

# Carcinoma papilar esclerosante de tiroides

## Variedad esclerosante difusa. A propósito de un caso

Dres. José F. Maggiolo<sup>1</sup>, Marta Chiossoni<sup>2</sup>, Hilmer Bowley<sup>3</sup>, Edgardo Almeida<sup>4</sup>,  
Elisa Lara<sup>4</sup>, Luis Bergalli<sup>6</sup>, Héctor Navarrete<sup>7</sup>

### Resumen

*Presentamos una variedad particular de carcinoma papilar de tiroides llamada Carcinoma Papilar Difusamente Esclerosante. Esta lesión tiene diferencias de presentación clínica y anatomopatológica que permiten distinguirla. La importancia práctica de su diagnóstico radica en su tratamiento particularmente agresivo y su peor pronóstico comparado con las otras variedades de carcinoma papilar de tiroides.*

**Palabras clave:** Neoplasmas  
Anatomía patológica

### Summary

*We report a distinctive variant of thyroid papillary carcinoma designated as "Diffuse Sclerosing Papillary Carcinoma", this lesion is characterized by clinical and morphologic aspects. The practical importance of the recognition of this variant of papillary carcinoma lies in the more aggressive therapeutic approach that might be needed to eradicate it and the bad prognosis it has if we compare it with the conventional papillary carcinoma.*

### Introducción

Hemos traído a nuestra Sociedad de Cirugía un caso clínico de carcinoma papilar de tiroides multicéntrico cuyo estudio anatomopatológico detallado evidenció algunos elementos morfológicos que nos llevaron a pensar que estamos ante una variedad

infrecuente de carcinoma papilar llamada Carcinoma Papilar Difusamente Esclerosante (CPDE).

Queremos discutir con ustedes la posibilidad que este planteo sea correcto.

No hemos encontrado en la bibliografía nacional referencias sobre esta forma de cáncer tiroideo. En la literatura extranjera la casuística más extensa consta de 15 casos. Por último las implicancias pronósticas y terapéuticas de este diagnóstico son de singular importancia.

### Casuística

Paciente de 21 años, sexo femenino, que ingresa enviada de policlínica endocrinológica por nódulo tiroideo de 4 meses de evolución. Eutiroidea, sin elementos de compresión local ni de inflamación. Al examen físico se comprueba un buen estado general, nódulo ístmico de 1 cm de diámetro, nódulo polar inferior derecho de 15 mm. No se palpan adenopatías en cuello. Resto del examen normal.

La punción citológica mostró en el lóbulo derecho un citograma compatible con un nódulo coloide quístico con hemorragia evolucionada. En el lóbulo izquierdo mostró un citograma parenquimatoso con placas de células tiroideas medianas, anisocariosis y núcleos prominentes.

La ecografía mostró una zona de ecoestructura conservada con ecos disminuidos en los 2/3 inferiores del lóbulo derecho. El lóbulo izquierdo era de ecoestructura irregular.

El centellograma mostró un área hipocaptante en la mitad inferior del lóbulo derecho y una distribución uniforme del radiofármaco en el resto del parénquima.

La valoración hormonal tiroidea fue normal.

La radiografía de tórax fue normal al igual que el resto de la paraclínica.

Se operó el 28 de febrero de 1990 con diagnóstico de bocio multinodular destacándose que presen-

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "2". Director Prof. Celso Silva. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo. <sup>1</sup> Residente de Clínica Quirúrgica. <sup>2</sup> Subjefe de Anatomía Patológica del Hospital Maciel. <sup>3</sup> Prof. Adj. Clínica Quirúrgica, <sup>4</sup> Residentes de Anatomía Patológica Hospital Maciel. <sup>5</sup> Prof. Agr. Clínica Quirúrgica. <sup>6</sup> Jefe del Servicio de Anatomía Patológica Hospital Maciel. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de setiembre de 1990

**Correspondencia:** Dr. J. Maggiolo.  
Jaime Zudañez 2863. 11300 Montevideo.

taba un nódulo ístmico y una citología sospechosa de malignidad.

Durante la operación se comprobó un nódulo ístmico de 12 mm y un nódulo polar inferior derecho de 15 mm. El lóbulo izquierdo era de aspecto normal. No había adenopatías.

Se efectuó una istmectomía y lobectomía derecha y se envió el material para biopsia extemporánea.

Este último no fue concluyente por lo que se decidió aguardar el estudio definitivo por inclusión en parafina.

El estudio anatomopatológico diferido mostró carcinoma papilar multicéntrico (dos nódulos en el lóbulo derecho y uno ístmico) en el que se destaca una intensa metaplasia escamosa, esclerosis intersticial; importante infiltración mononuclear; formaciones papilares tumorales a nivel de espacios limitados por tejido endotelial similar al de los linfáticos y numerosos cuerpos de psamoma.

Todos estos elementos condujeron al planteo de que se trataba de un carcinoma papilar difusamente esclerosante.

Se decidió reoperar a la paciente para completar la tiroidectomía dado que se trataba de un carcinoma multicéntrico. Se operó el 16 de mayo de 1990. La evolución fue buena. Se dio el alta con tratamiento hormonal sustitutivo a permanencia.

## Conclusiones

Entre las variedades morfológicas del carcinoma papilar de tiroides que han sido reconocidas se mencionan: 1) variedad folicular; 2) variedad encapsulada; 3) variedad esclerosante oculta (microcarcinoma) <sup>(1)</sup>.

Se agrega a estas una cuarta variedad que es el carcinoma papilar difusamente esclerosante <sup>(2)</sup>.

Cuando se lo compara con el carcinoma papilar común esta variedad tiene las siguientes características clínicas: 1) similar predilección por el sexo femenino; 2) edad de presentación más temprana <sup>(3,4)</sup>; 3) mayor frecuencia de compromiso de los ganglios linfáticos de cuello; 4) mayor incidencia de metástasis pulmonares <sup>(4)</sup>; 5) menor probabilidad de sobrevida libre de enfermedad <sup>(3)</sup>.

Todos estos elementos se ponen claramente en evidencia al analizar la casuística de M.L. Carcangiu y S. Bianchi sobre 15 casos recogidos en dos centros de referencia (Universidad de Florencia-Italia y Universidad de Yale, USA) <sup>(5)</sup>.

En esta casuística, la más numerosa publicada hasta el momento, se destaca la amplia predominancia femenina (12 en 15), la existencia de ganglios linfáticos en cuello en 9 de 15 casos. La aparición en la evolución de metástasis ganglionares cer-

vicales en 8 de 15 casos y pulmonares en 3 casos. Por último es destacable que en 5 casos los pacientes se encontraban vivos pero con evidencias de enfermedad al cabo de 7 años en un caso, 8 años en dos casos y 10 años en otros dos casos.

Los hallazgos morfológicos que caracterizan a esta enfermedad son: 1) compromiso difuso de uno o ambos lóbulos; 2) estructuras micropapilares ubicadas a nivel de espacios que semejan vasos linfáticos; 3) metaplasia escamosa extensiva; 4) gran número de cuerpos de Psamoma; 5) importante infiltración linfática y 6) fibrosis prominente. Es de destacar que ninguno de estos elementos aislado es específico de esta lesión, siendo lo característico el hallazgo de todos estos juntos. El más destacable quizás sea la marcada infiltración linfática, ya que condicionaría los otros hallazgos morfológicos y el comportamiento tumoral <sup>(5)</sup>.

El tratamiento de este tumor es motivo de controversia.

Algunos autores proponen la tiroidectomía total seguida de administración profiláctica de lodo radiactivo <sup>(6)</sup>.

Otros se inclinan por un procedimiento más conservador evitando la irradiación posoperatoria en la mayoría de los casos <sup>(3,5,7,8)</sup>.

La conducta más aceptada actualmente es la de realizar una tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar (si hay adenopatías en la exploración) seguido de administración de lodo radiactivo, en un esfuerzo por mejorar la sobrevida y el tiempo libre de enfermedad. Fundamentan esta posición en la tendencia a una rápida difusión tumoral tanto local como general.

## Bibliografía

1. **Hedinger C.** Histological Classification of Tumors. World Health Organization. 2nd ed Berlin: Springer Verlag 1988: 10-1.
2. **Vickery AL, Carcangiu ML, Johannessen JV, Sobrinho-Simoes H.** Papillary Carcinoma. Session 1 of Thyroid Tumor Pathology. Semin Diagn Pathol 1985; 2: 90-100.
3. **Carcangiu ML, Bianchi S.** Diffuse Sclerosing Variant of Papillary Thyroid Carcinoma. Clinicopathologic Study of 15 cases. Am J Surg Pathol 1989; 13(12): 1041-9.
4. **Soares J, Limbert E, Sobrinho-Simoes M.** Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma. A clinicopathologic study of 10 cases (abstract) Pathol. Res Pract 1987; 182: 557-8.
5. **Carcangiu ML, Zampi G, Pupi A, Castagnoli A, Rosai J.** Papillary Carcinoma of the Thyroid: A clinicopathologic study of 241 cases treated at the University of Florence, Italy. Cancer 1985; 55: 805-28.
6. **Mazzaferri EL.** Papillary thyroid carcinoma: factors influencing prognosis and current therapy. Semin Oncol 1987; 14: 315-32.
7. **Hay ID, Grant CS, Taylor WE, McConeahy WM.** Ipsilateral Lobectomy versus bilateral resection in Papillary Thyroid Carcinoma. A retrospective analysis of surgical outcome using a novel prognostic scoring system. Surgery 1987; 102: 1088-95.
8. **Vickery AL (Jr), Wang CA, Walker AM.** Treatment of intrathyroidal Papillary Carcinoma of the Thyroid. Cancer 1987; 60: 2587-95.