

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES, VARIANTE DE CÉLULAS ALTAS, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

*Andrés Ángel**, Departamento de Cirugía General CES, *Carlos Alberto Lopera***, *Simón Penagos***, *Jesús Vásquez****, *Alejandro Vélez*****, *Jean Pierre Vergnaud†**

INTRODUCCIÓN

La variante de células altas (VCA) del carcinoma papilar de tiroides fue descrita por primera vez en 1976 por Hawk y Hazard (1). De comportamiento más agresivo, con una incidencia de recurrencia y mortalidad mayor que la variante usual (VU). La VCA se define como un cáncer papilar de tiroides en el cual el 30% o más de sus células tienen una altura de al menos el doble de su ancho (2), figura 1. Pueden encontrarse frecuentemente figuras mitóticas (3), indicando un patrón de crecimiento más agresivo. Se diferencia de la variante columnar por la ausencia de estratificación de sus núcleos (4).

Esta variedad da cuenta del 7% al 12% del total de los carcinomas papilares de tiroides, (1,5,6) pero en muchos de los estudios de cánceres tiroideos bien diferenciados no se reporta, indicando la dificultad para su identificación (1). Además, cuando se busca el diagnóstico, en la minoría se hace primariamente y se requiere el concurso de un patólogo con experiencia en estos tumores para identificar la mayoría (5).

La citología por aspirado con aguja fina (CAAF) no es un método eficaz para hacer el diagnóstico preoperatorio de esta entidad (7,8), figura 2. Algunos autores enfatizan la presencia de células cilíndricas, tan altas como el doble de su ancho y un citoplasma denso y abundante (7,9). Algunas de estas características pueden presentarse en la citología de un adenoma hialinizante trabeculado (10), carcinoma papilar de variante usual (3), metaplasia escamosa extensa (11), cánceres con características mucoepidermoides o con transformación anaplásica (12). Pero la combinación de células altas y figuras mitóticas puede hacer sospechar la presencia de un carcinoma papilar de tiroides de VCA (13).

En general, la VCA se presenta de 10 a 20 años después que la VU, con una media de 53 a 57 años (1,5,14). La diferencia por géneros no está definida, Ostrowski y Merino reportaron una relación mujer-hombre de 3,5:1, similar a la relación en la VU (14). Rüter et al. encontró una predominancia del sexo masculino con una relación de 1.75:1, similar a la presentada por el carcinoma anaplásico (5).

Es un tumor que con frecuencia invade localmente, presentándose entre un 41.6% a un 54.5% (2,5,14,15). El compromiso de ganglios linfáticos varía desde un 45% a un 75% (2,5,16), el cual no difiere de la mostrada por la VU. La infiltración extensa del tallo fibroso de las estructuras papilares por linfocitos y células plasmáticas, asociado a características de tiroiditis crónica, son posibles factores asociados a un comportamiento menos agresivo de la VCA, siendo similar a la VU (16).

* Patólogo Hospital General de Medellín y Hospital Pablo Tobón Uribe

** Residente Cirugía General CES.

*** Cirujano General, Hospital San Vicente de Paul, Medellín, Hospital Manuel Uribe Ángel - Envigado

**** Patólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe

El patrón de tinción inmunohistoquímica del carcinoma papilar de tiroides de VCA muestra una reactividad marcada para anticuerpos contra el antígeno carcinoembrionario (ACE), el antígeno epitelial de membrana (AEM) y el LeuM1 (uno de los antígenos del grupo del CD15). Esto soporta la hipótesis de que esta lesión es diferente a la VU (14). También los tumores de la VCA se asocian a una tasa de positividad para el p53 más alta que para la VU (17), pero a pesar de la mayor frecuencia de tumores aneuploides en la VCA, la diferencia de su comportamiento clínico no se relaciona ni con la ploidía del ADN, ni con su expresión de la p53 (17,18).

Actualmente el tratamiento para la VCA sigue los mismos principios que para la VU. En el estudio de

Rüter se realizó tiroidectomía total y si en el rastreo corporal total con I^{131} la captación era $>1\%$, si el tumor era localmente avanzado o si existían ganglios comprometidos recibieron posteriormente terapia ablativa con I^{131} . No todos los tumores de la VCA de dicha serie captaban el I^{131} . Es posible que este grupo de pacientes se beneficie de radioterapia externa postoperatoria (5). La incidencia de recidiva local varía entre un 36% y un 58%, y la incidencia de mortalidad entre un 18% y un 25% (1,5). Al igual que para la VU, los factores que determinan el periodo libre de enfermedad son la edad, el tamaño del tumor, la extensión extratiroidea y la presencia de focos de degeneración anaplásica (19).

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años con un mes de disnea progresiva hasta la dificultad respiratoria, disfagia para sólidos y disfonía. Posteriormente estridor inspiratorio y aparición de masa en cuello de rápido crecimiento, acompañado de hemoptisis y fiebre ocasionales. Al ingreso presentaba acidosis respiratoria e hipoxemia.

Una radiografía de tórax mostró una lesión en el lado derecho que comprimía la traquea en el opérculo torácico. La tomografía computada mostró una masa de 4.0 cms. de diámetro mayor, con más del 50% de su volumen intratorácico. La lesión comprometía la traquea, disminuyendo el 80% de la luz. Figura 3

Se realizó intubación orotraqueal de urgencias. En cirugía se realizó esternotomía media y cervicotomía

oblicua derecha. Se resecó una masa de mediastino anterosuperior que comprometía la traquea, el esófago y tejido paratiroideo. Se realizó traqueostomía y gastrostomía para nutrición.

El resultado de histopatología reportó un carcinoma papilar de tiroides de variante de células altas que compromete la cápsula, ganglios linfáticos y tejido paratiroideo con un estadio IV de TNM (T4N1Mx). Figura 4

En el postoperatorio se realizó una esofagografía con bario que no mostraba compromiso de la mucosa y una fibrotraqueoscopia demostraba una lesión ulcerada subglótica y estenosis de la luz por infiltración tumoral.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso que hace un recuento de las características principales de esta variante de carcinoma tiroideo. Una edad más avanzada, un tamaño mayor, compromiso de tejidos vecinos y de comportamiento agresivo, son las principales diferencias con la variante usual.

La respuesta a la terapia ablativa con yodo radioactivo en esta paciente, con valores de hormona

tiroestimulante (TSH) altos, no fue adecuada, sin mejoría clínica evidente. La evidencia actual recomienda el tratamiento anterior y la supresión de la TSH, ya que estos tumores tienden a concentrar el radioyodo y a responder a la TSH como factor de crecimiento (20).

La literatura sugiere que la VCA tiene un pronóstico más pobre para pacientes mayores de 50 años,

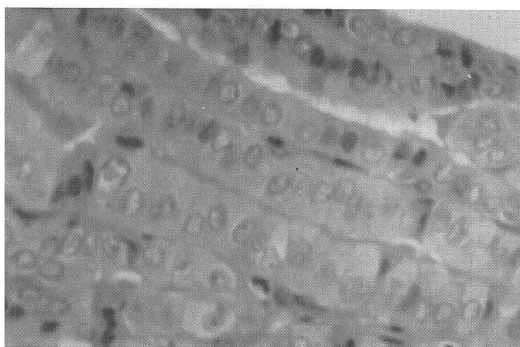


Figura 1:
Carcinoma papilar de tiroides de células altas.
Microfotografía 100 x H&E.

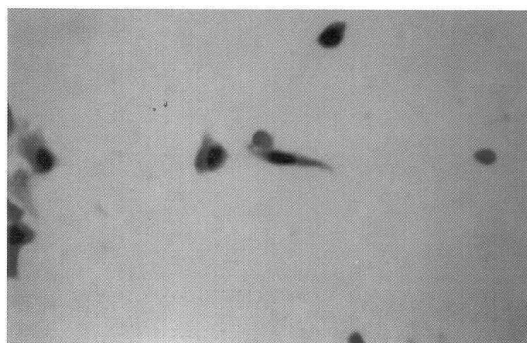


Figura 2:
Citología por aspirado con aguja fina (CAAF) del
carcinoma papilar de tiroides de variante de células
altas.
Microfotografía 100 x H&E.

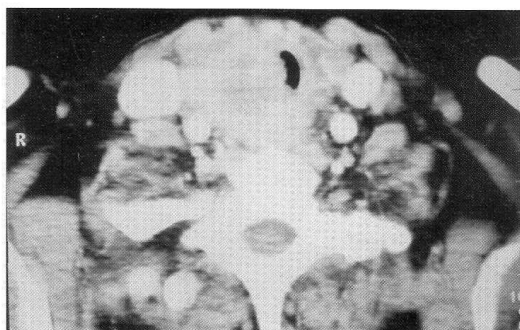


Figura 3:
Tomografía computada de cuello. Masa que corresponde
al carcinoma papilar de tiroides de variante de células
altas, que comprime la traquea hacia la izquierda. Ocluye
parcialmente su luz e invade tejidos peritiroideos.

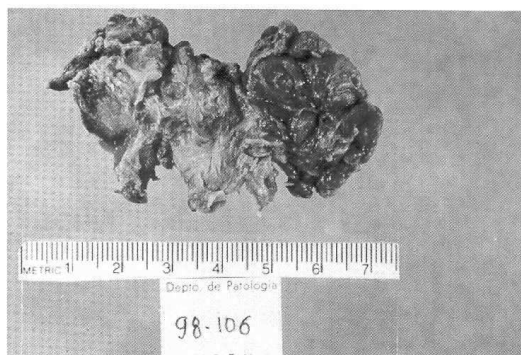


Figura 4:
Aspecto macroscópico del carcinoma papilar de tiroides
de variante de células altas con una cápsula definida e
invadiendo tejidos peritiroideos.

usualmente con tumores grandes y avanzados. Para los pacientes menores de 50 años el pronóstico parece ser similar a la VU (20). Además, muchos de estos pacientes tienen varios factores de alto riesgo descritas en las diferentes clasificaciones de

pronóstico, que hacen que esta neoplasia se comporte de una manera más agresiva. Faltan estudios para aclarar la contribución de la histopatología de la VCA en el pronóstico de los carcinomas de tiroides bien diferenciados (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Hawk WA, Hazard JB.** The many appearances of papillary carcinoma of the thyroid. *Cleve Clin Q.* 1976;43:207-15.
2. **Johnsson T, Lloyd R, Thompson N, et al.** Prognostic implications of the tall cell variant of papillary thyroid carcinoma. *Am J Pathol.* 1988;12:22-7.
3. **Rosai J, Carcangiu MC, DeLellis R.** Tumors of the thyroid gland. *Atlas of Tumor Pathology. Third Series, fascicle 5.* Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1992.
4. **Nishiyama RH, Dressel DM.** Histologic and cytologic characteristics of thyroid cancers. In Clark DH, Duh QY. *Textbook of Endocrine Surgery.* W.B. Saunders Company. 1997:182-189.
5. **Rüter A, Nishiyama RH, Lennquist S.** Tall cell variant of papillary thyroid cancer : disregarded entity?. *World J Surg.* 1997;21:15-21.
6. **de la Hoz JA.** Cáncer de Tiroides. *Rev Col Cirug.* 1996;11:47-65.
7. **Harach HR, Zusman SB.** Cytopathology of tall cell variant of thyroid papillary carcinoma. *Acta Cytol.* 1992;36:895-90.
8. **Leung CS, Hartwick RWS, Bédard YC.** Correlation of cytologic and histologic features in variants of papillary carcinoma of the thyroid. *Acta Cytol.* 1993;37:645-50.
9. **Kaw YT.** Fine needle aspiration cytology of the tall cell variant of papillary carcinoma of the thyroid. *Acta Cytol.* 1994;38:282-3.
10. **Bondeson L, Bondeson AG.** Clue helping to distinguishing hyalinizing trabecular adenoma from carcinoma of the thyroid in fine-needle aspirates. *Diagn Cytopathol.* 1994;10:25-9.
11. **Kaur A, Jayaran G.** Thyroid tumors: cytomorphology of papillary carcinoma. *Diagn Cytopathol.* 1991;7:462-9.
12. **Bondeson L, Bondeson AG, Tompson NW.** Papillary carcinoma of the thyroid with mucoepidermoid features. *Am J Clin Pathol.* 1991;95:175-9.
13. **Camesselle-Teijeiro J, Febles-Pérez C, Camesselle-Teijeiro JF, et al.** Cytologic clues for distinguishing the tall cell variant of thyroid papillary carcinoma : a case report. *Acta Cytol.* 1997;41:1310-16.
14. **Ostrowski ML, Merino MJ.** Tall cell variant of papillary thyroid carcinoma. A reassessment and immunohistochemical study with comparison to the usual type of papillary carcinoma of the thyroid. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:964-74.
15. **LiVolsi VA.** *Surgical Pathology of the Thyroid.* Philadelphia. Saunders, 1990:158-60.
16. **Osaki O, Ito K, Mimura T, et al.** Papillary carcinoma of the thyroid. Tall-cell variant with extensive lymphocyte infiltration. *Am J Surg Pathol.* 1996;20:695-8.
17. **Rüter A, Dreifus J, Jones M, et al.** Overexpression of p53 in tall cell variants of papillary thyroid carcinoma. *Surgery.* 1996;120:1046-50.
18. **Stern Y, Medelja O, Feinmesser M, et al.** Nuclear DNA content of the tall cell variant of papillary carcinoma of the thyroid gland. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996;105:713-5.
19. **Van-den-Brekel MW, Hekkenberg RJ, Asa SL, et al.** Prognostic features in tall cell papillary carcinoma and insular thyroid carcinoma. *Laryngoscope.* 1997;107:254-9.
20. **Burrman KD, Ringel MD, Wartofsky L.** Unusual types of thyroid neoplasms. *Endocrinol Metabol Clin North Am.* 1996;25:49-68.