

# Reporte de caso clínico: Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso

Tatiana Elizabeth Jaramillo Herrera<sup>1</sup>, Jonathan Adrián Abarca Cuenca<sup>1</sup>, Luis Michael Cueva Villalta<sup>2</sup>, Ana Luisa Pérez Bustan<sup>3</sup>, Hernán Garrido Cisneros<sup>4</sup>, Pablo Fernando Ortega Espinoza<sup>5</sup>.

1. Hospital Manuel Ygnacio Monteros, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Loja- Ecuador.
2. Postgrado de Otorrinolaringología – Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.
3. Hospital Vilcabamba, Ministerio de Salud Pública. Loja- Ecuador.
4. Servicio de Cirugía Oncológica, MediHospital. Loja- Ecuador.
5. Servicio de Patología, MediHospital. Loja- Ecuador.

## CORRESPONDENCIA:

Hernán Garrido Cisneros  
 Correo electrónico: hgc.ecu@gmail.com  
 Dirección: Loja – Ecuador.  
 Código postal: EC110150  
 Teléfono: 0997779995

Fecha de recepción: 16-04-2021.  
 Fecha de aceptación: 14-07-2021.  
 Fecha de publicación: 31-07-2021.

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Jaramillo T, Abarca J, Cueva L, Pérez A, Garrido H, Ortega P. Reporte de caso clínico: Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso. Rev Med HJCA. 2021; 13 (2): 131-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.2.cc.21>

## ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2021 Jaramillo et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

\* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Los quistes del conducto tirogloso se producen en aproximadamente el 7% de la población adulta. En la población infantil es la anomalía cervical congénita más común, con una frecuencia del 70%. La malignización intraquistica es muy rara, ocurre en menos del 1% de los casos, con una media de 40 años de edad y predominio en mujeres.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino, de 29 años, sin antecedentes de importancia. Consultó por un "bulto" en la parte anterior del cuello, de 3 años de evolución, de crecimiento lento, que no producía sintomatología. El examen físico y los exámenes complementarios de imagen resultaron en el diagnóstico de una lesión ocupativa compatible con quiste tirogloso. Se indicó cirugía de Sistrunk.

**EVOLUCIÓN:** En el transquirúrgico se identificó masa sobre el hueso hioides, macroscópicamente compatible con quiste del ducto tirogloso; sin embargo el reporte de histopatología evidenció carcinoma papilar de tiroides al interior del quiste tirogloso, por lo que se discutió el caso. Se decidió indicar control y seguimiento. La paciente se ha mantenido en seguimiento por 30 meses, sin recurrencia hasta la fecha.

**CONCLUSIÓN:** Aunque su incidencia es baja, el carcinoma papilar de tiroides puede presentarse dentro de un quiste del conducto tirogloso; la incidencia es ligeramente mayor en la población femenina. El diagnóstico en la mayoría de casos es posterior al tratamiento quirúrgico. La elección del tratamiento debe ser individualizada en cada caso, en base al riesgo de recurrencia y metástasis, siguiendo las recomendaciones establecidas en la actualidad.

**PALABRAS CLAVE:** QUISTE TIROGLOSO, CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES, HISTOPATOLOGÍA, NEOPLASIAS.

## ABSTRACT

**Case Report: Papillary carcinoma in thyroglossal duct cyst.**

**BACKGROUND:** Thyroglossal duct cysts occur in approximately 7% of the adult population. In children, it is the most common cervical congenital anomaly, with a frequency of 70%. Intracystic malignancy is very rare, it occurs in less than 1% of cases, with a mean age of 40 years and predominance in women.

**CASE REPORT:** 29-year-old female patient, with no significant medical background. She consulted for a "lump" in the front neck, which had been slowly growing for three years, and did not produce any symptoms. Physical examination and complementary imaging tests resulted in the diagnosis of an occupational lesion compatible with a thyroglossal cyst. Sistrunk surgery was performed.

**EVOLUTION:** During the surgical procedure, a mass was identified over the hyoid bone, macroscopically compatible with a thyroglossal duct cyst; however, the histopathology report showed papillary thyroid carcinoma within the cyst. The case was discussed; it was decided to only indicate control and follow-up. The patient has been on follow up for 30 months, without recurrence to date.

**CONCLUSION:** Although its incidence is low, papillary thyroid carcinoma can present within a thyroglossal duct cyst; the incidence is slightly higher in female population. Diagnosis in most cases is made after surgical treatment. The treatment choice must be individualized in each case, depending on the risk of recurrence and metastasis, following the current established recommendations.

**KEY WORDS:** THYROGLOSSAL CYST, PAPILLARY THYROID CARCINOMA, HISTOPATHOLOGY, NEOPLASMS.

## INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides comienza a desarrollarse en el día 24 de la embriogénesis y es identificable como un segmento de células mesodérmicas en el piso de la faringe entre la primera y la segunda bolsa. Posteriormente, la glándula desciende en un camino en forma de S, anterior a la tráquea, y llega al cartílago tiroideo a la séptima semana. Durante el descenso, la conexión entre la glándula tiroides y el piso de la faringe (agujero ciego) puede persistir para formar un conducto tirogloso. Las secreciones de las células que recubren el conducto remanente forman quistes del conducto tirogloso. Los quistes del conducto tirogloso son la anomalía cervical congénita más común en la infancia, con una frecuencia del 70% y alrededor del 7% en adultos [1]. La afección es más común en mujeres que en hombres (relación 1.5: 1). Alrededor del 1% de los quistes del conducto tirogloso son histológicamente malignos, pero el pronóstico generalmente es bueno [1-3].

Los cambios malignos en un quiste del conducto tirogloso (TGDC, del inglés Thyroglossal duct cyst) son muy raros, ocurren en menos del 1% de los casos, con una mediana de 40 años y predominio también en el sexo femenino [4]. Cuando ocurre, el tipo histopatológico más frecuentemente observado es el carcinoma papilar; el diagnóstico definitivo casi siempre es posterior al tratamiento quirúrgico del quiste de tirogloso [5].

El diagnóstico de quiste de conducto tirogloso debe ser realizado mediante un examen físico detallado de cabeza y cuello, con palpación completa de cuello, con el objetivo de identificar el quiste, la glándula tiroides y las cadenas linfonodales. El estudio de imagen más utilizado para el diagnóstico es la ecografía de cuello, que posee un 90% de precisión; es importante para la confirmación de la sospecha diagnóstica, para descartar agenesia o localización anómala de la glándula tiroides, además de ello podría describir la relación anatómica del quiste y el hueso hioides, así como la presencia de tejido tiroideo ectópico [6]. El tratamiento de los quistes del conducto tirogloso es quirúrgico; generalmente se recomienda la resección del quiste y parte del hueso hioides (cirugía de Sistrunk) para evitar la recurrencia; en varios casos además del abultamiento, hay una historia de procesos repetidos de infección, trayectos fistulosos y alteraciones estéticas [7].

El cuadro clínico es similar al del quiste tirogloso; basado en estudios poblacionales, suele presentarse como una masa de presentación en la línea media cervical anterior, de diámetro mayor a 3 cm, de consistencia dura, movilidad reducida, crecimiento progresivo; con probables linfonodomegalias sospechosas, que orientan o descartarían la presencia de neoplasia [7].

Histológicamente la gran mayoría de los tumores malignos asociados con TGDC son carcinoma papilar (PTC, del inglés papillary thyroid carcinoma), en el 85.5% de los casos, aunque también se ha descrito carcinoma de células escamosas (6.6%), adenocarcinoma folicular (1.1%) y otros tipos histológicos en menores frecuencias [8].

Los PTC de TGDC son morfológicamente idénticos a los que surgen en la glándula tiroides y pueden reconocerse por su arquitectura papilar y / o folicular, la presencia de características nucleares de PTC clásicas y frecuentemente un patrón de crecimiento infiltrativo [9]. La afectación de los tejidos blandos pericísticos es un hallazgo común. Se cree que los carcinomas de TGDC representan neoplasias primarias que surgen del tejido ectópico de la glándula tiroides que se encuentra comúnmente en los TGDC [10]. Existe una considera-

ción teórica de que estos tumores pueden representar metástasis de un carcinoma primario de la glándula tiroides. Si bien se ha informado la presencia de un carcinoma papilar concurrente de la glándula tiroides en el 17- 83 % de los pacientes con TGDCa (del inglés Thyroglossal duct cyst carcinoma) que se han sometido a tiroidectomía [10-13], los tumores de la glándula tiroides son microscópicos en la mayoría de los casos y las neoplasias sincrónicas se consideran carcinomas primarios independientes multifocales [10].

A continuación se presenta un reporte de caso clínico de carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso.

## CASO CLÍNICO

Se trató de una paciente de sexo femenino, de 29 años de edad, de ocupación comerciante, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia. La paciente consultó por un bulto de 3 años de evolución, localizado en la parte superior y anterior del cuello, de crecimiento lento, que no producía sintomatología; a la paciente únicamente le preocupó el aspecto estético. Al examen físico, en la parte anterior del cuello, a la altura del hueso hioides se observó y palpó una masa de 5cm x 6 cm de diámetro, 4 cm por debajo del borde submentoniano, no se encontraron adenopatías sospechosas en el cuello. El resto del examen físico fue normal.

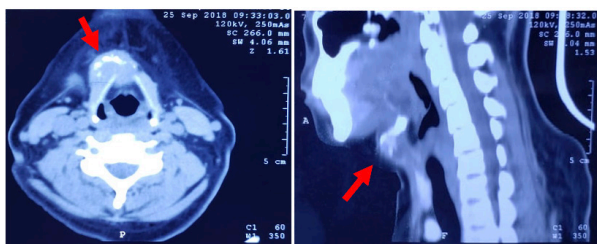
Se indicó ultrasonido de cuello y glándulas tiroides, en el mismo se reportó: glándula tiroides e istmo de características normales; presencia de una lesión ocupativa hipoeocogénica mal definida con múltiples calcios puntiformes en región submentoniana, sus diámetros fueron de 30x 14 x 27mm (6.4cc), al doppler tenía escaso flujo en su interior, impresionó originarse del tejido muscular; no se encontró alteraciones en las estructuras vasculares; no se encontraron adenopatías. La ecografía fue indicativa de un evento tumoral del cuello (Imagen 1).

**Imagen 1. Ecografía de cuello. Flechas indican: Lesión hipoeocogénica de 6.4cc submentoniana nivel III, vista desde dos ángulos diferentes.**



Dados los hallazgos de la ecografía, se decidió realizar tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo y cuello. La TAC de cuello reportó; un incremento de volumen a nivel de la línea media, por presencia de lesión ocupativa ovalada, con calcios puntiformes en su interior, evidenciándose extensión de la lesión en sentido posterior en el borde inferior del hioides, sus diámetros fueron de 21 x 11 x 26mm, con reforzamiento importante de la lesión descrita al contraste. La TAC confirmó los hallazgos ecográficos de un evento neoplásico (Imagen 2).

**Imagen 2. Tomografía simple y contrastada de cuello, cortes axial y sagital. Flechas indican: Tejido neoplásico ovalado en línea media anexo al hueso hioides.**

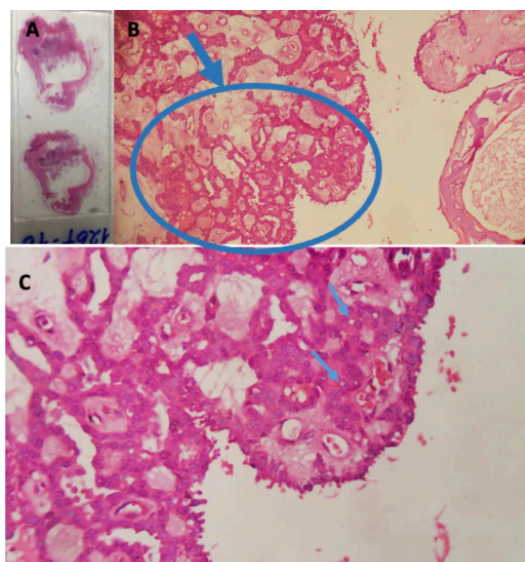


Con los datos del examen físico y los estudios complementarios de imagen se llegó al diagnóstico de masa cervical, con sospecha de quiste tirogloso. Se indicó tratamiento quirúrgico.

Se realizó una cervicotomía transversa; en el transquirúrgico se identifica masa de 4 x 3.5cm aproximadamente, bien delimitada, localizada sobre el hueso hioides, macroscópicamente fue compatible con quiste del ducto tirogloso. Se realizó resección de la base del hueso hioides. Se envió la pieza a estudio de patología. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones.

Paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones postquirúrgicas. Días posteriores al procedimiento quirúrgico se recibió resultado histopatológico de la masa que reportó: quiste tirogloso con tejido tiroideo intraquistico compatible con carcinoma papilar, tamaño tumoral de 9mm, microcalcificaciones presentes, no tiene permeación linfocelular; bordes quirúrgicos libres (Imagen 3).

**Imagen 3. Examen Histopatológico de la muestra. A. Placa de tejido. B. Múltiples papilas al interior de quiste tirogloso, rodeadas de células epiteliales y tejido conectivo en vasos en su interior. C. carcinoma papilar de tiroides con células con núcleo pálido o vacío.**



## EVOLUCIÓN

Paciente con masa cervical, quiste tirogloso, que fue sometida a procedimiento de Sistrunk; posteriormente de manera incidental en el resultado de patología de la muestra se evidenció carcinoma papilar de tiroides al interior del quiste tirogloso, por lo que se discutió el caso. De acuerdo a la clasificación de Tharmabala y Kan-

than, se consideró bajo riesgo; por lo que se decidió indicar control y seguimiento. La paciente se ha mantenido en seguimiento por 30 meses, sin recurrencia hasta la fecha. No se consideró tiroidectomía por ser una neoplasia tiroidea de localización ectópica, intraquistica, variante convencional, sin infiltración linfocelular, bordes negativos, considerada de bajo riesgo de recurrencia

## DISCUSIÓN

El presente reporte trató de un caso poco frecuente de cáncer de tiroides dentro de un quiste tirogloso, que, como en la mayoría de casos descritos fue descubierto de manera incidental. En el presente caso se clasificó bajo riesgo de recidiva, por lo que la paciente se mantiene en controles por un lapso de más de 2 años, sin recurrencia hasta el momento.

Los estudios de imagen son de gran importancia en el diagnóstico; la tomografía es útil para evaluar la relación de la masa con el hueso hioides, las características de las estructuras adyacentes, el grosor de las paredes, los márgenes, los septos internos, el engrosamiento del anillo, la densidad interna y la presencia o ausencia de tejido tiroideo. La presencia de un componente sólido, nódulo mural o calcificaciones dentro de una masa quística de cuello, se han sugerido como características útiles para el reconocimiento de un carcinoma dentro de un TGDC [14-15]. El ultrasonido también tiene alguna utilidad para el diagnóstico diferencial, especialmente al evaluar microcalcificaciones y características al uso del doppler, adicionalmente es de mucha ayuda en la evaluación de la glándula tiroides y los ganglios cervicales [16]. La biopsia aspirativa con aguja fina permite el diagnóstico pre-operatorio; aunque no son raros los resultados falsos negativos y no siempre hay signos imagenológicos que orienten a la sospecha diagnóstica de carcinoma [5]. En la mayoría de casos el diagnóstico es incidental tras la cirugía [15].

El origen de la malignización es desconocido, pudiendo corresponder a una neoplasia primaria del ducto tirogloso, metástasis de carcinoma primario de tiroides o neoplasia primaria del tejido tiroideo ectópico en el quiste tirogloso [5]. Dada la ubicación cervical en la línea media de los TGDCa, la distinción de esta lesión de un PTC de la glándula tiroides que involucra el lóbulo piramidal o metastásico al ganglio linfático Delfiano es una consideración importante [10, 17, 18].

En el carcinoma tiroideo de quiste de conducto tirogloso, la metástasis a ganglios linfáticos oscila entre 7 y 12%, porcentaje menor comparado al carcinoma papilar de tiroides de manera global; la disección cervical debería ser reservada sólo para los pacientes con ganglios clínicamente positivos posterior a la resección del quiste tirogloso [15].

El tratamiento recomendado del TGDCa es similar al del quiste tirogloso y consiste en la cirugía de Sistrunk (descrita en 1920), en la cual no solo se reseca la lesión quística, sino también la porción media del hueso hioides por cuyo interior transita el conducto tirogloso: de esta forma se evitan las recidivas. La tiroidectomía es muy discutida; en la mayoría de los casos el TGDCa se diagnostica luego del tratamiento quirúrgico primario y por lo tanto el paciente debería ser re-intervenido para la tiroidectomía; la presencia de focos de carcinoma en la tiroides coexistentes con TGDCa se observa en el 11% al 25% de los pacientes y este es el principal motivo por el que muchos autores apoyan este abordaje terapéutico; algunos coinciden en realizar la tiroidectomía si el carcinoma invade más allá de la pared del quiste, mientras que otros recomiendan la tiroidectomía cuando el carcinoma dentro del quiste es superior a los 10 mm [19]. No existe un consenso acerca del tratamiento óptimo del cáncer papilar de tiroides del conducto tirogloso; esto se debe a lo raro del padecimiento; aún existe controversia sobre si la cirugía de Sistrunk debería ser acompañada de tiroidectomía total, y si esta debería realizarse con o sin vaciamiento ganglionar [5,18].

Tharmabala y Kanthan [20] propusieron una clasificación del riesgo para el paciente, posterior a una cirugía de Sistrunk, basándose en los parámetros como: edad, sexo, aspecto de la glándula tiroidea, tamaño del tumor, histología de la lesión, márgenes de resección, focos de carcinoma, invasión de la pared del quiste, invasión vascular y linfonodal; con el objetivo de que se pueda tomar la decisión terapéutica adecuada en base a los beneficios para el paciente. Para el grupo de bajo riesgo el tratamiento propuesto es la cirugía de Sistrunk, acompañada de terapia de supresión hormonal según el caso, y seguimiento al paciente. En los grupos de riesgo medio y alto, los autores recomiendan tiroidectomía total y dependiendo del caso, otras terapias adyuvantes [7,20].

La resección del quiste puede ser tratamiento suficiente en pacientes de bajo riesgo (sin metástasis a distancia, resección macroscópica completa, histologías no agresivas, sin invasión vascular, sin metástasis a ganglios cervicales, edad menor de 45 años, sin historia de radiación, tumores de tamaño menor a 4 centímetros), de acuerdo con las características descritas en las guías clínicas de la Asociación Americana de Tiroides [15].

Los pacientes a quienes se les realiza tiroidectomía, permiten un mejor seguimiento mediante la dosificación de tiroglobulina, la cual, en ausencia de tejido tiroideo, es uno de los marcadores más sensibles para la detección temprana de metástasis o recidiva local de carcinoma diferenciado de tiroides [21].

**Tabla 1. Clasificación de riesgo acorde a Tharmabala y Kanthan.**

	Bajo riesgo	Medio riesgo	Alto riesgo
<b>Edad</b>	Menor de 40	Mayor de 40	Mayor de 40
<b>Sexo</b>	-	Femenino	Femenino
<b>Morfología tiroidea</b>	Normal	Presencia de masa	Presencia de masa
<b>Tamaño tumoral</b>	< 1 cm	> 1 cm	> 1 cm
<b>Histología</b>	Célula clásica	Célula columnar	Célula columnar
<b>Márgenes</b>	Libres	Comprometidos	Comprometidos
<b>Focos metastásicos</b>	Unifocal	Multifocal	Multifocal
<b>Invasión de la pared del quiste</b>	No	Si	Si
<b>Invasión vascular y linfonodal</b>	No	No	Si

**Fuente:** Menderico G, Rodrigues G. Tratamiento do carcinoma papilar em quiste do conduto tirogloso. Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço. 2017; 46(1):39-42.

Algunas series reportan que el tipo de cirugía afecta el pronóstico; así los pacientes con resecciones simples tienen una supervivencia a 10 años de 75% y los tratados con Sistrunk de 100%. La metástasis a ganglios regionales en el cáncer de quiste de conducto tirogloso ha sido reportada hasta en 88%; la disección central permite encontrar metástasis ocultas en ganglios regionales y modificar nuestra conducta de acuerdo con los hallazgos de patología. A pesar de que es claro que los ganglios laterales son relevo regional en el cáncer tiroideo, no está recomendada la disección lateral por ningún autor [15,20,22.] Por lo anterior, el manejo de los ganglios en caso de tratarse de carcinoma de un quiste de conducto tirogloso se deberá realizar de acuerdo con las guías descritas para cáncer bien diferenciado de tiroides.

Las indicaciones para terapia con yodo radioactivo y supresión de TSH deberán seguir los mismos principios que para el carcinoma papilar de tiroides, de acuerdo al grupo de riesgo en el cual se agrupe cada caso en particular [14,15]. El pronóstico del PTC de TGDC luego de la cirugía es excelente y la curación ocurre en el 95% de los casos [19].

## CONCLUSIÓN

Aunque su incidencia es baja, el carcinoma papilar de tiroides puede presentarse dentro de un quiste del conducto tirogloso; la incidencia es ligeramente mayor en la población femenina. El diagnóstico en la mayoría de casos es posterior al tratamiento quirúrgico. La elección del tratamiento debe ser individualizada en cada caso, en base al riesgo de recurrencia y metástasis, siguiendo las recomendaciones establecidas en la actualidad.

## ABREVIATURAS

TGDC: (del inglés Cyst of the Thyroglossal Duct) quiste del conducto tirogloso, TGDCa: (del inglés Thyroglossal Duct Cyst Carcinoma) carcinoma de quiste de conducto tirogloso, PTC: ( del inglés Papillary Thyroid Carcinoma) carcinoma papilar de tiroides, ATA: American Thyroid Association, TAC: tomografía axial computarizada.

## AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias.

## FINANCIAMIENTO

El presente fue un trabajo autofinanciado por todos los autores.

## DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES







Para la revisión literaria, y correlación de conductas terapéuticas adaptadas en los diferentes casos reportados para con este trabajo, se indagó en bases de datos de: PubMed, en revistas consensuadas de Sociedades de Cabeza y Cuello/ Otorrinolaringología/ Endocrinología/ Patología que son de renombre mundial (Sociedade Brasileira de Cabeça e Pescoço, Asociación Argentina de Cabeza y Cuello, ATA Guidelines 2015, Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello – Colombia, Acta Otorrinolaringológica Española, The Japan Endocrine Society entre otras más). Los datos del reporte se obtuvieron del Archivo Médico del paciente.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

JA, HG, TJ, AP, PO, LC: Idea, análisis clínico y desarrollo del caso clínico, análisis crítico del artículo. HG, PO: recolección de datos. JA, TJ, LC,

AP: redacción del manuscrito y revisión bibliográfica. PO: evaluación de muestra histopatológica. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Tatiana Elizabeth Jaramillo Herrera. Médico General: Residente en funciones hospitalarias del servicio de cirugía del Hospital Manuel Ygnacio Monteros – IESS – Loja.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6851-2211>
- Jonathan Adrian Abarca Cuenca. Médico General: Residente en funciones hospitalarias del servicio de cirugía del Hospital Manuel Ygnacio Monteros – IESS – Loja.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2274-8055>
- Luis Michael Cueva Villalta. Médico General, Postgrado de Otorrinolaringología – Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Cuba.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6317-0355>
- Ana Luisa Pérez Bustan. Médico General – Auditoría en Hospital Vilcabamba, Ministerio de Salud Pública. Loja- Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4771-9448>
- Hernán Garrido Cisneros. Cirujano Oncólogo, en MediHospital. Loja- Ecuador  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4934-7622>
- Pablo Fernando Ortega Espinoza. Patólogo – Dermatopatólogo en MediHospital. Loja- Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6855-8252>

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reportan conflictos de interés.

## CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Todos los autores dieron su consentimiento para la publicación del presente.

## APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores declaran que se cuenta con el consentimiento informado por parte de la paciente para la publicación del presente caso clínico, se mantiene siempre la confidencialidad de la identidad.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Jaramillo T, Abarca J, Cueva L, Pérez A, Garrido H, Ortega P. Reporte de caso clínico: Carcinoma papilar en quiste del conducto tirogloso. Rev Med HJCA. 2021; 13 (2): 131-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2021.13.2.cc.21>

## PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/50359195/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martins AS, Melo GM, Tincani AJ, Lage HT, Matos PS. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct: case report. São Paulo Med J.1999; 117(6):248-50. DOI: 10.1590/s1516-3180199900600005.
- Fernandez JF, Ordoñez NG, Schultz PN, Samaan NA, Hickey RC. Thyroglossal duct carcinoma. Surgery. 1991; 110(6):928-934.
- Joseph TJ, Komorowski RA. Thyroglossal duct carcinoma. Hum Pathol. 1975; 6(6):717-729. DOI: 10.1016/s0046-8177(75)80080-3.
- Choi YM, Kim TY, Song DE, Hong SJ, Jang EK, Jeon MJ, et al. Papillary thyroid carcinoma arising from a thyroglossal duct cyst: a single institution experience. Endocr J. 2013; 60 (5): 665-670. DOI: 10.1507/endocrj.ej12-0366
- Steck JH, Menon DN, Gomes de Souza AL, Fraianella L, Ferramol RB, Carcinoma papilífero em cisto do ducto tireogloso – a tireoidectomia é necessária? Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2007; 36(1): 9 – 11. Disponible en: [http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/2007\\_361-9-11.pdf](http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/2007_361-9-11.pdf)
- Menderico G, Rodrigues G. Tratamento do carcinoma papilar em quiste del conducto tirogloso. Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço. 2017; 46(1):39-42. Disponible en: <http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2017/08/Rev-SBCCP-46-1-completa.pdf>
- Herter N, Disontogênese, Disorganogênese, Disormonogênese, e Carcinogênese, em afecções de remanescentes do ducto tireogloso, Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço 2006; 35( 3):190 – 196. Disponible en: [http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/2006\\_353-190-196.pdf](http://www.sbccc.org.br/wp-content/uploads/2014/11/2006_353-190-196.pdf)
- Allard RH. The thyroglossal cyst. Head Neck Surg. 1982;5(2): 134–146. DOI: 10.1002/hed.2890050209.
- Pellegriti G, Lumera G, Malandrino P, Latina A, Masucci R, Scollo C, et al. Thyroid cancer in thyroglossal duct cysts requires a specific approach due to its unpredictable extension. J Clin Endocrinol Metab. 2013; 98(2):458–465. DOI: 10.1210/jc.2012-1952.
- Thompson L, Herrera HB, Lau SK. Thyroglossal Duct Cyst Carcinomas: A Clinicopathologic Series of 22 Cases with Staging Recommendations. Head and Neck Pathol. 2017;11(2):175–185. DOI: 10.1007/s12105-016-0757-y
- Olimpia CM, Carvalho MA, Zagalo C, Leite V, Brito JAA, Vera- Cruz P. Papillary thyroid carcinoma of thyroglossal duct cyst: a retrospective analysis. Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2012; 133(4-5):213–216. DOI: 10.1007/s12105-017-0807-0
- Forest VI, Murali R, Clark JR. Thyroglossal duct cyst carcinoma: case series. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2011; 40(2):151–156. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21453651/>
- Jaques DA, Chambers RG, Oertel JE. Thyroglossal tract carcinoma. A review of the literature and addition of eighteen cases. Am J Surg. 1970; 120(4):439–446. DOI: 10.1016/s0002-9610(70)80003-4.
- Haugen B, Alexander E, Bible K, Doherty G, Mandel S, Nikiforov Y, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016; 26 (1): 1-133. DOI: 10.1089/thy.2015.0020.
- Fonseca-Morales J, Rodríguez-Vega C, Ruiz-Rodríguez C, Garrido-Sánchez G, Guillén-Hernández G. Carcinoma papilar de quiste tirogloso: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev. sanid. mil. [revista en la Internet]. 2018; 72( 1): 62-65. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0301-696X2018000100062&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100062&lng=es). Epub 20-Ago-2019
- López-Gómez J, Salazar-Álvarez MA, Granados-García M. Papillary carcinoma of hyoid. Int J Surg Case Rep. 2016; 28: 241-245. DOI: 10.1016/j.ijscr.2016.09.043
- Wei S, LiVolsi VA, Baloch ZW. Pathology of thyroglossal duct: an institutional experience. Endocr Pathol. 2015; 26(1):75–79. DOI: 10.1007/s12022-015-9354-y
- Zizic M, Faquin W, Stephen AE, Kamani D, Nehme R, Slough C, et al. Upper neck papillary thyroid cancer (UPTC): a new proposed term for the composite of thyroglossal duct cyst-associated papillary thyroid cancer, pyramidal lobe papillary thyroid cancer, and Delphian node papillary thyroid cancer metastasis. Laryngoscope. 2016;126(7): 1709 –14. DOI: 10.1002/lary.25824.
- Lambertini R, Mullen E, Broger N. Tumores del quiste tirogloso, Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2008; 28 (1):25: 27. Disponible en: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/7862\\_28-1-09-HI-ateneo-lambertini.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/7862_28-1-09-HI-ateneo-lambertini.pdf)
- Tharmabala M, Kanthan R. Incidental thyroid papillary carcinoma in a thyroglossal duct cyst-management dilemmas. Int J Surg Case Rep. 2013;4(1):58-61. DOI: 10.1016/j.ijscr.2012.10.003
- Patrucco , Faure E, Nistal C, Moldes S, Carassai M. Carcinoma papilar en quiste tirogloso. Propuesta de algoritmo diagnóstico y terapéutico. REVISTA FASO. 2015; 22(1): 63-69. Disponible en : <http://faso.org.ar/revistas/2015/1/11.pdf>
- Plaza C, Dominguez M, Eloy- García C, Martínez L, de la Fuente A. Management of well-differentiated thyroglossal remnant thyroid carcinoma: time to close the debate? Report of five new cases and proposal of a definitive algorithm for treatment. Ann Surg Oncol. 2006; 13: 745-752. DOI: <https://doi.org/10.1245/ASO.2006.05.022>