

Tumoración quística cervical y metástasis de carcinoma papilar tiroideo: un diagnóstico a tener en cuenta

Laura Granel-Villach^{1*}, José Manuel Laguna-Sastre¹, Rafael Artero-Sempere¹, Paul Andrade-Cadena², Carmen Medina-Medina², Homero Alfredo Beltrán-Herrera¹, Álvaro Villarín-Rodríguez¹ y Javier Escrig-Sos¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario General de Castellón, Castellón, España

RESUMEN

Introducción: Las lesiones quísticas cervicales suelen ser de naturaleza congénita y benigna, y en un 11% de los casos pueden tratarse de metástasis quísticas de carcinomas primarios no diagnosticados. **Material y métodos:** Se presentan dos casos clínicos de metástasis quísticas de carcinoma papilar tiroideo. **Casos clínicos:** Pacientes con una edad media de 45 años con tumoraciones quísticas cervicales. El diagnóstico inicial fue de quiste branquial, decidiéndose exéresis de la lesión, con resultado definitivo de la anatomía patológica (AP) de metástasis quística de carcinoma papilar tiroideo. Se completó la cirugía con tiroidectomía y disección cervical, tras estudio de extensión, y posterior ablación con radioyodo. **Conclusiones:** El diagnóstico de metástasis quística cervical es complicado por su escasa frecuencia, y porque pequeñas lesiones tiroideas pasan desapercibidas por pruebas de imagen y la punción de aspiración con agua fina (PAAF) presenta un número elevado de falsos negativos. El diagnóstico definitivo suele llegar tras la exéresis de la lesión. Sin embargo, sobre todo en pacientes mayores con lesiones quísticas cervicales podría plantearse realizar siempre estudio citológico del contenido del quiste previo a la cirugía. El tratamiento

ABSTRACT

Introduction: Cervical cystic lesions are usually congenital and benign, in 11% of cases they may be cystic metastases of undiagnosed primary carcinomas. **Material and methods:** Two clinical cases of cystic metastasis of papillary thyroid carcinoma are presented. **Clinical cases:** Patients with a mean age of 45 years with cervical cystic tumors. The initial diagnosis was of gill cyst, deciding excision of the lesion, with definitive result of the pathological anatomy of cystic metastasis of papillary thyroid carcinoma. Surgery was completed with thyroidectomy and cervical dissection, after extension study, and subsequent ablation with Radioiodo. **Conclusions:** The diagnosis of cervical cystic metastasis is complicated because of its low frequency and because small thyroid lesions go unnoticed by imaging tests, and FNAB has a high number of false negatives. The definitive diagnosis usually arrives after the excision of the lesion. However, especially in elderly patients with cervical cystic lesions, cytologic examination of cyst contents prior to surgery may be considered. The most defended treatment in the presence of a papillary carcinoma despite the fact that the lesion is not identified, is the total thyroidectomy

Dirección para correspondencia:

*Laura Granel-Villach
Servicio de Cirugía General y Digestiva
Hospital General de Castellón
Av. Benicassim, s/n
12004 Castellón
E-mail: laura_9487@yahoo.es

Fecha de recepción: 01-05-2017
Fecha de aceptación: 24-08-2017

más defendido ante la presencia de un carcinoma papilar, a pesar de que la lesión no sea identificada, es la tiroidectomía total (TT) asociando disección cervical.

Palabras clave: Tumorcación cervical quística. Carcinoma papilar. Disección cervical.

INTRODUCCIÓN

Las masas quísticas cervicales suelen corresponder a lesiones benignas, casi siempre congénitas, de origen embriológico, incluyendo: quistes del conducto tirogloso, quistes branquiales, higromas quísticos, quistes dermoides y epidermoides, y con menos frecuencia quistes tímicos y broncogénicos¹.

Sin embargo, hay ocasiones en las que metástasis de neoplasias aereodigestivas superiores y de glándula tiroidea pueden simularlas, como son los tumores primarios orofaríngeos: amígdalas palatinas (33-64%) y base de lengua (37-60%), o de forma menos frecuente, el carcinoma papilar de tiroides (CPT)².

Ante el resultado de la AP de CPT en un quiste cervical, es necesario realizar el diagnóstico diferencial entre metástasis o CPT ectópico dentro del quiste branquial.

La prevalencia de tejido tiroideo ectópico (TTE) en los adultos es de aproximadamente un 7%. Generalmente se encuentra en el trayecto del conducto tirogloso y alrededor de los lóbulos de la glándula tiroides. La presencia de TTE dentro de un quiste branquial es un raro hallazgo, y la malignidad dentro del mismo es extremadamente inusual³.

En este estudio presentamos dos casos de metástasis quísticas cervicales de carcinoma papilar tiroideo y se realiza una revisión bibliográfica actualizada del tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de dos casos clínicos diagnosticados y tratados en nuestro centro en el último año.

associated with cervical dissection. (REV MEX ENDOCRINOL METAB NUTR. 2017;4:161-6)

Corresponding author: Laura Granel-Villach, laura_9487@yahoo.es

Key words: Cystic cervical tumor. Papillary carcinoma. Cervical dissection.

RESULTADOS

Caso clínico 1

Mujer de 32 años sin antecedentes médicos de interés que fue remitida a nuestras consultas porque, tras accidente de tráfico y realización de una resonancia magnética (RM) cervical, mostraba molestias a dicho nivel. Se descubrió un nódulo quístico lateral derecho con sospecha de quiste de tercer arco branquial.

Dado que no existían antecedentes ni criterios de alarma, se decidió programar a la paciente para realizar intervención quirúrgica programada para exéresis del mismo. En la cirugía se realizó liberación del músculo esternocleidomastoideo y extirpación completa del quiste, identificando y respetando los nervios frénico y vago, sin complicaciones inmediatas ni otros hallazgos intraoperatorios de interés.

Durante el postoperatorio la evolución fue favorable, siendo dada de alta a las 48 h.

La AP definitiva confirmó la presencia de un tumor papilar quístico con rasgos sugestivos de carcinoma y tejido linfóide (Fig. 1).

Se decidió completar el estudio realizando una ecografía glandular tiroidea y cervical, en la que se evidenció un nódulo sólido con calcificaciones en la parte superior del lóbulo derecho de unos 15 mm con una pequeña adenopatía adyacente de 9.9 mm (Fig. 2). Se llevó a cabo una PAAF del nódulo con resultado insatisfactorio.

Asimismo, y dados los hallazgos, se indicó cirugía programada para TT con disección cervical central bilateral y disección yugular derecha en los niveles II, III, IV. Se identificaron tres glándulas paratiroides de forma clara, y se visualizaron y preservaron ambos nervios laríngeos recurrentes con confirmación de integridad funcional de ambos, intra y postoperatoria, mediante monitorización nerviosa tanto recurrencial como vagal.

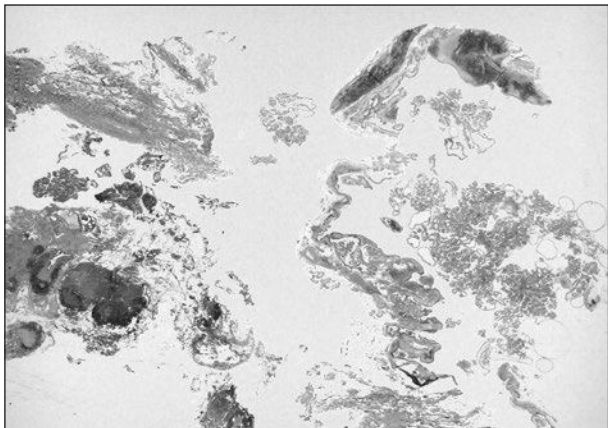


Figura 1. Tinción hematoxilina-eosina. Visión general del carcinoma papilar metastásico quístico.

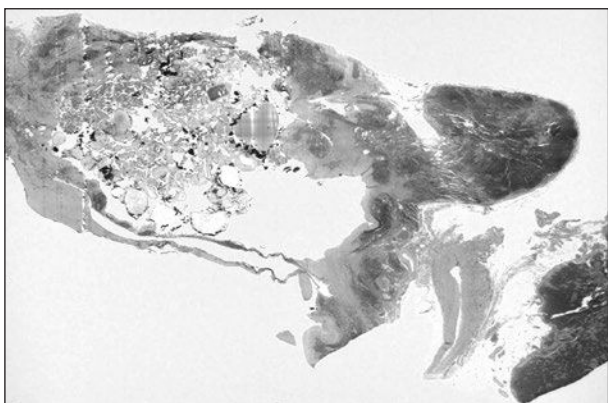


Figura 3. Metástasis de CPT en adenopatía cervical.

El postoperatorio fue favorable, manteniendo niveles de calcio adecuados y sin disfonía. Fue dada de alta a las 72 h.

La AP confirmó el diagnóstico de carcinoma papilar localizado en hemitiroides derecho, apreciándose, en el vaciamiento yugular derecho, metástasis en tres adenopatías de las 22 aisladas (T3 N1b). La disección central (grupo VI) bilateral no presentó afectación ganglionar.

La paciente fue remitida a oncología para valorar tratamiento adyuvante ablativo con radioyodo y seguir los controles adecuados.

En el momento actual la paciente se encuentra asintomática y libre de enfermedad, con controles de tiroglobulina de < 20 ng/ml (0.0-55) y anticuerpos antitiroideos de < 90 UI/ml (0.1-4.0), con ecografía cervical normal.

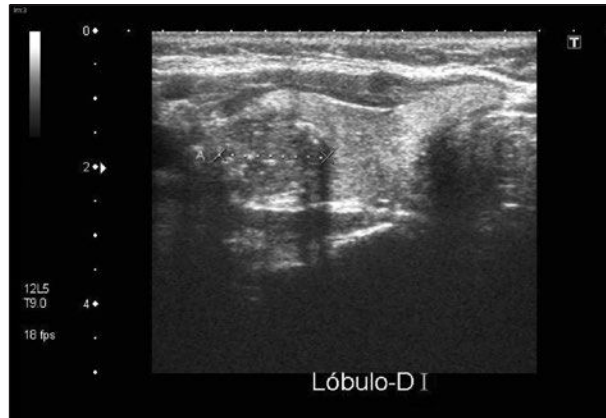


Figura 2. Ecografía tiroidea con nódulo sólido superior derecho.

Caso clínico 2

Paciente de 58 años sin antecedentes de interés que consultó por tumoración cervical izquierda de larga evolución y nunca estudiada, que había aumentado de tamaño en los últimos meses. Se realizó una ecografía cervical, que la definió como quiste de segundo arco branquial, por lo que se decidió intervención quirúrgica programada.

Durante la cirugía se evidenció dicha lesión de unos 6 cm de diámetro íntimamente adherida al asa cervical del nervio hipogloso y a la vena yugular interna, sin evidenciarse trayectos ni otros hallazgos patológicos.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, por lo que se decidió alta hospitalaria a las 24 h.

El resultado de la AP confirmó metástasis ganglionar quística de CPT (Fig. 3).

Se decidió completar el estudio realizando una RM cervical, que describió un nódulo predominante de 21 mm a nivel del lóbulo tiroideo inferior izquierdo, sin evidenciarse otras adenopatías patológicas. Se realizó PAAF de dicha lesión, cuyo resultado fue no determinante.

Ante dichos hallazgos, se decidió realizar TT con disección cervical central (grupo VI) bilateral y disección yugular izquierda modificada (grupos I, II, III, IV). Se visualizaron correctamente las cuatro paratiroides y ambos nervios recurrentes (Fig. 4).

Tras 48 h, la paciente fue dada de alta con una ligera hipocalcemia sin clínica (8.1 mg/dl) tratada con calcio oral y sin signos de disfonía.



Figura 4. Discección yugular izquierda modificada.

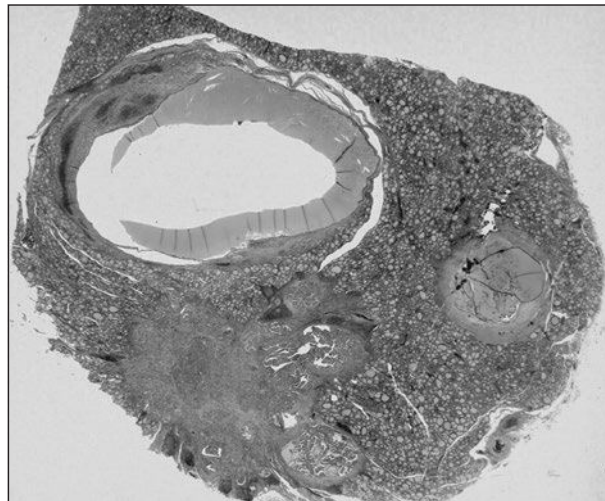


Figura 5. Lóbulo izquierdo de tiroides: foco de carcinoma papilar.

La AP mostró como resultado carcinoma papilar tiroideo izquierdo, con un número de ganglios afectados de dos de un total de 19 estudiados, estadiándose como un T3 N1b (Fig. 5).

En consecuencia, la paciente fue remitida a oncología para valorar tratamiento adyuvante ablativo con radioyodo y realizar el adecuado seguimiento.

En el momento actual la paciente se encuentra asintomática y libre de enfermedad con controles de tiroglobulina de 2.15 ng/ml (0.0-55.0) y anticuerpos antitiroideos de 1.0 (0.1-4.0), con ecografía cervical normal.

DISCUSIÓN

La presentación en un adulto joven (de 16 a 40 años) de una masa quística laterocervical suele corresponder con un proceso benigno⁴. Por lo tanto, en pacientes jóvenes es infrecuente que la lesión sea maligna, pero en adultos a partir de la cuarta década de la vida es una posibilidad que debemos tener presente en el diagnóstico diferencial. En nuestro segundo caso, el hecho de que la paciente tuviera 58 años podría haber hecho dudar del diagnóstico de tumoración congénita y benigna, a pesar de ser un hallazgo mucho más habitual y del informe de la ecografía cervical.

En conjunto, la incidencia de metástasis quísticas de origen papilar con respecto a todos los quistes cervicales se estima en un 11%⁵. Para poder justificar la presencia de un carcinoma papilar en una lesión quística cervical, existen dos posibles explicaciones: carcinoma de TTE en el interior de un quiste branquial o presencia de metástasis tiroidea, con tumor primario no diagnosticado, siendo esta última la presentación más habitual.

Cuando un tumor tiroideo no se detecta con los métodos diagnósticos habituales y presenta como manifestación primaria la aparición de una adenopatía metastásica cervical, se denomina carcinoma oculto. Esta forma de presentación en el carcinoma papilar llega a suponer entre el 10 y 26% de los casos⁶.

Las pruebas de imagen como la ecografía cervical y la tomografía computarizada (TC) son de gran utilidad para orientar el diagnóstico, ya que localizan su posición exacta y proporcionan información morfológica de la lesión y de las estructuras adyacentes, tales como las adenopatías⁷. Si la apariencia de la masa es quística, existen algunos datos que sugieren la etiología maligna de ésta, como son una pared gruesa e irregular, contenido ecogénico en su interior y presencia de septos. No obstante, en la mayoría de ocasiones la apariencia del quiste es indistinguible de la de un quiste branquial o de una lesión quística benigna, conduciendo a un diagnóstico de sospecha erróneo⁸. En nuestros casos no hubo sospecha de la

naturaleza maligna de la lesión quística ni por la exploración ni por las pruebas de imagen, y al mismo tiempo se dio la circunstancia de que las lesiones primarias tiroideas eran de escaso tamaño y sin sospecha ecográfica de malignidad, por lo que no se realizó su estudio citológico de forma preoperatoria.

La RM es la prueba de imagen de elección, sobre todo tras el diagnóstico histológico de metástasis quística, ya que permite un estudio más completo de la glándula tiroidea y de la extensión ganglionar cervical. En el primer caso, se llega al diagnóstico de quiste branquial mediante RM, y es la ecografía la que finalmente localiza el nódulo tiroideo de 15 mm. En el segundo caso ocurre a la inversa, de tal forma que en la primera ecografía pasa desapercibida la lesión tiroidea y es la RM la que finalmente sirve para completar el estudio. Así pues, podemos decir que su diagnóstico es dificultoso y en ocasiones posterior a la cirugía. En cualquier caso, ante los casos presentados, parece recomendable, ante una lesión cervical quística en paciente mayor, sobre todo si es de nueva aparición, la realización de una ecografía cervical completa con especial y minuciosa valoración de la glándula tiroidea.

Respecto a la PAAF del nódulo quístico, se describe que la punción con presencia de líquido de color amarillento es característica de quistes benignos, mientras que el color pardo o marrón orienta más a quistes de origen metastásico⁹. Aun así, se trata de una prueba que presenta entre un 50 y 67% de falsos negativos debido a la baja celularidad del aspirado, haciéndola poco útil para descartar enfermedad maligna. En nuestros casos no fue llevada a cabo debido a la baja sospecha clínica y radiológica de malignidad.

Por lo tanto, ante una masa cervical de características quísticas y etiología incierta debería procederse a la biopsia excisional de ésta, sea cual sea el resultado de la citología, para obtener un resultado histológico definitivo de la pieza. Se recomienda resección completa de la masa, ya que si ésta es maligna, la realización de una biopsia incisional puede aumentar el riesgo de recidiva local en el lugar de la biopsia¹⁰. En los casos que presentamos, se realiza exéresis de la lesión porque se sospecha que se trata de un quiste branquial, siendo el estudio de AP de la pieza el que confirma finalmente el diagnóstico definitivo.

En cuanto al tratamiento, continúa siendo un tema sujeto a debate, recomendándose una estadificación adecuada del riesgo (con escalas como la AMES, AGES...) para definir la extensión de la cirugía¹¹. En pacientes de bajo riesgo la realización de una tiroidectomía subtotal o total no ha demostrado aumentar la supervivencia frente a la resección del lóbulo tiroideo afecto; sin embargo, algunos autores recomiendan la realización de una TT¹² de rutina basándose en la elevada frecuencia de multicentralidad y afectación bilateral de la glándula, la necesidad de tratamiento ablativo posterior con radioyodo y la posibilidad de uso de la tiroglobulina como marcador de recidiva si se ha eliminado todo el tejido tiroideo. Hay, et al.¹³, en un estudio sobre 535 microcarcinomas papilares, objetivaron un mayor porcentaje de recidivas locoregionales en aquellos sujetos sometidos a una lobectomía unilateral respecto a los que se les realizó una resección bilateral del tiroides (20 y 5% de recidivas a los 20 años, respectivamente), pero sin objetivar diferencias estadísticamente significativas entre la realización de tiroidectomía subtotal, casi total o total. En pacientes de alto riesgo, sí se recomienda la realización de tiroidectomía bilateral, ya que ha demostrado aumentar la supervivencia de forma significativa. En nuestro caso, se realizó una TT por considerarse de alto riesgo, dado su modo de presentación y porque la afectación ganglionar confirmada de forma preoperatoria en la metástasis quística (N1) obliga al tratamiento de ablación con yodo radioactivo.

Respecto a la indicación de la linfadenectomía, también deberemos diferenciar entre pacientes de alto y bajo riesgo. La extensión de la linfadenectomía continúa siendo un tema controvertido. Algunos autores¹⁴ recomiendan la realización de un vaciamiento cervical radical modificado homolateral, ya que en sus series demuestran un aumento de la supervivencia con esta técnica en pacientes de alto riesgo (con adenopatías metastásicas, pacientes en los cuales el tumor primario invade la cápsula y mayores de 60 años). En cuanto a la necesidad de un vaciamiento cervical radical modificado bilateral, algunos estudios aconsejan su realización en aquellos casos que presentan un alto riesgo de metástasis ganglionares contralaterales como son: tumor primario de gran tamaño o cercano al istmo tiroideo, extensión extracapsular, invasión de tejidos vecinos o presencia de linfadenopatías de gran tamaño¹⁵. En

Tabla 1. Revisión bibliográfica de artículos similares en los últimos años

	Torres-Moriente, et al. ⁴	García-Monleón, et al. ⁷	Seven, et al. ¹	Nakagawa, et al. ³	Granel-Villach, et al.
Número de casos	2	1	4	5	2
Edad media	40	34	34	33	45
Pruebas de imagen	Ecografía	TC, RM y ecografía	TC y ecografía	TC y ecografía	Ecografía y RM
Tamaño medio del quiste	3 cm	3 cm	4 cm	5 cm	5 cm
PAAF quiste	Sí (-)	No	Sí (-)	Sí (+ en 3 casos; - en 2)	No
Diagnóstico inicial	Quiste branquial	Quiste branquial	Quiste branquial	Quiste branquial	Quiste branquial
Biopsia del quiste	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tamaño medio de la lesión tiroidea	0.4 cm	1.3 cm	0.5 cm	0.5 cm	1.5 cm
Tratamiento quirúrgico	TT + linfadenectomía	TT + linfadenectomía	TT + linfadenectomía	TT + linfadenectomía	TT + linfadenectomía
AP definitiva	CPT	CPT	CPT	CPT	CPT

nuestros casos, dada la presentación diagnóstica como metástasis quística, se decidió linfadenectomía central bilateral (grupo VI) y linfadenectomía homolateral yugular radical modificada (Tabla 1).

Como conclusiones, podemos decir que, aunque la mayoría de quistes laterocervicales se corresponden con enfermedad benigna, debe establecerse como diagnóstico diferencial la posibilidad de una metástasis cervical de un carcinoma oculto, sobre todo en adultos mayores de 40 años y si existen factores de riesgo. Las pruebas diagnósticas muchas veces no son concluyentes, por lo que se necesita la exéresis completa de la lesión para llegar a la etiología definitiva. Si se trata de un CPT, la actitud más aceptada actualmente por la mayoría de autores es la TT y la linfadenectomía yugular radical modificada homolateral y la disección cervical central, al menos homolateral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S. Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol.* 2004;25(1):11-7.

2. Briggs RD, Pou AM, Schnadig VJ. Cystic metastasis versus branchial cleft carcinoma: A diagnostic challenge. *Laryngoscope.* 2002;112(6):1010-4.
3. 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(3):240-2.
4. Torres-Morientes LM, Tavárez-Rodríguez JJ, Mena-Domínguez E, Bauer M, Benito-Orejas JI, Moráis-Pérez D. Metástasis quística papilar versus carcinoma tiroideo ectópico en un quiste branquial. *Rev Soc Otorrinolaringol Castilla León Cantab La Rioja.* 2012;3(20):190-3.
5. Tyler DS, Shaha AR, Udelsman RA, et al. Thyroid cancer: 1999 update. *Ann Surg Oncol.* 2000;7(5):376-98.
6. Wada N, Duh QY, Sugino K, et al. Lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas: frequency, pattern of occurrence and recurrence, and optimal strategy for neck dissection. *Ann Surg.* 2003;237(3):399-407.
7. García-Monleón L, Calvo J, Navarro-Cuellar C, et al. Metástasis cervical de carcinoma papilar tiroideo oculto. *Rev Esp Ciruj Oral y Maxilofac.* 2006;28(4).
8. Zimmermann CE, Von Domarus H, Moubayed P. Carcinoma in situ in a lateral cervical cyst. *Head Neck.* 2002;24(10):965-9.
9. Verge J, Guixa J, Alejo M, et al. Cervical cystic lymph node metastasis as first manifestation of occult papillary thyroid carcinoma: report of seven cases. *Head Neck.* 1999;21(4):370-4.
10. Gourin CG, Johnson JT. Incidence of Unsuspected Metastases in Lateral Cervical Cysts. *Laryngoscope.* 2000;110(10 Pt 1):1637-41.
11. Monchik JM, De Petris G, De Crea C. Occult papillary carcinoma of the thyroid presenting as a cervical cyst. *Surgery.* 2001;129(4):429-32.
12. Pelizzo MR, Boschin IM, Toniato A, et al. Natural history, diagnosis, treatment and outcome of papillary thyroid microcarcinoma (PTMC): a mono-institutional 12-year experience. *Nucl Med Commun.* 2004;25(6):547-52.
13. Hay ID, Grant CS, van Heerden JA, Goellner JR, Ebersold JR, Bergstralh EJ. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year period. *Surgery.* 1992;112(6):1139-46; discussion 1146-7.
14. Noguchi S, Murakami N, Yamashita H, Toda M, Kawamoto H. Papillary thyroid carcinoma: modified radical neck dissection improves prognosis. *Arch Surg.* 1998;133(3):276-80.
15. Ohshima A, Yamashita H, Noguchi S, et al. Indications for bilateral modified radical neck dissection in patients with papillary carcinoma of the thyroid. *Arch Surg.* 2000;135(10):1194-8; discussion 1199.