes [1]. El esófago, pulmón, la laringe y las glándulas salivares son localizaciones excepcionales.

Descripción

Varón de 42 años con antecedentes de hábito tabáquico que consulta por una tumoración laterocervical derecha de dos meses de evolución. Se observa una masa quística de 3 cm de diámetro, móvil y no dolorosa a la palpación con una exploración endoscópica normal. La punción muestra atipias focales inespecíficas y en la ecografía un quiste de paredes lisas sin alteraciones tiroideas. El resultado tras una cervicotomía es de metástasis papilar tiroidea. Se decide una tiroidectomía total y un vaciamiento funcional ganglionar a

pesar de una ecografía tiroidea normal observando un foco de microcarcinoma papilar en el lóbulo tiroideo derecho de 0,9 x 0,6 mm con dos adenopatías recurrenciales metastásicas. Posteriormente se envía al Servicio de Medicina Nuclear para tratamiento con radioyodo.

El segundo caso es una mujer de 38 años de edad intervenida en otro centro de hemitiroidectomía derecha y quistes branquial y tirogloso. Es remitida a nuestro servicio por adenopatías cervicales derechas y retroesternales compatibles con metástasis de carcinoma papilar. Se realiza una hemitiroidectomía izquierda, un vaciamiento funcional ganglionar derecho y un vaciamiento retroesternal. El estudio anatomopatológico muestra un microfoco de carcinoma papilar de 0,1 cm en el hemitiroides izquierdo y una metástasis quística papilar de 2 cm en la disección retroesternal. La paciente es remitida al Servicio de Medicina Nuclear para rastreo con radioyodo y al año de la cirugía presenta de nuevo una lesión quística paratraqueal izquierda de 5,8 cm con resultado anatomopatológico normal.

Discusión

Para explicar la aparición de un carcinoma papilar en un quiste cervical existen dos teorías: carcinomas en tejido tiroideo ectópico dentro de un quiste branquial, defendida por algún autor [2] o metástasis tiroideas con tumor primario oculto, defendida por la mayoría [3].

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 mas frecuente en mujeres en razón 3:1, los quistes metastásicos de extirpe papilar predominan en varones a partir de la 5ª década.

El estudio ecográfico es útil, aunque no definitivo para el diagnóstico diferencial de quistes branquiales no infectados (paredes lisas y detritus homogéneos) y metástasis quísticas (paredes gruesas y detritus heterogéneos) pero no detecta nódulos tiroideos menores de 5 mm. En nuestro primer caso no se detectó a pesar de medir 9 mm, hay que decir que fue medido en la pieza quirúrgica y quizá esto pudiera haber falseado la medición, respecto a la imagen ecográfica.

Aunque en la punción el líquido amarillento es característico de quistes benignos y el marronáceo de quistes metastásicos existe un 50-67% de falsos negativos [4]. Hay estudios que sugieren que la concentración alta de tiroglobulina en el líquido aspirado es específica del carcinoma papilar primario [2].

En cuanto al tratamiento, nosotros, como la mayoría de los autores, ante el diagnóstico de un carcinoma papilar en un quiste cervical, aún con una exploración clínica y ecográfica tiroidea normal somos partidarios de realizar junto al vaciamiento funcional ganglionar homolateral una tiroidectomía total ya que, como en nuestros casos, existen focos de microcarcinoma papilar

indetectable mediante la ecografía [2-4].

Bibliografía

1. Briggs RD, Pou AM, Schnadig VJ. Cystic metastasis versus branchial cleft carcinoma: A diagnostic challenge. *Laryngoscope* 2002; 112: 1010-1014.
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: 240-242.
3. Sidhu S, Lioe TF, Clements B. Thyroid papillary carcinoma in lateral neck cyst: missed primary tumour or ectopic thyroid carcinoma within a branchial cyst? *J Laryngol Otol* 2000; 114: 716-718.
4. Mcdermott ID, Waters GW. Metastatic papillary thyroid carcinoma presenting as a typical branchial cyst. *J Laryngol Otol* 1996; 110: 490-492.

