

CASOS CLÍNICOS

Teratoma de tiroides, reporte de caso*

Alejandro Román-González¹, Alejandro Vélez-Hoyos², Antonio Jaller³, Catalina Rúa Marín⁴

¹ Internista Endocrinólogo. Hospital Universitario San Vicente Fundación

² Patólogo Hospital Pablo Tobón Uribe y Dinámica IPS. Profesor de Patología Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia y CES.

³ Radiólogo. Dinámica IPS

⁴ Internista Endocrinóloga. Hospital Universitario San Vicente Fundación. Investigadora del Centro de Investigación Clínica Centrocic.

Correspondencia: Dr. Alejandro Román-González

Correo electrónico: alejoroman@gmail.com

Conflictos de interés: Dr. Alejandro Román González: ha recibido honorarios como conferencista por parte de Sanofi, Novartis y Novo Nordisk. No se declaran conflictos de interés en la realización de este artículo.

Dr. Alejandro Vélez-Hoyos: No se declaran conflictos de interés en la realización de este artículo.

Dr. Antonio Jaller: No se declaran conflictos de interés en la realización de este artículo.

Dra. Catalina Rúa Marín: No se declaran conflictos de interés en la realización de este artículo.

Fecha de recepción: 20/01/2015

Fecha de aceptación: 22/01/2016

Resumen

Los teratomas tiroideos son tumores raros, de características en la mayoría de los casos benignas y de presentación predominantemente en la infancia, su importancia radica en la confusión que causa sobre cuál es el tejido de origen del tumor, por lo que es de vital importancia sospecharlos para evitar demoras en el diagnóstico y manejos inadecuados. Presentamos el caso de un niño de 3 años con teratoma tiroideo benigno, la biopsia por aspirado con aguja fina fue sospechosa de teratoma. Se realizó biopsia por congelación y hemitiroidectomía izquierda, con diagnóstico de teratoma benigno constituido principalmente por elementos condroides. El paciente se encuentra vivo y sin recaídas seis años después del manejo quirúrgico.

Palabras clave: teratoma, nódulo tiroideo, tiroides, neoplasia.

*Trabajaado presentado en póster en la 85th Annual Meeting of the American Thyroid Association, octubre 18 al 23, Orlando, Florida, Estados Unidos. Póster 853

Abstract

Thyroid teratomas are very rare tumors, most are benign and usually occur during childhood. The importance of these tumors relies in the common confusion generated by uncertainties about the origin of the lesion. An early diagnosis it is very important to avoid a late management. A case of thyroid benign teratoma in a 3-year-old boy is presented. The fine needle aspiration biopsy was suspicious for this disease. A frozen biopsy followed by left hemithyroidectomy was done and the diagnosis of benign teratoma was confirmed based on the findings of chondroid elements. The patient is alive without recurrence of the disease 6 years after the initial management.

Key words: teratoma, thyroid nodule, thyroid, neoplasia.

Introducción

Los teratomas son tumores derivados de tejido embrionario ectodérmico, mesodérmico y endodérmico, se localizan comúnmente en tejido gonadal pero pueden ser extragonadales principalmente en la línea media⁽¹⁾. Se clasifican según el grado de inmadurez en benignos o malignos, siendo estos últimos más frecuentes en adultos. Ocasionalmente pueden comprometer la región cervical y específicamente el tejido tiroideo, aun el ectópico⁽²⁻⁶⁾.

Caso clínico

Niño de 3 años, quien consultó por crecimiento progresivo de 12 meses de evolución de masa en hemicuello derecho. Durante el examen físico se encuentra nódulo firme de 2 cm, que compromete el lóbulo tiroideo izquierdo, sin adenopatías ni otras lesiones en cuello, no se encontró ninguna otra anomalía en el examen físico general. Estudios paraclínicos mostraron química sanguínea y función tiroidea normal sin autoinmunidad.

Se realizó una ecografía de tiroides que reportó una lesión de naturaleza sólida de aspecto heterogéneo, con calcificaciones burdas en su interior, que generan sombra acústica y compromete el tercio medio del lóbulo tiroideo izquierdo de 2 por 2 cm de diámetro. Se realizó una tomografía para caracterizar mejor la lesión que demostró una lesión focal sólida con calcificaciones burdas en su interior con compromiso del lóbulo tiroideo izquierdo; el lóbulo derecho no tenía lesiones. La lesión estaba localizada dentro de la tiroides y no se identificaron adenopatías (**figura 1**).

Figura 1. Ecografía y tomografía: masa sólida con calcificaciones

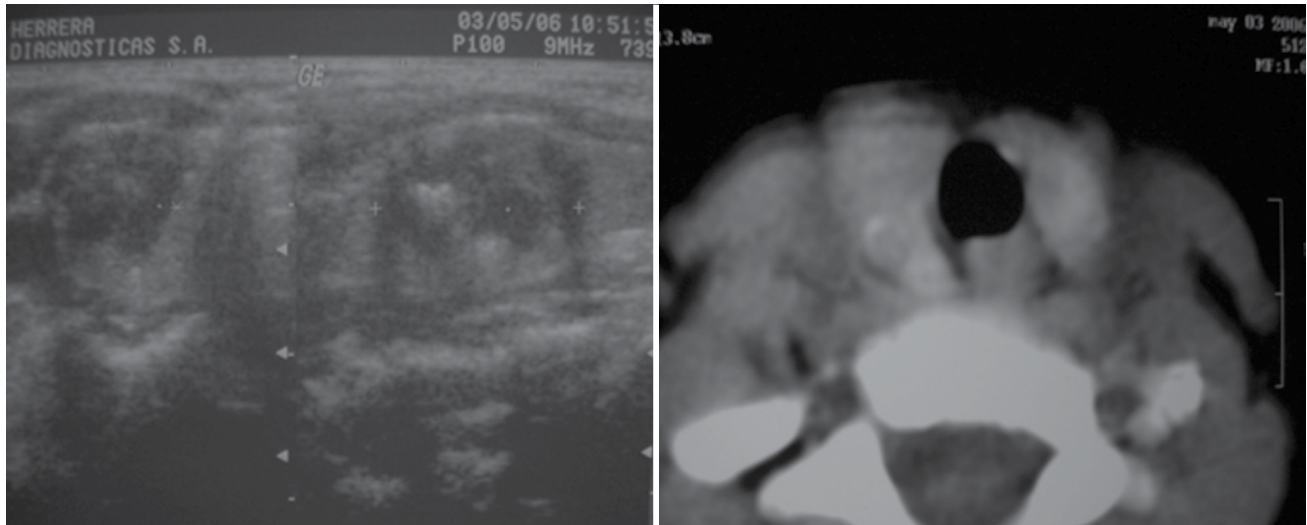
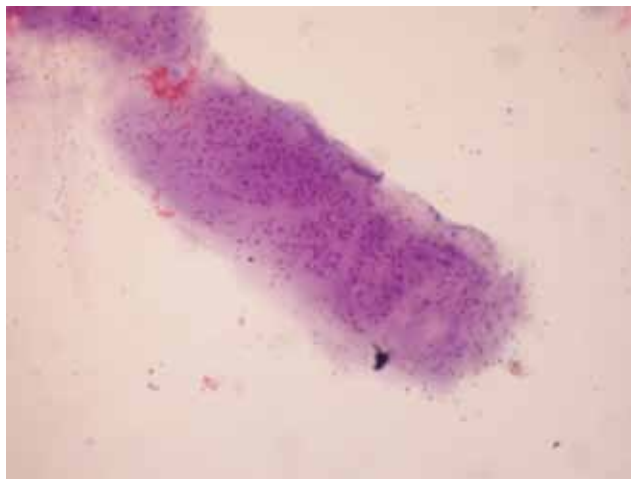


Figura 2. ACAF de tiroides con presencia de cartilago



Tinción con hematoxilina-eosina con presencia de tejido cartilaginoso.

Se realizó una biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ecografía de la lesión, observándose en la coloración de hematoxilina y eosina presencia de cartílago de aspecto maduro compatible con teratoma (**figura 2**).

Se remitió a manejo quirúrgico con biopsia por congelación del nódulo tiroideo pétreo que confirmó el diagnóstico de teratoma, por lo que se realizó hemitiroidectomía izquierda e istmectomía, macroscópicamente se encontró un nódulo tiroideo izquierdo de 3 por 2 cm, de 3 gramos, café claro con una zona blanca de consistencia firme de bordes bien definidos, aspecto cartilaginoso con foco central de calcificación. El tumor midió 2 por 1,8 cm; microscópicamente se observó proliferación tumoral benigna del tipo teratoma, con predominio de elementos cartilaginosos condroides de aspecto benigno. El

paciente no requirió manejo adicional y la evolución es adecuada, sin signos de recaída seis años después de la intervención.

Discusión

Los teratomas son tumores formados por tejidos derivados de las tres capas germinales: ectodérmica, mesodérmica y endodérmica. Se presentan como quistes, semiquistes o tumores sólidos desde 1 hasta más de 10 cm de diámetro⁽⁷⁻¹⁰⁾. Se clasifican en tres categorías benignos, inmaduros y malignos. Los benignos contienen solamente tejido maduro, son grado 0. Los inmaduros contienen tejido semejante al embrionario, generalmente neuroectodérmico; los grado 1 tienen tejido embrionario visible solamente en un campo microscópico de bajo aumento y en los grado 2 es visible en 2 a 3 campos. Los malignos o grado 3 tienen tejido embrionario visible en 4 campos o más con mitosis y atipia celular^(5,9,11). La presentación más frecuente es gonadal, principalmente en ovarios, paraxial principalmente sacro-coccígea y mediastino. El compromiso en cuello es menos frecuente, aproximadamente del 3% al 5% de los casos. Sólo el 10% de estos ocurren en pacientes adultos. Generalmente están bien circunscritos pero pueden tener un compromiso extenso de estructuras del cuello y mediastino, lo que empeora su pronóstico^(12,13). Se considera compromiso primario de la glándula tiroides cuando el tejido del teratoma reemplaza o está en estrecha relación con el tejido tiroideo, en ocasiones con pseudocápsula⁽¹⁰⁾. En nuestro caso se trataba de un tumor de 1,8 cm en estrecha relación con el tejido tiroideo sano, sin extensión extraglandular, grado 0.

La mayoría de los tumores están conformados por tejido inmaduro neuroepitelial con epitelio escamoso o glandular e islas de cartilago, en nuestro caso este último es el componente primordial^(2,5,14). Se deben diferenciar del tumor neuroepi-

telial primitivo, tumor epitelial fusocelular con diferenciación tímica y carcinosarcoma de tiroides, lo cual se logra identificando la presencia de las diferentes capas de tejido germinal en los teratomas⁽¹⁵⁾. En nuestro caso, la diferenciación se logró gracias a la coloración de hematoxilina y eosina.

En general, el teratoma benigno, posterior a su resección presenta un buen pronóstico, sobre todo en niños^(3,7,16), en raras ocasiones se presentan en forma agresiva con obstrucción de la vía aérea, principalmente en los casos congénitos^(4,15). Existen menos de 40 casos descritos de compromiso tiroideo maligno en los últimos 100 años, la mayoría en mujeres adultas, con mal pronóstico asociado a persistencia, recurrencia y metástasis ganglionar y pulmonar, con aumento de morbilidad y mortalidad, por lo que en muchos casos se requiere

de un manejo agresivo con cirugía, quimioterapia y radioterapia^(2,4,5,17-20).

El pronóstico es dependiente de la edad de presentación, el tamaño y la madurez del tejido, como bien se pudo observar con la evolución del presente caso. El manejo quirúrgico sigue siendo el método ideal de tratamiento en la mayoría de los casos. La radioterapia y quimioterapia son métodos solo necesarios en casos más agresivos, como lo demuestra el hecho de que nuestro paciente se encuentra vivo y libre de enfermedad seis años después.

En este caso se demuestra la utilidad de la biopsia por aspiración con aguja fina en el diagnóstico de nódulos tiroideos y es en nuestro conocimiento el primer reporte de teratoma de tiroides en Colombia.

Referencias

- Oak CY, Kim HK, Yoon TM, Lim SC, Park HB, Park HC, et al. Benign teratoma of the thyroid gland. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2013;28(2):144-8.
- Pérez-Mies B, Rejogo Zapata RM, García-Fernández E, Serrano MN. Malignant teratoma of the thyroid in a pregnant woman. *Ann Diagn Pathol*. 2010;14(4):264-7.
- Mohammad MA. Thyroid cervico-thoracic teratoma in a 14-month old child. *Afr J Paediatr Surg*. 2010;7(2):117-9.
- Thompson LD, Rosai J, Heffess CS. Primary thyroid teratomas: a clinicopathologic study of 30 cases. *Cancer*. 2000;88(5):1149-58.
- Kim E, Bae TS, Kwon Y, Kim TH, Chung KW, Kim SW, et al. Primary malignant teratoma with a primitive neuroectodermal tumor component in thyroid gland: a case report. *J Korean Med Sci*. 2007;22(3):568-71.
- Deb M, Mohanty S, Ananthamurthy A, Garg I, Das K. Atypical extragonadal germ cell tumors. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2012;17(1):9-15.
- LaRiviere CA, Waldhausen JH. Congenital cervical cysts, sinuses, and fistulae in pediatric surgery. *Surg Clin North Am*. 2012;92(3):583-97, viii.
- Fan SQ, Liang QC, Jiang Y. Thyroid teratoma in an 11-month-old infant. *Int J Surg*. 2008;6(6):462-4.
- Riedlinger WF, Lack EE, Robson CD, Rahbar R, Nosé V. Primary thyroid teratomas in children: a report of 11 cases with a proposal of criteria for their diagnosis. *Am J Surg Pathol*. 2005;29(5):700-6.
- Ranaldi R, Morichetti D, Goteri G, Martino A. Immature teratoma of the mediastinum arising in ectopic thyroid tissue: a case report. *Anal Quant Cytol Histol*. 2009;31(4):233-8.
- DeLellis R, Lloyd R, Heitz P, C E. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumors of Endocrine Organs. Lyon: IARC Press; 2004.
- Hazama K, Miyoshi S, Ohta M, Matsuda H. Matured mediastinal teratoma extending into the cervical neck of an adult. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2003;2(3):265-7.
- Kimler SC, Muth WF. Primary malignant teratoma of the thyroid: case report and literature review of cervical teratomas in adults. *Cancer*. 1978;42(1):311-7.
- Zhang YZ, Li WH, Zhu MJ, Li YH, Gao Y. An unusual mature thyroid teratoma on CT and ^{99m}Tcm scintigraphy imaging in a child. *Pediatr Radiol*. 2010;40(11):1831-3.
- Al-Sobhi S, Bazarbashi S, Al-Jiffry B, Akhtar M, Ingemansson S. Immature teratoma of the thyroid gland: A case report and review of the literature. *Ann Saudi Med*. 1998;18(3):254-6.
- Nishihara E, Miyauchi A, Hirokawa M, Kudo T, Ohye H, Ito M, et al. Benign thyroid teratomas manifest painful cystic and solid composite nodules: three case reports and a review of the literature. *Endocrine*. 2006;30(2):231-6.
- Martins T, Carrilho F, Gomes L, Mesquita C, Martins MJ, Carvalheiro M. Malignant teratoma of the thyroid: case report. *Thyroid*. 2006;16(12):1311-3.
- Tsang RW, Brierley JD, Asa SL, Sturgeon JF. Malignant teratoma of the thyroid: aggressive chemoradiation therapy is required after surgery. *Thyroid*. 2003;13(4):401-4.
- Majhi U. Primary malignant teratoma of the thyroid in a child with nodal metastases. *Indian J Pathol Microbiol*. 2009;52(2):234-6.
- Craver RD, Lipscomb JT, Suskind D, Velez MC. Malignant teratoma of the thyroid with primitive neuroepithelial and mesenchymal sarcomatous components. *Ann Diagn Pathol*. 2001;5(5):285-92.