

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

<http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v6i1.1715>

Carcinoma papilar variante folicular asociado a la glándula tiroides. Caso clínico-
Follicular variant papillary carcinoma associated with the thyroid gland. Clinical
case

María Grazia Teneda-Espín
ma.mariagte58@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ambato
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-5323-4327>

Angélica Anais Haro-Alencastro
ma.angelicaaha92@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ambato
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-7037-6519>

Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui
ma.andersongar81@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ambato
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-9117-1363>

Rosita Olivo-Torres
ua.rolivo@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ambato
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-6474-141X>

Recibido: 15 de noviembre 2021
Revisado: 10 de diciembre 2021
Aprobado: 15 de febrero 2022
Publicado: 01 de marzo 2022

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar procesos de observación, análisis e investigación de las posibles complicaciones que se pueden presentar con este tipo de cáncer, tomando en cuenta que existen variantes del cáncer de tiroides y esto nos permitirán establecer un diagnóstico efectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes. **Método:** Descriptiva observación de caso clínico. **Resultados y conclusión:** En el caso clínico presentado, hubo metástasis a los ganglios linfáticos, pero se lo pudo controlar a tiempo, teniendo un buen pronóstico en la paciente y manteniéndole estable; lo que le permite mejorar su calidad de vida, sin descartar que se le realizó varias cirugías para que el cáncer, no logre expandirse a otros órganos de mayor relevancia.

Descriptores: Carcinoma papilar; diagnóstico; glándula tiroides. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To develop processes of observation, analysis and investigation of the possible complications that can occur with this type of cancer, taking into account that there are variants of thyroid cancer and this will allow us to establish an effective diagnosis to improve the quality of life of patients. **Method:** Descriptive observation of a clinical case. **Results and conclusion:** In the clinical case presented, there was metastasis to the lymph nodes, but it could be controlled in time, having a good prognosis in the patient and keeping her stable; which allows her to improve her quality of life, without discarding that she underwent several surgeries so that the cancer does not spread to other organs of greater relevance.

Descriptors: Carcinoma, papillary; diagnosis; thyroid gland. (Source: DeCS).

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

INTRODUCCIÓN

La variante folicular del carcinoma papilar de tiroides (FVPTC) es la variante más común del cáncer papilar de tiroides (PTC) y representa alrededor del 10 al 15% de todos casos de PTC. Esta variante fue definida por primera vez en 1950 por Dailey quien observó que FVPTC era una neoplasia caracterizada por la arquitectura folicular y el núcleo características del PTC convencional ^{1 2}.

Este tipo de cáncer posee un patrón arquitectónico folicular sin embargo sus características nucleares son del cáncer papilar folicular. Se planteó una hipótesis donde este tipo de cáncer variante folicular tiende a comportarse de forma similar, clínicamente al carcinoma papilar de tiroides convencional. La característica clínico-patológica demostró que el carcinoma papilar variante folicular posee una baja tasa de metástasis en los ganglios linfático mostrando una invasión extra tiroidea con menos frecuencia que el carcinoma papilar tiroideo ^{3 4 5 6 7 8}.

Este artículo científico describe un estudio clínico que tiene como objetivo desarrollar procesos de observación, análisis e investigación de las posibles complicaciones que se pueden presentar con este tipo de cáncer, tomando en cuenta que existen variantes del cáncer de tiroides y esto nos permitirán establecer un diagnóstico efectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

MÉTODO

Descriptiva observación de caso clínico

Presentación del caso clínico

Antecedentes de importancia

Paciente femenina con 40 años de edad, nacida en Ecuador, con antecedentes personales patológicos, presencia de toxoplasmosis a los 27 años, donde recibió tratamiento. También presentó hipertiroidismo durante el embarazo hace 1 año con tratamiento levotiroxina 50ug cada día. Presenta alergias a metoclopramida. Antecedentes quirúrgicos: cesárea+ salpingectomía hace 8 meses.

Interrogatorio

El 05 de noviembre del 2019, paciente refiere que, hace 4 meses, secundario a un proceso inflamatorio se palpa un nódulo a nivel del lóbulo izquierdo de tiroides aproximadamente de 0,5cm; sin embargo, no realiza ningún chequeo médico. Por persistencia del nódulo en tiroides que incrementó su tamaño y la presencia de otro nódulo de 0,5 cm, acude a control médico.

Exploración física

En la tabla 1, se puede visualizar 5 fases de un proceso sistemático (*prediagnóstico, procedimiento quirúrgico, cierre de fístula, chequeos rutinarios y exámenes actuales*); donde se observan los signos vitales obtenidos en la exploración física de la paciente en el periodo 2019-2021.

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

Tabla 1.

Signos vitales obtenidos en la exploración física de la paciente.

2019 Prediagnóstico	2019 Procedimiento quirúrgico	2019 Cierre de fístula	2020 Chequeos rutinarios	2021 Actualmente
ECOG: 0 (El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.) TAM:88 FR: 21 T°: 36,8 SALTO2: 92%	TA: 110/62mmhg TAM: 73 FC: 64 FR: 18 T°: 36,5 C° SATO2: 93%	TA: 89/59mmhg TAM: 67 FC: 68 FR: 18 T°: 36,6 C° SATO2: 91% I:4080 E:3389 DIURESIS:2650 DREN JP:739 BH: +691 GU: 1,84 ml/Kg/H	TA: 119/65 mmhg; TAM: 80 mmhg; FC: 62 LPM; FR: 18 RPM; T: 36,5°C DREN JP: 954 ml; GU: 0.55 ml/Kg/H	TA: 90/59 FC: 74X FR: 17X STO: 95% PESO: 65KG TSH: 65 TGR: 0.13 Calcio:8.9 Tac. Tórax: normal
Paciente consciente orientado con escala de GLASGOW 15/15. Cabeza normocefálica, ojos pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y acomodación. En el cuello no se palpan adenopatías cervicales. Boca, mucosas orales húmedas, orofaringe no	Paciente consciente orientada en las 3 esferas, hidratada, afebril. Cuello móvil, en el lóbulo izquierdo se palpa 2 nódulos de 1 cm, también se palpa 2 adenopatías en nivel IIA, IVB. Tórax expansible, corazón R1-R2 rítmico sin soplos. Pulmones MV conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen blando depresible, no	Paciente consciente orientada, hidratada, afebril, estable. Cuello: herida QX buen estado, con leve edema en borde externo. Tórax expansible, corazón R1-R2 rítmico sin soplos. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, RHA + conservados.	Estado asintomático, hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de parámetros normales, con drenaje con producción 954ml en 12 horas de aspecto serosos se inició tolerancia oral. Signos de hipocalcemia, con buena tolerancia oral, el drenaje en comparación al día anterior a disminuido. Su producción, se mantiene con gasto urinario bajo.	Glándulas submaxilares: sin alteraciones. En el nivel IB derecho ganglio de morfología habitual de 4,6 mm en su eje corto. Estructuras musculares preservadas. Consciente orientada, estable hemodinámicamente. Cardiopulmonar conservado. Cuello: cicatriz QX, buen estado, no presenta nódulos palpables en lecho QX. ECOG: 0

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

<p>congestiva. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, RHA + conservados. Extremidades presenta movilidad y fuerza conservada, no edemas.</p>	<p>doloroso a la palpación, RHA + conservados. Extremidades presenta movilidad y fuerza conservada, no edemas.</p>	<p>Extremidades presenta movilidad y fuerza conservada, no edemas.</p>		<p>Cardiopulmonar conservado. Cuello: cicatriz QX, buen estado, no presenta nódulos palpables en lecho QX. No presenta adenopatías cervicales palpables. No presenta adenopatías cervicales palpables. Abdomen: Suave depresible y no presenta masas palpables. No presenta visceromegalias. RHA, presente. Extremidades normales.</p>
--	--	--	--	--

Diagnóstico

En el 2019 la paciente decide realizarse:

1. Citología de PAAF del nódulo del lóbulo izquierdo de tiroides (biopsia con aspiración de aguja fina o PAAF es una prueba diagnóstica que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio) que da positivo para malignidad a favor de cáncer papilar^{9 10 11}. Bocio simple V I.
2. Citología de PAAF de lóbulo izquierdo (posterior) de tiroides, dando como resultado nódulo adenomatoso, hiperplasia y reactividad celular BS II.

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

3. Ultrasonidos de cuello:

- a. Nódulos izquierdos hipogénicos, heterogéneos de bordes regulares y lobulados, uno de ellos y el de mayor tamaño más alto que ancho, atraviesa la cápsula y con microcalcificaciones dispersa en su interior, con vascularidad periférica al Doppler color E IR con incrementos (0,72) de hasta 12,3 mm de diámetro TI-RADS V (Thyroid Imaging Reporting And Data Systems: Un sistema de clasificación ecográfica que describe los hallazgos encontrados en un nódulo tiroideo mediante ecografía) a correlacionarse con estudios citológicos.
- b. Quistes coloides bilaterales de hasta 4,1 mm de diámetro. Presentando mayor tamaño el derecho.
- c. Ganglios de aspecto normal en el nivel IIA y IIB de la cadena yugular izquierda de 6,4 mm y 8 mm de diámetro y cuatro ganglios pequeños hipocogénicos de bordes conservados pero alargados en el nivel IIIA, IV A y IVB adyacentes a los vasos carotideos de probables aspectos inflamatorios sin descartar de origen neoplásico por patología tiroides que miden entre 3,2 mm y 4,6mm de diámetro y a correlacionar con estudios citológicos.

Tratamiento

Se realiza un plan para la paciente que consiste en: Tiroidectomía total+ vaciamiento central+ exploración ganglionar III y IV. Posteriormente se solicita la parte operatoria y una prescripción médica a consulta externa. Debido a que la paciente es catalogada como de alto riesgo según los criterios de AMES y MACIS por lo tanto la paciente debe

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

pasar a tratamiento adyuvante con I-131 y también se le administra Octreotide en infusión continua.

Evolución

Un mes después del diagnóstico la paciente se realiza tiroidectomía total + vaciamiento central + vaciamiento cervical selectivo bilateral, con hallazgos:

- 1.-Tiroides aumentado de tamaño a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo.
- 2.-Lóbulo tiroideo izquierdo: presencia de nódulo de 1cm pétreo, regular, con aparente infiltración de la capsula.
- 3.-Vaciamiento central: varios ganglios de 0,5mm negruzcos sospechosos de malignidad.
- 4.-Vaciamiento cervical lateral selectivo izquierdo nivel y iii: varios ganglios negruzcos sospechosos de malignidad de 0,5mm.
- 5.- vaciamiento cervical lateral selectivo derecho nivel III: un ganglio negruzco de 0,5mm histopatológico lóbulo izquierdo: carcinoma papilar patrón folicular que infiltra la capsula, pero no la atraviesa, tamaño del tumor: 1,1X1cm. Permeación vascular: presente, necrosis y hemorragia: del 80% *vaciamiento central: 8/9 ganglios con metástasis vaciamiento lateral izquierdo nivel II: 0/4 ganglios con metástasis vaciamiento lateral izquierdo. Nivel III: 1/7 ganglios con metástasis vaciamiento lateral derecho nivel III: 0/6 ganglios con metástasis catalogado PT1C PN1B.

Paciente presenta como complicaciones posquirúrgicas fistula de conducto torácico con manejo clínico a base de Octreotide. En ese mismo año, se realiza procedimiento quirúrgico: cierre de fistula de conducto torácico. Hallazgos quirúrgicos:

1. Colección lechosa a retro esternocleidomastoideo de 5 cm.

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

2. Fistula de bajo gasto de conducto torácico en nivel IV cervical izquierdo sublocalización medial, se cierra con sutura no absorbible el día hoy médico residente de cirugía solicitan valoración a la unidad de cuidados intensivos por presentar hipotensión, oliguria, taquicardia, malestar general por lo que se decide el ingreso a la unidad.

Donde se realiza un plan que consiste en: Control de laboratorio, Valorara NPT, RX de tórax y la administración de Octreotide en infusión continua.

Con respecto a su evolución la paciente fue intervenida y recibió yodo en el 2020 en el hospital de SOLCA, Quito 100 MCI. Presenta exámenes de laboratorio con resultados: TSH: 0,18 Valorándole a la paciente clínicamente estable.

En el 2021, paciente presenta TGR menor de 0,10 (es una terapia de tres métodos de sanación: Reconfiguración energética, Sanación Genética y Terapia Regresiva Reconstructiva. Es un procedimiento no invasivo de sanación emocional y física que se realiza únicamente a distancia) Lleva un año y 3 meses de tratamiento quirúrgico. Está pendiente el control ecográfico. Se actualiza exámenes inmunológicos. Se realizó un plan de control con ECO y TAC. TORAX.

Además, cita con medicina interna. Actualmente se encuentra en controles. Tomando Levotiroxina de 137 MCG (Hormona tiroidea) que cumple la misma función que las hormonas tiroideas producidas por el organismo. En el examen de TSH: 65; Calcio:8,9; TAC. Tórax: normal; donde la paciente se encuentra cursando un año y 5 meses de tratamiento quirúrgico. Tiene buena evolución donde no presenta signos de actividad locorregional, con estudios de control negativo. A inicios del año 2021 se pide que a la paciente se le realice un control dentro de 6 meses con ECO-TGR- Y TSH, además cita

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

con medicina interna por TSH elevada. Actualmente la paciente se encuentra clínicamente estable.

El cáncer de tiroides tiene mayor predisposición en las mujeres ¹² entre la tercera y cuarta década de edad, por lo que es importante una autoexploración a nivel del cuello, más aún si existe antecedentes familiares que hayan presentado cáncer de tiroides; de esta manera la notificación oportuna al médico ayudaría a prevenir cualquier tipo de enfermedad en especial el cáncer, ya que la mayor parte de casos son asintomáticos, y los únicos síntomas que se manifiestan son al momento en que el cáncer se encuentra diseminado o mayormente conocido como metástasis ^{13 14 15}.

CONCLUSIÓN

Gracias a un diagnóstico oportuno, se pudo diferenciar una de las variantes más comunes en el cáncer de tiroides, siendo el tipo papilar variante folicular que se ha presentado con mayor frecuencia en los últimos años en Ecuador. En el caso clínico presentado, hubo metástasis a los ganglios linfáticos, pero se lo pudo controlar a tiempo, teniendo un buen pronóstico en la paciente y manteniéndole estable; lo que le permite mejorar su calidad de vida, sin descartar que se le realizó varias cirugías para que el cáncer, no logre expandirse a otros órganos de mayor relevancia.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación del artículo.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Regional Autónoma de los Andes; por apoyar el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Lee TL, Liao YH, Liao JY, Sheen YS. Risk factors of recurrence and distant metastasis in primary cutaneous melanoma in Taiwan. *Sci Rep.* 2021 Oct 25;11(1):21012. doi: [10.1038/s41598-021-00386-4](https://doi.org/10.1038/s41598-021-00386-4). PMID: 34697327; PMCID: PMC8545938.
2. Nwaeze O, Obidike S, Mullen D, Aftab F. Follicular variant papillary thyroid carcinoma with a twist. *Int J Surg Case Rep.* 2015;8C:107-10. doi: [10.1016/j.ijscr.2015.01.019](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.01.019). Epub 2015 Jan 14. PMID: 25651538; PMCID: PMC4353927.
3. Buehler D, Hardin H, Shan W, Montemayor-Garcia C, Rush PS, Asioli S, Chen H, Lloyd RV. Expression of epithelial-mesenchymal transition regulators SNAI2 and TWIST1 in thyroid carcinomas. *Mod Pathol.* 2013 Jan;26(1):54-61. doi: [10.1038/modpathol.2012.137](https://doi.org/10.1038/modpathol.2012.137). Epub 2012 Aug 17. PMID: 22899291; PMCID: PMC3559085.
4. Wu J, Zhang Y, Cheng R, Gong W, Ding T, Zhai Q, Wang Y, Meng B, Sun B. Expression of epithelial-mesenchymal transition regulators TWIST, SLUG and SNAIL in follicular thyroid tumours may relate to widely invasive, poorly differentiated and distant metastasis. *Histopathology.* 2019 Apr;74(5):780-791. doi: [10.1111/his.13778](https://doi.org/10.1111/his.13778). Epub 2019 Mar 10. PMID: 30368884.

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

5. Yang YJ, Na HJ, Suh MJ, Ban MJ, Byeon HK, Kim WS, Kim JW, Choi EC, Kwon HJ, Chang JW, Koh YW. Hypoxia Induces Epithelial-Mesenchymal Transition in Follicular Thyroid Cancer: Involvement of Regulation of Twist by Hypoxia Inducible Factor-1 α . *Yonsei Med J.* 2015 Nov;56(6):1503-14. doi: [10.3349/ymj.2015.56.6.1503](https://doi.org/10.3349/ymj.2015.56.6.1503). PMID: 26446630; PMCID: PMC4630036.
6. Ibrahimasic T, Ghossein R, Shah JP, Ganly I. Poorly Differentiated Carcinoma of the Thyroid Gland: Current Status and Future Prospects. *Thyroid.* 2019 Mar;29(3):311-321. doi: [10.1089/thy.2018.0509](https://doi.org/10.1089/thy.2018.0509). PMID: 30747050; PMCID: PMC6437626.
7. Hughes NM, Nae A, Barry J, Fitzgerald B, Feeley L, Sheahan P. Sonographic differences between conventional and follicular variant papillary thyroid carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017 Jul;274(7):2907-2913. doi: [10.1007/s00405-017-4557-0](https://doi.org/10.1007/s00405-017-4557-0). Epub 2017 Apr 10. PMID: 28396943.
8. Unluhizarci K, Akgun H, Oz B, Karaca Z, Tanriverdi F, Kelestimur F. Patients with papillary thyroid carcinoma associated with high stimulated serum calcitonin levels. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2017 Nov 3;2017:17-0085. doi: [10.1530/EDM-17-0085](https://doi.org/10.1530/EDM-17-0085). PMID: 29118989; PMCID: PMC5670325.
9. Nicola M, Onorati M, Albertoni MM, Bianchi CL, De Nucci G, Mandelli ED, Nicola L, Di Nuovo F. Fine Needle Aspiration versus Fine Needle Biopsy of Biliopancreatic Lesions: Are They Really Opposing Techniques or Can They Be Complementary? Our Experience in a Large Cohort of Cases from a Single Institution. *Acta Cytol.* 2021;65(1):40-47. doi: [10.1159/000510755](https://doi.org/10.1159/000510755). Epub 2020 Oct 23. PMID: 33099544.
10. Wang M, Levy G, Qin X, Adeniran AJ, Cai G. Fine-Needle Aspiration Biopsy of Intraocular Mass-Like Lesions. *Am J Clin Pathol.* 2021 Jul 6;156(2):268-277. doi: [10.1093/ajcp/aqaa235](https://doi.org/10.1093/ajcp/aqaa235). PMID: 33609033.

María Grazia Teneda-Espín; Angélica Anais Haro-Alencastro; Anderson Geovanny Arequipa-Reatiqui;
Rosita Olivo-Torres

11. Neal D, Robila V, Chesney A, Sayeed S. Fine needle aspiration and core needle biopsy of the spleen: A case series illustrating current practices and challenges. *Diagn Cytopathol.* 2021 Nov;49(11):1196-1206. doi: [10.1002/dc.24876](https://doi.org/10.1002/dc.24876). Epub 2021 Sep 21. PMID: 34546006.
12. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016 Jan;26(1):1-133. doi: [10.1089/thy.2015.0020](https://doi.org/10.1089/thy.2015.0020). PMID: 26462967; PMCID: PMC4739132.
13. Cabanillas ME, McFadden DG, Durante C. Thyroid cancer. *Lancet.* 2016 Dec 3;388(10061):2783-2795. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)30172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30172-6). Epub 2016 May 27. PMID: 27240885.
14. Prete A, Borges de Souza P, Censi S, Muzza M, Nucci N, Sponziello M. Update on Fundamental Mechanisms of Thyroid Cancer. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020 Mar 13;11:102. doi: [10.3389/fendo.2020.00102](https://doi.org/10.3389/fendo.2020.00102). PMID: 32231639; PMCID: PMC7082927.
15. Roman BR, Morris LG, Davies L. The thyroid cancer epidemic, 2017 perspective. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2017 Oct;24(5):332-336. doi: [10.1097/MED.0000000000000359](https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000359). PMID: 28692457; PMCID: PMC5864110.