

CARCINOMA PAPILAR DEL HIOIDES

Dr. Javier López-Gómez¹

¹Departamento de Cirugía Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, México.

La tiroides comienza a desarrollarse en la etapa embrionaria en la 3-5 semanas en el área que luego se convierte en el foramen ciego, desciende en la línea media a través de los músculos de la lengua y luego anterior al hueso hioides y la laringe (30% se encontrara posterior al hioides), para anular la cuarta arteria del arco faríngeo y alcanzar su posición paratraqueal en la 7ta semana de gestación, dejando que el conducto tirogloso se borre y desaparezca en la semana 9-10. Si la obliteración falla, los restos del conducto tirogloso (TGD) son propensos a convertirse en un quiste del conducto tirogloso (TGDC). 1-6 El TGDC tiene una incidencia del 7% en adultos, representa el 70% de todas las anomalías congénitas del cuello y más del 50% contiene tejido tiroideo con función ectópica. Es más frecuente en las dos primeras décadas de vida.^{1,4,15} La tasa de carcinoma en TGDC es del 0.7-1.6%,¹⁴ y la mayoría de las veces es un carcinoma papilar bien diferenciado, ya que el carcinoma de tiroides (PTC) menos común es un carcinoma folicular.⁶

El tratamiento quirúrgico del carcinoma TGDC se basa en la evaluación del riesgo, similar al cáncer de tiroides bien diferenciado, según las directrices revisadas de 2015 de la American Thyroid Association (ATA).^{15,16}



La presentación clínica es de un tumor en la línea media del cuello en el hueso hioides. El revestimiento epitelial del TGDC varía desde el epitelio escamoso hasta el epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado. El tejido de la glándula salival o tiroides puede verse en la pared del quiste.^{4,6} Los estudios de imagen muestran un tumor a nivel del hueso hioides. En la ecografía aparece como masas quísticas bien definidas, con paredes delgadas y realce tardío.⁷ La biopsia con aguja de aspiración fina (FNA) en TGDC tuvo sensibilidad moderada.⁸ La tomografía es muy sensible para evaluar el hueso, se usa para evaluar el sitio del tumor, la relación con las estructuras y características adyacentes, como el grosor de las paredes, los márgenes, los septos internos, el realce del borde, la densidad interna y la presencia o ausencia de glándula tiroides.⁹ Se recomienda la extirpación quirúrgica del TGDC, debido a la probabilidad de infecciones recurrentes y la posibilidad rara de malignidad.⁴ El procedimiento Sistrunk ha sido un procedimiento quirúrgico estándar para la TGDC, el objetivo principal es la eliminación completa del quiste y el conducto.^{2,4,10} La tasa de recurrencia es menor de 5-30%. La operación Sistrunk es adecuada para la mayoría de los pacientes con carcinoma TGDC diagnosticado incidentalmente en presencia de una glándula tiroides clínica y radiológicamente normal.^{4,13} No hay informes sobre la técnica quirúrgica del carcinoma en el hioides.

