

Carcinoma micropapilar de tiroides en el contexto de un carcinoma adenoide quístico multirecurrential

Granados J.F.; Ruiz F.; Zamudio L.; Sanchez C.; Valiente A.; Bermudo L.

Introducción

El carcinoma adenoide quístico (CAQ) es el tumor maligno más frecuente en glándulas submandibulares, presentando un aumento en su incidencia sobre glándulas salivares menores. Su naturaleza infiltrativa hace imperativa su vigilancia a largo plazo, describiéndose casos de recurrencias a más de cinco años. Microscópicamente varía en función de la actividad de las células mioepiteliales, desde la típica imagen cribiforme, hasta la de grupos celulares aislados en el seno de bandas de material mucohialino. El diagnóstico diferencial puede plantearse con el adenoma pleomorfo cuando el material mucohialino es muy abundante así como con otros adenocarcinomas.

Caso clínico

Paciente femenina de años, que en 1984 presenta cuadro de tumoración a nivel de región submandibular derecha, diagnosticándose CAQ de base de lengua T2N1M0 en Hosp. Puerta de Hierro (Madrid) interviniéndose quirúrgicamente y aplicando radioterapia (32 sesiones-64Gy). En 2005, consulta en H. Carlos Haya (Málaga) por molestias en 1º y 2º cuadrantes, úlcera en región retromandibular D y salivación espesa, en 2007 se realiza RM y se encuentran adenopatías en musc. masetero derecho y en triángulo laterocervical derecho. Se realiza PET: encontrando depósito patológico en base de lengua derecha de 1,4x1,7cm y en adenopatías laterocervicales bilaterales. PAAF: Metástasis de CAQ en adenopatías laterocervicales con invasión de mucosa oral. Realizándose en 2008 Cervicotomía bilateral, extirpación tumoral y glosectomía. Oncología RT decide no realizar RT. En 2009 PET control: refuerzo de captación en lóbulo medio pulmón derecho, del cual neumología evalúa y establece existencia de lesiones relacionadas con RT. En 2011 aparecen adenopatía móvil palpable a nivel cervical anterior pre tiroidea, se extirpa encontrando AP: dos ganglios linfáticos con metástasis de carcinoma de glándula salivar tipo Ca. ex-adenoma pleomórfico. En 2012, PET control: nódulo hipermetabólico en VI nivel sugestivo de malignidad, realizándose una ecografía (fig. 1) y posterior vaciamiento cervical de VI nivel; AP revela: Bocio nodular coloide y un microcarcinoma papilar <1 mm. Cx Endocrino decide realizar Tiroidectomía total cuya AP, encuentra ganglios linfáticos sin afectación tumoral y tej. tiroideo sin afectaciones significativas.

Discusión

La asociación a un carcinoma micropapilar (CM) extratiroideo se sitúa en el contexto de la larga evolución del caso y adyuvancia de radioterapia a nivel orocervical en dos ocasiones.

La detección de CAQ, presentando metástasis linfáticas, así como el hallazgo de un Ca ex-adenoma pleomórfico y un CM en componentes ganglionares; describe un comportamiento poco habitual, pudiéndose extraer diversas vertientes que justifiquen dicha confluencia de diagnósticos, desde la aparición de un tumor maligno a partir del estímulo prolongado de otro, hasta la degeneración neoplásica como efecto de sobreradiación.

Los diferentes patrones que describe un adenoma pleomórfico podrían provocar que un tumor de estas características sea diagnosticado erróneamente como CAQ o bien que permanezca soslayado en el contexto de un paciente con CAQ de larga evolución, y cuya

exposición a radioterapia pueda estar relacionada con el cambio de un adenoma no diagnosticado a un ca. ex-adenoma pleomórfico ya que dicho cambio ha sido descrito en la literatura en tumores de larga evolución.

Sin embargo, el diagnóstico anatomopatológico de CAQ en dos diferentes centros hospitalarios y en múltiples biopsias vuelven poco probable dicha vertiente explicativa, ya que el ca. ex-adenoma pleomórfico solo fue encontrado en una única biopsia, de la cual cabe la posibilidad de haber sido erróneamente diagnosticado, gracias a sus características descritas previamente.

Así mismo, el hallazgo de un CM de tiroides en este contexto neoplásico de larga evolución y de exposición a radioterapia, podría explicarse ante la presencia de un tejido tiroideo ectópico, ya que se desestima su posibilidad metastásica ante el hallazgo de una tiroides sin alteraciones.

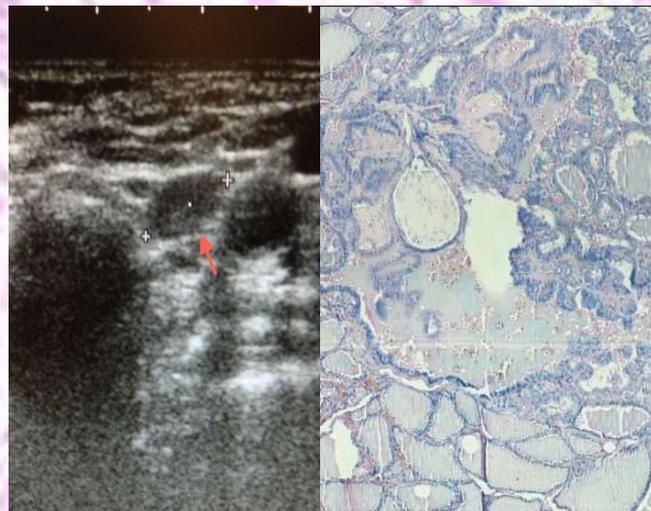


FIG.-1 Ecografía Cervical que muestra imagen nodular sólida, en zona adyacente inferior del LTI, de 9-10mm aprox.

Conclusiones

- El CAQ, es raramente diagnosticado junto a otras tumoraciones como CM de tiroides.
- La presencia de tejido tiroideo heterotópico supone una rareza.
- La radioterapia adyuvante puede producir degeneraciones neoplásicas de diferente histología.
- El tiroides por su radiosensibilidad debe monitorizarse durante el seguimiento de pacientes con CAQ.

Bibliografía

- ♦ Courtney M. Townsend JR M.D., Daniel Beauchamp M.D. Sabiston Textbook of Surgery 17th EDITION, 2004. Elsevier Saunders
- ♦ Miloro M, Ghali G., Larsen P. Peterson´s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery Second EDITION, 2004. BC Decker
- ♦ Sequeiros G.; Todrigo J., Llorente J. Factores pronósticos en el carcinoma adenoide quístico de glándulas salivares. Acta otorrinolaringol Esp. 2005;56:361-367