



## Carcinoma Papilar del Tiroides, Variante de Células Altas

VERGNAUD J. P., MD; VELEZ A., MD; LOPERA C. A., MD; ANGEL A., MD; PENAGOS S., MD; VASQUEZ J., MD.

**Palabras clave:** Carcinoma papilar del tiroides, Variedad de células altas, Tiroidectomía total.

*El carcinoma papilar del tiroides, variante de células altas, fue descrito en 1976 como un tumor agresivo, con una incidencia de recurrencia y mortalidad mayor que la variante usual. Ocurre entre el 7 y el 9.1% del total de los carcinomas papilares, pero no es frecuentemente descrito en los estudios de carcinomas tiroideos bien diferenciados. Presentamos 1 caso en una mujer de 55 años, con un tumor de esta variante con un comportamiento agresivo y hacemos una revisión de la literatura reciente sobre esta neoplasia.*

### INTRODUCCION

La variante de células altas (VCA) del carcinoma papilar del tiroides fue descrita por primera vez en 1976 por Hawk y Hazard (1). De comportamiento más agresivo, con una incidencia de recurrencia y mortalidad mayor que la variante usual (VU). La VCA se define como un cáncer papilar del tiroides en el cual el 30% o más de sus células tienen una altura de por lo menos el doble de su ancho (2). Pueden encontrarse frecuentemente figuras mitóticas (3) que indican un patrón de crecimiento más agresivo. Se diferencia de la variante columnar por la ausencia de estratificación de sus núcleos (4).

Esta variedad se observa entre el 7 y el 12% del total de los carcinomas papilares del tiroides (1, 5, 6), pero en muchos de los estudios de cánceres tiroideos bien diferenciados no se reporta, lo que indica la dificultad para su identificación (1). Además, cuando se busca el diagnóstico, en la minoría se hace primariamente y se requiere el concurso de un pató-

logo con experiencia en estos tumores para identificar la mayoría (5).

La citología por aspirado con aguja fina (CAAF) no es un método eficaz para hacer el diagnóstico preoperatorio de esta entidad (7, 8). Algunos autores enfatizan la presencia de células cilíndricas, tan altas como el doble de su ancho y un citoplasma denso y abundante (7, 9). Algunas de estas características pueden presentarse en la citología de un adenoma hialinizante trabeculado (10), carcinoma papilar de variante usual (3), metaplasia escamosa extensa (11), cánceres con características mucoepidermoides (12) o con transformación anaplásica (12). Pero la combinación de células altas y figuras mitóticas puede hacer sospechar la presencia de un carcinoma papilar del tiroides de VCA (13).

En general, la VCA se presenta de 10 a 20 años más tarde que la VU, con una media de 53 a 57 años (1, 5, 14). La diferencia por géneros no está definida; Ostrowski y Merino reportaron una relación mujer-hombre de 3, 5:1, similar a la relación en la VU (14). Rüter *et al.* encontraron una predominancia del sexo masculino con una relación de 1.75: 1, similar a la presentada por el carcinoma anaplásico (5).

Es un tumor que con frecuencia invade localmente, presentándose entre 41.6 y 54.5% (2, 5, 14, 15). El compromiso de ganglios linfáticos varía entre 45 y 75% (2, 5, 16), el cual no difiere del mostrado por la VU. La infiltración extensa del tallo fibroso de las estructuras papilares por linfocitos y células plasmáticas, asociado a características de tiroiditis crónica, son posibles factores asociados a un comportamiento menos agresivo de la VCA, siendo similar a la VU (16).

El patrón de tinción inmunohistoquímica del carcinoma papilar del tiroides de VCA muestra una reactividad marcada para anticuerpos contra el antígeno carcinoembrionario (ACE), el antígeno epitelial de membrana (AEM) y el LeuM1 (uno de los antígenos del grupo del CD15). Esto soporta la hipótesis de que esta lesión es diferente a la VU (14). También los tumores de la VCA se asocian a una tasa de positividad para el p53 más alta que para la VU (17), pero

*Doctores: Jean Pierre Vergnaud, Resid. Cir. Gral. (C.E.S.); Alejandro Vélez, Patólogo, Hosp. P. Tobón Uribe; Carlos Alberto Lopera, Resid. Cir. Gral. (C.E.S.); Andrés Angel, Patólogo, Hosp. Gral. y Hosp. P. Tobón Uribe; Simón Penagos, Resid. Cir. Gral. (C.E.S.); Jesús Vásquez, Ciruj. Gral., Hosp. S.V. de Paúl y Hosp. M. Uribe Angel (Envigado). Dpto. de Cir. Gral. Inst. de Ciencias de la Salud, (C.E.S) Medellín, Colombia.*

a pesar de la mayor frecuencia de tumores aneuploides en la VCA, la diferencia de su comportamiento clínico no se relaciona ni con la ploidía del ADN, ni con su expresión de la p53 (17, 18).

Actualmente, el tratamiento para la VCA sigue los mismos principios que para la VU. En el estudio de Rüter se realizó tiroidectomía total y si en el rastreo corporal total con I<sup>131</sup> la captación era >1%, si el tumor era localmente avanzado o si existían ganglios comprometidos, recibieron posteriormente terapia ablativa con I<sup>131</sup>. No todos los tumores de la VCA de dicha serie captaban el I<sup>131</sup>. Es posible que este grupo de pacientes se beneficie de radioterapia externa postoperatoria (5). La incidencia de recidiva local varía entre 36 y 58%, y la incidencia de mortalidad entre 18 y 25% (1, 5). Al igual que para la VU, los factores que determinan el período libre de enfermedad son la edad, el tamaño del tumor, la extensión extratiroidea y la presencia de focos de degeneración anaplásica (19).

### CASO CLINICO

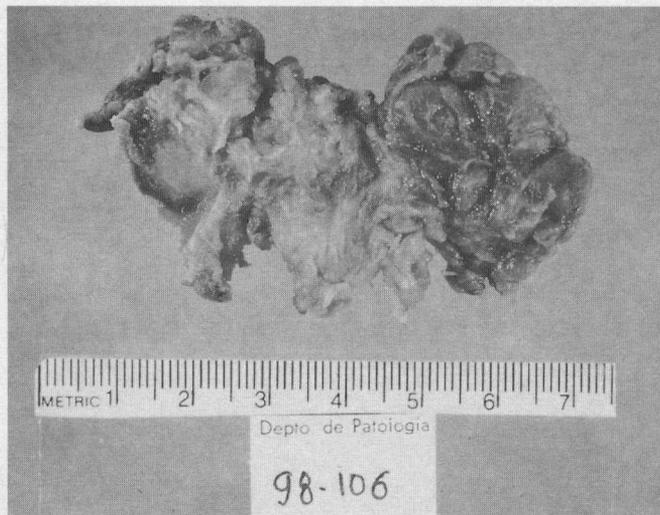
Mujer de 55 años con un mes de disnea progresiva hasta la franca dificultad respiratoria, disfagia para sólidos y disfonía. Posteriormente, estridor inspiratorio y aparición de masa en el cuello de rápido crecimiento, acompañado de hemoptisis y fiebre ocasionales. Al ingreso presentaba acidosis respiratoria e hipoxemia.

Una radiografía del tórax mostró una lesión en el lado derecho que comprimía la tráquea en el opérculo torácico. La tomografía computada mostró una masa de 4.0 cm. de diámetro mayor, con más del 50% de su volumen intratorácico. La lesión comprometía la tráquea y disminuía el 80% de su luz (Figura 1).



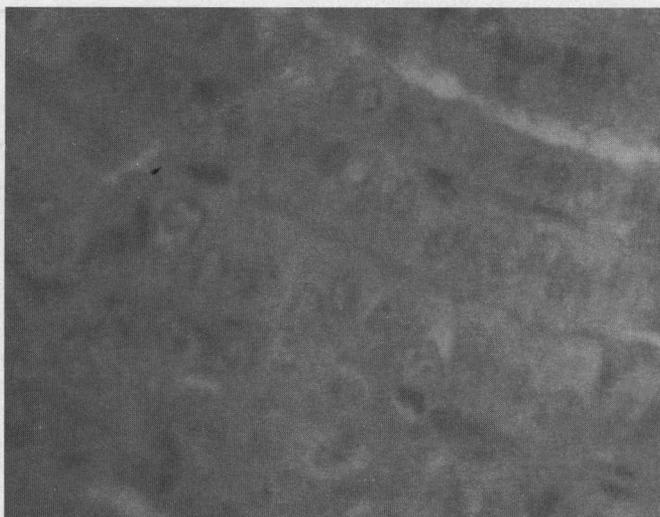
**Figura 1.** Tomografía computarizada del cuello y tórax, donde se observa una masa paratraqueal derecha que ocluye parcialmente la luz de la tráquea.

Se realizó intubación orotraqueal de urgencia. En cirugía se realizó esternotomía media y cervicotomía oblicua derecha. Se resecó una masa de mediastino anterosuperior que comprometía la tráquea, el esófago y el tejido paratiroideo (Figura 2). Se realizó traqueostomía y gastrostomía para nutrición.



**Figura 2.** Especimen macroscópico del carcinoma papilar tiroideo de variante de células altas con compromiso extratiroideo.

El estudio de histopatología reportó un carcinoma papilar de tiroides de variante de células altas que compromete la cápsula, ganglios linfáticos y tejido paratiroideo en estadio IV de la clasificación de TNM (T4N1Mx) (Figura 3).



**Figura 3.** Aspecto citológico del carcinoma papilar de tiroides de variante de células altas.

En el postoperatorio se realizó una esofagografía con bario que no mostraba compromiso de la mucosa, y una fibrotraqueoscopia demostraba una lesión ulcerada subglótica y estenosis de la luz por infiltración tumoral.

## DISCUSION

Presentamos un caso, alrededor del cual se hace un recuento de las características principales de esta variante de carcinoma tiroideo. Una edad más avanzada, un tamaño mayor, compromiso de tejidos vecinos y de comportamiento agresivo, son las principales diferencias con la variante usual.

La respuesta a la terapia ablativa con yodo radiactivo en esta paciente, con valores de hormona tiroestimulante (TSH) altos, no fue adecuada, sin mejoría clínica evidente. La técnica actual recomienda el tratamiento anterior y la supresión de la TSH, ya que estos tumores tienden a concentrar el radioyodo y a responder a la TSH como factor de crecimiento (20).

La literatura sugiere que la VCA tiene un pronóstico más pobre para pacientes mayores de 50 años, usualmente con tumores grandes y avanzados. Para los pacientes menores de

50 años el pronóstico parece ser similar a la VU (20). Además, muchos de estos enfermos tienen varios factores de alto riesgo descritos en las diferentes clasificaciones de pronóstico, que hacen que esta neoplasia se comporte de una manera más agresiva. Faltan estudios para aclarar la contribución de la histopatología de la VCA en el pronóstico de los carcinomas de tiroides bien diferenciados (5).

## ABSTRACT

*The tall cell variant of the papillary thyroid carcinoma, described in 1976 as an aggressive tumor, with a recurrence and mortality rates higher than the usual variant. It occurs in 7% and 9.1% of all the papillary thyroid carcinomas, but is infrequently described in reports of the well differentiated thyroid neoplasias. We present a case in a 55 years old woman with a tumor of this variant with an aggressive behavior and we made a review of the recent literature about this kind of neoplasia.*

## REFERENCIAS

- Hawk WA, Hazard JB: The many appearances of papillary carcinoma of the thyroid. *Cleve Clin Surg* 1976; 43: 207-15
- Johnsson T, Lloyd R, Thompson N, et al: Prognostic implications of the tall cell variant of papillary thyroid carcinoma. *Am J Pathol* 1988; 12: 22-7
- Rosai J, Carcangiu MC, DeLellis R: Tumors of the thyroid gland. Atlas of Tumor Pathology. Third Series, fascicle 5. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1992
- Nishiyama RH, Dressel DM: Histologic and cytologic characteristics of thyroid cancers. In: Clark DH, Duh QY, editors. *Textbook of Endocrine Surgery*. W.B. Saunders Comp 1997: 182-189
- Rüter A, Nishiyama RH, Lennquist S: Tall cell variant of papillary thyroid cancer: disregarded entity?. *World J Surg* 1997; 21: 15-21
- De la Hoz JA: Cáncer del Tiroides. *Rev Colomb Cir* 1996; 11(1) 47-65
- Harach HR, Zusman SB: Cytopathology of tall cell variant of thyroid papillary carcinoma. *Acta Cytol* 1992; 36: 85-90
- Leung CS, Hartwick RWS, Bédard YC: Correlation of cytologic and histologic features in variants of papillary carcinoma of the thyroid. *Acta Cytol* 1993; 37: 645-50
- Kaw YT: Fine needle aspiration cytology of the tall cell variant of papillary carcinoma of the thyroid. *Acta Cytol* 1994; 38: 282-3
- Bondeson L, Bondeson AG: Clue helping to distinguish hyalinizing trabecular adenoma from carcinoma of the thyroid in fine-needle aspirates. *Diagn Cytopathol* 1994; 10: 25-9
- Kaur A, Jayaran G: Thyroid tumors: cytomorphology of papillary carcinoma. *Diagn Cytopathol*. 1991; 7: 462-9
- Bondeson L, Bondeson AG, Tompson NW: Papillary carcinoma of the thyroid with mucoepidermoid features. *Am J Clin Pathol* 1991; 95: 175-9
- Camesselle-Teijeiro J, Febles-Pérez C, Camesselle-Teijeiro JF, et al: Cytologic clues for distinguishing the tall cell variant of thyroid papillary carcinoma: a case report. *Acta Cytol*. 1997; 41: 1310-6
- Ostrowski ML, Merino MJ: Tall cell variant of papillary thyroid carcinoma. A reassessment and immunohistochemical study with comparison to the usual type of papillary carcinoma of the thyroid. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 964-74
- LiVolsi VA: *Surgical Pathology of the Thyroid*. Philadelphia: Saunders; 1990. p. 158-60
- Osaki O, Ito K, Mimura T, et al: Papillary carcinoma of the thyroid. Tall-cell variant with extensive lymphocyte infiltration. *Am J Surg Pathol* 1996; 20: 695-8
- Rüter A, Dreifus J, Jones M, et al: Overexpression of p53 in tall cell variants of papillary thyroid carcinoma. *Surgery* 1996; 120: 1046-50
- Stern Y, Medelia O, Feinmesser M, et al: Nuclear DNA content of the tall cell variant of papillary carcinoma of the thyroid gland. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105: 713-5
- Van-den-Brekel MW, Hekkenberg RJ, Asa SL, et al: Prognostic features in tall cell papillary carcinoma and insular thyroid carcinoma. *Laryngoscope* 1997; 107: 254-9
- Burrman KD, Ringel MD, Wartofsky L: Unusual types of thyroid neoplasms. *Endocrinol Metabol Clin North Am* 1996; 25: 49-68.

### Correspondencia:

Doctor **Jean Pierre Vergnaud** - e - mail: [jverg@epm.Net.Co](mailto:jverg@epm.Net.Co). Instituto de Ciencias de la Salud, C.E.S. Calle 10ª No 22-4. Medellín, Colombia.