

Carcinoma papilar de tiroides

Papillary Thyroid Carcinoma

Oneida Reyes González^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3332-0978>

Ramona Lamorú Turro¹ <https://orcid.org/0000-0003-1102-1598>

Mariannis Pérez Reyes² <https://orcid.org/0000-0003-2227-7265>

Patricia Aguilera Portelles² <https://orcid.org/0000-0001-6410-1968>

Frank Miguel Hernández Velázquez² <https://orcid.org/0000-0002-8769-752X>

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas. Facultad Mariana Grajales Coello. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia: oneidareyesgonzalez92@gmail.com

RESUMEN

El carcinoma papilar es la neoplasia maligna más común de la glándula tiroides y presenta diferentes variantes histológicas, con variadas características. Esta enfermedad tiene un buen pronóstico. Se caracteriza por una masa en la región cervical, que presenta síntomas compresivos, tos y disnea. La citología por aspiración con aguja fina guiada por ecografía es una técnica fiable, las características nucleares pueden apreciarse en los extendidos para tomar conducta terapéutica. En este artículo se presenta un caso clínico de una paciente de 37 años de edad a quien se le realizó tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar. El estudio anatomopatológico reveló un carcinoma papilar. Se discutieron los métodos diagnósticos, su presentación clínica y su tratamiento. La paciente reportada presentó síntomas compresivos y antecedentes familiares de primer orden de la enfermedad, tuvo un buen pronóstico por aspecto histológico característico, no presentó extensión extratiroidea y ni metástasis ganglionar cervical, menor de 40 años.

Palabras clave: carcinoma papilar; neoplasia; tiroides.

ABSTRACT

Papillary carcinoma is the most common malignant neoplasm of the thyroid gland and presents different histological variants, with varied characteristics. This

pathology has a good prognosis. It is characterized by a mass in the cervical region, which presents compressive symptoms, cough and dyspnea. Fine needle aspiration cytology guided by ultrasound is a reliable technique, the nuclear characteristics can be appreciated in the smears to take therapeutic action. This article reports a clinical case of a 37-year-old patient who underwent total thyroidectomy with lymph node dissection. The anatomopathological study revealed a papillary carcinoma. The diagnostic methods, its clinical presentation and its treatment were discussed. The reported patient presented compressive symptoms and a first-order family history of the disease, had a good prognosis due to characteristic histological appearance, did not present extrathyroidal extension or cervical lymph node metastasis.

Keywords: papillary carcinoma; neoplasia; thyroid.

Recibido: 25/06/2023

Aceptado: 22/07/2023

Introducción

El carcinoma de tiroides es un cáncer poco común, pero es la neoplasia más frecuente del sistema endocrino, y el carcinoma papilar de tiroides (CPT) es el más usual de las neoplasias de la glándula, que corresponden a un 85 y 90 % de estas, y se asocia a buen pronóstico, sin embargo, comprende más de 13 variantes histopatológicas.^(1,2)

Esta enfermedad puede ser de causa genética o por radiaciones, y se ven afectados los genes como: RET, BRAF, RAS, EIF1 AX, PPMID y CHEK2 y translocaciones que afectan PPARg, NTRK1, NTRK3, THADA y FGFR2, además de alteraciones moleculares como la cadherina epitelial, la molécula neuronal de adhesión celular. Se presenta en adultos entre los 25 y los 65 años de edad; aunque se puede encontrar en jóvenes y niños, y afecta también con mayor frecuencia a mujeres que a hombres.^(3,4,5)

La evaluación de un nódulo tiroideo debe ser sistemática y debe ser incluida en la historia clínica la exploración física, las pruebas de función tiroidea, el ultrasonido como método de elección de imagen y la citología por aspiración con aguja fina.⁽³⁾

Los datos asociados con la malignidad se pueden presentar en antecedente de radiación de cabeza y cuello, la historia de cáncer tiroideo en familiares de primer grado, el sexo masculino y la edad menor de 20 o mayor de 70 años; en el estudio

clínico el rápido crecimiento, los síntomas compresivos o invasivos como disfonía, disfagia o disnea; y en la exploración física la adherencia del nódulo a planos profundos, la parálisis cordal y las adenopatías cervicales ipsolaterales.^(3,5,6,7) Estos factores se asocian con la malignidad por ultrasonido, la consistencia sólida, la hipervascularidad intranodular, los bordes irregulares y las microcalcificaciones.^(1,6,7,8,9)

La incidencia del cáncer de tiroides aumentó en los Estados Unidos de América, en el 2017 se presentaron 30 000 nuevos casos, comparados con 13 000 informados en el año 1998. En México, diversos estudios epidemiológicos mostraron que el cáncer de tiroides representó un 10 % de los tumores malignos de cabeza y cuello, es decir, 1,8 % de todas las neoplasias malignas; el 94 % es cáncer diferenciado de tiroides (75 a 85 % papilar),⁽⁹⁾ cuyo pronóstico es bueno, con más de un 90 % de supervivencia a 10 años. El patrón inicial de diseminación es por vía linfática, siendo las metástasis a distancia infrecuentes, menos del 4 % al momento del diagnóstico.^(10,11,12)

El cáncer de tiroides es el cáncer endocrino más común (1,0-1,5 %) de todos los nuevos cánceres diagnosticados en los Estados Unidos de América, cada año este tiene un origen tiroideo, y es el quinto cáncer más frecuente diagnosticado en mujeres, aunque en Italia es el segundo en frecuencia más diagnosticado en mujeres menores de 45 años.

En los últimos 30 años países como Italia, Israel, Japón y Suiza han reportado el mayor porcentaje de incidencia, especialmente en mujeres en los períodos observados, mientras que en el Reino Unido se encuentra el menor porcentaje de incremento de esta enfermedad, dicha tendencia se presenta prácticamente en todos los continentes, excepto en África donde probablemente los métodos de detección sean insuficientes para su identificación.^(13,14)

Los factores genéticos, los medioambientales y el acceso al sistema de salud pueden explicar la gran variabilidad en la incidencia analizada por área geográfica y por etnia. A pesar de dicho incremento en la ocurrencia, la mortalidad por cáncer de tiroides permanece casi invariable, alrededor del 0,5 casos especialmente en hombres, independiente de lo precoz del diagnóstico y de la mejoría en el tratamiento actual, en cuanto al cáncer de tiroides de alto riesgo.⁽⁴⁾

En Cuba los estudios que han tratado la frecuencia de este problema de salud son escasos. En 2001 se analizó el comportamiento del cáncer de tiroides en un período de 7 años, y se notificaron 4183 casos con una edad media de $45,9 \pm 17,5$ años. Se describió un predominio del sexo femenino, con un total de 3400 casos (81,3 %), datos provenientes del Registro Nacional del Cáncer de Cuba (RNCC), el cual posee

información básica y continua de los casos reportados por cáncer de tiroides, provenientes de las unidades notificadoras del país.^(7,15,16,17)

El caso clínico que se presenta corresponde a una paciente angolana, del Hospital General de Benguela con un carcinoma papilar, que es una neoplasia maligna frecuente y de buen pronóstico, se describe las características clínicas e histopatológicas y la conducta quirúrgica.

Presentación del caso

Se presenta una paciente femenina de 37 años de edad, color de la piel negra, ama de casa, con antecedentes de padecer hipertensión arterial desde hace cinco años, para lo cual llevaba tratamiento médico con losartán 1 tableta cada 12 h. Acudió a consulta con aumento de volumen en la región anterior del cuello desde hace 7 meses, acompañado de decaimiento, palpitations y en ocasiones disfagia a los alimentos sólidos.

La paciente negó la práctica de hábitos tóxicos, entre los antecedentes patológicos familiares se refirió que la madre falleció de cáncer de tiroides, al examen físico se constató una tumoración que ocupaba casi todo el lóbulo derecho, que correspondió con nódulo de aproximadamente 4 cm de diámetro y móvil con la deglución.

Se realizaron los siguientes complementarios: hemoglobina (Hb): 11,5 g/L; glucemia: 4,6mmol/L; hormonas tiroideas: t3: 3,2pmol/L; t4: 91nmol/L; hormona tirotrópica tsh: 2,0 mui/L; hematocrito (hto): 0,35; creatinina: 95 mmo/L. El ultrasonido de tiroides mostró la glándula tiroidea aumentada a expensa del lóbulo derecho, se observó imagen hipoecogénica de aspecto nodular de 38x27 mm de contornos bien definidos con halo ecolúcido incompleto, con pequeñas microcalcificaciones. En el lóbulo izquierdo se observó imagen nodular de 9x14 mm, sin adenopatías (fig. 1).

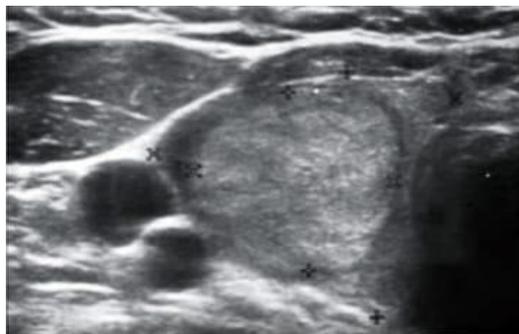


Fig. 1- Se observó en el ultrasonido nódulo sólido, parcialmente encapsulado con bordes mal definidos en su límite posterior.

La radiografía anteroposterior de tórax no mostró alteraciones. En la citología por aspiración con aguja fina (CAAF) se observó atipia celular, coloides escaso, con sospecha de malignidad. En la clasificación del sistema Bethesda con Categoría V (fig. 2).

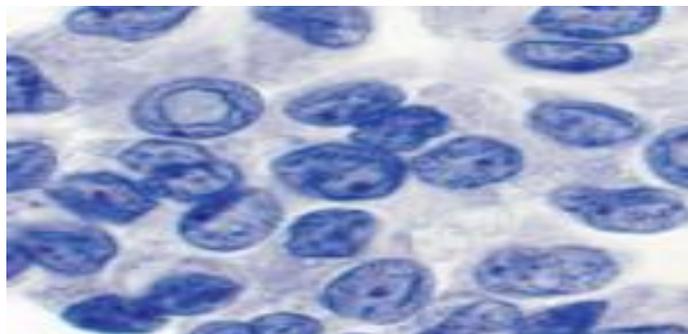


Fig. 2- Sospechosa de carcinoma papilar, con células con núcleos pálidos, vacíos en vidrio esmerilado con hendiduras y pseudoinclusiones nucleares (tinción con Giemsa, x 200).

Se decidió intervenir quirúrgicamente y se realizó una tiroidectomía total con linfadenectomía, la paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones.

Se recibió el resultado de la biopsia por parafina que informó un carcinoma papilar bien diferenciado, con diversos patrones dentro del mismo tumor, papilar, trabecular, folicular y áreas quística; formando papilas complejas, arborizadas, ramificadas y estrechas, con coloide denso hipereosinófilo, y células que forman papilas o estructuras en monocapa.

Se muestran, además, núcleos grandes con superposición nuclear con aclaramiento de la cromatina y acentuación de la membrana nuclear, dando aspecto en vidrio esmerilado, núcleos vacíos, pálidos, hendiduras o pseudoinclusiones nucleares. Se observaron cuerpos de psamoma. No se encuentra invasión vascular, ni linfática, ni infiltración capsular. La necrosis tumoral es menor del 5 %.

Ante este resultado histológico se ingresó a la paciente y se le realizó tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y de tórax, así como ultrasonido y mamografía, no se encontraron alteraciones en dichos complementarios, por lo que se confirmó la presencia de un carcinoma papilar primario de tiroides.

Discusión

El cáncer de tiroides es una enfermedad que ha aumentado su frecuencia a nivel mundial, especialmente el tipo papilar. Es muy probable que dicho aumento en la

incidencia se deba a un mayor acceso a procedimientos diagnósticos, y en algunos casos por un mayor acceso a los diferentes sistemas de salud.⁽⁵⁾

El contacto inicial del paciente con un nódulo tiroideo se realiza en los Servicios de Atención Primaria, Endocrinología, Cirugía General y Otorrinolaringología. Al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello únicamente son referidos quienes muestran datos de sospecha para malignidad o aquellos en quienes se completará su estudio.⁽¹¹⁾

El diagnóstico del carcinoma tiroideo es complejo y su tratamiento es multidisciplinario, pero existen elementos clínicos epidemiológicos para diagnosticar un carcinoma bien diferenciado de tiroides. La variante papilar afecta principalmente a las mujeres en la cuarta década de la vida.⁽¹⁴⁾ En el caso reportado la edad es menor de 40 años.

Dentro de la historia clínica existen datos sugerentes de malignidad: sexo masculino, edad menor de 20 años o mayor de 70 años, historia de cáncer tiroideo en familiares de primer grado, radioterapia en cabeza y cuello, crecimiento rápido y síntomas compresivos o invasivos como disfonía, disfagia o disnea.^(4,5,7) Esto coincide con el antecedente familiar de primer grado de cáncer de tiroides y crecimiento rápido con síntomas compresivos.⁽¹³⁾

La citología de tiroides obtenida con aguja guiada por control ecográfico es una alternativa a la punción aspiración con aguja fina que, según múltiples autores, ofrece una mayor sensibilidad y una especificidad diagnóstica que ésta.^(2,19)

A lo largo de la historia los informes de CAAF eran descriptivos, no sistematizados, no eran comparables y rara vez indicaban el manejo del paciente. Esto ha cambiado radicalmente después de la reunión multidisciplinar de expertos en patología tiroidea celebrada en Bethesda en el año 2007. Se ha publicado una segunda edición del Manual de la Nomenclatura y Sistemática de Elaboración de los Informes de CAAF Tiroidea en el 2018.^(7,20) Dicha clasificación establece 6 categorías diagnósticas e indica en cada categoría el riesgo de malignidad y el manejo clínicoterapéutico del paciente.

Los hallazgos citológicos diagnósticos son nucleares. Las células forman papilas o estructuras en monocapa, se muestran células con núcleos grandes, con superposición nuclear con aclaramiento de la cromatina y la acentuación de la membrana nuclear, dando aspecto en vidrio esmerilado, con núcleos vacíos, pálidos, con hendiduras o pseudoinclusiones nucleares.⁽¹⁷⁾

Histológicamente pueden mostrar diversos patrones dentro del mismo tumor como papilar, sólido, trabecular, folicular o quístico, con papilas complejas, arborizadas, ramificadas y estrechas, con coloide denso hipereosinófilo, y también se observan cuerpos de psamoma.⁽¹⁶⁾

El tipo histopatológico constituye un determinante principal para el pronóstico del cáncer de tiroides, del cual hay cuatro variedades principales: papilar, folicular, medular y anaplásico, aunque para el manejo clínico del paciente, el cáncer de tiroides se divide generalmente en dos categorías como bien diferenciado y pobremente diferenciado, el carcinoma papilar se encuentra en el grupo de los carcinomas bien diferenciados.^(8,17)

En una serie de casos reportados por Asioli y otros⁽¹¹⁾ el patrón coexistió en un patrón de células altas, columnares o esclerosante difuso, algunos también asociados a un pobre pronóstico, presentaron invasión linfovascular al momento del diagnóstico y tuvieron metástasis. Lo anterior no coincide con el caso descrito, que se evidenció, además del aspecto histológico característico, no tenía extensión extratiroidea ni metástasis ganglionar cervical, por lo que tiene un mejor pronóstico. Adicionalmente, con frecuencia se puede encontrar un patrón micropapilar, constituido por proyecciones con o sin tallo bien formado, revestidas por células con pérdida de la polaridad y núcleos típicos de carcinoma papilar de tiroides.^(12,13,16)

Existe la controversia en el planteamiento de que el aumento en la incidencia del cáncer de tiroides se debe más a un aumento en su detección que a un verdadero incremento en la frecuencia.

Durante los últimos años la CAAF ha demostrado tener métodos más útiles para el estudio de un nódulo tiroideo, no solo como método de cribado, se ha disminuido el número de intervenciones quirúrgicas en lesiones benignas que son seguidas por CAAF sino también para seleccionar los pacientes candidatos a tratamiento quirúrgico. Además de ser una técnica no invasiva de bajo coste y con escasas complicaciones que en ningún caso comprometen la vida del paciente.^(3,5)

Los pacientes con nódulos tiroideos tratados quirúrgicamente son aquellos en los que existe sospecha clínica o radiológica de malignidad o diagnóstico de cáncer, determinado por biopsia por aspiración con aguja fina. Coincidiendo con el caso con un diagnóstico citológico con categoría V, por lo que se realizó una tirectomía total con coincidencia citohistológica de carcinoma papilar bien diferenciado, sin metástasis ganglionar, con un buen pronóstico de la enfermedad.^(19,20)

Numerosos estudios señalan que el carcinoma papilar de tiroide tiene una buena evolución clínica, siempre que no existan factores histológicos de mal pronóstico como la invasión vascular, la infiltración capsular, la extensión extracapsular, la necrosis tumoral y la invasión linfática con siembras metastásicas conocidas o sin estas.^(4,14)

El pronóstico del caso reportado es excelente, teniendo en cuenta que este, dependió de varios factores entre ellos la edad, pero en general el pronóstico es menos favorable en mayores de 40 años, cuando existe extensión extratiroidea y presencia de metástasis a distancia, así como, nódulo superior a 4 cm.^(4,11,12,13,14) La paciente descrita en el artículo coincide con estos autores y solo presenta un 5 % de necrosis tumoral, como factor de mal pronóstico, con un tamaño tumoral menor de 4 cm.

Se concluye que la paciente reportada tuvo un buen pronóstico por aspecto histológico característico, no tenía extensión extratiroidea y tampoco metástasis ganglionar cervical, y era menor de 40 años.

Referencias bibliográficas

1. Burman KD, Wartofsky L. Clinical practice. Thyroid nodules. *N Engl J Med*. 2015;373(24):2347-56. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1415786>
2. Perri F, Giordano A, Pisconti S, Ionna F, Chiofalo MG, Longo F, *et al*. Thyroid cancer management: from a suspicious nodule to targeted therapy. *Anticancer Drugs*. 2018;29(6):483-90. DOI: <https://doi.org/10.10971/CAD.0000000000000617>
3. Triantafyllou E, Papadakis G, Kanouta F, Kalaitzidou S, Drosou A, Sapera A, *et al*. Thyroid ultrasonographic characteristics and Bethesda results after FNAB. *J BUON*. 2018 [acceso 14/02/2023];23(7):139-43. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CDYQw7AJahcKEwjolo_b2qKAxUAAAAAHQAAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F30722123%2F&psig=AOvVaw0E21sQhgZ7wBvXDcOdyuef&ust=1690128522539014&opi=89978449
4. Granados García M, Gallegos-Hernández F, Quintero-Rodríguez CE, Gurrola-Machuca H, Acuña-Tovar M, Pacheco-Bravo I, *et al*. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo y el carcinoma diferenciado del tiroides *Gac. Mex. Oncol*. [acceso 14/02/2023];18(2):53-101. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S2565-005x201900002000053&tIng=es
5. Eszlinger M, Lau L, Ghaznavi S, Symonds C, Chandarana SP, Khalil M, *et al*. Molecular profiling of thyroid nodule fine-needle aspiration cytology. *Nat Rev Endocrinol*. 2017;13(7):415-24. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.24>
6. Ramirez Núñez E, Moró Vela RÁ. Eficiencia de la punción por aspiración con aguja fina en el diagnóstico de las afecciones tiroideas. *Rev. Inf. Cient*. 2019 [acceso 14/02/2023];98(5):577-86. Disponible en:

https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-9933201900005005577&tlng=es

7. Infante Amorós A, Rodríguez Obret Z, Ramos Duarte R. Características clínicas, ultrasonográficas y anatomopatológicas de pacientes operados por sospecha de malignidad tiroidea. Rev Cubana Endocrinol. 2014 [acceso 14/02/2023];25(2):35-45.

Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-2953201400005000001&tlng=es

8. Gunes P, Canberk S, Onenerk M, Erkan M, Gursan N, Kilinc E, *et al.* A different perspective on evaluating the malignancy rate of the non-diagnostic category of the Bethesda system for reporting thyroid cytopathology: a single institute experience and review of the literature. PLoS One. 2016;11(9):1-10:e0162745. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162745>

9. Ambrosi F, Righi A, Ricci C, Erickson LA, Lloyd RV, Asioli S. Hobnail Variant of Papillary Thyroid Carcinoma: a Literature Review. Endocr Pathol. 2017;28(4):293-301. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12022-017-9502-7>

10. Valenciaga JL, Galán Y, Turcios SE, Piña Y, Navarro D, Barroso O. Cáncer de tiroides en Cuba: estudio de 14 años. Rev Cubana Endocrinol. 2015 [acceso 14/02/2023];16(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-295320050003000002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Asioli S, Erickson LA, Sebo TJ, Zhang J, Jin L, Thompson GB, *et al.* Papillary thyroid carcinoma with prominent hobnail features: criteria to predict aggressive behavior. Human Pathology. 2010;44:320-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.humpaht.2012.06.003>

12. Bejerano R, Camué-Ciria H. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer tiroideo. Revista Cubana de Medicina Militar. 2022 [acceso 14/02/2023];51(4). Disponible en:

<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2060>

13. Ortega Peñate JA, Díaz Alonso O, Cora AJ, Mendez Fleitas L, Ortega Rodríguez Y. Clinical epidemiological behavior of the thyroid cancer. Rev Med Electron. 2020 [acceso 14/02/2023];42(6). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000602598&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Grant TMM, Rodríguez MI, Guerra MI. Caracterización Clínica, patológica y epidemiológica de pacientes con carcinoma papilardiferenciado de tiroides. MedSan. 2019; [acceso 14/02/2023];23(04):692-701. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000400692

15. Lin JD, Lin KJ, Chao TC, Hseuh C, Tsang NM. Therapeutic outcomes of papillary thyroid carcinomas with tumors more advanced than T1N0M0. *Radiother Oncol.* 2008;89(1):97-104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2008.05.011>
16. Cibas, ES, Ali SZ. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Journal of the American Society of Cytopathology.* 2017. DOI: <https://doi.org/10.10168/J.JASC.2017.09.002>
17. Suárez Cuevas A, Albertini López G, Garrido García JR, Abraham Cardoso J. Caracterización de enfermos con cáncer de tiroides operados en el Hospital Clínico Quirúrgico General Freyre de Andrade. *Rev Cubana Cir.* 2022 [acceso 14/02/2023];61(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932022000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Arias Leal ML. Nodulo tiroideo un enfoque integral. *Rev Med Sinerg.* 2021 [acceso 14/02/2023];73(6). Disponible en: <http://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/803>
19. Song E, Jeon MJ, Oh HS, Han M, Lee YM, Kim TY, *et al.* Do aggressive variants of papillary thyroid carcinoma have worse clinical outcome than classical papillary thyroid carcinoma? *Eur J Endocrinol.* 2018;179(3):135-42. DOI: <https://doi.org/10.1530/EJE-17-099>
20. Rubio SN, Monsalve VA. Comportamiento del cáncer de tiroides en la unidad de cirugía del adulto del Hospital Clínico Quirúrgico General Herminda Martín de Chilan. *Rev. Cir.* 2021 [acceso 14/02/2023];73(6). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000600663&lng=eshttps://doi:10.35687/s245245492021006894

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.