




Carcinoma insular de tiroides

Thyroid insular carcinoma

Carcinoma insular da tireóide

 <http://dx.doi.org/10.35954/SM2021.40.1.5>

Sebastián Fraga ^a  <https://orcid.org/0000-0002-2679-8888>

(a) Prof. Adj. Departamento de Emergencia. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

RESUMEN

Se presenta un caso de Carcinoma Insular de Tiroides, tumor poco frecuente que ha sido clasificado según su histología y comportamiento biológico como un carcinoma pobremente diferenciado, ocupando una posición entre los carcinomas diferenciados y el carcinoma anaplásico. Su origen es el aspecto más discutido, habiendo autores que plantean su origen a partir de células foliculares y otros que plantean su origen a partir de un carcinoma diferenciado preexistente (desdiferenciación).

PALABRAS CLAVE: Cáncer Papilar Tiroideo; Carcinoma de Células Escamosas; Carcinoma Papilar; Linfoma; Neoplasias de la Tiroides.

ABSTRACT

We present a case of Insular Thyroid Carcinoma, a rare tumor that has been classified according to its histology and biological behavior as a poorly differentiated carcinoma, occupying a position between differentiated carcinomas and anaplastic carcinoma. Its origin is the most debated aspect, with authors suggesting its origin from follicular cells and others suggesting its origin from a pre-existing differentiated carcinoma (dedifferentiation).

KEY WORDS: Thyroid Cancer, Papillary; Carcinoma, Squamous Cell; Carcinoma, Papillary; Lymphoma; Thyroid Neoplasms.

RESUMO

Apresentamos um caso de Carcinoma Tiróide Insular, um tumor raro que foi classificado de acordo com sua histologia e comportamento biológico como um carcinoma pouco diferenciado, ocupando uma posição entre carcinomas diferenciados e carcinoma anaplásico. Sua origem é o aspecto mais debatido, com alguns autores sugerindo sua origem a partir de células foliculares e outros sugerindo sua origem a partir de um carcinoma diferenciado pré-existente (desdiferenciação).

PALAVRAS CHAVE: Câncer Papilífero da Tireoide; Carcinoma de Células Escamosas; Carcinoma Papilar; Linfoma; Neoplasias da Glândula Tireoide.

Recibido para evaluación: Enero 2021

Aceptado para publicación: Marzo 2021

Correspondencia: Avenida 8 de Octubre 3020. C.P.11600. Montevideo, Uruguay. Tel.: (+598) 24876666 int. 7173.

E-mail de contacto: sebastianfraga@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se describe el Carcinoma Insular Tiroideo como un tumor maligno y agresivo de la glándula tiroides caracterizado por formación de racimos sólidos (ínsulas), invasión vascular, bordes infiltrativos y mal definido, focos de necrosis y frecuentes metástasis. Puede estar solo o asociado a un tumor diferenciado. En 1984 fue descrito por Carcangiu y colaboradores quienes presentaron una serie de 25 casos de un tumor tiroideo cuya disposición histológica se caracterizaba por la presencia de ínsulas (1).

Es poco frecuente (4-10% de todos los cánceres tiroideos), predomina en mujeres y su edad promedio de aparición es 50 años. Suele presentarse con masas de gran tamaño y en el 25% de los casos se presenta con metástasis a distancia hematogénas (pulmón y hueso).

Su mortalidad se sitúa en un 40-50% a los 5-10 años. Suelen tener una buena respuesta al tratamiento adyuvante con Iodo 131 y a la hormonoterapia (1-4).

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años, procedente del departamento de Cerro Largo, trabajadora rural, que consultó por sangrado persistente sobre una tumoración en región infra hioidea (figura 1).

Esta tumoración tenía años de evolución y nunca había motivado la consulta. Tenía un crecimiento lento hasta alcanzar un gran tamaño, era poli-



Figura 1. Situación clínica.

lobulada y presentaba una ulceración cutánea sangrante que fue la que motivó la consulta. La tumoración estaba centrada en la región infra hioidea pero se extendía hacia la región carotidea derecha. Sin evidencia clínica de adenopatías. Clara presencia de disfonía aunque la paciente la negaba. Todo este cuadro se presentaba en una enferma eutiroides y normocalcémica.

Se realizó una tomografía computada (TC) (figura 2), la cual evidenció una masa sólida, ovoidea, de 12 cm de diámetro, con aparente origen en lóbulo tiroideo derecho que se extendía a los planos prevertebrales, piso de boca y hueco supraesternal. Desplazaba la vía aérea a la izquierda. Presentaba adenomegalias cervicales profundas derechas. Sin elementos sugestivos de secundarismo a distancia.

La fibrolaringotraqueoscopia informó una laringe, subglotis y tráquea de calibres normales no visualizando infiltración tumoral. El doppler de vasos de cuello evidenció un paquete vascular desplazado hacia atrás y en contacto con la masa (3 cm) sin deformación de la luz.

Se realizó una punción histológica que evidenció hallazgos compatibles con un Carcinoma Papilar de Tiroides.

Ante la ausencia de elementos de irreseccabilidad se planteó la resección quirúrgica con criterio oncológico. Se realizó una cervicotomía transversa arciforme en los ange resecaando piel ulcerada, extendiéndola hacia la región carotídea derecha.



Figura 2. Tomografía donde se evidencia la masa con las características descritas.

Labrado de colgajos cutáneos superior e inferior, y apertura músculos infra hioideos (figura 3).

Exploración confirmando el origen en el lóbulo derecho tiroideo con un lóbulo izquierdo macroscópicamente normal, adenopatías pre laríngeas y pre traqueales.

Se realizó la tiroidectomía total resecando las adenopatías encontradas en bloque con la pieza logrando reconocer y conservar ambos recurrentes y las paratiroides izquierdas.

Cursó 3 días en Centro de Cuidados Intensivos (CTI) siendo extubada a las 24 horas previa realización de fibrolaringoscopia. Los controles de calcemia postoperatorios fueron normales y no existieron síntomas ni signos de hipocalcemia.

Como complicación destacó la presencia de una fístula faringo-cutánea, de bajo gasto que se agotó en 20 días.

Se recibió el informe de la anatomía patológica, que mostraba una pieza de 240 gramos (figura 4), sólido-quística con áreas calcificadas y hemorrágicas; con un lóbulo tiroideo izquierdo normal.

La microscopía evidenció una lesión sólido quística, rodeada de pseudocápsula, de crecimiento expansivo e infiltrativo (figura 5) con sectores de disposición papilar y sectores centrales donde adopta disposición en nidos o ínsulas. Se reconoce invasión vascular por el tumor. Se realizó inmunohistoquímica donde el perfil es concordante con un carcinoma insular de tiroides, pudiéndose inferir que el área sólida corresponda a un sector indiferenciado evolucionado de un carcinoma papilar previo.

La paciente se fue de alta sanatorial al sexto día postoperatorio (figura 6) realizando posteriormente radio ablación con Iodo 131 (150 mCi) guiada por los endocrinólogos.

Al año de la cirugía y radioablación, debido al hallazgo de conglomerados ganglionares bilaterales se reopera realizándose un vaciamiento ganglionar radical bilateral de cuello. Destaca de la anatomía patológica de este vaciamento la presencia de metástasis ganglionares múltiples de un carcinoma papilar, sin presencia de ínsulas.

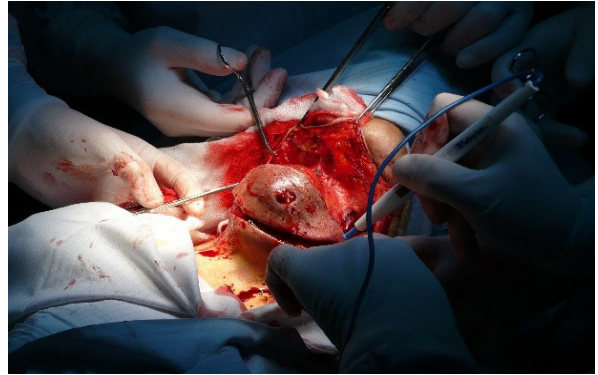


Figura 3. Abordaje. Se evidencia una incisión en losange rodeando el tumor con el sector de piel ulcerada en el centro. También se visualiza el labrado del colgajo cutáneo superior.



Figura 4. Pieza. Lóbulo Tiroideo izquierdo normal unido a un gran tumor sólido-quístico que sustituye el lóbulo Tiroideo derecho y que se reseca con la piel afectada.

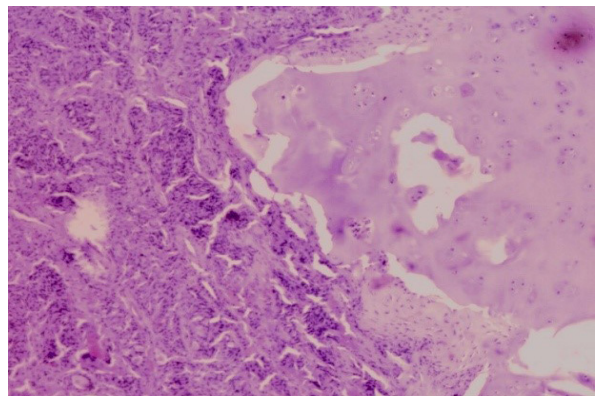


Figura 5. Microscopia que evidencia la disposición en ínsulas.



Figura 6. Al alta.

Seis años más tarde se presenta con una gruesa masa ganglionar cervical derecha que se considera irreseccable por lo que inicia tratamiento radioterápico paliativo, el cual continúa por dos años más hasta su fallecimiento.

DISCUSIÓN

El carcinoma insular es una variedad que tiene un peor pronóstico que el tumor diferenciado. No está demostrado cuál es el tratamiento ideal. La mayoría de los autores realizan tiroidectomía total y radioablación con yodo 131 junto a hormonoterapia supresiva con levotiroxina. La radioterapia externa se reserva para los pacientes que no responden al tratamiento con yodo (2).

La necesidad de linfadenectomía no está definida, aunque se recomienda realizar en tumores con afección ganglionar macroscópica.

Su origen es uno de los aspectos más discutidos. Se plantea que puedan provenir de células foliculares, aunque algunos autores plantean que se originan sobre un carcinoma diferenciado preexistente dado que es ampliamente más frecuente que el carcinoma insular esté asociado a un carcinoma diferenciado a que se presente en forma pura (2,5). Podemos plantear que en nuestra paciente este último haya sido el mecanismo dado que contamos con un diagnóstico anatomopatológico con perfil inmunohistoquímico concordante de la pieza inicial, y sin embargo, en la cirugía ganglionar realizada al año, solamente se encontraron elementos de carcinoma papilar en los ganglios reseca-

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES:
El autor no reporta ningún conflicto de interés. El estudio se realizó con recursos propios del autor y/o la institución a la que representa.

REFERENCIAS

- (1) Carcangiu ML, Zampi G, Rosai J. Poorly differentiated ("insular") thyroid carcinoma. A reinterpretation of Langhans' "wuchernde Struma". *Am J Surg Pathol* 1984; 8(9):655-68. doi: 10.1097/00000478-198409000-00005
- (2) Burman KD, Ringel MD, Wartofsky L. Unusual types of thyroid neoplasms. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996; 25(1):49-68. doi: 10.1016/s0889-8529(05)70312-1
- (3) Rodriguez JM, Parrilla P, Moreno A, Sola J, Pinero A, Ortiz S, Soria T. Insular carcinoma: an infrequent subtype of thyroid cancer. *J Am Coll Surg* 1998; 187(5):503-8. doi: 10.1016/s1072-7515(98)00233-6
- (4) Blasco Segura T, Pallas Regueira A, Fernández Martínez C, Flors Arandí C, Roig Vila JV. Carcinoma insular de tiroides. *An Med Interna* 2000; 17(11):592-594.
- (5) Cimarra Figueiras L. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades quirúrgicas de la glándula tiroides. Montevideo : Oficina del Libro, 2006. Cap. 6. Otros Tumores Tiroideos Malignos. p. 198-202.