

Carcinoma papilar de tiroides de células altas más tiroidectomía total en paciente femenina de 16 años. Reporte de caso

Md. Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha¹

tatyslove28@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7478-1362>

Hospital General Manuel Ygnacio Monteros,
Ecuador

Md. Dayanara Melissa Rodríguez Castillo

dayanararodriguez34@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1405-5013>

Centro de Salud Tacamoros,
Ecuador

Md. Janina Margarita Ríos Moreira

janny_nj@hotmail.es

<https://orcid.org/0000-0002-6076-0584>

Hospital General Manuel Ygnacio Monteros,
Ecuador

Md. Anthony Alexander Rodríguez López

alextonny.97@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-6091-9970>

Consultorio Médico Privado,
Ecuador

Md. Miguel David Alvarez Saltos

miguel_6_95@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8488-2797>

Centro de Salud de Palanda Tipo B,
Ecuador

RESUMEN

El carcinoma papilar de tiroides representa 83% de los carcinomas tiroideos. Es un tumor maligno y bien diferenciado de células foliculares, con patrón de crecimiento en papilas que tiene características nucleares específicas. Se han documentado en la actualidad más de 10 variantes anatómo-patológicas, la mayoría presenta un curso indolente, con mortalidad muy baja. Sin embargo, otras como la variante de células altas, columnar y esclerosante difuso, tienen un comportamiento más agresivo y resultados más desfavorables en la evolución. En los últimos años, el enfrentamiento clínico a esta neoplasia se ha hecho problemático dado el aumento exponencial en su diagnóstico. Se Reporta un caso de una paciente femenina de 16 años que presenta una masa indoloro localiza en el cuello de dos años de evolución, acompañado de pérdida de peso.

Palabras clave: carcinoma; papilar; tiroides, cáncer; células; agresivo

¹ Autor principal.

High cell papillary thyroid carcinoma plus total thyroidectomy in a 16-year-old female patient. case report

ABSTRACT

Papillary thyroid carcinoma represents 83% of thyroid carcinomas. It is a malignant and well-differentiated tumor of follicular cells, with a growth pattern in papillae that has specific nuclear characteristics. Currently, more than 10 pathological variants have been documented, most presenting an indolent course, with very low mortality. However, others, such as the tall cell, columnar, and diffuse sclerosing variants, have more aggressive behavior and more unfavorable outcomes in evolution. In recent years, the clinical confrontation with this neoplasm has become problematic given the exponential increase in its diagnosis. A case of a 16-year-old female patient who presents a painless mass located in the neck of two years of evolution, accompanied by weight loss, is reported.

Keywords: *carcinoma; papillary; thyroid, cancer; cells; aggressive.*

Artículo recibido 29 abril 2023

Aceptado para publicación: 29 mayo 2023

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de tiroides ha sido definido por la OMS como un tumor maligno epitelial que evidencia diferenciación de célula folicular, típicamente con estructuras papilares y foliculares así como cambios nucleares característicos como aspecto esmerilado, pálido y/o vacío, tamaño grande, contorno irregular, hendiduras profundas, nucleolo pequeño y pseudoinclusiones.

El proceso de oncogénesis debe ser concebido como una serie de eventos genéticos y ambientales que alteran el control de la proliferación y diferenciación celular. En este contexto podemos distinguir en el cáncer de tiroides mecanismos genéticos y otros factores.

Se ha descrito la co-existencia del CPT con enfermedad de Hashimoto, tiroiditis linfocitaria y enfermedad de Graves, sin embargo no está claro si esto es un epifenómeno o en el caso de la tiroiditis puede ser la reacción al tumor. La incidencia del CPT aumenta con la edad pero en la infancia se comporta con una particular agresividad y tendencia a metástasis sin condicionar esto una mayor mortalidad de este grupo.

El Carcinoma papilar de tiroides se presenta con mayor frecuencia como un nódulo tiroideo palpable, que puede ser único o en el contexto de un bocio multinodular. El aumento del uso y calidad de la ecografía para la evaluación de patología tiroidea, asociado al alto rendimiento de la punción con aguja fina (PAF), ha incrementado la detección de microcarcinomas papilares como tumores menores a 1 cm, no palpables en forma muy significativa. La presentación clínica por metástasis a distancia es rara, ocurriendo en no más del 1-2 % de los casos y compromete con mayor frecuencia el pulmón.

Se cree que el peor pronóstico en este tipo de tumor se relaciona con su edad avanzada en el momento de la presentación, mayor tamaño del tumor y la alta frecuencia de extensión extra tiroidea (EET). Es por ello que la tasa de mortalidad a cinco años es más alta que en pacientes con CPT clásicos. Sin embargo, se ha demostrado un comportamiento más agresivo que el carcinoma clásico, independientemente de la edad, el sexo y el tamaño del tumor.

La presencia de un nódulo tiroideo con algún criterio radiológico de malignidad como la presencia de microcalcificaciones, un margen nodular irregular, flujo vascular intralesional o hipoecogenicidad, hace recomendable solicitar una punción con aguja fina (PAF). La PAF es una excelente herramienta de

diagnóstico del Carcinoma Papilar de Tiroides. El rendimiento es altísimo para el diagnóstico del Carcinoma Papilar de Tiroides con un 1% de falsos positivos y 2% de falsos negativos.

CASO CLINICO

Paciente de 16 años con antecedentes patológicos personales, presencia de masa a nivel del cuello desde hace 1 año, además pérdida de peso no cuantificada más caída de cabello, acompañado de disfagia, es evaluada en el centro médico donde hace 1 mes se diagnostica cáncer papilar de tiroides por lo que es intervenida quirúrgicamente por 2 ocasiones, realizando en la primera cirugía resección de tumor en lóbulo izquierdo y en segunda cirugía lobectomía izquierda.

Actualmente acude a esta casa de salud para realización de yodoterapia, sin embargo no se puede realizar la misma por la presencia aun de lóbulo derecho, además en eco de tiroides se observa presencia de ganglios hipertróficos.

Se realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardíaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21, temperatura de 36.2°C, peso: 43 kg, talla: 145 cm, IMC: 20.5 (Peso Normal). Paciente pálida, orientada en tiempo espacio y persona responde adecuadamente al interrogatorio. Cabeza normocéfala. Ojos pupilas isocóricas fotorreactivas, escleras no ictericas. Fosas nasales permeables. Boca mucosas orales secas, orofaringe no congestiva, amígdalas no hiperémicas. Cuello móvil, con adenopatías, se palpa ganglios aumentados de tamaño submandibulares de lado izquierdo, no ingurgitación yugular. Tórax: elasticidad y expansibilidad conservada, no uso de musculatura accesoria. Corazón R1-R2 rítmico normo-fonético. Pulmones murmullo alveolar conservado Pulmones: Ventilados; Murmullo vesicular conservado, leves estertores bilaterales. Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación RHA presentes. Extremidades tono y fuerza muscular conservado. Escala de daniel 5/5. Neuromuscular conservada. Tanner V.

Se realizan exámenes complementarios: se realiza PAAF con los siguientes hallazgos, nódulo sólido contenido líquido parcialmente del lóbulo tiroideo izquierdo, se envía 2cc de líquido rojizo claro y 4 placas de anatomía patológica.

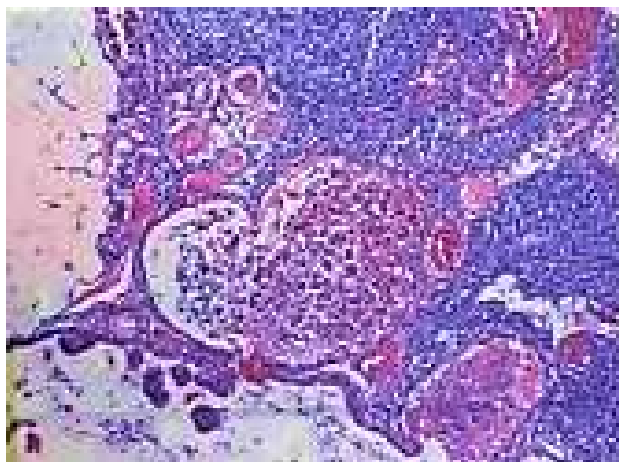
Citología de PAAF: material hemorrágico y escasos nidos de células foliculares pequeñas, uniformes.

Perfil tiroideo: triyodotironina 3.69 pg/ml, hormona tiroestimulante 15.300 uI/ml, tiroxina libre 0.65 ng/dl, Ac. Anti-microsomales 0.19 Iu/ml, Ac. Anti-tiroglobulina 0.98 Iu/ml.

Resultado de histopatológico d ePAAF: vaciamiento ganglionar izquierdo niveles 3-4, 1/16 un ganglio linfatico metastasico, de diez y seis aislados, ausencia de invasion capsular ganglionar, tamaño de metastasis 0.4 cm de diametro mayor. Se confirma carcinoma papilar clasico de tiroides grado histologico I. (figura 1)

Figura 1:

Vaciamiento ganglionar izquierdo. Histopatología de lóbulo tiroideo izquierdo.



Exámenes de sangre: Hb 11.1 g/dl, Htco 36.2%, VCM 85.8, plaquetas 511000

Paciente hospitalizada en area de oncología, se procede a tiroidectomía total (figura 2), recibe tratamiento a base de quimioterapia y radioterapia.

Figura 2:

Tiroidectomía total. Resección de la tiroides por Carcinoma Papilar de Tiroides



DISCUSIÓN

En la actualidad se conocen múltiples variantes morfológicas del carcinoma papilar de tiroides. El carcinoma papilar variante células altas es un tumor infrecuente dentro de los carcinomas diferenciados de tiroides malignos con mayor agresividad. Se presenta con mayor frecuencia como un nódulo tiroideo palpable, que puede ser único o en el contexto de un bocio multinodular como lo presenta el reporte del caso. El aumento del uso y calidad de la ecografía para la evaluación de patología tiroidea fue fundamental, se asocio al alto rendimiento de la punción con aguja fina (PAAF), nos permitio llegar al diagnostico con su biopsia, estudio histopatologico. Se realiza la etapificacion con TNM de la American Joint Committee on Cancer. El TNM, considera factores propios de la diseminación del tumor y además el factor pronóstico más importante del CPT, que es la edad del paciente al momento del diagnóstico. La cirugía que se va a realizar debe evaluar la extensión del tumor primario (manejo local) y la presencia de metástasis en los linfonodos cervicales (manejo regional). La necesidad de una tiroidectomía total en la paciente es la primer eleccion. Posterioemente se implementa yodoterapia.

CONCLUSIONES

El carcinoma papilar de tiroides es conocido mundialmente como un carcinoma benigno por su elevada tasa de supervivencia, pero este puede cambiar por los diferentes tipo de variantes que tienen comportamiento más agresivo por su elevada morbilidad y mortalidad.

Si hablamos de carcinoma papilar de tiroides con variante de células altas tiene factores intrínsecos moleculares que le confieren otro comportamiento clínico y bioquímico que es mas agresivo dodne su tratamiento es la cirugia y quimioterapia mas radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Yeo MK, Bae JS, Lee S, Kim MH, Lim DJ, Lee YS, et al. The Warthin-Like variant of papillary thyroid carcinoma: a comparison with classic type in the patients with coexisting Hashimoto's thyroiditis. *Int J Endocrinol.* 2015;2015:1-8. <https://dx.doi.org/10.1155/2015/456027>
- Vera-Sempere F, Prieto M, Camamanas A. Warthin-like Tumor of the Thyroid: A Papillary Carcinoma with Mitochondrionrich Cells and Abundant Lymphoid Stroma. *A Case Repor. Pathol. Res.Pract.* 1998;194:341-7. [https://doi.org/10.1016/S0344-0338\(98\)80058-7](https://doi.org/10.1016/S0344-0338(98)80058-7)

- Sánchez-Fuentes PA, Ríos A, Rodríguez JM. Carcinoma papilar de tiroides variante Warthin-like. *Med Clin (Barc)*. 2017;149:505-6. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.07.014>
- Sahoo PK, Patnayak R, Khan PA, Jena A. Warthin-like variant of Papillary thyroid carcinoma—Case report of uncommon tumor with review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2020;77:9-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.110.058>
- Mosso L, Jimenez M, González H, Solar A, Torres J, Fardella C. Microcarcinoma tiroideo de evolución agresiva. *Rev. Méd. Chile*. 133: 232-326, 2005
- Gonzalez H., Mosso L, Cruz F, O'Brien A, Goñi I. et al. Papillary thyroid carcinoma: impact of pre-operative staging of the neck. Annual Meeting of the Endocrine Society, 2006.
- Ghossein R, Livolsi V. Papillary Thyroid Carcinoma Tall Cell Variant. *Thyroid*. 2008; 18 (11): 1179-1181.
- Groussin L, Fagin JA. Significance of BRAF mutations in papillary thyroid carcinoma: prognostic and therapeutic implications. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2006; 2: 180-181.
- Hernán González D., Mosso L. Cáncer papilar de tiroides:visión actual. *Boletín de la escuela de Med*. Vol 31 N°2. 2006; 87-91
- Rodríguez Fernández-Freire A, Porras Alonso E, Rodríguez Pérez M, Hervás Nuñez MJ, Benito Navarro JR, López Tinoco C. [Papilar thyroid carcinoma. An unusual clinic]. *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 2007;34(4):375-81.
- Sobrinho-Simoes M, Sambade C, Fonseca E, Soares P. Poorly differentiated carcinomas of the thyroid: a review of the clinicopathologic features of a series of 28 cases of heterogeneous, clinically aggressive group of thyroid tumours. *Int J Surg Pathol* 2002; 10: 123-31
- Soares P, Trovisco V, Rocha AS, Lima J, Castro P, Preto A, et al BRAF mutation and RET/PTC rearrangements are alternative events in the etiopathogenesis of PTC. *Oncogene* 2003; 22: 4578-80
- Hartl D, Al Ghuzlan A, Chami L, Leboulleux S, Schlumberger M, Travagli JP. High rate of multifocality and occult lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma arising in thyroglossal duct cyst. *Ann Surg Oncol*. 2009;16:2595-601

García Marie Laure, Mata Jose Francisco. Carcinoma papilar de tiroides, variedad de células altas. Revista venezolana de oncología, 2003;15(2): 108-114.

Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid. 2009; 19(11):1167-214.

Haugen, Alexander. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2016; 26: 1-133.

Wu M, Shen W, Gosnell J, Duh Q. Prognostic significance of extranodal extension of regional lymph node metastasis in papillary thyroid cancer. Head Neck 2015; 37(9): 1336-43.