

Caso clínico 3

TERATOMA TIROIDEO EN EL ADULTO

DRES. MORENO VALOR A, PAGALDAY L, GARCÍA MARTÍN M, TORRICO ROMÁN P.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ) Y HOSPITAL DE MÉRIDA (BADAJOZ).

Introducción

Los teratomas son tumores que contienen elementos de las tres hojas germinativas. Anatómopatológicamente se describen según la madurez de los tejidos en teratoma maduro o inmaduro o malignizarse a carcinoma⁽¹⁾. La mayoría tiene su origen en las gónadas, siendo la localización más frecuente extragonadal el retroperitoneo y el mediastino. Son muy inusuales en localización cervical y excepcionales en la glándula tiroidea.

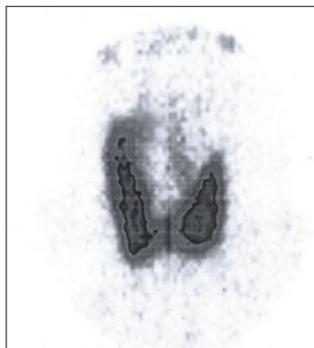


FIGURA 1: Gammagrafía tiroidea normal. No hay evidencia de tejido tiroideo funcionando en la masa cervical que se estudia.

Descripción del caso

Varón de 42 años de edad acude a nuestro centro por sospecha de quiste del conducto tirogloso endotorácico que, aunque raro, las pruebas complementarias lo suscitan como diagnóstico más probable.

Pruebas complementarias:

Analítica con hormonas tiroideas dentro del rango normal. Se realizan varias punciones aspiraciones con aguja fina (PAAF): material coloide y escamas de queratina con ausencia de celularidad. Una de las punciones sugiere quiste del conducto tirogloso.

Gammagrafía tiroidea: normal (figura 1).

Tomografía axial computarizada (TAC) cervical: masa quística en línea media cervical anterior en contacto con LTI. Subjetivo de quiste del conducto tirogloso (figuras 2 y 3).

Ecografía cervical: masa quística de 6,5 cm de diámetro de paredes engrosadas, hipoecogénica, espiculada e irregular, inferior al LTI que lo desplaza (figura 4). Ante tales hallazgos se realiza cervicotomía exploradora para exéresis y estudio de la lesión.

Hallazgos intraoperatorios: formación quística de 7x5 cm y contenido caseoso amarillento, que asienta en los 5 primeros anillos traqueales, inferior a una glándula tiroidea ectópica (superior a la laringe). La lesión se encuentra adherida a la musculatura prelaríngea, glándula tiroidea y tráquea. Se intenta sin éxito localizar al nervio laríngeo recurrente (NLR) al existir tejido fibroso adherido a su lecho. Remitimos a estudio diferido anatómopatológico (AP) la masa en estudio, conservándose la glándula tiroidea.

El estudio AP resultante es de teratoma quístico maduro. El paciente sufre parálisis de cuerda vocal izquierda (CVI) post-

operatoria. Realizamos una infiltración de Radiesse en 2015 con mejoría posterior, se le plantea tiroplastía pero el paciente lo rechaza, estando en seguimiento por nosotros hasta 2019 (8 años).

Discusión

Los teratomas son tumores que contienen elementos de las tres hojas germinativas (endodermo, mesodermo y ectodermo). Anatómopatológicamente se describen como tipo maduro, inmaduro o carcinoma según el grado de inmadurez de los tejidos⁽¹⁾.

Comúnmente se originan en niños y son benignos⁽⁷⁾. En el adulto es poco frecuente y suele ser maligno (más frecuente en hombres entre la 3ª y 4ª década de la vida). Generalmente, son de origen gonadal, son los tumores de células germinales que más comúnmente se desarrollan extragonadalmente (describiéndose en la literatura de un 2 a 5%)⁽⁴⁾ que se hallan en mediastino (50-70%) o retroperitoneo (30/40%)⁽⁴⁾. Por tanto, el teratoma de origen tiroideo es inusual, la mayoría aparece en niños donde suele ser benigno, cuando aparece en adultos, la mayoría son malignos^(1,4).

El primer caso de teratoma tiroideo en el adulto fue descrito en 1908⁽²⁾, hasta el momento hay descritos 50 casos de teratoma tiroideo en el adulto, aproximadamente (menos de 40 casos de tipo maligno y 11 casos de tipo benigno)^(1,2,3,4,5).

El teratoma maduro está formado exclusivamente por tejido bien diferenciado. El teratoma inmaduro presenta áreas de neuroepitelio y tejido mesenquimal inmaduro, la mayoría presenta rabiomioblastos y cartilago inmaduro. Los malignos contienen proliferación maligna de tipo somática (adenocarcinoma, sarcomas...) o de células germinales (tumor del saco vitelino o carcinoma embrionario)⁽³⁾.

Macroscópicamente el teratoma tiroideo está bien encapsulado, lobulado y con formaciones quísticas, pudiendo haber anejos cutáneos, piezas dentarias, tejido quístico...⁽¹⁾. Microscópicamente, encontramos espacios quísticos tapizados por epitelio de tipo respiratorio o digestivo, tejido conjuntivo fibroso, car-

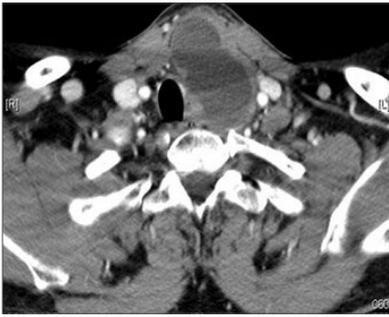


FIGURA 2: Tomografía axial computerizada (TAC) cervical en su plano axial. Masa quística en línea media cervical anterior en contacto con LTI, con pared gruesa, contenido de baja densidad y polo sólido en pared posterior de 15 mm. Adenopatías subcentrímeticas bilaterales. Hallazgos subjetivos de quiste del conducto tirogloso.



FIGURA 3: Tomografía axial computerizada (TAC) cervical en su plano coronal. Masa quística en línea media cervical anterior en contacto con LTI, con pared gruesa, contenido de baja densidad y polo sólido en pared posterior de 15 mm. Adenopatías subcentrímeticas bilaterales. Hallazgos subjetivos de quiste del conducto tirogloso.

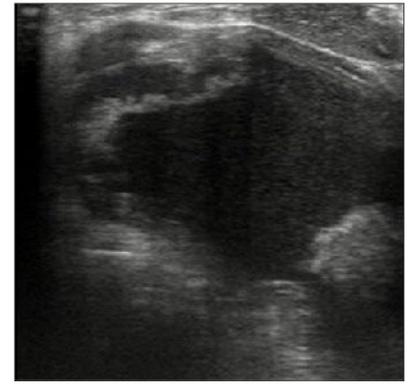


FIGURA 4: Ecografía cervical. Masa quística de 6,5 cm de diámetro con paredes engrosadas, que contacta y desplaza el polo inferior del LTI. Resto normal.

tilaginoso maduro, tejidos glandulares (pancreático en particular), fibras musculares lisas y anejos cutáneos. En el 70% de los casos predomina, según Hadju, tejidos nerviosos neuroectodérmicos (cerebral, retiniano o ependimario). Puede encontrarse alguna vesícula tiroidea típica, aunque no es imprescindible para el diagnóstico. Ante esto, Silberman y Mendelson describen que un teratoma cervical se considera teratoma tiroideo cuando el tumor ocupa parte de la glándula, hay una continuidad directa entre el tumor y la glándula tiroides (como en nuestro caso), o hay un teratoma cervical en ausencia total de la glándula tiroides⁽¹⁾. Esta última circunstancia se ha explicado así: lo más probable es que la glándula tiroides haya sido totalmente reemplazada por el tumor, o que el tumor se desarrolle en el anclaje tiroideo con falta de progresión en la formación de una glándula tiroides madura.

Sospecharemos teratoma maligno cuando hay infiltración masiva de la glándula o tejidos circundantes, embolias tumorales intravasculares y metastásis tumorales. Ante un teratoma maligno, hay que considerar la rara posibilidad de que sea una metastásis intratiroidea de otro teratoma maligno, haciendo estudio de extensión para localizar un primario en ovario, testículo o retroperitoneo⁽¹⁾.

En resumen, se trata de un teratoma tiroideo en el adulto, de tipo maduro con glándula tiroidea ectópica (descrita su forma ectópica en el 7% de los pacientes)⁽³⁾.

Ante una patología tan infrecuente, no hay protocolo de tratamiento. Los de tipo maduro se tratan con cirugía. Los malignos tienen una vida media corta (8 meses tras cirugía sin quimioterapia adyuvante), su tratamiento es muy parecido al de los teratomas gonadales con cirugía y quimioterapia, habiéndose demostrado un aumento de supervivencia en pacientes donde se asocia trasplante de células madre autólogas. Pudiendo asociar radioterapia si hay ganglios afectados, sospecha de tejido residual microscópico afectado tras la cirugía⁽²⁾.

Conclusión

Hay descritos menos de 40 casos de teratoma tiroideo maligno en el adulto y 11 casos de teratoma tiroideo benigno en la bibliografía revisada^(1,2,3,4,5). La literatura solo reporta un caso de teratoma tiroideo asociado a glándula ectópica, descrito en 2009 como teratoma benigno del adulto de tipo inmaduro con glándula tiroides en el mediastino⁽³⁾.

Estos tumores suelen presentarse como tumoración cervical, habiendo otras formas de presentación como disnea, disfonía, disfagia y dolor^(1,5). Su tratamiento no está protocolizado, tratándose con cirugía los teratomas de tipo benigno, y con cirugía asociada a quimioterapia los de tipo maligno, pudiendo asociar o no radioterapia, según el caso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) P. Torrico Román, J. Pando Pinto, T. Mogollón Cano-Cortés, A. Blasco Huelva, R. Soria Corón. Teratomas tiroideos del adulto. *Acta Otorrinolaring. Esp.* 1999; 50, 1: 75-77.
- 2) Eunyoung Kim, Tae Seok Bae, Youngmee Kwon, Tae Hyun Kim, Ki-Wook Chung, Sun Wook Kim, Jungsil Ro, Eun Sook Lee. Primary Malignant Teratoma with a Primitive Neuroectodermal Tumor Component in Thyroid Gland: A Case Report. *J Korean Med Sci* 2007; 22: 568-71.
- 3) Renzo Ranaldi, M.D., Doriana Morichetti, M.D., Gaia Goteri, M.D., and Ascanio Martino, M.D. Immature Teratoma of the Mediastinum Arising in Ectopic Thyroid Tissue. A Case Report. *Anal Quant Cytol Histol* 2009; 31: 233-238.
- 4) Renate Pichler, Isabel Heidegger, Andrea Brunner, Hannes Steiner. Long-Term Follow-Up of a Primary Teratoma With Somatic-Type Malignancy Within the Thyroid Gland Mimicking Thyroid Carcinoma. *Clinical Genitourinary Cancer*. 2014; Vol. 12, No. 5, e221-4.
- 5) Ejun Nishihara, Akira Miyauchi, Mitsuyoshi Hirokawa, Takumi Kudo, Hidemi Ohye, Mitsuru Ito, Sumihisa Kubota, Shuji Fukata, Nobuyuki Amino, and Kanji Kuma. Benign Thyroid Teratomas Manifest Painful Cystic and Solid Composite Nodules. Three Case Reports and a Review of the Literature. *Endocrine*, vol. 30, no. 2, 231-236; October 2006. *ENDO (online)* ISSN 1559-0100.
- 6) Jose Ting, Diana Bell, Salmaan Ahmed, Anita Ying, Steven G. Waguespack, Shi-Ming Tu, Randal Weber, and Mark Zafereo. Primary malignant thyroid teratoma: an institutional experience. *Thyroid*, Vol. 29, No. 2, 26 Apr 2019. www.doi.org/10.1089/thy.2018.0206.
- 7) Gordan M. Vujanic, H. Rubén Harach, Predrag Minic, Nada Vuckovic. Thyroid/ cervical teratomas in children: Immunohistochemical studies for specific thyroid epithelial cell markers. *Pediatric pathology*, 1993; 14: 369-375.