Acta Otorrinolaringol Esp. 2016;67(2):102–106

Acta Otorrinolaringológica Española

www.elsevier.es/otorrino

COMUNICACIÓN BREVE

Carcinoma papilar primario en el quiste tirogloso. Serie de casos y revisión de la literatura

Andrés Chala[a,*], **Andrés Álvarez**[b], **Álvaro Sanabria**[c] y **Alejandro Gaitán**[d]

[a] *Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Facultad de Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia*
[b] *Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica de la Policía, Bogotá, Colombia*
[c] *Unidad de Oncología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*
[d] *Cirugía General, Facultad de Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia*

Recibido el 16 de enero de 2015; aceptado el 9 de abril de 2015
Disponible en Internet el 12 de agosto de 2015

PALABRAS CLAVE
Quiste tirogloso;
Carcinoma del quiste;
Tiroidectomía;
Sistrunk

Resumen El quiste del conducto tirogloso se puede manifestar excepcionalmente como un carcinoma primario. Se presenta una serie de 6 casos de pacientes adultos que consultaron por masa suprahiodea o paralaríngea asintomática de larga evolución. Las imágenes mostraron una masa heterogénea con extensión a tejidos blandos. La biopsia aspirativa de la lesión no contribuyó al diagnóstico. En todos los casos se realizó cirugía de Sistrunk, en 3 casos combinada con tiroidectomía total y en uno, con vaciamiento. El curso posquirúrgico fue favorable. No requirieron tratamiento adicional y no presentaron recurrencias. El manejo es controvertido debido a los pocos casos reportados. Se han propuesto algunas clasificaciones basadas en el tamaño y la extensión para definir el tratamiento quirúrgico.
© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Thyroglossal cyst;
Cyst carcinoma;
Thyroidectomy;
Sistrunk

Primary papillary carcinoma in thyroglossal cysts. Case reports and literature review

Abstract The thyroglossal cyst can exceptionally appear as a primary cyst carcinoma. We discuss a series of 6 adult patients, assessed for long-lasting asymptomatic suprahyoid or lateral-to-larynx mass. The images showed a heterogeneous mass invading adjacent soft tissues. Fine needle aspiration biopsy did not contribute to diagnosis. We performed a Sistrunk procedure in all cases, 3 combined with total thyroidectomy and 1 with neck dissection. The postoperative course was favourable. No additional treatment was required, without evidence of recurrence in follow-up. The management is controversial due to the limited number of cases reported. Some

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: andreschalag@ucaldas.edu.co (A. Chala).

http://dx.doi.org/10.1016/j.otorri.2015.04.002
0001-6519/© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. Todos los derechos reservados.

classifications based on size and extent have been proposed to define the surgical treatment of such cysts.
© 2015 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. All rights reserved.

Introducción

La glándula tiroidea comienza a desarrollarse durante la tercera semana del embarazo. Está comunicada con la lengua por el conducto tirogloso, que normalmente involuciona a la octava semana de vida. Simultáneamente, el hueso hioides se desarrolla desde los arcos branquiales segundo y tercero, lo que permite su íntima interconexión. Si el proceso de obliteración falla, debido al tapizado epitelial secretor de ese conducto, se puede presentar un seno o un quiste[1]. El quiste del conducto tirogloso es la anomalía congénita de la línea media cervical más frecuente en niños. Se presenta desde la base de la lengua hasta la parte inferior de la línea media del cuello. El 60% se encuentra entre el hueso hioides y el cartílago tiroides, el 13% es retroesternal, el 24% está encima del hioides y el 2% es submentoniano. El 70% se localiza en la línea media, el resto son paramedianos[2]. La mitad de los casos se diagnostican en mayores de 20 años.

Se ha reportado que hasta un 1,5% de los quistes del conducto tirogloso albergan un carcinoma, usualmente manifiesto después de los 40 años. Existen en la literatura poco menos de 200 casos reportados. Debido a su baja incidencia, el manejo de esta entidad es controvertido y no existe consenso. El objetivo de este artículo es presentar 6 casos de pacientes con carcinoma del quiste tirogloso, su tratamiento, evolución postoperatoria y seguimiento y revisar los hallazgos de la literatura, con énfasis en el tratamiento quirúrgico que ofrezca mejores resultados oncológicos.

Métodos

Se realizó la revisión de la historia clínica de 6 pacientes tratados por el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Salud de la Universidad de Caldas y en la Clínica de la Policía de Bogotá entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2013. Se evaluó la presentación clínica, los síntomas, las imágenes diagnósticas, el resultado de la biopsia aspirativa con aguja fina (BACAF), la cirugía realizada, el informe de la enfermedad y la evolución durante el seguimiento basado en aspectos clínicos e imagenológicos. Se definió recurrencia cuando se identificó una masa en el lecho quirúrgico o la aparición de ganglios con una biopsia confirmatoria de carcinoma. El seguimiento se calculó desde la fecha de la cirugía hasta el último control clínico. La decisión de procedimiento quirúrgico y el esquema de seguimiento fueron determinados por el cirujano tratante. En el seguimiento se consideró la realización de exámenes de imágenes (ecografía o tomografía) y, para aquellos pacientes a quienes se les practicó tiroidectomía total, la medición de marcadores séricos específicos (tiroglobulina y anticuerpos antitiroglobulina), se incluyó una consulta cada 4 meses para evaluar recaída tumoral local o regional, ultrasonografía de cuello y rayos X de tórax anual. Cuando se identificaron nódulos tiroideos concomitantes, se obtuvo una BACAF para determinar su característica histológica.

Resultados

Se encontró a 6 pacientes, 5 mujeres y un hombre, con edades entre 38 y 58 años y edad media de 48,8 años (tabla 1). El síntoma primordial fue una masa indolora de crecimiento lento, con pocos síntomas compresivos, a excepción de una paciente que refería disfagia. Una paciente con extensión al cartílago laríngeo consultó por dolor local. La localización fue variable: 2 lesiones exclusivamente en línea media suprahioidea, una con extensión submaxilar, una a piso de boca, una paralaríngea y una a hipofaringe.

En todos los casos se realizó inicialmente una ecografía que evidenció una lesión heterogénea (sólida y quística). La tomografía preoperatoria en todos mostró una lesión sólida con componente quístico, casi siempre con extensión extracapsular a tejidos blandos adyacentes con mala definición de sus bordes (fig. 1). El tamaño de la lesión estuvo entre 3 y 5 cm. La BACAF del quiste no pudo definir malignidad y en 2 ocasiones, cuando se encontró un nódulo tiroideo asociado, su BACAF señaló neoplasia folicular.

En todos los casos se realizó el procedimiento de Sistrunk, y en 2 se combinó con tiroidectomía total (fig. 2). La anatomía patológica confirmó carcinoma papilar de variedad usual en 5 casos y de variedad folicular en uno (fig. 3). Los hallazgos en la tiroides correspondieron a adenoma folicular. En 5 pacientes no fue necesario manejo adicional. En el seguimiento, al 4.° mes postoperatorio un paciente presentó adenomegalia cervical lateral de 2,5 cm de diámetro; ante la sospecha de recidiva locorregional, se realizó BACAF que indicó carcinoma papilar metastásico, por lo cual se realizó vaciamiento modificado en combinación con tiroidectomía total. La enfermedad reportó un bocio con 0 de 66 ganglios afectados. No se presentaron complicaciones de los procedimientos quirúrgicos. Hasta la fecha no hay recaída tumoral en ninguno de los casos.

Discusión

Se ha reportado en la literatura que hasta un 1,5% de los quistes del conducto tirogloso pueden albergar un

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4101719

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4101719

Daneshyari.com