



**ARTÍCULO CIENTÍFICO/** SCIENTIFIC PAPER

MEDICINA

Volumen 3. Número 2. Julio - Diciembre 2016

ISSN 1390-910X

## **CARCINOMA PAPILAR DE LOCALIZACIÓN EXTRATIROIDEAPRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

PAPILLARY CARCINOMA EXTRA THYROIDS AREAS  
ITY a Case Report

**Barros Bravo Douglas Humberto**

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA/ ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLÓGICA/ DOCENTE UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE/ CIRUJANO ONCÓLOGO SOLCA IMBABURA

**Carrión Guzmán Cecilia de los Ángeles**

MEDICA GENERAL/ ESPECIALISTA EN ANATOMÍA PATOLÓGICA/ PATÓLOGA ONCOLÓGICA SOLCA QUITO

**Vega Martínez Verónica Alicia**

MÉDICO/ SOLCA IMBABURA

**Silva Acosta Favio Sebastián**

MÉDICO/ SOLCA IMBABURA

**Moreno Chalacan Christian Adalberto**

MÉDICO/ SOLCA IMBABURA

Autor para correspondencia: [douglasbarros60@yahoo.es](mailto:douglasbarros60@yahoo.es)

Manuscrito recibido el 10 de Agosto del 2016

Aceptado, tras revisión, el 8 de Diciembre del 2016

## RESUMEN

El carcinoma de tiroides originado en tejido tiroideo ectópico es una entidad clínica poco común en la actualidad; la incidencia notificada es 1 de cada 100.000 a 300.000 en la población general. Estas anomalías se clasifican en ectopias tiroideas clásicas y en ectopias tiroideas accesorias dependiendo de si se ubican o no en la línea de descenso embrionario del primordio tiroideo (10) (11). Se estima que se presenta en 1 de cada 200.000 personas, cifra que puede aumentar considerablemente hasta 1 de cada 6.000 pacientes con enfermedad tiroidea. De las formas clásicas, la ubicación lingual es la más común (80 a 90 %) 4,5 y, en estos casos, el tejido ectópico constituye el único esbozo funcional de la glándula 6-8. El quiste del conducto tirogloso, también denominado tejido tiroideo ectópico sublingual, se presenta en 2 a 3 % de los casos. El hallazgo de una lesión maligna en un verdadero tejido tiroideo aberrante es inusual. Ante su poca frecuencia de esta patología se presenta un paciente de sexo masculino residente de la ciudad de Ibarra y tratado en la Unidad Oncológica Solca Imbabura (UOSI), el cual consulta por una masa en región cervical derecha de aproximadamente 6 cm de diámetro por lo que fue sometido a cirugía exeresis de masa, con resultado histopatológico de carcinoma papilar tiroideo derivado de tejido tiroideo ectópico cervical lateral. Por lo que el paciente requirió nueva intervención quirúrgica para tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar según protocolos en UOSI. Posteriormente el paciente necesito terapia con yodo radioactivo para control de su enfermedad.

**Palabras Claves:** Glándula tiroides, tejido extra tiroideo, carcinoma papilar.

## ABSTRACT

Thyroid carcinoma arising in ectopic thyroid tissue is a rare clinical entity; nowadays. However, the reported incidence is 1 in 100,000 to 300,000 in the general population. These anomalies are classified into classical ectopias thyroid and ectopias thyroid accessory depending on whether or not located in the embryonic descent line of the thyroid primordium (10, 11). It is estimated to occur in 1 in 200,000 people, a figure that can increase considerably to 1 in 6,000 patients with thyroid disease. The lingual location is the most common (80 to 90%) 4.5 and, in these cases, the ectopic tissue constitutes the only functional outline of the gland 6-8. The cyst of the hypoglossal duct, also called sublingual ectopic thyroid tissue, occurs in 2 to 3% of cases. The finding of the malignant lesion in a true aberrant thyroid tissue is unusual. In view of its infrequency of this pathology, a male patient residing in the city of Ibarra and treated at Solca Imbabura Oncology Unit (UOSI) is presented, which consults for a mass in the right cervical region of approximately 6 cm in diameter which underwent mass exercise surgery, with histopathological results if papillary thyroid carcinoma derived from lateral cervical ectopic thyroid tissue. Therefore, the patient required new surgical intervention for total thyroidectomy with lymph node emptying according to UOSI protocols. Subsequently, the patient needed radioactive iodine therapy to control his illness.

**Key words:** thyroids gland, thyroids ectopies, thyroids papillary cáncer.

## INTRODUCCIÓN

La tiroides es la glándula endocrina mayor del cuerpo humano, pesa alrededor de 30 gramos, con un flujo sanguíneo de 5 ml/g por minuto.

Por la 3 o 4 semana de la vida embrionaria, del suelo de la faringe nace un divertículo medio, entre las 1 a 2 bolsas branquiales, constituido por una proliferación endodérmica.

Esta depresión se conoce como agujero ciego o foramen caecum. Un cordón sólido de células muestra una penetración interior tubular para formar el conducto tirogloso, y se dirige hacia abajo en sentido ventral hasta la faringe, haciendo contacto con el hueso hioides que se está formando. Al llegar a su posición definitiva, a nivel del 3 al 6 anillo traqueal, en la 7 semana, este conducto tubular se divide en varios cordones celulares para formar el istmo y los lóbulos laterales del tiroides. El conducto tirogloso por lo regular se degenera en la 8 semana, y en su extremo superior queda como resto el agujero ciego, y en 50% de los casos, el lóbulo piramidal del tiroides (pirámide de Lalouette), en su extremo inferior, localizada más frecuentemente del lado izquierdo.

Si el conducto no se degenera por completo aparecen quistes del conducto tirogloso o restos accesorios del tejido tiroides lingual.

Al final de la 10 semana aparece luz en los folículos, en la semana 12, coloides y en la semana 14 se inicia la producción de hormona tiroidea.

La cuarta bolsa faríngea (según otros la quinta) da origen en su región ventral al cuerpo último branquial, el que en la séptima semana queda incluido en la parte superior y media de los ló-

bulos tiroideos aportando las células C o para foliculares, productora de calcitonina y origen del carcinoma medular. La cápsula de la glándula se forma en esa etapa bastante tardía de la vida fetal, a partir del tejido mesenquimatoso vecino y, en consecuencia, dentro de ella pueden quedar tejidos que no sean estrictamente tiroideos como los de paratiroides. (1) (2)

La aparición de un carcinoma tiroideo en una localización ectópica representa una rara entidad (3-4). Las variantes más comunes son el carcinoma papilar (80%), seguido del folicular, escamoso, adenocarcinoma, carcinoma anaplásico y otros (5).

La tiroides ectópica es una alteración congénita infrecuente, resultado de la migración defectuosa de la tiroides desde su posición inicial embriológica, el agujero ciego (foramen caecum), hasta su ubicación final pretraqueal (6). Por tanto, el tejido tiroideo ectópico puede quedar en cualquier localización a lo largo de su recorrido de migración. Su incidencia clínica se estima en 1 de cada 200.000 pacientes, aproximadamente, y la mayoría de los casos se diagnostica entre la tercera y la quinta década de la vida.

Ziemssen fue quien reportó en 1875 el primer caso de tejido tiroideo ectópico de ubicación subglótico-traqueal en un paciente cuya principal manifestación clínica consistía en obstrucción de la vía aérea superior (7) (8).

Las neoplasias del tiroides se pueden asentaren lossitiosde ectopiastiroideas, éstas abarcan dos grandes grupos:

Primer Grupo: Conocido como las ectopias clásicas, son las que siguen la línea de descenso del tiroides, desde el agujero ciego hasta su localización definitiva en el cuello o hasta el mediastino superior.

Entre las que se encuentran el quiste de conducto tirogloso, tiroides lingual, anomalías en número o tamaño de los lóbulos tiroideos o el istmo, y el lóbulo piramidal.

Segundo grupo: Las ectopias accesorias, también conocidas como tejido tiroideo aberrante, son las que se encuentran fuera de la línea de descenso. Éstos son más complejos, infrecuentes y de difícil explicación. Las podemos agrupar en cuatro categorías (9).

- 1) Cervicales de la línea media
- 2) Cervicales laterales
- 3) Nódulos ectópicos intratorácicos
- 4) Otras localizaciones

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años de edad acude UOSI (Unidad Oncológica Solca Imbabura); sin antecedentes patológicos de importancia, refiere presentar masa cervical derecha de 1 año de evolución con incremento de tamaño relacionado con esfuerzo físico.

Al examen físico: K: 100% TA: 120/80 FC: 67 x min SatO<sub>2</sub>: 93% conciente orientado MO húmedas, ORF no congestiva, a la simple inspección se observa una masa que deforma la región lateral derecha del cuello, a la palpación es una masa de 6 cm de longitud que aparentemente inicia en el lóbulo derecho de tiroides y se dirige en sentido proximal hasta colindar con el borde inferior de la rama horizontal del maxilar inferior derecho. En la palpación bimanual por la boca no se logra definir. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Clínicamente impresiona como Higroma Quístico. Tórax simétrico expansibilidad conservada cardio pulmonar normal, no ruidos sobre añadidos, Abdomen suave depre-

sible no doloroso a la palpación RHA (+), no se palpan visceromegalias, extremidades simétricas pulsos distales presentes, no edemas.

Exámenes solicitados:

- Ecografía de cuello reporto glándula tiroides de contornos definidos, de forma, tamaño, ecoestructura y vascularidad normal, sin evidencia de procesos ocupativos sólidos ni quísticos, negativo para microcalcificaciones, istmo no engrosado, glándulas submaxilares y parótidas de características normales. Nivel III paramedial derecho se observa lesión quística que tiene un volumen de 20cc aproximadamente en probable relación con quiste tirogloso.

- Perfil tiroideo y exámenes de laboratorio TSH: 2.26 T4: 1.25 Hb: 16.5 g/dl Hct: 50.2 PLT: 334 L: 7.400 TP: 12.2 seg TTP: 28.7 seg, Glu: 82.2 Crea: 0.9 mg/dl,

- PAAF (Punción con aguja fina) de masa cervical positivo para células neoplásicas.

- TAC (Tomografía axial computarizada) simple/contrastada de cuello reporta en región submaxilar derecha y parte superior de cuello en este mismo lado se aprecia masa heterogénea predominantemente líquidas en la parte medial y posterior, actualmente mide 7cm de extensión cráneo caudal de 5 cm de diámetro transversal y 4.5 cm de diámetro antero posterior, es poco definida, no guarda planos de clivaje, con glándula submaxilar derecha, la cual desplaza lateralmente parte superior del músculo esternocleidomastoideo, infiltra los músculos suprahioideos del lado derecho, ingresa a vía aérea superior, infiltra músculo milohioideo, genihioideo cruza mínimamente línea media.

Impresión diagnóstica: neoplasia de hemi cuello superior, difícil decir órgano de dependencia vs linfoma quístico. (Figura 1,2)

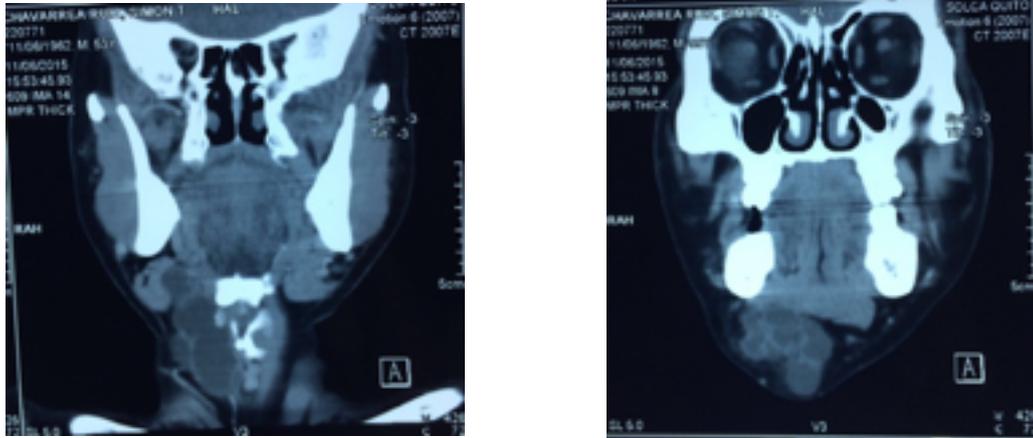


Figura: 1y 2 TAC S/C DE CUELLO  
SE EVIDENCIA MASA CERVICAL EN HEMICUELLO SUPERIOR

- Laringoscopia directa no reporta compromiso de la vía aérea.

Con estos resultados se decide programar y se realiza procedimiento quirúrgico sub maxilectomía derecha + tumorectomía cervical dentro de los hallazgos operatorios se evidenció lesión tumoral de aproximadamente 6 cm de diámetro mayor adosado a glándula submaxilar derecha debajo del plano muscular en relación con membrana esternotiroidea y sobre la tráquea a nivel del cartílago tiroideos por debajo del músculo omohioideo de consistencia mixta.

- Con resultado de histopatología Producto de tumorectomía cervical, glándula submaxilar sin alteraciones con proceso inflamatorio; carcinoma papilar de tiroides en tejidos blandos de cuello ganglio linfático regional libre de neoplasia. (Figura 3,4).

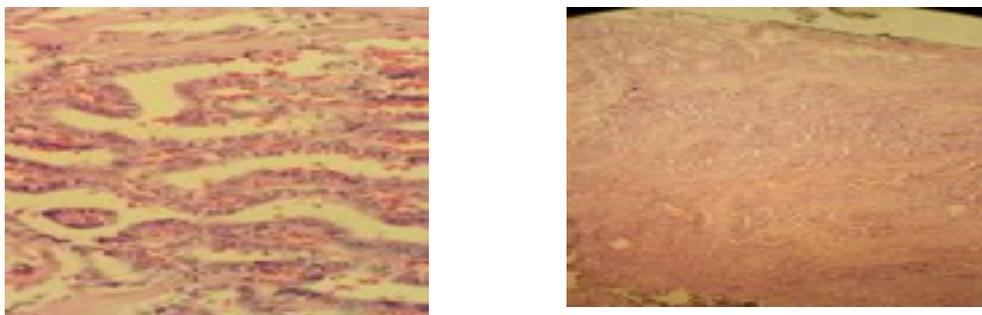


Figura 3,4: Los cortes muestran estructuras papilares, revestidas por células cúbicas a cilíndricas, sus núcleos presentan hendiduras e inclusiones. Están rodeados por tabiques de tejido fibroso y presentan numerosos cuerpos de psammoma. Se acompaña de invasión linfovascular.

Al tratarse de un carcinoma papilar de tiroideo se decide realizar Tiroidectomía total más Vaciamiento Central más Exploración cervical derecha nivel IV y V dentro de los hallazgos operatorios, tiroides de 5 cm de diámetro sin evidencia de malignidad, se evidencian y preservan Nervios Laringeos Recurrentes bilaterales, se evidencia y preservan glándulas paratiroides superiores bilaterales y

paratiroides inferior derecha, se evidencian adenopatías cervicales sospechosas en compartimento central se resecan, se explora niveles IV y V cervical derecho sin hallazgos significativos.

- Con resultado histopatológico carcinoma papilar variante folicular y clásica multifocal, localización lóbulo derecho tamaño tumoral 0.5 y 0.2 cm presenta invasión linfovascular, ausente invasión perineural, presente invasión capsular sin rebasarla, borde quirúrgico libre de lesión metástasis en 3 ganglios linfáticos aislados del vaciamiento central 3 de 4. Estadio patológico, pT1apN1apMx. (Figura 5,6).

- Con diagnóstico definitivo de carcinoma papilar de tiroides de dos localizaciones en glándula tiroides lóbulo derecho y en tejido extra tiroideo cervical derecho se planifica consulta con Endocrinología para evaluación de yodo radioactivo.

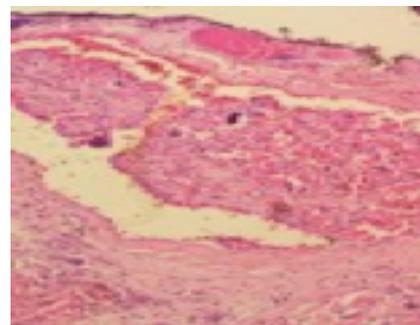
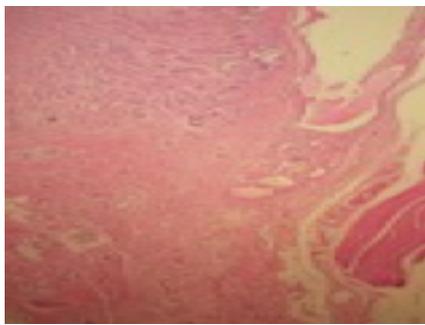


Figura 5, 6: Lesión del cuello: Tejidos blandos del cuello, tejido conectivo y adiposo se encuentran infiltrados por neoplasia epitelial maligna, constituida por estructuras papilares, revestidas por células cúbicas a cilíndricas, cuyos núcleos presentan hendiduras e inclusiones. Estas características son similares a las de primario conocido.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias tiroideas mediales de la región cervical anterior plantean la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso, de tejido tiroideo ectópico o una metástasis de una lesión primaria en tiroides.

La ocurrencia de carcinoma del conducto tirogloso es una entidad poco común. La variante más común es el carcinoma papilar, el folicular es una eventualidad más rara aún. La ausencia de neoplasia en la glándula tiroides, descarta la metástasis, persistiendo la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso (destruido por la neoplasia) o también de tejido tiroideo ectópico sublingual.

El primer reporte en la literatura médica data del año 1915, comunicado por H. Uchermann (12). La variante más frecuente es el carcinoma papilar (80%) (13). El carcinoma folicular es una eventualidad más rara aún (9%), con pocos casos documentados (10, 11). Les siguen en frecuencia el carcinoma escamoso (5%), (12) (13) adenocarcinoma (2%), carcinoma anaplásico (1%) (14) y otros (3%). No se han documentado casos de carcinoma medular (1, 6), lo cual se atribuye a que el conducto tirogloso no tiene participación en la embriogénesis de las células parafoliculares, las cuales migran desde el cuerpo ultimo branquial hacia los lóbulos tiroideos (1, 6, 15). Ante el

hallazgo de una neoplasia de tejido tiroideo en la citada localización, es necesario realizar un cuidadoso muestreo de la lesión, a fin de identificar restos del conducto tirogloso o de tejido tiroideo ectópico no neoplásico. En el caso que presentamos no se encontraron restos del conducto pero sí tejido tiroideo ectópico.

El tratamiento utilizado en estos casos es la extirpación de la lesión y del hueso hioides. Se debate si es necesaria la extirpación de la glándula tiroidea. Muchos autores recomiendan realizar una tiroidectomía total o subtotal con el fin de descartar la posibilidad de un origen primario en la glándula (10). Por otra parte, otros sostienen que dicha extirpación no es necesaria si una semiología intraoperatoria cuidadosa no encuentra alteraciones de la misma, indicándose la tiroidectomía sólo en presencia de una masa tiroidea o ante el antecedente de irradiación (1-3, 9). En el presente caso, la ausencia de neoplasia en la glándula tiroidea, la cual fue extirpada totalmente, descarta la posibilidad de una metástasis, persistiendo la posibilidad de un origen a partir del conducto tirogloso (el cual podría haber sido destruido por la neoplasia) o de tejido tiroideo ectópico que se identificó adyacente al carcinoma. La conducta biológica de estas neoplasias,

y por consiguiente su pronóstico, no difieren de sus equivalentes habituales en la glándula tiroidea y se han reportado casos de fallecimientos por estos tumores

## CONCLUSIONES

Es muy importante conocer desde el punto de vista embriológico y anatómico del tejido glandular tiroideo, para poder llegar a un diagnóstico claro y concreto de este tipo de patología oncológica. Con ello tomar una decisión en el tratamiento adecuado tanto clínico como quirúrgico, con los posteriores controles y seguimiento. Para tener en cuenta las posibles complicaciones, recidivas y metástasis, dado que nuestro principal objetivo es el control local de la enfermedad, y si llegara el caso manejar los procesos de diseminación sistémica. Los carcinomas tiroideos fuera de la glándula son raros, es importante conocer más profundamente los patrones histológicos, el más comunes son papilares, los foliculares son excepcionales. El manejo quirúrgico es un pilar en el trípode de manejo, con un margen adecuado conllevarnos conjuntamente con el manejo clínico a pronóstico favorable de nuestro paciente, y mejorar su estilo y calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society; Inc. doi; 10.3322; Cancer Statistics 2013 febrero; Available online at cacancerjournal.com
2. Sociedad Española de Oncología Médica. <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/melanoma-show-all>.
3. Ferlay J SH, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 GLOBOCAN 2008.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology versión I.2015
5. Sadler T. Lagman: Embriología Médica 5a edición.1985.
6. Keith L. Moore. Anatomía con Orientación Clínica 7ma edición
7. Li Volsi Virginia, Perzin K., Savesky L.: Carcinoma arising in median ectopic thyroid (including thyroglossal duct tissue). Cancer, 34:1303- 1315, 1974
8. Villet T., Kemp C.B.: Thyroglossal duct carcinoma. A case report and review of the literature. S. Afr. Med J. 60, 795 (1987)
9. Smith L., Calhoun K.: Carcinoma of a thyroglossal duct cyst source. Dept. of Otolaryngology, UTMB. 1999.
10. Ibrahim NA, Fadeyibi IO. Ectopic thyroid: Etiology, pathology and management. Hormones (Athens). 2011;10:261-9.
11. Ziemssen. Über Kopfeschwulste im Innern des Kehlkopfs und der Lufttröhre und ihre Entfernung. Beitr Klin Chir. 1875;41:1903-4.
12. Dowling EA, Johnson IM, Collier FC, Dillar RA. Intra-tracheal goitre: A clinicopathological review. Ann Surg. 1962;156:258-67.
13. Cassola Santana JR, Gómez Sosa E, Fleites Batista G, Peralta Pérez R: Embriología y cáncer del tiroides. Rev Cubana Oncol, 1992; 2: 123-6.
14. Sevinç AI, Unek T, Canda AE, Guray M, Kocdor MA, Saydam S, Harmançioğlu O: Papillary carcinoma arising in subhyoid ectopic thyroid gland with no orthotopic thyroid tissue. Am J Surg 2010, 200(1):e17–e18.
15. Noussios G, Anagnostis P, Goulis DG, Lappas D, Natsis K: Ectopic thyroid tissue: anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity. Eur J Endocrinol 2011, 165(3):375–382.
16. DARRELL A., CHAMBERS R., OERTEL G.: Thyroglossal tract carcinoma. A review of the literature and addition of 18 cases. Am J. Surg 1970 Oct 120(4) 439-46
17. SMITH L., CALHOUN K.: CARCINOMA OF A THYROGLOSSAL DUCT CYST SOURCE. Dept. of Otolaryngology, UTMB. 1991.
18. Celia Jiménez-Cervantes Frigols, Dpto. Bioquímica y Biología Molecular B. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Biología Humana, Salud y Hábitos Saludables (FEMM) curso 2011. Sol.