

# METÁSTASIS DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN UNA ADENOPATÍA MEDIASTÍNICA SUBCARINAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CON PAAF Y CORRELACIÓN CITO-HISTOLÓGICA

**Carolina Estefanía Haro Haro; Anas Chaachou Charradi; Susana Ubalde; Tamara de la Concepción Martínez; Jordi Temprana-Salvadó; Carmela Iglesias; Carme Dinarès.**

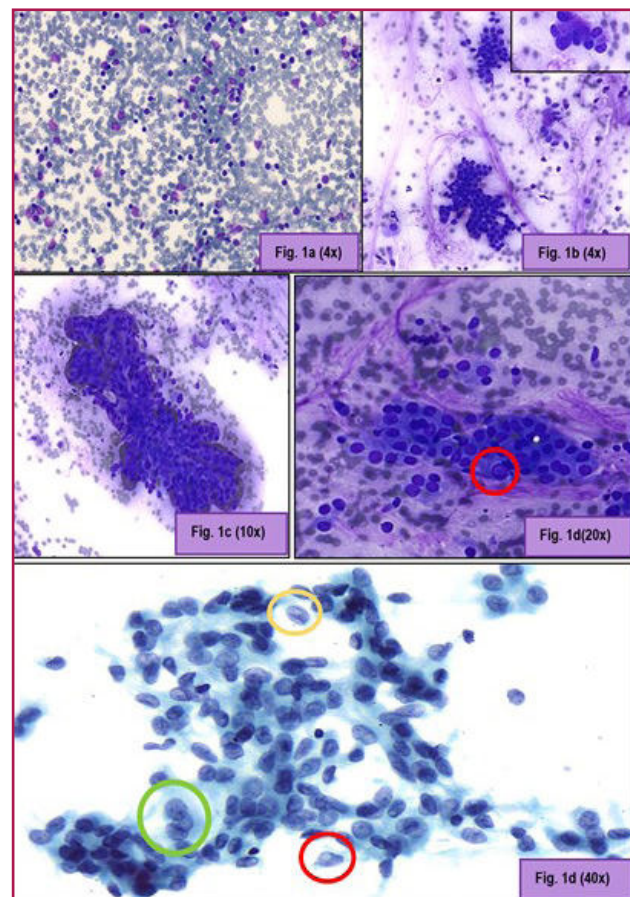
*Servicio de Anatomía Patológica; Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona.*

## CASO CLÍNICO

Varón de 60 años, con antecedente de carcinoma papilar de tiroides tratado con tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar del compartimento central más radio yodo en el 2016 y vaciamiento ganglionar latero-cervical izquierdo por recidiva ganglionar (2020), sin evidencia de enfermedad residual actual, que acude a emergencias en enero del 2023 por dolor opresivo centro-torácico en reposo, que mejora con la inspiración profunda. Descartada la etiología cardíaca isquémica, en la TAC de tórax se identificaron varios ganglios linfáticos mediastínicos aumentados de tamaño, en territorio paratraqueal bajo, hiliares bilaterales y subcarinal. Además, se observaron múltiples nódulos pulmonares, sólidos, de pequeño tamaño, y distribución multilobar bilateral, el mayor de 6 mm en lóbulo inferior izquierdo. Para establecer el diagnóstico, se realizó una PAAF (punción aspiración con aguja fina) de la adenopatía mediastínica subcarinal mediante control por EBUS (Endo Bronchial Ultra Sound).

## Estudio citológico

En las extensiones citológicas se identificaba celularidad linfoide polimorfa representativa del ganglio linfático, células bronquiales contaminantes y células epiteliales dispuestas en patrón pseudopapilar que presentaban un citoplasma eosinófilo, bien delimitado y un núcleo central, redondeado, con cromatina clara, de aspecto lavado, hendiduras y pseudoinclusiones intranucleares (Figura 1). No se observaron figuras de mitosis ni necrosis.



**Figura 1:** PAAF ganglio subcarinal. Dick Quick-Papanicolau a) celularidad linfoide polimorfa, b) celularidad bronquial, c) celularidad neoplásica epitelial de arquitectura pseudopapilar, d) Detalle de células neoplásicas epiteliales pseudoinclusiones intranucleares (color rojo), hendiduras intranucleares (color amarillo) e hipocromasia nuclear (color verde).

**Diagnóstico diferencial**

Al valorar en conjunto la presentación clínica y los hallazgos citológicos encontrados, el diagnóstico diferencial se plantea entre un adenocarcinoma de pulmón subtipo papilar y una metástasis de un carcinoma papilar de tiroides.

Las características citológicas que se observan en estas dos entidades se resumen en la (Tabla 1.)

	Adenocarcinoma de pulmón subtipo papilar:	Carcinoma papilar de tiroides
Patrón		Grupos pseudopapilares
Citoplasma		Eosinófilos, bien delimitados
Núcleo		Cromatina fina, hendiduras o pseudoinclusiones nucleares, con nucléolos pequeños o discretos
Otros elementos que se pueden encontrar		Ocasionalmente la presencia de células gigantes epitelioides o cuerpos de psammoma.
IHQ	Napsina A +/- (+ en 75-80%) TTF1 +/- (+ en 75-80%) Pax 8- Tiroglobulina -	Napsina A - TTF1+ Pax8+ Tiroglobulina +
Molecular		Mutación de BRAF, KRAS O EGFR Fusión de RET.

Tabla 1. XXXX

Puesto que ambas entidades comparten las mismas características citomorfológicas, en este caso, empleamos técnicas inmunohistoquímicas sobre el bloque celular (Figura 2). Realizamos una tinción para

tiroglobulina (Figura 2), en la que observamos una expresión positiva en la celularidad tumoral, lo cual permitió establecer el diagnóstico.

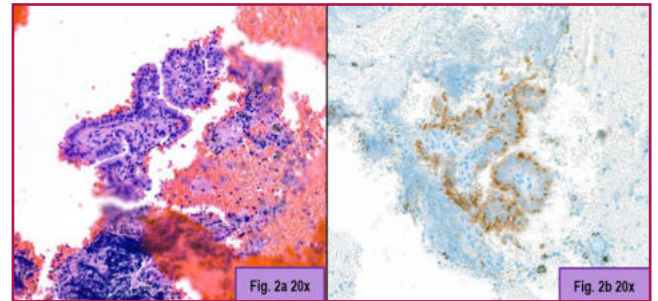


Figura 2: Bloque celular: a)Homatoxilina (HE): celularidad neoplástica de arquitectura papilar, b) positividad para la técnica inmunohistoquímica: Tiroglobulina

El diagnóstico de la PAAF del ganglio subcarinal fue de: positivo para células malignas, compatible con metástasis de carcinoma papilar de tiroides.

Unos meses más tarde, se realizó la exéresis del ganglio subcarinal estudiado (Figura 3). En el estudio histológico se observaba un ganglio de arquitectura alterada por una infiltración difusa de celularidad neoplástica de arquitectura papilar, con núcleos claros, hendiduras, pseudoinclusiones intranucleares y nucléolos pequeños, las mismas características ya identificadas en la citología, existiendo una correlación cito-histológica exacta.

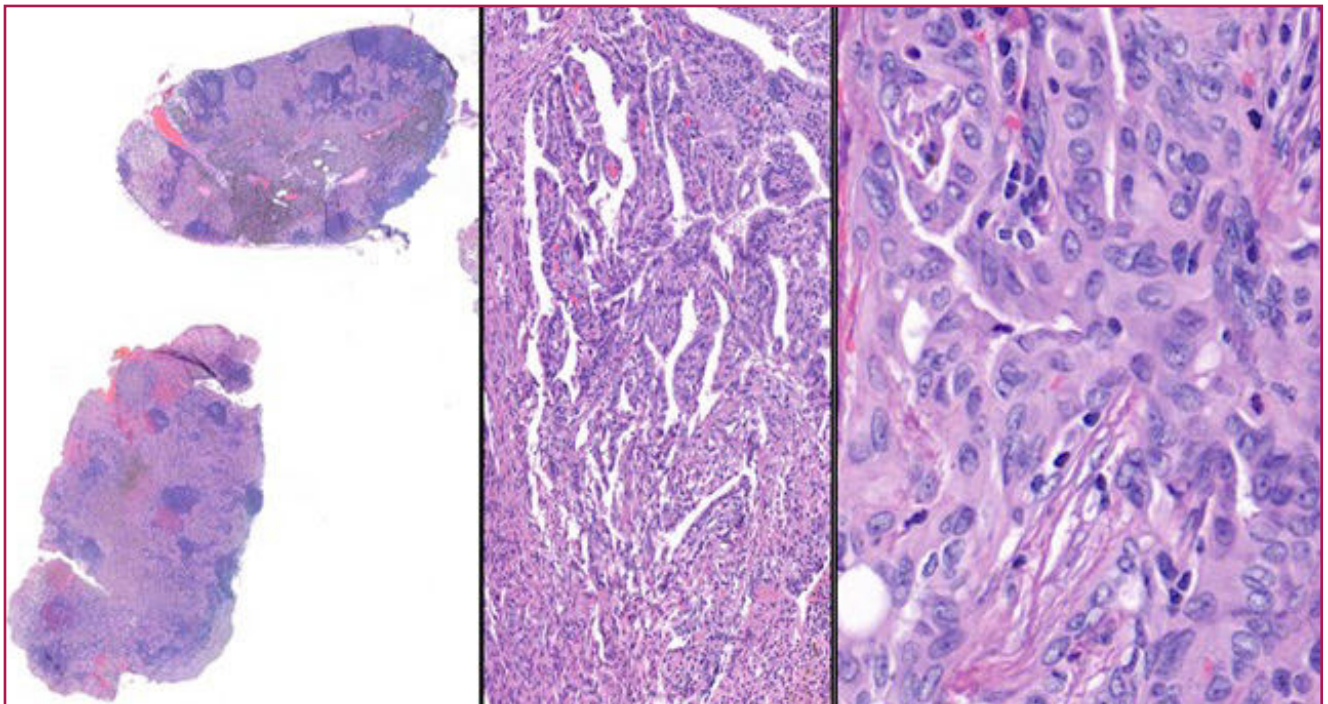


Figura 3: Ganglio linfático subcarinal (HE): hallazgos histológicos compatible con metástasis de carcinoma Papilar

### DISCUSIÓN

El carcinoma papilar de tiroides es la neoplasia maligna primaria más frecuente de la glándula tiroidea. Representa casi el 80 % de todos los casos. Se presenta entre la 3ª y la 5ª década de la vida, siendo las mujeres las más frecuentemente afectadas. Su comportamiento clínico suele ser indolente con buen pronóstico y con tasas de supervivencia a 5 años cercanas al 95-97 % (1). Las metástasis a distancia son poco comunes siendo la localización más frecuente los ganglios linfáticos cervicales, sin embargo, existen registradas en la literatura otras localizaciones menos frecuentes como son el pulmón, hígado, páncreas, riñón, ovario, músculo, pleura, el timo, la piel, las glándulas submandibulares, las glándulas suprarrenales, la órbita, el cerebro y el seno esfenoidal.

La literatura menciona que la supervivencia global disminuye si existen metástasis a distancia, observándose más frecuentemente en algunas variantes de carcinoma papilar entre las cuales se menciona el subtipo células altas y el carcinoma micropapilar (2).

En un extendido citológico las características importantes para sospechar esta entidad son la presencia de imágenes de pseudoinclusiones intranucleares y hendiduras nucleares, la positividad de la inmunohistoquímica de tiroglobulina nos permite confirmar su diagnóstico (3).

### CONCLUSIÓN

El carcinoma papilar de tiroides y el adenocarcinoma de pulmón patrón papilar comparten características citomorfológicas superponibles, que dificultan su diagnóstico. La PAAF es una herramienta útil para el diagnóstico de ambas entidades. Las técnicas inmunohistoquímicas, así como el conocer los antecedentes patológicos del paciente permiten una correcta orientación y establecer el diagnóstico. ■

#### Bibliografía

1. Shastri, M, Kundu, R, Rohilla, M, et al. Cytopathology of the distant metastasis of papillary carcinoma of thyroid. *Diagnostic Cytopathology*. 2022; 50(8): 386- 393. doi:10.1002/dc.24969.
2. Rodríguez, EF, Dacic, S., Pantanowitz, L., Khalbuss, WE y Monaco, SE (2015), *Citopatología del adenocarcinoma pulmonar con un patrón histológico único utilizando la propuesta de la Asociación Internacional para el Estudio del Cáncer de Pulmón/Sociedad Torácica Americana/ Clasificación de la Sociedad Respiratoria Europea (IASLC/ATS/ERS)*. *Citopatología del cáncer*, 123: 306-317
3. Syden A. Ali, Edmund S. Cibas. *The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology*