

## CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. ÚLCERA SANGRANTE DE PIEL\*

Drs. Meer Chisthi M.<sup>1</sup>, Manju PA.<sup>1</sup>, Thomas PK.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía General, Govern Medical College, Trivandrum, Kerala.  
India.

### Abstract

---

#### Thyroid cancer and bleeding skin ulcer

**Background:** Differentiated thyroid cancer has a good prognosis. If there is local tumor infiltration, the prognosis depends on its complete excision. **Case report:** We report a 67 years old woman with a papillary thyroid cancer and a bleeding skin ulcer. The initial assessment disclosed local tumor infiltration of neck structures and cervical lymph nodes. She was subjected to a radical thyroidectomy, radical neck dissection and dissection of involved structures. She was also treated with radioiodine and levothyroxine and remains asymptomatic after two years of follow up

**Key words:** Thyroid cancer, skin ulcer, thyroidectomy

### Resumen

---

**Introducción:** Los cánceres tiroideos, de la variedad diferenciada, son tumores malignos con buen pronóstico. Los subtipos más comunes son el carcinoma papilar y el carcinoma folicular. Incluso cuando infiltran localmente, tienen un pronóstico relativamente bueno cuando se pueden resear completamente. **Caso clínico:** Presentamos un caso de cáncer papilar de una señora mayor que se presentó con una úlcera sangrante de piel. En la evaluación se encontró que tenía infiltración de estructuras del cuello locales y de los ganglios linfáticos cervicales. Fue tratada con tiroidectomía total y disección radical de cuello modificada, así como la resección de las estructuras involucradas. Más tarde fue tratada con yodo radiactivo y levo tiroxina. A pesar de la infiltración local permanece asintomática a los dos años de seguimiento.

**Palabras clave:** Cáncer papilar, tiroides, úlcera de piel.

---

\*Recibido el 12 de marzo de 2015 y aceptado para publicación el 23 de abril de 2015.

Declaración de interés: Los autores declaran que no tienen conflictos de interés entre ellos, el contenido del artículo y cualquier empresa relacionada o no con la atención de salud.

Financiación: Ninguna.

Correspondencia: Dr. Meer Chisthi M.  
meerchisthi@gmail.com

### Caso clínico

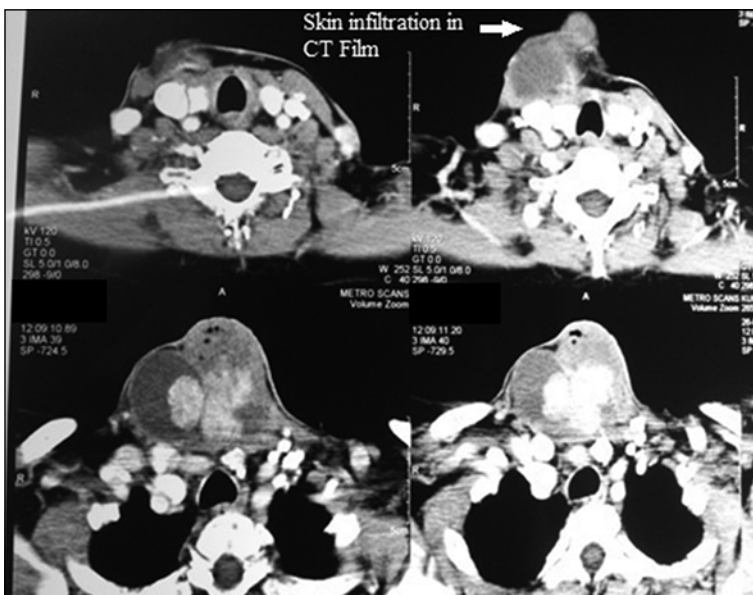
Una paciente de 67 años de edad de la parte rural del sur de la India se presentó con un aumento de volumen de crecimiento lento en el cuello de 2 años de duración. También se quejó de una úlcera en éste desde hace 2 semanas. No hubo síntomas de compresión o síntomas de toxicidad. En la exploración presentaba un aumento de volumen de 12 x 10 cm que ocupaba la parte inferior del cuello, que se extiende sobre la pared superior del pecho. El aumento de volumen tenía una superficie nodular y un movimiento limitado con la deglución. La piel no se movía sobre el mismo en el centro y había una úlcera de 2 x 1 cm en esa zona, que sangraba al contacto (Figura 1). No había ganglios linfáticos cervicales palpables. Resto de estudio normal.



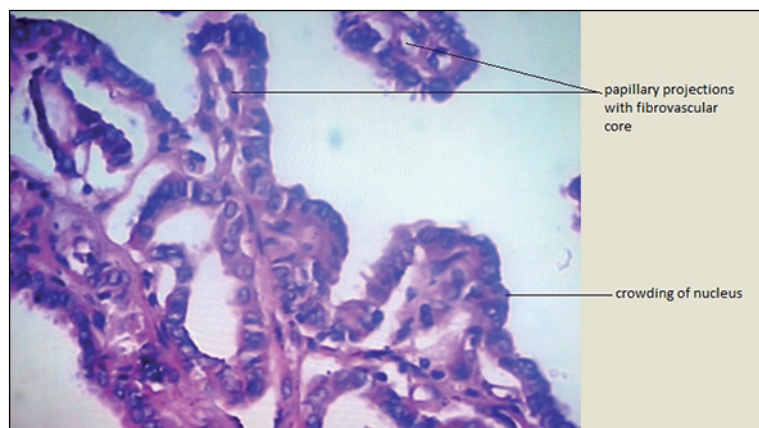
**Figura 1.** Fotografía que muestra aumento de volumen de tiroides con fijez de piel y ulceración.

Una tomografía computarizada (TC) reveló una "lesión heterogénea que surge de la glándula tiroides con áreas de líquidos y sólidos, multi-tabicada con calcificaciones" (Figura 2). El TC también sugirió la infiltración al esternocleidomastoideo, músculos superficiales y la piel, junto con la presencia de múltiples nódulos linfáticos cervicales calcificados aumentados de tamaño. El diagnóstico fue tumor maligno de la glándula tiroides con invasión extraglandular que involucra las estructuras del cuello. Una punción aspiración con aguja fina (PAAF) sugirió un diagnóstico de "tumor maligno de tiroides diferenciado, posiblemente variedad papilar.

Basándose en estos resultados, la paciente fue diagnosticada como cáncer papilar de tiroides localmente invasivo y fue programada para una cirugía curativa. Dentro de la cirugía, el tumor partía en la glándula tiroides e infiltraba la piel que la cubre, los músculos superficiales y el músculo esternocleidomastoideo. Se realizó tiroidectomía total y disección cervical radical modificada junto con la resección de la piel afectada y los músculos. El postoperatorio fue correcto salvo por infección mínima de herida. El examen histopatológico reveló carcinoma papilar de tiroides con infiltración de la piel y de los músculos y los ganglios linfáticos (Figura 3). Más tarde fue explorada con yodo, lo que confirmó la ausencia de cualquier tejido tumoral residual. Enviada para tratamiento con yodo radioactivo y posteriormente tratamiento con dosis supresora de levo-tiroxina. Tras dos años de seguimiento el paciente se encuentra bien, sin ninguna característica de la recurrencia del tumor local o distante.



**Figura 2.** CT Scan mostrando infiltración de la piel de un tumor de tiroides.



**Figura 3.** Alta potencia de imagen de microscopia mostrando proyecciones papilares y apiñamiento nuclear.

## Discusión

Los cánceres de tiroides diferenciados representan aproximadamente 55-95% de todos los cánceres de tiroides localmente avanzados. Las variedades papilar y folicular son las más comunes. La incidencia de estos cánceres va en aumento, lo que se atribuye principalmente a la exposición a la radiación, precipitación atmosférica de yodo radiactivo y diagnóstico precoz mediante aspiración con aguja fina<sup>1</sup>. A pesar de que las tasas de recidiva local y a distancia con estos cánceres son altas, el pronóstico es muy bueno, siendo un factor de riesgo significativo el diagnóstico en pacientes jóvenes<sup>2</sup>.

Los cánceres de tiroides localmente avanzados ocupan categoría T4 en la clasificación de la NCCN. Entre las estructuras locales, la invasión de los nervios de la laringe, los músculos, y tráquea son las más comunes, seguido por la invasión del esófago, la vena yugular interna y la arteria carótida<sup>3</sup>. Aunque el cáncer papilar se extiende característicamente por los ganglios linfáticos, también se informa de la diseminación contigua a estructuras adyacentes en el cuello. Curiosamente, hay incluso un informe de implantación en el trayecto de la aguja por la piel causado por un carcinoma papilar después de diagnóstico por aspiración con aguja fina<sup>4</sup>. Algunos autores han informado de casos de cáncer papilar de tiroides con ulceración de la piel<sup>5</sup>.

Sin lugar a dudas la tiroidectomía total es el tratamiento de elección en los cánceres de tiroides diferenciados. La resección curativa es el tratamiento primario para tumores localmente avanzados. Una resección curativa debe ser la meta a menos que los resultados de la resección completa del tumor signifiquen excesiva morbilidad perioperatoria o mortalidad, o cuando la enfermedad metastásica generalizada está presente. La resección radical se

indica incluso si el tumor invade la tráquea, en cuyo caso se puede complementar con la reconstrucción de las vías respiratorias<sup>6</sup>. Sin embargo, algunos estudios afirman que no hay diferencia en la supervivencia con técnicas menos radicales, siempre que no haya tumor residual<sup>7</sup>.

Después de la resección quirúrgica de cáncer metastásico o localmente avanzado, estudio postoperatorio con I-131 es imprescindible. Si el análisis detecta que hay tejido residual, este puede ser tratado con una dosis más alta de yodo radioactivo. Posteriormente, el paciente tiene que ser puesto en supresión de TSH de por vida con levo-tiroxina. Tratamiento de I-131 es altamente eficaz en pacientes más jóvenes con buena absorción y con pequeñas metástasis. Hoy en día, es posible administrar TSH recombinante, lo que aumenta las concentraciones de TSH en suero suficiente para estimular la captación tiroidea de I-131 mientras que el paciente continúa tomando levo-tiroxina<sup>8</sup>. Los pacientes con enfermedad residual macroscópica pequeña o microscópica después de la resección quirúrgica, pueden beneficiarse de la radioterapia postoperatoria de haz externo (RHE) para el control local en el lecho tiroideo. El seguimiento esencialmente involucra el examen clínico y la monitorización seriada de tiroglobulina; la subida de ella refleja una recurrencia del tumor y debe ser objeto de nuevas investigaciones para confirmarlo.

La extensión extra-tiroidea se asocia con una menor probabilidad de ausencia de la enfermedad, y un marcado aumento de la posibilidad de morir por el tumor. Según la literatura disponible, los pacientes con extensión extra-tiroidea tienen más de seis veces de aumento en el número de muertes tumorales. Esto se atribuye casi en su totalidad al desarrollo de recurrencia incontrolable en el cuello. Hay una mayor incidencia de la enfermedad recurrente y una tasa

de curación menor para los pacientes con extensión extra-tiroidea, y también una mayor incidencia de metástasis a distancia<sup>9</sup>. En los pacientes con tumores intra-tiroideos, la recurrencia local después de la operación o las lesiones metastásicas distantes dan como resultado una mortalidad a 10 años de 17 y 41%, respectivamente<sup>10</sup>. En aquellos con afectación tumoral extra-tiroidea, las recidivas postoperatorias se asocian con un mayor porcentaje de mortalidad.

En conclusión, las neoplasias diferenciadas de tiroides a menudo tienen un curso bastante predecible y de buen pronóstico. Cuando se presentan con infiltración de las estructuras locales, estos cánceres tienen un buen resultado si se pueden resear completamente. Dependiendo de la extensión de la resección y estructuras implicadas, también puede ser necesario emplear medidas reconstructivas. Tejido tumoral residual, tanto local o a distancia, se puede tratar con yodo radioactivo o RHE. Debe hacerse todo lo posible para lograr una resección curativa en los cánceres de tiroides diferenciados.

### **Agradecimientos**

Los autores desean agradecer al Departamento de Patología, Govern Medical College, Trivandrum, para proporcionar las imágenes histopatológicas.

### **Referencias**

1. Mazzaferri EL, Massoll N. Management of papillary and follicular (differentiated) thyroid cancer: new paradigms using recombinant human thyrotropin. *Endocrine-Related Cancer* 2002;9:227-47.
2. Cady B. Hayes Martin Lecture. Our AMES is true: how an old concept still hits the mark: or, risk group assignment points the arrow to rational therapy selection in differentiated thyroid cancer. *American Journal of Surgery*. 1997; 174: 462-468. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(97\)00162-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(97)00162-1).
3. Kebebew E, Clark OH. Locally advanced differentiated thyroid cancer. *Surgical Oncology* 2003;12:91-9.
4. Hales MS, Hsu FS. Needle tract implantation of papillary carcinoma of the thyroid following aspiration biopsy. *Acta Cytologica* 1990;34: 801-4.
5. Varma Deepali, Jain Shyama, Khurana N. Papillary carcinoma of thyroid presenting with skin ulceration. *Cytopathology* 2007;18:269-71.
6. Yang CC, Lee CH, Wang LS, Huang BS, Hsu WH, Huang MH. Resectional treatment for thyroid cancer with tracheal invasion: a long-term follow-up study. *Archives of Surgery* 2000;135:704-7.
7. McCaffrey JC. Invasión de Tracto Aerodigestivo por carcinoma bien diferenciado de: diagnóstico, tratamiento, pronóstico y Biología. *The Laryngoscope* 2009. DOI: 10.1097 / 01.MLG.0000200428.26975.86.
8. Ladenson PW, Braverman LE, Mazzaferri EL, Brucker-Davis F, Cooper DS, Garber JR, et al. Comparison of administration of recombinant human thyrotropin with withdrawal of thyroid hormone for radioactive iodine scanning in patients with thyroid carcinoma. *New England Journal of Medicine* 1997;337:888-96.
9. 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.
10. McConahey WM, Hay ID, Woolner LB, van Heerden JA, Taylor WF. Papillary thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome. *Mayo Clinic Proceedings* 1986;61:978-96.