

CÁNCER DE TIROIDES CON PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA

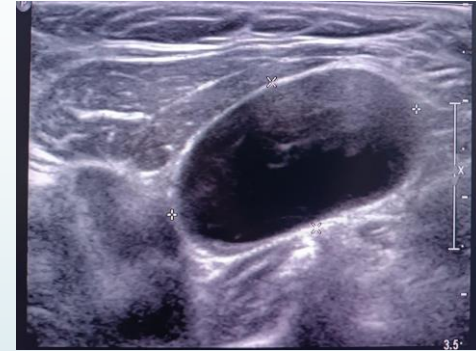


María Castro Navarro
R3 de Endocrinología y Nutrición
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

CASO CLÍNICO 1: Mx ganglionar de ca. micropapilar de tiroides

Mujer de 44 años que consulta por bultoma laterocervical izquierdo de meses de evolución, no doloroso.

- **FEBRERO 2017** → eco-PAAF → características ecográficas con sospecha de **linfangioma**. AP: quiste con linfocitos maduros e histiocitos.
- **OCTUBRE 2017** → analítica → TSH 1.40, T4I 0.93
- **NOVIEMBRE 2017** → TC cervical con contraste → lesión quística, suprahioidea, en triángulo cervical posterior izquierdo. Mide 2,7 cm (CC) x 2,5 cm (A) x 1,9 cm (T). No adenopatías en cadenas cervicales.



CASO CLÍNICO 1

- **MAYO 2018** → intervención de linfangioma → AP: se descartan anomalías de tipo linfático tanto a nivel óptico como inmunohistoquímico. Hallazgos de *carcinoma papilar*, se plantea **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**:

- Carcinoma papilar de tiroides *metastásico a ganglios cervicales*
- Carcinoma papilar *intraganglionar* de tiroides surgido de inclusiones epiteliales intraglandulares.

CASO CLÍNICO 1

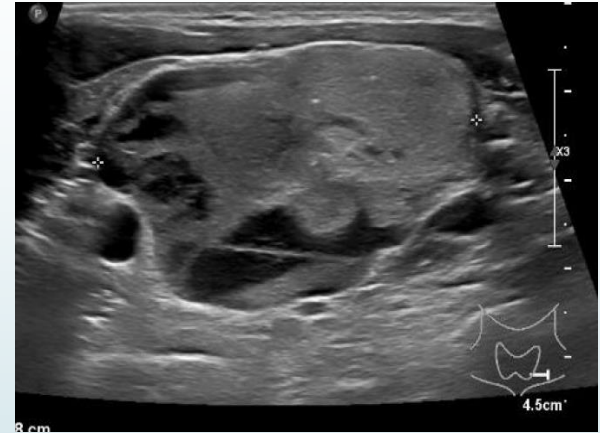


- **JUNIO 2018** → se remite a consultas de Endocrinología
- Ecografía cervical →
 - LTI: nódulo sólido isoecogénico, de límites parcialmente mal definidos, vascularización periférica. Mide 5.1 x 5.4 x 6.7 mm (AP x T x L) **TIRADS 4A** (por bordes mal definidos).
 - LTI: nódulo caudal al anterior, de similares características, con bordes bien definidos, sin calcificaciones (**TIRADS 3**).
- **OCTUBRE 2018** → Tiroidectomía total más vaciamiento central y lateral izquierdo → AP definitiva: **CARCINOMA PAPILAR DE PATRÓN FOLICULAR INFILTRATIVO 0.7 CM RESECADO EN SU TOTALIDAD.**

CASO CLÍNICO 2: Mx ganglionar de posible carcinoma conducto tirogloso

DICIEMBRE 2020:

- Mujer de 18 años que consulta en ORL por masa laterocervical izquierda en borde posterior del ECM desde hace varios meses, indolora. Asintomática.
- A la palpación → masa de 4 cm de diámetro, blanda, indolora, no adherida.
- Ecografía cervical:
 - Masa de bordes definidos, desde la región submandibular hasta la fosa supraclavicular (tamaño aproximado de 13 x 4.4 x 3 cm (L x T x AP)). Contenido sólido-quístico, con vascularización en las zonas sólidas y algunas calcificaciones → podría corresponder con **malformación linfática**.
 - Tiroides de tamaño normal y ecoestructura homogénea **sin nódulos tiroideos**. No adenopatías yugulares derechas de aspecto patológico.





FEBRERO 2021

TC cervical → masas sólido-quísticas laterocervicales izquierdas, desde el área submandibular a región supraclavicular, infrahioideo y adyacente a musculatura prelaríngea.

A descartar malformación con dilataciones linfáticas.

MARZO 2021 → comité de malformaciones vasculares → tratamiento con **Rapamicina**, escasa respuesta.

FEBRERO 2021

TC cervical → masas sólido-quísticas laterocervicales izquierdas, desde el área submandibular a región supraclavicular, infrahioideo y adyacente a musculatura prelaríngea.

A descartar malformación con dilataciones linfáticas.

MARZO 2021 → comité de malformaciones vasculares → tratamiento con **Rapamicina**, escasa respuesta.

FEBRERO 2021

TC cervical → masas sólido-quísticas laterocervicales izquierdas, desde el área submandibular a región supraclavicular, infrahioideo y adyacente a musculatura prelaríngea.

A descartar malformación con dilataciones linfáticas.

NOVIEMBRE 2021 – OCTUBRE 2022:

escleroterapia con **Doxiciclina** (4 sesiones) → exploración: se palpa bultoma duro en tercio inferior del ECM, región posterior, indoloro.

MARZO 2021 → comité de malformaciones vasculares → tratamiento con **Rapamicina**, escasa respuesta.

MAYO 2023 → RMN cervical control → malformación linfática de 10,3 cm, estable en tamaño y componente *microquístico*. Nódulo submentoniano parasagital izquierdo de 1'7 cm.

FEBRERO 2021

TC cervical → masas sólido-quísticas laterocervicales izquierdas, desde el área submandibular a región supraclavicular, infrahioideo y adyacente a musculatura prelaríngea.

A descartar malformación con dilataciones linfáticas.

NOVIEMBRE 2021 – OCTUBRE 2022:

escleroterapia con **Doxiciclina** (4 sesiones) → exploración: se palpa bultoma duro en tercio inferior del ECM, región posterior, indoloro.

MARZO 2021 → comité de malformaciones vasculares → tratamiento con **Rapamicina**, escasa respuesta.

MAYO 2023 → RMN cervical control → malformación linfática de 10,3 cm, estable en tamaño y componente *microquístico*. Nódulo submentoniano parasagital izquierdo de 1'7 cm.

FEBRERO 2021

TC cervical → masas sólido-quísticas laterocervicales izquierdas, desde el área submandibular a región supraclavicular, infrahioideo y adyacente a musculatura prelaríngea.

A descartar malformación con dilataciones linfáticas.

NOVIEMBRE 2021 – OCTUBRE 2022:

escleroterapia con **Doxiciclina** (4 sesiones) → exploración: se palpa bultoma duro en tercio inferior del ECM, región posterior, indoloro.

ENERO 2024 → se decide **crioablación** (**SEPTIEMBRE 2024**) → se toma biopsia por comportamiento anómalo de la lesión.

CASO CLÍNICO 2

- **SEPTIEMBRE 2024** → biopsia linfática → posibilidad de una **neoplasia tiroidea infiltrante de tipo papilar, quizás surgido sobre quiste tirogloso/branquial**.



- Se remite a consultas de Endocrinología

- **OCTUBRE 2024:**

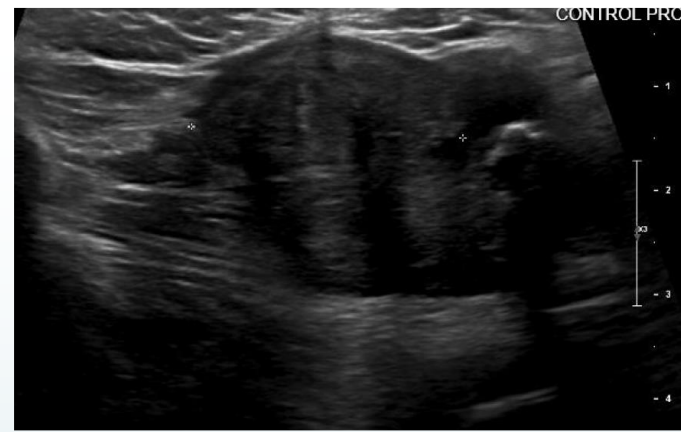
- Ecografía cervical → **tiroides** de tamaño y ecogenicidad normal, **sin nódulos**. **Nódulo sólido** con microcalcificaciones en línea media cervical, infrahiodeo, en contacto con hueso hioides. Se localiza **en el origen de los quistes tiroglosos**, por lo que podría ser la localización del primario.
- Analítica → TSH 1.72
- TC cervico-torácico → aumento de tamaño de la masa laterocervical-supraclavicular izquierda (**probable conglomerado adenopático**). Masa localizada en la musculatura laríngea extrínseca anterior izquierda sin cambios. Parénquima pulmonar y mediastino sin lesiones significativas.
- Tiroidectomía, linfadenectomía y exéresis del conducto tirogloso (SP) → **pendiente AP**.

CASO CLÍNICO 3: Tumor del conducto tirogloso

- **FEBRERO 2018** → Mujer de 62 años que consulta en Urgencias por nódulo latero-cervical derecho doloroso → ecografía con cambios inflamatorios sugestivos de **adenoflemón** → tratamiento antibiótico.
- **OCTUBRE 2018** → ecografía cervical de control: subyacente al nódulo doloroso se observa nódulo profundo en línea media, suprahioideo, hipoecoico, de bordes bien definidos, avascular, que mide 1.3 x 1.5 x 2.3 cm compatible con **quiste tirogloso con cambios secundarios a sobreinfección**.
- **DICIEMBRE 2018** → extirpación de quiste tirogloso → AP: conglomerado (6 adenopatías prehioideas reactivas).

CASO CLÍNICO 3

- **OCTUBRE 2019** → vuelve a consultar por persistencia de bultoma en línea media cervical.
- **Eco-PAAF**: nódulo cervical en línea media, suprahioideo, hipoecóico, con leve vascularización interna, 2.4 x 2.6 x 2.6 cm → **AP**: proliferación folicular compatible con **carcinoma papilar tiroideo (¿metastásico vs originado en quiste tirogloso?)**
- **MARZO 2020** → tiroidectomía total → **AP**: parénquima tiroideo sin hallazgos reseñables. Ganglio peritiroideo compatible con carcinoma papilar.



CASO CLÍNICO 3

- **MAYO 2020** → reintervención **quiste tirogloso** (intervención de Sistrunk) + vaciamiento cervical → **AP: se confirma carcinoma papilar** con infiltración de músculo y grasa circundante. 1/ 37 ganglios con metástasis de carcinoma papilar de tiroides.
- Se remite a consultas de Endocrinología
- **JUNIO 2020** → tratamiento adyuvante con RAI (150 mCi).

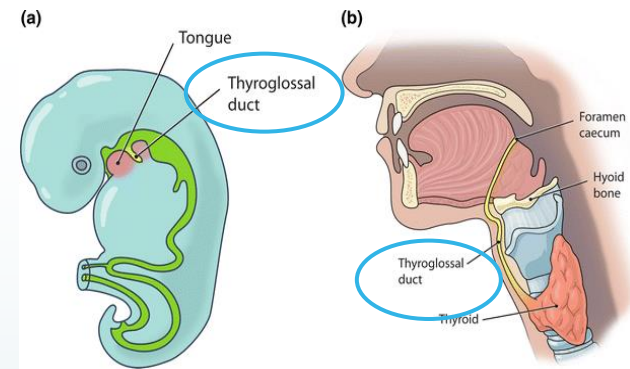


QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO



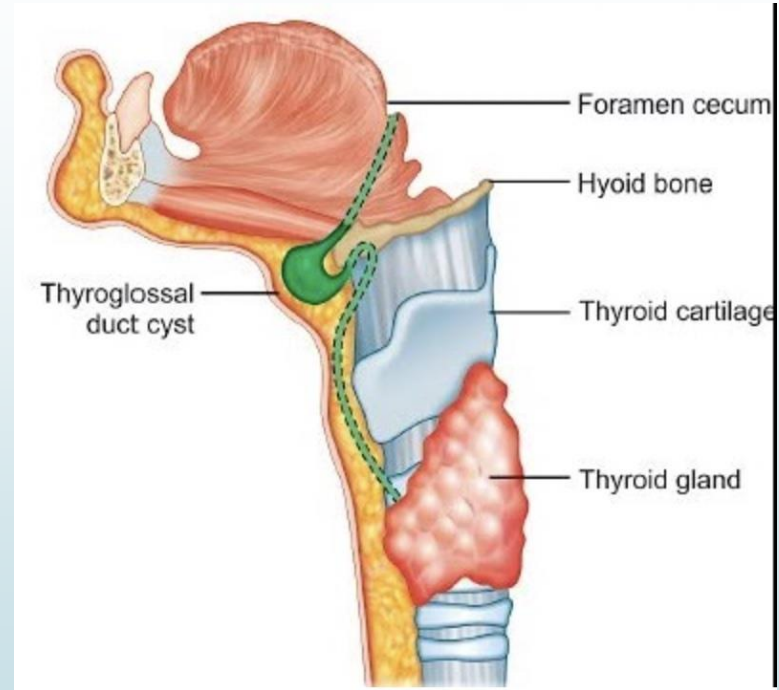
CONDUCTO TIROGLOSO → EMBRIOLOGÍA

- La glándula tiroides se forma en el agujero ciego de la lengua.
- Desciende por la línea media (**conducto tirogloso**) hasta la posición fisiológica del tiroides en la base del cuello.
- El tracto suele atrofiarse y desaparecer en la 10ª semana de gestación.
- Pueden persistir porciones del tracto y restos de tejido tiroideo asociados a él en cualquier punto entre la lengua y la tiroides.



QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

- Lesión quística cervical **más frecuente**.
- **Localización:** la mayoría están en el hueso hioides o justo debajo de él, adyacente a la membrana tirohioidea.
- **Clínica:** masa móvil, blanda e indolora en la línea media del cuello. Se desplaza hacia arriba con la deglución o la protrusión de la lengua.
- **Cualquier afectación** del tiroides puede afectar al tejido ectópico.



QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO → DIAGNÓSTICO

- **Pruebas de imagen:**
 - TC del cuello con contraste (**ELECCIÓN en adultos**)
 - Ecografía cervical puede evaluar la glándula tiroides nativa y los ganglios linfáticos cervicales. **Algunos investigadores la recomiendan como prueba de primera línea.**
 - RMN si recurrencia
- **PAAF guiada por ecografía:** es el método **más fiable** para el diagnóstico preoperatorio.
- **La función tiroidea** siempre debe evaluarse preoperatoriamente en todos los casos.

TUMOR EN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

- Incidencia < 1%.
- Más frecuente en la población **adulta**. Predisposición **femenina** → proporción 2,3:1.
- **75%** de los casos con **diagnóstico incidental** tras histología postoperatoria.
- **Sospecha malignidad:** ecografía con datos de invasión local, microcalcificaciones o adenopatía patológica (clínicamente o por imagen).
- **Tipos:**
 - 88% carcinomas papilares
 - 6% carcinomas de células escamosas
 - El resto carcinomas de células de Hurthle, foliculares y anaplásicos
 - No hay informes de carcinoma medular en TGDC
- **Pronóstico** excelente → tasa de supervivencia global del 95.6% a los 10 años.

TUMOR EN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

- Cáncer de tiroides → distinguir entre:
 - Primario ***DENTRO DEL QUISTE***
 - ***METÁSTASIS QUÍSTICA DE UN PRIMARIO DE TIROIDES*** (11 - 33% de los pacientes)
- Se considera que el ORIGEN ESTÁ DENTRO DEL QUISTE según:
 - ***Imagen*** → ecografía normal de tiroides
 - ***Histología*** →
 - Si hay revestimiento epitelial columnar o escamoso en el quiste
 - Si hay folículos tiroideos normales en la pared del quiste
 - Si ausencia completa de tejido ganglionar

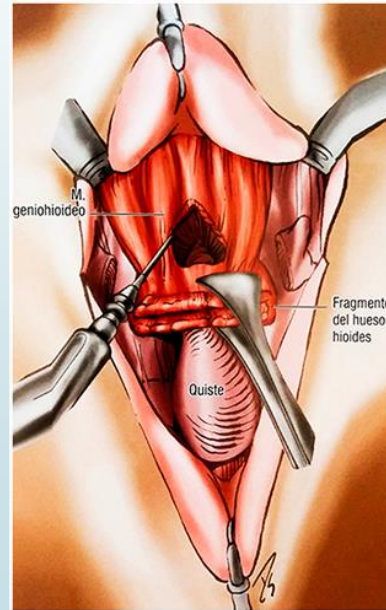
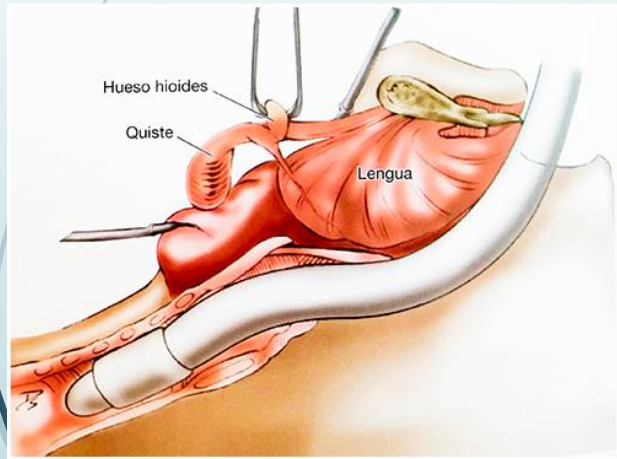
TUMOR EN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO → TRATAMIENTO

PACIENTES DE BAJO RIESGO → Intervención de Sistrunk

- Pacientes < 55 años
- Tumores < 4 cm
- Histología clásica
- Sin invasión vascular, metástasis ganglionares o a distancia

TUMOR EN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO → TRATAMIENTO

PACIENTES DE BAJO RIESGO → Intervención de Sistrunk



Exéresis de todo el trayecto:

- ✓ Quiste tirogloso
- ✓ Cuerpo central del hioides
- ✓ Conducto tirogloso:
 - ✓ Trayecto infrahioides
 - ✓ Trayecto hasta el foramen ciego de la lengua

TUMOR EN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

→ TRATAMIENTO

PACIENTES DE ALTO RIESGO → Tiroidectomía

- Tumor de gran tamaño / invasivo
- Ganglios linfáticos positivos
- Si no puede excluirse neoplasia tiroidea primaria

Linfadenectomía:

- Ganglios sospechosos > 8 mm en compartimento central o > 10 mm en compartimento lateral.
- PROFILÁCTICA

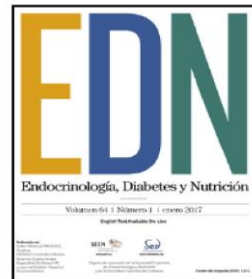
RAI:

- NO existen directrices para el tratamiento con RAI.
- Puede considerarse si metástasis en ganglios linfáticos, tumores de gran tamaño o cáncer de tiroides concurrente.

SERIE DE CASOS

SCIENTIFIC LETTER

Papillary thyroid carcinoma on thyroglossal duct cyst: A series of 7 cases

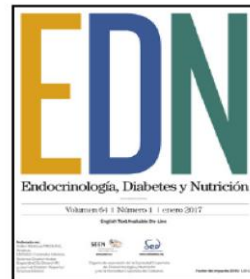


- Análisis descriptivo retrospectivo de una serie de casos con diagnóstico de Carcinoma papilar (CP) en quiste del conducto tirogloso (TGDC) de un centro terciario de referencia desde 2006 hasta 2023.
- 442 pacientes con CP → 7 (1,58%) fueron diagnosticados de CP sobre CDTG.
- En el estudio el 42,9% eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 54 años.
- Motivo de consulta:
 - 71,4% de los casos → evaluación del TGDC
 - 28,6% de los casos → nodularidad tiroidea

SERIE DE CASOS

SCIENTIFIC LETTER

Papillary thyroid carcinoma on thyroglossal duct cyst: A series of 7 cases



- 5/7 pacientes → PAAF preoperatoria del TGDC:
 - 4 con criterios de malignidad
 - 1 con criterios de benignidad
 - 2 pacientes restantes → diagnóstico incidental en histología postoperatoria
- Tratamiento quirúrgico:
 - Intervención de Sistrunk (SP).
 - Tiroidectomía total (TT) y linfadenectomía cervical.
 - Dosis única de RAI en el 57,1% de los pacientes, con una media de 82 mCi.
 - La respuesta al tratamiento fue excelente, sin recidivas.

SERIE DE CASOS

SCIENTIFIC LETTER

Papillary thyroid carcinoma on thyroglossal duct cyst: A series of 7 cases

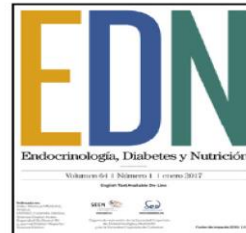


Table 1 Clinical characteristics, treatments, and final outcomes of patients with papillary carcinoma on thyroglossal duct cyst.

	Case #1	Case #2	Case #3	Case #4	Case #5	Case #6	Case #7
Year of diagnosis	2006	2007	2010	2014	2023	2023	2023
Sex	F	F	M	M	M	F	F
Age at diagnosis	72	44	55	70	41	52	48
Reason for diagnosis	Thyroid nodule study	Thyroid nodule study	Compressive symptoms from TGDC	Incidental finding on PE	Incidental finding on cervical US	Compressive symptoms from TGDC	Compressive symptoms from TGDC
FNA of cyst	Malignant	Malignant	Not performed	Malignant	Malignant	Not performed	Benign
PC size (cm)	U	0.4	ND	2.6	0.9	1.2	1.2
Metastatic lymph nodes	No	Yes (unilateral)	No	No	No	No	No
Surgical Treatment	SP + TT	SP + TT + LD (Ipsilateral CNS)	SP + TT + LD	SP + TT	SP + TT	SP	SP
Molecular study (BRAF)	V600E	V600E	Wild type	V600E	V600E	Not performed	V600E
I-131 treatment	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Risk categorization (ATA 2015)	Low risk	Intermediate risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk
Dynamic risk stratification	ER	ER	ER	ER	ER	ER	ER

F: female. M: male. PE: physical exam; US: ultrasound; TGDC: thyroglossal duct cyst. cm: centimeters. ND: not disclosed. SP: Sistrunk procedure. TT: total thyroidectomy. LD: lymphadenectomy. CNS: central neck dissection. I: Iodine. BRAF: B-Raf proto-oncogene. ATA: American Thyroid Association. ER: excellent response; U: unknown.

SERIE DE CASOS

SCIENTIFIC LETTER

Papillary thyroid carcinoma on thyroglossal duct cyst: A series of 7 cases

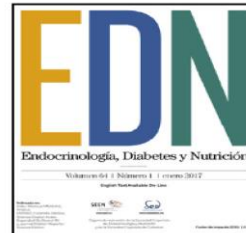


Table 1 Clinical characteristics, treatments, and final outcomes of patients with papillary carcinoma on thyroglossal duct cyst.

	Case #1	Case #2	Case #3	Case #4	Case #5	Case #6	Case #7
Year of diagnosis	2006	2007	2010	2014	2023	2023	2023
Sex	F	F	M	M	M	F	F
Age at diagnosis	72	44	55	70	41	52	48
Reason for diagnosis	Thyroid nodule study	Thyroid nodule study	Compressive symptoms from TGDC	Incidental finding on PE	Incidental finding on cervical US	Compressive symptoms from TGDC	Compressive symptoms from TGDC
FNA of cyst	Malignant	Malignant	Not performed	Malignant	Malignant	Not performed	Benign
PC size (cm)	U	0.4	ND	2.6	0.9	1.2	1.2
Metastatic lymph nodes	No	Yes	No	No	No	No	No
Surgical Treatment	SP + TT	SP + TT + LD (unilateral) (Ipsilateral CND)	SP + TT + LD	SP + TT	SP + TT	SP	SP
Molecular study (BRAF)	V600E	V600E	Wild type	V600E	V600E	Not performed	V600E
I-131 treatment	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Risk categorization (ATA 2015)	Low risk	Intermediate risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk
Dynamic risk stratification	ER	ER	ER	ER	ER	ER	ER

F: female. M: male. PE: physical exam; US: ultrasound; TGDC: thyroglossal duct cyst. cm: centimeters. ND: not disclosed. SP: Sistrunk procedure. TT: total thyroidectomy. LD: lymphadenectomy. CNS: central neck dissection. I: Iodine. BRAF: B-Raf proto-oncogene. ATA: American Thyroid Association. ER: excellent response; U: unknown.

SERIE DE CASOS

SCIENTIFIC LETTER

Papillary thyroid carcinoma on thyroglossal duct cyst: A series of 7 cases

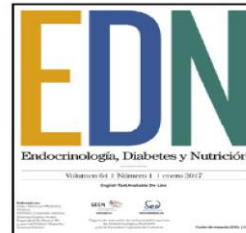


Table 1 Clinical characteristics, treatments, and final outcomes of patients with papillary carcinoma on thyroglossal duct cyst.

	Case #1	Case #2	Case #3	Case #4	Case #5	Case #6	Case #7
Year of diagnosis	2006	2007	2010	2014	2023	2023	2023
Sex	F	F	M	M	M	F	F
Age at diagnosis	72	44	55	70	41	52	48
Reason for diagnosis	Thyroid nodule study	Thyroid nodule study	Compressive symptoms from TGDC	Incidental finding on PE	Incidental finding on cervical US	Compressive symptoms from TGDC	Compressive symptoms from TGDC
FNA of cyst	Malignant	Malignant	Not performed	Malignant	Malignant	Not performed	Benign
PC size (cm)	U	0.4	ND	2.6	0.9	1.2	1.2
Metastatic lymph nodes	No	Yes	No	No	No	No	No
Surgical Treatment	SP + TT	SP + TT + LD (unilateral) (ipsilateral CND)	SP + TT + LD	SP + TT	SP + TT	SP	SP
Molecular study (BRAF)	V600E	V600E	Wild type	V600E	V600E	Not performed	V600E
I-131 treatment	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Risk categorization (ATA 2015)	Low risk	Intermediate risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk
Dynamic risk stratification	ER	ER	ER	ER	ER	ER	ER

F: female. M: male. PE: physical exam; US: ultrasound; TGDC: thyroglossal duct cyst. cm: centimeters. ND: not disclosed. SP: Sistrunk procedure. TT: total thyroidectomy. LD: lymphadenectomy. CNS: central neck dissection. I: Iodine. BRAF: B-Raf proto-oncogene. ATA: American Thyroid Association. ER: excellent response; U: unknown.

SERIE DE CASOS

SCIENTIFIC LETTER

Papillary thyroid carcinoma on thyroglossal duct cyst: A series of 7 cases

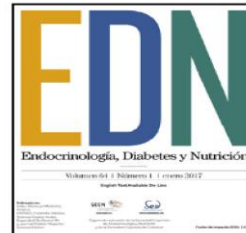


Table 1 Clinical characteristics, treatments, and final outcomes of patients with papillary carcinoma on thyroglossal duct cyst.

	Case #1	Case #2	Case #3	Case #4	Case #5	Case #6	Case #7
Year of diagnosis	2006	2007	2010	2014	2023	2023	2023
Sex	F	F	M	M	M	F	F
Age at diagnosis	72	44	55	70	41	52	48
Reason for diagnosis	Thyroid nodule study	Thyroid nodule study	Compressive symptoms from TGDC	Incidental finding on PE	Incidental finding on cervical US	Compressive symptoms from TGDC	Compressive symptoms from TGDC
FNA of cyst	Malignant	Malignant	Not performed	Malignant	Malignant	Not performed	Benign
PC size (cm)	U	0.4	ND	2.6	0.9	1.2	1.2
Metastatic lymph nodes	No	Yes	No	No	No	No	No
Surgical Treatment	SP + TT	SP + TT + LD (ipsilateral CND)	SP + TT + LD	SP + TT	SP + TT	SP	SP
Molecular study (BRAF)	V600E	V600E	Wild type	V600E	V600E	Not performed	V600E
I-131 treatment	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Risk categorization (ATA 2015)	Low risk	Intermediate risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk
Dynamic risk stratification	ER	ER	ER	ER	ER	ER	ER

F: female. M: male. PE: physical exam; US: ultrasound; TGDC: thyroglossal duct cyst. cm: centimeters. ND: not disclosed. SP: Sistrunk procedure. TT: total thyroidectomy. LD: lymphadenectomy. CNS: central neck dissection. I: Iodine. BRAF: B-Raf proto-oncogene. ATA: American Thyroid Association. ER: excellent response; U: unknown.

BIBLIOGRAFÍA

- Verge J, Guixá J, Alejo M, Basas C, Quer X, De Castro J, 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. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)10970347\(199907\)21:4<370::aid-hed13>3.0.co](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)10970347(199907)21:4<370::aid-hed13>3.0.co)
- Sturniolo G, Vermiglio F, Moleti M. Thyroid cancer in lingual thyroid and thyroglossal duct cyst. *Endocrinol Diabetes Nutr [Internet]*. 2017;64(1):40–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.010>
- Imhof H, Czerny C, Hörmann M, Krestan C. Tumors and tumor-like lesions of the neck: from childhood to adult. *Eur Radiol [Internet]*. 2004;14 Suppl 4(4):L155-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00330-003-2035-0>
- Martínez Mulero BM, Sastre Marcos J, Ruiz de Ancos M, Gratacós Gómez AR, Manzano Valero L. Papillary thyroid carcinoma on thyroglossal duct cyst: A series of 7 cases. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2024;71(8):365–7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2530018024000970>
- Randolph G, Kamani D. Thyroglossal duct cyst, thyroglossal duct cyst cancer, and ectopic thyroid. *Uptodate*. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/thyroglossal-duct-cyst-thyroglossal-duct-cyst-cancer-and-ectopic-thyroid?csi=21062039-9464-44f5-976f-536f453bd960&source=contentShare>

