

CARCINOMA PAPILAR DEL TIROIDES EN UNA PACIENTE DE 22 AÑOS

*Dra. Idania Mora López. Calle D y Aldabó. Reparto Aldabó. Teléfono: 578053

**Dra. Ena Paneque Ramos. Pasaje A núm. 28 entre D y Concordia. Reparto Párraga. Ciudad de La Habana.

***Dra. Clementina Cué Mourelos. Calle I núm. 15018 entre Séptima y D. Altahabana. Ciudad de La Habana. Teléfono: 444323

*Especialista de Primer Grado en MGI y Endocrinología. Instructora de Histología.

**Especialista de Segundo Grado en Histología. Profesora auxiliar de Histología.

***Especialista de Segundo Grado en Histología. Profesora auxiliar de Histología.

RESUMEN

Se describe morfofuncionalmente la glándula tiroides y los cambios histológicos ante un carcinoma papilar. Se presenta un caso de una paciente de 22 años, quien acude a nuestro Centro por presentar: malestar general, pérdida de peso y dolor en hipocondrio derecho; al examen físico se observa: palidez cutáneo-mucosa, adenopatía cervical, aumento de volumen de la glándula y hepatomegalia. Lo más significativo en las investigaciones realizadas fueron: anemia severa (Hb: 9,6 Hto: 0,30), así como Rx de tórax, BAAF de Tiroides, US de abdomen y biopsia de hígado que corroboraron el diagnóstico de metástasis en ganglios cervicales, hígado y pulmón. Nuestro propósito con este trabajo fue además de describir histológica y anatomopatológicamente la glándula, explicar la evolución clínico-patológica con algunas manifestaciones no típicas del carcinoma papilar y destacar la importancia de realizar biopsia en consulta a los casos con aumento difuso o circunscritos de la glándula tiroides.

Palabras clave: Folículo tiroideo (histología) carcinoma papilar (diagnóstico), biopsia aspirativa (citología).

INTRODUCCIÓN

Situada en la parte anterior del cuello debajo de la laringe, se localiza esta glándula endocrina, constituida por dos lóbulos laterales conectados por una fina banda de tejido tiroideo llamado istmo; está rodeada por una delgada cápsula de tejido conectivo que envía trabéculas hacia el parénquima, delimitando lóbulos y lobulillos, las estructuras parenquimatosas del tiroides y que constituyen su cavidad estructural y funcional son los folículos tiroideos, cuya estructura está sujeta a cambios morfológicos acordes a la actividad funcional de la glándula.

Las células foliculares son las más numerosas del epitelio folicular y sintetizan las hormonas tiroideas (T3 y T4); las células menos numerosas son las células parafoliculares, las que elaboran la calcitonina.

La porción central del folículo es la cavidad folicular que contiene el coloide donde se almacena (T3 y T4) en forma de tiroglobulina unida al yodo. Los folículos tiroideos

están rodeados de tejido conectivo laxo, rico en capilares, donde se vierten las secreciones endocrinas de la glándula (Figura 1).^{1,2}

El cáncer de tiroides es poco común (1.3 % de los tumores del organismo); sin embargo, es el más frecuente de los tumores endocrinos.³

Las neoplasias malignas del tiroides son de origen epitelial y se denominan carcinomas. Estas son de dos tipos:

- Las que se desarrollan a partir del epitelio folicular.
- Las que provienen de los elementos parafoliculares (con menor frecuencia).

Raramente la tiroides es asiento de metástasis. Dentro de las tumoraciones malignas del tiroides el más frecuente es el cáncer diferenciado del tiroides en su modalidad papilar; a través del tumor se observan microscópicamente formaciones papilares (carácter distintivo) con infiltración de éstas a la cápsula del tejido conectivo (Figura 2) y que clínicamente se presenta como un nódulo asintomático en un tiroides normal o como una adenopatía regional, a veces, sin nódulos tiroideos palpable con presencia de linfadenopatía cervical y, ocasionalmente, pueden metastizar a pulmón, hígado y hueso.^{4,5,6}

Presentación del caso

Mujer de 22 años, raza blanca, sin antecedentes familiares de tiroidopatías, ni radioterapia a nivel del cuello en su niñez, con aumento de volumen de la glándula tiroides hace más o menos 4 años, con crecimiento rápido en los últimos cinco meses. Ingresa en nuestro hospital por malestar general, pérdida de peso, aproximadamente 40 libras y dolor constante en hipocondrio derecho, de moderada a severa intensidad.

Se comprueba palidez cutáneo-mucosa, adenopatías cervicales de 1 a 1,5 cm, no dolorosas, aumento de volumen de la glándula aproximadamente de 50 gramos a expensas de istmo y ambos lóbulos, superficie irregular, consistencia pétreo, no dolorosa, expansibilidad torácica y murmullo vesicular disminuidos en hemitórax izquierdo, hepatomegalia que alcanza la fosa ilíaca, superficie irregular, dolorosa, de consistencia leñosa. Resto del examen físico normal.

Las investigaciones realizadas fueron: Hb 9,6%, Leuc $9,0 \times 10^9$ (stabs 0.04 %, segs 0.50%, Eos 0.39 %, Linf 0.07%, mono 0.06%) plaquetas $280 \times 10^9/l$ VSG 95 mm/h, glicemia 5.4 mmol/l, creatinina 83 mmol/l, TGP 5 UI , estudios hormonales T_4 160mmol/l, TSH 2.9 MV/ml.

Ultrasonido tiroideo: Tiroides aumentada de volumen, patrón heterogéneo y tendencia nodular, mide el lóbulo derecho y el izquierdo 5,73 mm, presencia de múltiples ganglios en región cervical.

Ultrasonido de abdomen: Hepatomegalia que alcanza la cresta ilíaca, con textura heterogénea, ligera esplenomegalia y ascitis, ambos riñones normales.

Rx de tórax posteroanterior: área cardíaca normal, engrosamiento de aspecto tumoral en hemitórax izquierdo.

Índice de tirotoxicosis menor de 14 puntos, siendo negativo de hiperfunción tiroidea.

Biopsia de Hígado: Confirma hígado metastásico

BAAF de tiroides: se observan papilas ramificadas revestidas de células epiteliales cúbicas y centro de tejido fibrovascular, estructuras con calcificación concéntrica (cuerpos de Psamoma) en el centro de la papila, infiltración de la cápsula.

DISCUSION

Nuestro caso presenta carcinoma papilar del tiroides, neoplasia maligna más frecuente dentro de los tumores tiroideos, aunque puede aparecer en cualquier edad; se observa con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes, casi la mitad ocurre entre la tercera y cuarta décadas de la vida, coincidiendo con el período fértil de la mujer, sexo que es más frecuente en una proporción 3:1 con respecto al hombre.^{4,6-12}

Estos factores antes mencionados influyen en el pronóstico, pues los menores de 40 años de sexo femenino evolucionan favorablemente, unidos a otros factores como la multifocalidad del tumor y la celularidad, pues mientras más diferenciado el tumor, mejor pronóstico terapéutico.¹³

Los pacientes afectados de este tumor cuentan a veces con una historia de radioterapia en su infancia a causa de trastornos benignos de cabeza y cuello, como timo aumentado, acné, dilatación de las amígdalas, adenoides y otras anomalías del tiroides, por lo que se desarrolla la neoplasia a los cinco años o después de 20. Es un tumor de crecimiento lento con permanencia en la glándula durante muchos años; se disemina a los ganglios regionales y provoca linfadenopatía cervical, metástasis por vía hematógena a lugares distantes como el pulmón, hueso y estructuras adyacentes.^{4,6-12}

Consideramos señalar que 50% de estos carcinomas contiene elementos foliculares y algunas metástasis están compuestas predominantemente de ellos. Tal vez esto explique la metástasis en el hígado, de nuestro caso, que en los carcinomas foliculares es frecuente y precoz.^{4,5}

Estos tumores diferenciados son altamente tratables y curables, de ahí la importancia de la BAAF para el diagnóstico y tratamiento precoz. Nuestro caso se encontraba en la etapa IV, que según el Comité Americano sobre cáncer define en ésta a los pacientes con metástasis distantes en hueso, pulmón además de hígado explicada anteriormente y a los ganglios linfáticos regionales desde su etapa I.

Se reporta una mortalidad de 10 a 20% durante varias décadas y la incidencia en el último decenio ha aumentado a favor del sexo femenino. Esta paciente falleció por lo avanzado de su patología al concurrir al Sistema de Salud.

ABSTRACT

A morphofunctional description of the thyroid gland is given so as changes in a case of the papillary carcinoma. A 22 year old patient came to hospital complaining of malaise, weight loss, pain on the right hypocondrium. On examination these was cervical adenopathy, mucous cutaneous pallor; the gland was enlarged and there was hepatomegaly. Lab tests: Hb 9,6 ,Eritro 0,30,Chest X Ray, Abdominal ultrasound, Liver biopsy, the following diagnostic test showed the presence of spread carcinoma. The main purposes of this article are: To describe the Thyroid gland from the histological and anatomopathological approaches, also to explain the clinico-pathological development of the gland with some nontypical features of the Papillary Carcinoma, and besides to highlight the importance of the biopsy in cases of diffuse increase of the thyroid.

Key words:Thyroid follicles (histology).Papillary carcinoma (diagnostic).Aspirative biopsia (cytology)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Steven A. Lowe J, Harcourt B. Histología Humana. 2ª edición. 1998.
- 2 Junqueira Carneiro. Texto y Atlas de Histología humana. Ed. Masson; 1996.
- 3 Aslen L.A. Survival and causes of death in thyroid Cancer: a population based study of 2479 cases from Norway. *Cancer Rev.* 1991; (51): 12, 34.
- 4 Robert H, Williams, M.D. La Glándula tiroides. 5ª ed. Barcelona: 1984, p 241-249.
- 5 Robbins S.L. Patología Estructural y Funcional. 6ª ed. McGraw Hill. Interamericano; 2000; p. 11, 85-89.
- 6 Hundahl SA, Fleming I D., Fremgen A .Metal . A national cancer data base report on 53, 856 cases of thyroid carcinoma treated in the U. S. A, 1985-1995 cancer. 1998; 83(12): 2638-2648.
- 7 Livolsi V A. Pathology of thyroid disease in : Falk SA: thyroid disease: endocrinology surgery, nuclear medicine and radiotherapy. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997, p. 127-175.
- 8 Thyroid Gland in American Joint Committee on Cancer. AJCC cancer staging Manual. Philadelphia: Lippincott-Raven. Publishers; 5ª. edition. 1997, p 59-64.
- 9 Fraker D. L., S Karulis M., Livolsi V: Thyroid tumor in Devita VT Jr. Hellman S Rosenberg SA, eds. Cancer principles and practice oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher; 5ª edición. 1997, p 1629-52.
- 10 Rivero Quintana H.S. Cáncer de Tiroides. Estudio retrospectivo en 120 pacientes. Ciudad de La Habana: Instituto Nacional de Endocrinología y nutrición; 1978.
- 11 Doblado Cardellach B., Martín Perez E., Larrañaga Barrera *et al.* Hemiagenesia tiroidea asociada a enfermedades graves y microcarcinoma papilar del tiroides. *Organo de Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición*; 2000; 47(2): 221-6.
- 12 Duren M., Siperstein A.E., Shen W. *et al.* Value of stimulated serum thyroglobulin levels for detecting persistent or recurrent differentiated thyroid cancer in high- and low risk patients. *Surgery.* 1999; 126 (1): 13-19.
- 13 Godballe C, Asschenfeldt P, Jorgesen Ke. *et al.* Prognostic Factors in papillary and follicular thyroid carcinomas. Expression is a significant indicator of prognosis. *Laparoscopy.* 108 (2): 243-249, 1998.

ANEXOS



Figura 1

Folículos tiroideos rodeados de tejido conectivo laxo vascularizado.

Figura 2

Formaciones papilares con infiltración de éstas a la cápsula de tejido conectivo.

