

Carcinoma diferenciado de tiroides en niños: carcinoma papilar variante esclerosante difuso con metástasis cervicales ganglionares bilaterales

Oscar M. Brunás¹, Marcela González García¹, José Luis Novelli²

¹Anatomopatólogos, "Laboratorio de Patología",

² Cirujano de Tiroides "Centro de Tiroides Jose Luis Novelli", Rosario, Argentina

Glánd Tir Paratir 2007; (16): 33-37

Resumen

El cáncer de tiroides es infrecuente en los niños. Es imprescindible destacar la importancia del diagnóstico precoz, basado en un correcto examen del cuello por parte del pediatra general, a fin de la detección de nódulos de tiroides y metástasis cervicales. El tratamiento inicial debe ser agresivo y sin retraso.

Palabras clave: cáncer, tiroides, niños

Summary

Differentiated thyroid carcinoma in children: papillary cancer (diffuse sclerosing variant) with bilateral cervical metastatic nodes

Thyroid cancer is infrequent in children. Early diagnosis is very important, based on a correct physical examination of the neck, performed by the pediatrician. Initial treatment should be aggressive and without delay.

Key words: thyroid, cancer, children

Caso clínico

Paciente masculino de 7 años de edad con carcinoma papilar bilateral de tiroides y metástasis ganglionares linfáticas cervicales múltiples bilaterales.

El paciente consultó por tumoración tiroidea en lóbulo izquierdo e istmo. En el examen físico se constató además adenopatía yugular media izquierda de 2 cm de diámetro, de consistencia duro-firme.

Se realizó ecodoppler color de glándula tiroides y ganglios de cuello, y tomografía axial computada sin contraste de cuello y tórax.

En tales estudios se visualizó lesión neoplásica de tiroides, ganglios cervicales y látero-traqueales bilaterales, en mediastino y en ventana aórtico-pulmonar.

Mediante punción aspirativa con aguja fina (PAAF) preoperatoria se efectuó diagnóstico de carcinoma papilar tiroideo.

El laboratorio endocrino funcional fue normal, con TSH en el límite superior de la normalidad.

Los valores de calcemia, fosfatemia y magnesio se encontraban también en valores normales (Fotos 1, 2a, 2b).



Foto 1. Tumoración tiroidea

Recibido para publicación: 11/05/07

Aceptado: 29/06/07

Correspondencia: Oscar Brunás
e.mail: obrunas@fibertel.com.ar



Foto 2a. Punciones preoperatorias con aguja fina del nódulo de tiroides y de las adenopatías del cuello.

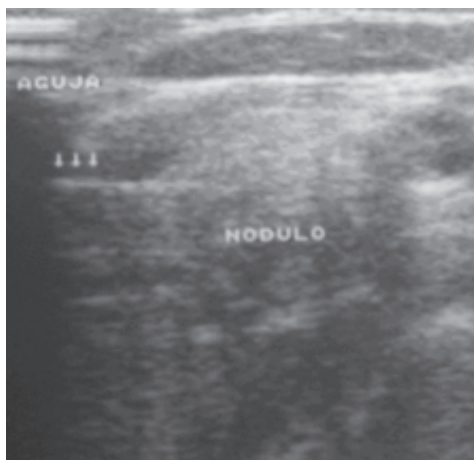


Foto 2b. Punción del nódulo de tiroides bajo guía ecográfica

El paciente fue tratado mediante tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar de comparti-

mento anterior y vaciamiento cervical modificado bilateral (JLN) (Fotos 3 y 4).

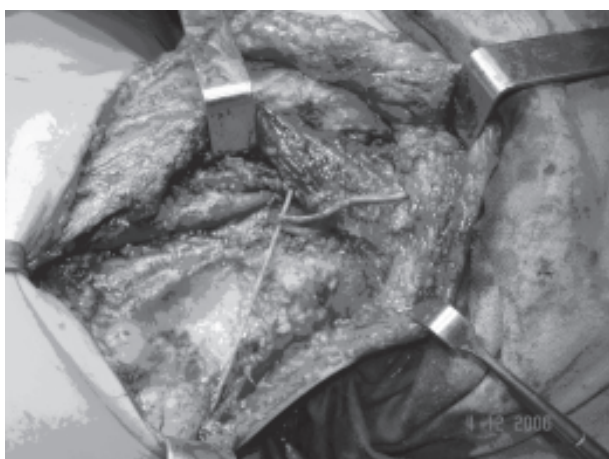


Foto 3. Vaciamiento cervical modificado izquierdo

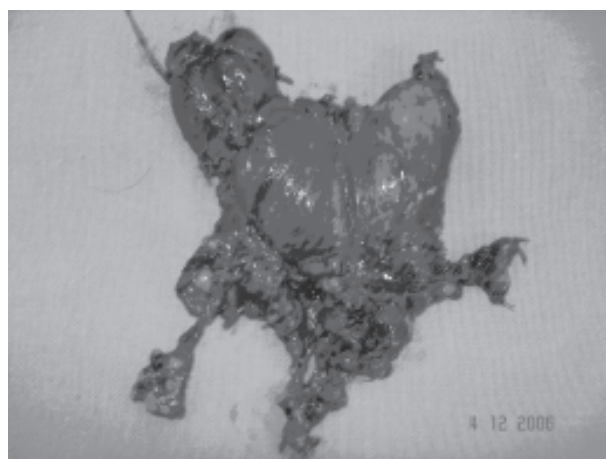


Foto 4. Pieza de tiroidectomía total con vaciamiento celulo-ganglionar del compartimiento anterior.

Se realizó interconsulta anatomopatológica intraoperatoria de la lesión en glándula tiroides y de adenomegalias cervicales derechas e izquierdas, con diagnóstico de carcinoma papilar tiroideo con metástasis ganglionares bilaterales (OMB y MGG).

Estudio anatomopatológico

Macroscopía

Pieza de tiroidectomía total de 6 x 4 x 1,5 cm en sus máximas dimensiones.

La superficie externa es lisa, con ocasionales adherencias fibrosas.

Al corte, se identifica un extenso tumor con compromiso glandular bilateral, de bordes irre-

gulares y mal definidos, de 5 cm en su máxima dimensión.

Es de estructura densa y blanquecina, de consistencia duro-firme.

Conjuntamente se recibe piezas de linfadenectomía cervical bilateral, en las que se observa la presencia de múltiples masas metastásicas (Fotos 5 y 6).

Microscopía

Al examen microscópico se observan múltiples focos infiltrativos de células epiteliales atípicas, de núcleos voluminosos y en general ópticamente vacíos, situados en citoplasmas amplios y acidófilos, que se disponen en secto-

res revistiendo estructuras papilares y en otros en nidos sólidos. Se asocian a frecuentes for-

maciones calcificadas, en láminas concéntricas, tipo cuerpos de psammoma.

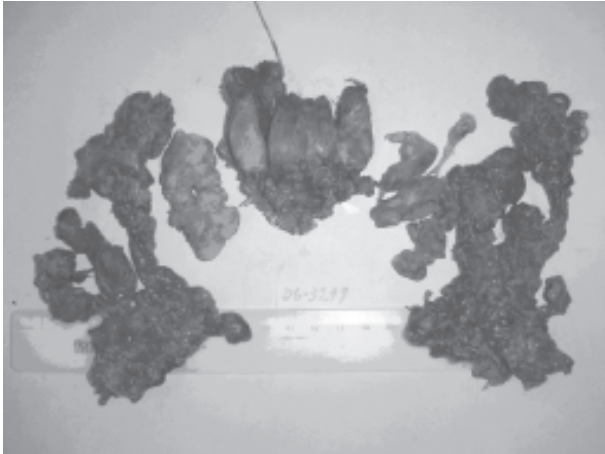


Foto 5. Glándula tiroides y vaciamiento cervical bilateral



Foto 6. Glándula tiroides con compromiso neoplásico difuso

El estroma exhibe intensa reacción desmoplásica, infiltrado linfocitario peritumoral y signos consistentes con permeación neoplásica de vasos linfáticos.

Se identifica cuatro (4) ganglios linfáticos metastáticos cervicales derechos y quince (15) ganglios linfáticos metastáticos cervicales izquierdos (Fotos 7-10).

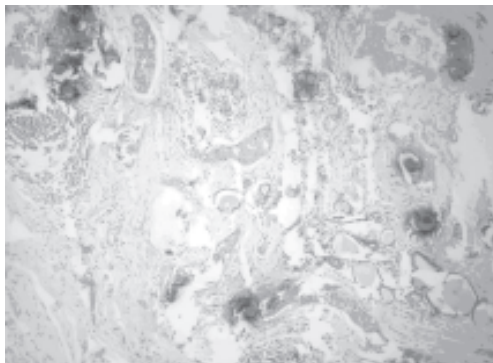


Foto 7. Microscopía 40x H. E. Focos múltiples de neoplasia infiltrativa con frecuente calcificación

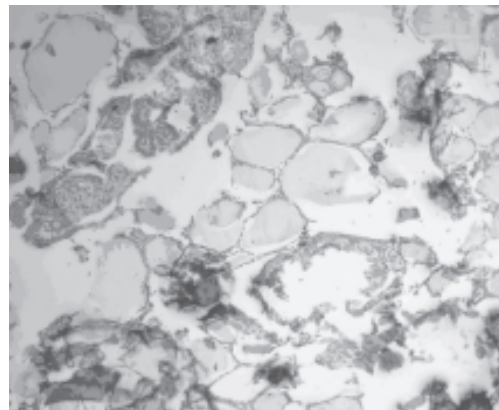


Foto 8. Microscopía 100x H. E.

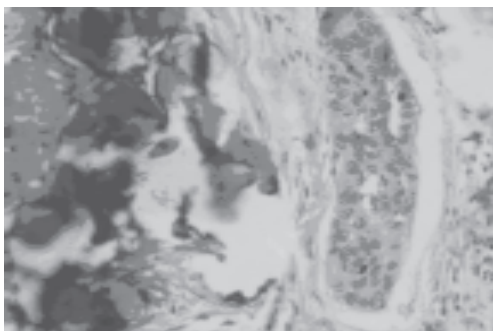


Foto 9. Microscopía 400x H. E.

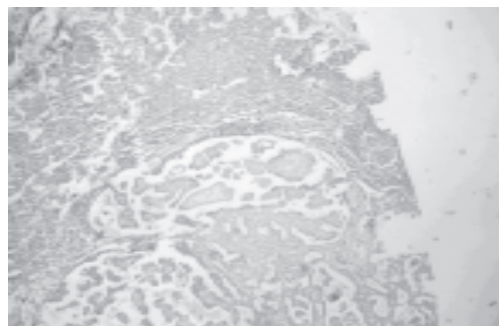


Foto 10. Microscopía 40 x. Metástasis ganglionar linfática

Diagnóstico

Carcinoma papilar esclerosante difuso bilateral, de 5 cm en su máxima dimensión.

Diecinueve (19) ganglios linfáticos cervicales metastásicos, cuatro (4) derechos y quince (15) izquierdos.

Consideraciones

El motivo de la presentación de este caso es mostrar que en los niños la forma de presentación clínica del carcinoma de tiroides, en el momento del diagnóstico, es más avanzado que en los adultos con metástasis cervicales e incluso en algunos otros casos metástasis a distancia y suelen recidivar más frecuentemente que los cánceres diagnosticados en la edad adulta.

El carcinoma de tiroides es una patología infrecuente en los niños. El carcinoma papilar es el tipo más habitual.

En Argentina esta patología presenta una incidencia anual de 0.8/1.000.000 en la población menor de 19 años de edad.

Según estadísticas del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", la relación mujer/hombre en la presentación de esta neoplasia, en menores de 9 años de edad, es en promedio de 1.2/1. Esta cifra contrasta con las estadísticas norteamericanas, en las cuales la relación es de 6/1.

Las metástasis ganglionares se presentan entre el 51 y el 90% de los casos pediátricos, destacándose una mayor recurrencia ganglionar postoperatoria, pero con un menor porcentaje de metástasis a distancia comparada con la población adulta.

El caso que nos ocupa corresponde a la variedad esclerosante difusa de carcinoma papilar, esta variedad también es poco frecuente, representa el 3% de todos los carcinomas papilares. Se suele asociar con radiación ionizante, tiroiditis crónica, bocio preexistente y síndrome de Gardner.

La lesión neoplásica suele comprometer la glándula en forma multicéntrica, con numerosos cuerpos de psammoma, reacción fibrosa, inflamación crónica y permeación de vasos linfáticos, lo cual se asocia con frecuente presencia de metástasis ganglionares regionales.

El tratamiento quirúrgico de elección es la tiroidectomía total, acompañada por vaciamiento cervical modificado en el caso de confirmarse ganglios linfáticos metastásicos. No realizamos vaciamientos ganglionares electivos (Foto 11).



Foto 11. Post operatorio alejado. Cervicotomía en collar permite realizar la tiroidectomía total, el vaciamiento compartamental anterior y el vaciamiento cervical modificado bilateral.

Una de las complicaciones más temida de la tiroidectomía es el riesgo de hipoparatiroidismo.

Se realiza una dosis ablativa de yodo radiactivo postoperatoria.

Resumen

Es imprescindible destacar la importancia del diagnóstico precoz, basado en un correcto examen del cuello por parte del pediatra general, a fin de la detección de nódulos de tiroides y metástasis cervicales. El tratamiento inicial debe ser agresivo y sin retraso.

Bibliografía

1. Iorcansky S, Herzovich V, Pitoia F, Carcinoma diferenciado de tiroides en niños y adolescentes en Novelli JL, Sánchez A, "Seguimiento en el cáncer de Tiroides" Rosario, UNR Editora, 2007, 87-101.
2. Collini P, Maximino M, Leite SF, Mattavelli F, Seregini E, Zucchini N, Spreafico F, Ferrari A, Castellani MR, Cantu G, Fossati-Bellani F, Rosai J. Papillary thyroid carcinoma of childhood and adolescence: a 30-year experience at the Istituto Nazionale Tumori in Milan Pediatric Blood Cancer. 2006 Mar; 46(3): 300-6.
3. Thompson LD, Wieneke JA, Heffess CS. Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma: a clinico-

- pathologic and immunophenotypic analysis of 22 cases *Endocr Pathol.* 2005 Winter; 16(4): 331-48.
4. Rosai J, Thyroid Gland Chapter 9. In Rosai and Ackerman's *Surgical Pathology*, 9th edition. Mosby 2004, 538-39.
 5. Balloch ZW, Livolsi VA. Pathology of Thyroid and Parathyroid Disease Chapter 13. in *Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology*. Mills SE, Carter D, Greenson JK, Oberman HA, Reuter VE, Stoler MH. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins 2004, 571-72.
 6. Elsner B, Patología de la Glándula Tiroides en Novelli J L, Piazza M V, Sánchez A, *Patología quirúrgica de la Glándula Tiroides Rosario*, UNR Editora, 1997, 55-63.
 7. Kowalski LP, Santos CR, Scopel A, Cáncer de Tiroides en niños y adolescentes en Novelli J L, Piazza M V, Sánchez A, *Patología quirúrgica de la Glándula Tiroides Rosario*, UNR Editora, 1997, 270-287.