



## REVISIÓN

# QUISTE CERVICAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES.

Jorge Fallas González \*, Rodolfo Guzmán Cervantes +, Carlos Valverde Monge \*, Maritza Valdés Gutiérrez +

### RESUMEN:

Las masas quísticas en cuello son usualmente benignas en pacientes jóvenes. Sin embargo, tumores malignos de la cabeza y el cuello pueden presentarse ocasionalmente con metástasis quísticas. Se presenta el caso de una paciente de 33 años asintomática con una masa cervical quística de gran tamaño con 1 año de evolución, que inicialmente fue manejada como un quiste branquial, en quien luego de estudios por imagen e histopatológicos se sospechó carcinoma papilar de tiroides. Este diagnóstico fue corroborado en el trans-operatorio y se trató con tiroidectomía total, disección ganglionar del compartimiento central y disección ganglionar radical modificada derecha. El diagnóstico definitivo en el espécimen quirúrgico fue de un microcarcinoma papilar de tiroides con metástasis ganglionares quísticas y posteriormente la paciente recibió terapia con yodo radioactivo.

### PALABRAS CLAVE:

Carcinoma papilar de tiroides, masas quísticas cervicales, quiste branquial, metástasis ganglionares

### ABSTRACT:

Cystic cervical masses are usually benign in the young adult population. However malignant tumors of the head and neck may present occasionally as cystic metastasis. Herein we report a case of a 33 year old female patient, asymptomatic, with a huge cystic cervical mass of 1 year data. The initial diagnosis was a branchial clef cyst, but after imaging studies and histopathologic examination papillary thyroid carcinoma was suspected. This diagnosis was confirmed in an intraoperative consultation, so a total thyroidectomy, central lymph node dissection and modified radical neck dissection was performed. The final diagnosis on the surgical specimen was a papillary microcarcinoma of the thyroid with cystic lymph node metastasis and the patient received radioactive iodine afterwards.

### KEY WORDS:

Papillary thyroid carcinoma, cystic neck masses, branchial cyst, lymph node metastasis.

\* Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, jorgefallas@hotmail.com

+ Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios.

Profesores, Universidad de Costa Rica

Recibido para publicación: 16 de enero de 2012 Aceptado: 14 de febrero de 2012

## INTRODUCCIÓN

Dentro del cáncer de tiroides el carcinoma papilar es el tipo histológico más común, abarcando el 80% de los casos<sup>(1)</sup>. El patrón inicial de diseminación es por vía linfática, siendo las metástasis a distancia infrecuentes, menos del 4% al momento del diagnóstico<sup>(2)</sup>. Las metástasis cervicales de carcinoma papilar de tiroides (CPT) son usuales y su presencia al momento del diagnóstico se reporta entre un 28,3% y un 90%<sup>(3-5)</sup>.

La diseminación de este tipo de cáncer inicia en el compartimiento central y posteriormente continúa hacia el compartimiento lateral, rara vez se presentan metástasis laterales sin presentar afección central. Vergez y colaboradores encontraron metástasis ganglionares en 45,5% de los casos de carcinoma papilar, de los cuales 31% tenían afección central y lateral, 14,5% únicamente afección central y ninguno presentó afección del compartimiento lateral aislado<sup>(4)</sup>.

Las metástasis del CPT pueden aparecer tanto como masas sólidas cervicales como masas cervicales quísticas (MCQ), estas segundas representan una mayor dificultad diagnóstica, al ser con frecuencia interpretadas como masas benignas retrasando el diagnóstico y el tratamiento<sup>(6-10)</sup>.

## PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una mujer de 33 años, con historia de 1 año de evolución de masa cervical fluctuante no dolorosa como única queja, la cual había incrementado su tamaño paulatinamente, y se ubicaba en la región superior derecha del cuello, sin estar adherida a planos profundos.

Un primer ultrasonido (US) de cuello mostró una MCQ derecha, con dimensiones de 42 x 17 x 34 mm, con volumen de 15 cc, de bordes lisos, bien definido, de contenido homogéneo, con septos y un área central heterogénea de aspecto más sólido. La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) reportó líquido quístico.

Siete meses después, luego de un incremento clínico del tamaño de la masa, un nuevo US

mostró dos MCQ complejas, la mayor en el vértice superior del triángulo posterior de 5 x 4 cm y la menor en el nivel IV derecho, de 3 x 2,1 cm. En la glándula tiroides se identificó un nódulo quístico complejo en el ápex derecho de 12 mm. Una nueva BAAF de las masas quísticas reportó líquido quístico y la BAAF del nódulo apical derecho de la tiroides fue reportada como sospechosa pero no concluyente de CPT; por lo que se decidió llevar a sala de operaciones. Se realizó estudio histopatológico transoperatorio del nódulo tiroideo quístico y de una masa quística cervical derecha, comprobándose en ambos el CPT. Se realizó tiroidectomía total, disección del compartimiento central y disección radical modificada tipo 3 derecha (con preservación de músculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio espinal accesorio). La masa quística mayor se encontró en el nivel IIB y se encontró además varios nódulos en niveles III, IV y VI ipsilaterales.

En el examen histopatológico del espécimen quirúrgico se identificó un microcarcinoma papilar de tiroides del lóbulo derecho de 0,4 x 0,5 cm, así como un total de 42 ganglios linfáticos, 6 de ellos con metástasis, comprobándose que la masa quística de mayor tamaño correspondía con un ganglio linfático con metástasis (ver Figura 1); con un estadio patológico pT1a pN1b. La paciente tuvo una evolución postoperatoria adecuada y se le inició tratamiento con yodo radioactivo. Tres meses después, la paciente se encuentra asintomática y sin evidencia de recidiva tumoral.

## DISCUSIÓN

Las MCQ corresponden usualmente a lesiones benignas, predominantemente en pacientes jóvenes entre 16 y 40 años. Sin embargo, estas pueden ser la manifestación locorregional de una enfermedad maligna. Cuando las lesiones quísticas corresponden a malignidad puede tratarse de un carcinoma branquiogénico, metástasis provenientes de la vía aerodigestiva superior, tumores de las glándulas salivales y de la glándula tiroides<sup>(11-13)</sup>.

Las MCQ resultan un desafío diagnóstico, pues el determinar su origen benigno o maligno no es



sencillo y su definición conlleva a un tratamiento muy distinto; más aún si tomamos en cuenta que el sitio primario de malignidad suele ser pasado por alto durante el examen físico. Además, la BAAF puede tener un resultado falsamente negativo frecuentemente en este tipo de lesiones<sup>(14)</sup>. Esto hace que el diagnóstico se logre con la biopsia escisional en la mayoría de los casos. Además, es bien conocido que los CPT tienen generalmente un curso lento de crecimiento. Las metástasis quísticas de lento crecimiento pueden generar en el médico la errada impresión de una lesión benigna, lo que retarda el diagnóstico.

Cignarelli<sup>(15)</sup> mostró en su estudio la gran utilidad diagnóstica de la medición de la tiroglobulina en las MCQ, siendo entonces una medición accesible y de gran valor diagnóstico, sobre todo si se tiene la sospecha de una lesión metastásica de un CPT y la BAAF ha sido negativa. Es sin duda, una prueba que debe ser solicitada en estos casos.

Las metástasis ganglionares del CPT pueden presentarse como masas sólidas o quísticas. Es importante destacar que en los casos de CPT con metástasis quísticas, el tumor primario solo es palpable en un 70% de los pacientes y las metástasis propiamente solo se logran palpar en un 58% de los casos. Además, las MCQ son la manifestación inicial de la enfermedad en un 14,9% de los casos<sup>(16)</sup>. De allí que es importante sospechar CPT en toda MCQ, aún si no asocia ninguna otra lesión o síntoma. Wunderbaldinger describió varias características ultrasonográficas que ayudan a determinar la naturaleza metastásica de un quiste, en su mayoría son complejos con una pared gruesa, componentes sólidos y septos internos<sup>(16)</sup>.

El microcarcinoma papilar de tiroides se define al presentar un diámetro menor de 10 mm y muy rara vez su manifestación inicial es la presencia de una masa quística cervical, con pocos casos reportados en la literatura<sup>(17-20)</sup>, ya que usualmente estas lesiones se encuentran de manera incidental en estudios ultrasonográficos.

Varios han sido los estudios que intentan demostrar el impacto que representan las metástasis ganglionares en el pronóstico de la

enfermedad. Hughes y colaboradores<sup>(21)</sup> así como Lin y colaboradores<sup>(22)</sup> mostraron en sus estudios una relación entre estas metástasis ganglionares y la recurrencia local, mas no así con la sobrevida. Lundgren<sup>(23)</sup> por su parte, reportó en su estudio de 5123 pacientes una mayor mortalidad en pacientes del grupo pN1 respecto a los pN0.

Respecto a la extensión de la cirugía en el CPT con metástasis ganglionares aun no se ha logrado un consenso. Esto en gran parte se debe a la inconsistencia de la evidencia respecto al pronóstico de estas metástasis en la recurrencia y principalmente en la sobrevida<sup>(21-26)</sup>.

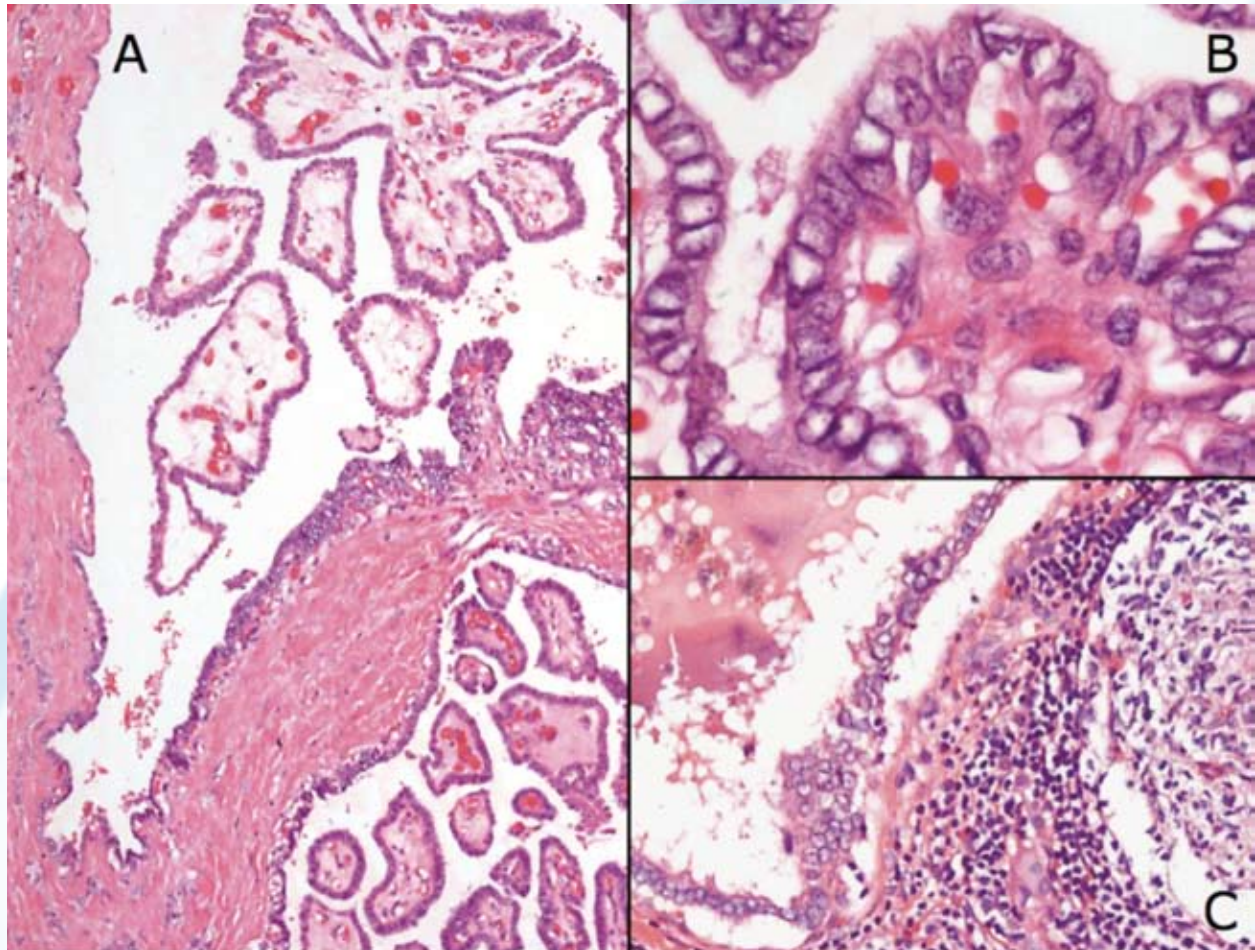
## CONCLUSIÓN

El CPT puede presentarse inicialmente como una lesión quística cervical aislada, a pesar de que el tumor primario no sea palpable e inclusive esto puede darse en casos de microcarcinoma papilar, donde el ultrasonido presenta una sensibilidad menor. Por ello siempre debe tenerse en mente este diagnóstico y debe ser sospechado en los quistes cervicales antes de considerarlos benignos, ya que el tratamiento es radicalmente diferente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hundahl, S. A., Fleming, I. D., Fremgen, A. M. et al. (1998). A National Cancer Data Base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995. *Cancer*, 15, 83, 12, 2638-48.
2. Shoup, M., Stojadinovic, A. y A. Nissan, et al. (2003). Prognostic indicators of outcomes in patients with distant metastases from differentiated thyroid carcinoma. *J Am Coll Surg*, 197(2), 191-97.
3. Orsenigo, E., Beretta, E., Mari, G., Gini, P., Baldi, A., Veronesi, P., Vignali, A., Calori, G., V. Carlo. (1997). Modified neck dissection in the treatment of differentiated thyroid carcinoma. *European Journal of Surgical Oncology*, 23, 286-288.
4. Vergez, S., Sarini, J., Percodani, J., Serrano, E. y P. Caron. (2010). Lymph node management in clinically node-negative patients with papillary thyroid carcinoma. *EJSO*, 36, 777-782.

5. Zimmerman, D., et al. (1988). Papillary thyroid cancer in children and adults: long-term follow-up of 1039 patients conservatively treated at one institution during three decades. *Surgery*, 104, 1157- 66.
6. Som, P. M., Brandwein, M., Lidov, M., Lawson, W. y H. F. Biller. (1994). The varied presentations of papillary thyroid carcinoma cervical nodal disease: CT and MR findings. *AJNR* 15, 1123–1128.
7. Ahuja, A., Ng, C., King, W. y C. Metreweli. (1998). Solitary cystic nodal metastasis from occult papillary carcinoma of the thyroid mimicking a branchial cyst: a potential pitfall. *Clin Radiol*, 53, 61–63
8. Ahuja, A. T., Chow, L., Chick, W., King, W. y C. Metreweli. (1995). Metastatic cervical nodes in papillary carcinoma of the thyroid: ultrasound and histological correlation. *Clin Radiol*, 50, 229–231.
9. Cinberg, J. Z., Silver, C. E., Molnar, J. J. y S. E. Vogl. (1982). Cervical cysts: cancer until proven otherwise? *Laryngoscope*, 92, 27–30.
10. Levy, I., Barki, Y. y F. Tovi. (1992). Cystic metastases of the neck from occult thyroid adenocarcinoma. *Am J Surg*, 163, 298–300.
11. Compagno, J., Hyama, V. J. y M. Safarian. (1976). Does branchiogenic carcinoma really exist? *Arch Pathol Lab Med*, 100, 311–314.
12. Tovi, F. y H. Zirkin H. (1983). Solitary lateral cervical cyst: presenting symptom of papillary thyroid adenocarcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 92, 521–524.
13. Granstrom, G. y S. Edstrom. (1989). The relationship between cervical cysts and tonsillar carcinoma in adults. *J Oral Maxillofac Surg*, 47, 16–20.
14. Gourin, C. G. y J. T. Johnson. (2000). Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope*, 110, 1637–41.
15. Cignarelli, M., Ambrosi, A., Marino, A. et al. (2003). Diagnostic utility of thyroglobulin detection in fine-needle aspiration of cervical cystic metastatic lymph nodes from papillary thyroid cancer with negative cytology. *Thyroid*, 13, 1163–7.
16. Wunderbaldinger, P., Harisinghani, M. G., Hahn, P. F., Daniels, G. H., Turetschek, K., Simeone, J., O'Neill, M. J. y P. R. Mueller. (2002). Cystic Lymph Node Metastases in Papillary Thyroid Carcinoma. *AJR*, 178, 693-697.
17. Hwang, C. F., Wu, C. M., Su, C. Y. y L. Cheng. (1992). A long-standing cystic lymph node metastasis from occult thyroid carcinoma-report of a case. *J Laryngol Otol*, 106, 932–934.
18. Verge, J., Guixa, J., Alejo, M., Basas, C., Quer, X., De Castro, J., Autonell, J. y C. Serra. (1999). Cervical cystic lymph node metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: report of seven cases. *Head Neck*, 21, 370–374.
19. Seven, H., Gurkan, A., Cinar, U., Vural, C. y S. Turgut. (2004). Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol*, 25, 11–7.
20. Chiang, K. Y., Zhuang, Y. L., Li, W. Y. y C. Z. Lin. (2008). Occult Papillary Thyroid Carcinoma Presenting as Huge Cervical Metastasis with Cystic Pattern. *Tzu Chi Med J*. 20(2), 140–143.
21. Hughes, C. J., Shaha, A. R., Shah, J. P., et al. (1996). Impact of lymph node metastasis in differentiated carcinoma of the thyroid: a matched-pair analysis. *Head Neck*, 18, 127–32.
22. Lin, J. D., Liou, M. J., Chao, T. C., et al. (1999). Prognostic variables of papillary and follicular thyroid carcinoma patients with lymph node metastases and without distant metastases. *Endocr Relat Cancer*, 6, 109–15.
23. Lundgren, C. I., Hall, P., Dickman, P. W. y J. Zedenius. (2006). Clinically significant prognostic factors for differentiated thyroid carcinoma: a populationbased, nested casecontrol study. *Cancer*, 106, 524–31.
24. Steinmuller, T., Klupp, J., Rayes, N., et al. (2000). Prognostic factors in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Eur J Surg*, 166, 29–33.
25. Tisell, L. E., Nilsson, B., Molne, J. et al. (1996). Improved survival of patients with papillary thyroid cancer after surgical microdissection. *World J Surg* 20, 854–9.
26. Noguchi, S., Murakami, N., Yamashita, H., Toda, M. y H. Kawamoto. (1998). Papillary thyroid carcinoma: modified radical neck dissection improves prognosis. *Arch Surg*, 133, 276–80.



**Figura 1.**

**A. Tiroides:** se muestra el carácter quístico de la neoplasia, con un lumen delineado por las células tumorales, así como formación de papilas en su interior (Hematoxilina-Eosina, 100x).

**B. Tiroides:** un tallo fibrovascular tapizado por células que tienden a superponerse y cuyos núcleos son claros, con reforzamiento periférico de la cromatina y algunas hendiduras longitudinales, características morfológicas que definen la neoplasia (Hematoxilina-Eosina, 600x).

**C. Ganglio linfático cervical derecho:** se denota el carácter quístico de la metástasis, con un lumen que contiene líquido proteináceo y macrófagos cargados con hemosiderina (esquina superior izquierda); esta característica hace que la BAAF pueda ser negativa. Nótese una porción de un folículo linfoide a la derecha (Hematoxilina-Eosina, 200x).