

Metástasis cervical de cáncer papilar oculto de tiroides. Reporte de casos

Santiago Dardanelliⁱ ORCID: 0000-0002-0885-3724

Carolina Guarneriⁱⁱ ORCID: 0000-0001-7680-6164

Patricia Lópezⁱ ORCID: 0000-0003-0951-6831

Ulises Paradaⁱ ORCID: 0000-0002-5451-1426

Luis Cazabánⁱ ORCID: 0000-0001-7251-8077

Cervical metastasis from occult papillary thyroid cancer. Case report

Resumen: El microcarcinoma papilar de tiroides es definido como un tumor de un cm o menos de diámetro mayor. La mayoría permanecen ocultos clínicamente, siendo un hallazgo en autopsias hasta en 36%. La presentación oculta ocurre hasta en un 10 a 26% de todas las neoplasias malignas de tiroides y se define como la presencia de ganglios metastásicos de carcinoma papilar de tiroides en ausencia de lesión primitiva tiroidea evidente durante la exploración clínica y ecográfica. El objetivo de este trabajo es el reporte de dos casos donde el diagnóstico de cáncer de tiroides se realizó a través de su presentación metastásica cervical, siendo el estudio anatomopatológico de la pieza de resección quirúrgica el que devela la presencia de un microcarcinoma papilar. Si bien el tratamiento de estas lesiones es controversial, existen elementos que sellan la necesidad de resolución quirúrgica. En el debut metastásico ganglionar cervical, está indicada la tiroidectomía total con el vaciamiento ganglionar cervical radical modificado ipsilateral y central. El radioyodo postquirúrgico será empleado en forma complementaria ante la persistencia, recurrencia o elementos de alto riesgo.

Palabras clave: Adenopatía cervical; Cáncer de tiroides; Carcinoma micropapilar de tiroides; Metástasis ganglionar.

1. Clínica Quirúrgica "A". Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

*Correspondencia:
Carolina Guarneri
Calle 1 entre 3 y 4. M385 S10 Villa
Argentina, Canelones. Uruguay.
carolaguarneri@gmail.com

Abstract: Papillary thyroid microcarcinoma is defined as a tumor one cm or less in diameter. Most remain clinically hidden, being an autopsy finding in up to 36%. Occult presentation occurs in up to 10% to 26% of all thyroid malignancies and is defined as the presence of metastatic nodes from papillary thyroid carcinoma in the absence of a primitive thyroid lesion evident on clinical and ultrasound examination. The objective of this work is the report of two cases where the diagnosis of thyroid cancer was made through its cervical metastatic presentation, being the pathological study of the surgical resection specimen that reveals the presence of a papillary microcarcinoma. Although the treatment of these lesions is controversial, there are elements that seal the need for surgical resolution. In cervical lymph node metastatic debut, total thyroidectomy with modified ipsilateral and central radical cervical lymph node dissection is indicated. Post-surgical radiation iodine will be used in a complementary way in the event of persistence, recurrence or high-risk elements.
Keywords: Cervical adenopathy; Lymph node metastasis; Micropapillary thyroid carcinoma; Thyroid cancer.

Recibido: 03-10-2021
Aceptado: 29-12-2021

CASO CLÍNICO

Introducción

El carcinoma papilar (CP) de tiroides es el tumor tiroideo más frecuente. En los últimos años se ha reportado un incremento marcado de su incidencia a expensas de los microcarcinomas, hecho que responde al desarrollo y avance en la ultrasonografía de cuello¹.

El microcarcinoma papilar de tiroides (MCPT) es definido como un tumor de un cm o menos de diámetro mayor. La mayoría de los MCPT permanecen ocultos clínicamente, siendo un hallazgo en autopsias hasta en 36%. La presentación oculta ocurre hasta en un 10 a 26% de todas las neoplasias malignas de tiroides² y se define como la presencia de ganglios metastásicos de carcinoma papilar de tiroides en ausencia de lesión primitiva tiroidea evidente durante la exploración clínica y ecográfica.

Presentan multifocalidad hasta en un 30-40%, comprometiendo ambos lóbulos tiroideos hasta en un 20%.

La multifocalidad y la presencia de adenopatías secundarias regionales aumentan significativamente el riesgo de recurrencia y de metástasis a distancia. La invasión vascular y las metástasis a distancia son infrecuentes³.

El objetivo de este trabajo es el reporte de dos casos donde el diagnóstico de cáncer de tiroides se realizó a través de su presentación metastásica cervical, siendo el estudio anatomopatológico de la pieza de resección quirúrgica el que devela la presencia de un MCPT.

Casos clínicos

CASO 1: varón, 35 años. Con antecedentes de acromegalia, hipopituitarismo, tabaquista. Sin antecedentes de radiación en cara o cuello ni antecedentes familiares de cáncer de tiroides. Tiroides multinodular diagnosticado hace 7 años. Consulta por tumoración cervical de meses de evolución. Del examen se destaca glándula tiroides palpable sin nódulos dominantes, adenopatía yugulo carotídea baja izquierda, de consistencia aumentada, no adherida a planos, indolora, de unos 30 a 40mm aproximadamente. La ecografía informa tiroides con múltiples nódulos pequeños a derecha e izquierda sin elementos de sospecha. Se destaca nódulo sólido hipoecogénico con vascularización central y periférica, mal delimitado, de 15 x 11 x 9 mm en lóbulo inferior derecho y otro de similares características con microcalcificaciones, de 10 x 10 x 7 mm en lóbulo superior izquierdo. Adenopatía yugulo carotídea baja a izquierda de 35 x 28 x 35 mm con pérdida del hilio graso, de bordes irregulares. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) con lavado de tiroglobulina de la adenopatía sospechosa, la cual informa células tiroideas con tiroglobulina por lavado >500 ng/ml. PAAF de nódulos sólidos sin malignidad. En suma: adenopatía metastásica de carcinoma tiroideo bien diferenciado.

Se realiza tiroidectomía total con vaciamiento cervical central y lateral modificado izquierdo sin incidentes. Informe anatomopatológico: microcarcinoma papilar de 7 mm, con patrón convencional y ganglio linfático con macrometástasis quística del papilar, de 41 mm de eje mayor (en el grupo III) y dos micrometástasis del vaciamiento recurrencial. Se realizó

radioyodo adyuvante con control posterior. Actualmente sin evidencia clínica o bioquímica de enfermedad activa.

CASO 2: mujer, 41 años. Ex tabaquista. Sin antecedentes de radiación en cara o cuello ni antecedentes familiares de cáncer de tiroides. Valorada por tumoración de cuello de tres meses de evolución sin otra sintomatología. Al examen se destaca adenopatía yugulo carotídea derecha de 3 cm de diámetro, firme, sin adherencia a planos e indolora. Se realiza ecografía que no evidencia imágenes nodulares ni aumento de tamaño de la tiroides. Adenopatía cervical a derecha de cortical engrosada, con microcalcificaciones, de 32 x 30 x 27 mm. Se realiza PAAF de la misma informándose células tiroideas. Con planteo de cáncer papilar de tiroides se realiza tiroidectomía total más vaciamiento cervical central y lateral radical modificado. La anatomía patológica definitiva informa microcarcinoma papilar convencional de 4 mm de diámetro mayor. Macro y micro metástasis en ganglios yugulo carotídeos (grupo II b, III y IV). Se realizó radioyodo adyuvante con control posterior. Actualmente sin evidencia clínica o bioquímica de enfermedad activa.

Discusión

En 1948, Wozencraft et al introdujeron el término "carcinoma oculto de tiroides", haciendo referencia a la aparición de metástasis cervical de cáncer de tiroides en pacientes sin patología palpable. Con el paso del tiempo esas lesiones no palpables se definieron como aquellas cuya extensión máxima no supera los 10 mm, quedando bajo el nombre de MCPT. Representan alrededor del 35% - 70% de todos los casos de carcinoma papilar de tiroides, aumentando su incidencia en las últimas décadas. Este tipo de lesión se caracteriza por ser de crecimiento lento, de buen pronóstico y por presentar recurrencia locoregional en un 30%-60% de los casos.

Del punto de vista molecular en los MCPT se destaca la activación patológica de la ruta MAPcinasa, que obedece a dos mecanismos: la mutación del gen BRAF y los reordenamientos del gen RET. La mutación B-RAF es la alteración más común detectada en el 90% de los pacientes con esta neoplasia, guardando estrecha relación con la agresividad.

Se describen como factores pronósticos independientes para la recurrencia en el MCPT el sexo femenino, el tamaño tumoral >5 mm, la presencia de metástasis ganglionar y la multifocalidad. En el 75% de los pacientes con enfermedad recurrente hay compromiso ganglionar cervical al momento diagnóstico.

Por tanto se considera de bajo riesgo cuando no se evidencian en su histología multifocalidad, invasión extratiroidea y ni metástasis cervical central⁴.

La adenopatía cervical como única presentación del carcinoma de tiroides metastásico ha sido reportada hasta en un 13,4% por algunas series⁵. Hasta un 25% de los pacientes con metástasis cervicales en el contexto de cáncer de tiroides pueden tener imágenes tiroideas normales.

Los elementos ecográficos que orientan a malignidad en una adenopatía incluyen: aumento de tamaño, forma

ovalada, contornos mal definidos, ausencia de hilio ecogénico, cortical engrosada, microcalcificaciones, áreas quísticas e hipervascularidad. Los cambios quísticos en los ganglios linfáticos cervicales de etiología maligna son muy raros y suelen tener su origen en tumores metastáticos provenientes principalmente de carcinomas de la región oro-naso-faríngea, del tiroides y glándulas salivares.

La sensibilidad para evaluar las adenopatías por ultrasonografía es del 97%, con una especificidad menor. El uso de PAAF en la práctica clínica actual ha resultado en una elevada tasa de diagnóstico, que puede alcanzar un valor predictivo positivo del 97%-99%. La presencia de tiroglobulina en el fluido de la punción sella el diagnóstico.

Según el sistema de estratificación de riesgo de la ATA (modificado el 2015), la presencia de metástasis ganglionar puede conferir riesgo bajo si no hay linfonodos (N) comprometidos, N0 clínico o N1 con menos de 5 ganglios con micrometástasis (<0,2 en la dimensión más larga); riesgo intermedio si estamos ante la presencia de N1 clínico, o N1 con más de 5 ganglios con metástasis <3 cm en la dimensión más larga; o alto riesgo si tienen N1 clínico con cualquier ganglio linfático metastático >3 cm.

Existe controversia sobre el manejo adecuado. La guía de la American Thyroid Association (ATA) desaconseja en su última revisión realizar PAAF en nódulos menores de 1 cm. También proponen que pacientes con bajo riesgo, con nódulos intra-tiroideos pequeños, unifocales, sin antecedentes de radiación en cabeza y cuello, ni antecedentes familiares de neoplasias tiroideas y sin metástasis ganglionar cervical, realizar lobectomía. Si el paciente no cumple los requisitos ya mencionados se sugiere la tiroidectomía total. En pacientes con metástasis ganglionar cervical clínicamente positivos se sugiere la tiroidectomía con vaciamiento cervical. Se ha demostrado que la terapia adyuvante con yodo radiactivo mejora la supervivencia a largo plazo y la recidiva locorregional en pacientes clasificados dentro del grupo de alto riesgo y en pacientes con remanente de enfermedad estructural y bioquímica.

Los casos presentados en este reporte reflejan una forma infrecuente de presentación del MCPT. Se trata de pacientes jóvenes, ambos con adenopatías palpables cervicales, de corta evolución sin otras lesiones clínicamente evidentes. Si bien en uno de los casos se destaca la presencia de un tiroides multinodular, la punción de los nódulos que conferirían sospecha

descartó malignidad, de hecho, la lesión no fue informada por ecografía siendo su diagnóstico de resorte histológico en la pieza en diferido.

El tratamiento quirúrgico instaurado fue la tiroidectomía total con vaciamiento cervical central y lateral modificado. Ambos casos fueron catalogados como de riesgo alto, por presentar uno de ellos macrometástasis, teniendo los dos pacientes ganglios comprometidos mayores a un cm de diámetro mayor, hecho que marcó la necesidad de complementar el tratamiento con radioyodo.

Conclusión

La presentación de un MCPT con metástasis ganglionares cervicales es una entidad rara. Los reportes en la bibliografía son limitados.

La punción citológica de una adenopatía sospechosa debe ser realizada, así como la determinación de tiroglobulina si está disponible.

Si bien el tratamiento del MCPT es controversial, existen elementos que sellan la necesidad de resolución quirúrgica. En el debut metastático ganglionar cervical, está indicada la tiroidectomía total con el vaciamiento ganglionar cervical radical modificado ipsilateral y central. El radioyodo postquirúrgico será empleado en forma complementaria ante la persistencia, recurrencia o elementos de alto riesgo.

En general el pronóstico y la sobrevida de estos pacientes es favorable, siendo su seguimiento pautado según el riesgo de recurrencia establecido por las guías.

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Referencias

1. Tastekin E, Can N, Ayturk S, Celik M, Ustun F, Guldiken S, et al. Clinically undetectable occult thyroid papillary carcinoma presenting with cervical lymph node metastasis. *Acta Endocrinol* 2016; 12(1): 72-76.
2. Coleman S, Smith J, Burke B, Day T, Page R, Netterville J. Long-Standing Lateral Neck Mass as the initial manifestation of Well-Differentiated Thyroid Carcinoma. *The Laryngoscope* 2000; 110(2): 204-204.
3. Monteros Alvi M, Gonorazky S, Virgili E, Soler G, Fernández M, Van Cauwlaert L. Microcarcinomas papilares de tiroides no incidentales. *Medicina (B. Aires)* 2008; 68: 139-14.
4. Yuan J, Li J, Chen X, Lin X, Du J, Zhao G, et al. Identification of risk factors of central lymph node metastasis and evaluation of the effect of prophylactic central neck dissection on migration of staging and risk stratification in patients with clinically node-negative papillary thyroid microcarcinoma. *Bull Cancer*. 2017; 104: 516-523.
5. Singh A, Butuc R, Lopez R. Metastatic papillary thyroid carcinoma with absence of tumor focus in thyroid gland. *Am J Case Rep*. 2013; 14: 73-75.