

Cáncer papilar de tiroides enmascarando tuberculosis ganglionar. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Néstor D. Azuara-Negrete^{1*}, Miguel Á. Monroy-Ramírez², José G. Carrasco-Tobón³,
Martha L. Llamas-Ceras³, Carolina Casoluengo-Guzmán⁴, José A. Velasco-Cabrera⁵,
Ma. Fernanda Manzo-Carballo⁶, Julieta Medina-Galindo⁷ y Gerardo López-Cisneros¹

¹Departamento de Medicina Interna, Hospital Central Norte de Pemex; ²Servicio de Oncología Quirúrgica, Hospital Central Norte de Pemex; ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Central Norte de Pemex; ⁴Servicio de Patología, Hospital Central Norte de Pemex; ⁵Departamento de Cirugía General, Hospital Central Norte de Pemex; ⁶Departamento de Infectología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Infectología Daniel Méndez Hernández, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS; ⁷Departamento de Infectología, Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México, México

Resumen

La linfadenitis tuberculosa es usualmente indistinguible de las formas de metástasis del carcinoma papilar de tiroides (CPT). Hombre de 31 años, presenta adenopatías cervicales con reporte de nódulo tiroideo TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) 5, con biopsia por aspiración con aguja fina positiva para CPT. Se realiza tiroidectomía con resección ganglionar con diagnóstico histopatológico negativo para metástasis, tinción Ziehl-Neelsen positiva. Se inicia manejo antituberculoso. La presentación típica de la linfadenitis tuberculosa cervical cuenta con características comunes con los ganglios metastásicos del CPT. La linfadenopatía cervical en un paciente con un CPT no siempre indica diseminación metastásica de la enfermedad.

Palabras clave: Tuberculosis. Carcinoma papilar. Cáncer. Adenopatía.

Papillary thyroid cancer masking ganglionic tuberculosis. Case report and literature review

Abstract

Tuberculous lymphadenitis is usually indistinguishable from metastatic forms of papillary thyroid carcinoma (PTC). A 31-year-old man assessed for cervical lymphadenopathies with a TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) 5 ultrasound report of a thyroid nodule, with positive fine-needle aspiration biopsy for PTC. Thyroidectomy with lymph node resection was performed with report of lymph node with a result negative for metastasis, positive Ziehl-Neelsen. Antituberculous management is started. The typical presentation of cervical tuberculous lymphadenitis has features in common with metastatic PTC nodes. Cervical lymphadenopathy in a patient with a PTC does not always indicate metastatic spread of the disease.

Keywords: Tuberculosis. Papillary carcinoma. Cancer. Adenopathy.

*Correspondencia:

Néstor D. Azuara-Negrete

E-mail: nestor_d95@hotmail.com

2565-005X/© 2022 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 04-05-2022

Fecha de aceptación: 22-06-2022

DOI: 10.24875/j.gamo.22000070

Disponible en internet: 19-07-2023

Gac Mex Oncol. 2023;22(Supl):28-31

www.gamo-smeo.com

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo de Koch, generalmente con localización pulmonar¹. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 murieron 1.5 millones de personas por TB (entre ellas 214,000 personas con infección por el VIH). En todo el mundo, la TB es la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera después de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)². En México, la TB sigue siendo un problema de salud importante, con alta incidencia en los Estados de Baja California, Guerrero, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Sonora, Chiapas, Veracruz, Baja California Sur y Tabasco, con una tasa mayor del 21.5 (nacional del 14.10)³.

Entre el 15 y el 20% de todos los casos de TB presentarán una forma extrapulmonar. Las formas más frecuentes de TB extrapulmonar son la pleural y la ganglionar, seguida por la genitourinaria^{3,4}.

La linfadenitis tuberculosa es usualmente indistinguible de las formas de metástasis del carcinoma papilar de tiroides (CPT) desde su distribución y la apariencia macroscópica de los ganglios linfáticos, tendiendo a ser similares⁵.

Clínicamente la linfadenopatía cervical ha sido encontrada como presentación inicial en el 23-56% de los casos de CPT. En este caso, nosotros reportamos un cáncer papilar de tiroides enmascarando TB ganglionar cervical.

Caso clínico

Hombre de 31 años, originario de Veracruz y residente de la Ciudad de México; sin enfermedades cronicodegenerativas, de ocupación médico residente. Refiere la presencia de adenopatía cervical derecha de dos meses de evolución, de 1 cm de diámetro aproximadamente, no adherida a planos profundos, bordes regulares, medicándose con ibuprofeno por una semana sin cambios en cuanto a tamaño o morfología. Se decide realizar ultrasonido de cuello con reporte de nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo TI-RADS (*Thyroid Imaging Reporting and Data System*) 5. Con ecogenidad heterogénea secundaria a imagen de composición heterogénea, de predominio hipoecoico, ovoideo, circunscrito, con señal periférica y central al Doppler color, con imágenes ecogénicas en su interior, con dimensiones de 1.89 x 1.70 cm, así como la presencia de conglomerado ganglionar supraclavicular izquierdo

de características probablemente infiltrativas, además de adenopatías multinivel bilateral (Fig. 1).

Fue valorado por el servicio de endocrinología, que realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) con reporte de carcinoma papilar de tiroides clase VI de Bethesda (Fig. 2). Es referido a servicio de oncología quirúrgica; a su valoración por dicho servicio se muestra aparentemente sano, con buena capacidad funcional, examen físico con nódulo tiroideo izquierdo de 1.5 x 2 cm, se palparon ganglios linfáticos bilaterales menores de 1.5 cm, llamando la atención conglomerados supraclaviculares, no dolorosos. El resto del examen físico fue normal. El paciente negó síntomas de hipotiroidismo e hipertiroidismo, síntomas comprensivos como disnea, disfagia u odinofagia, tos crónica, diaforesis, pérdida de peso o fiebre. No había antecedentes personales de exposición advertida a TB, sin irradiación previa de la cabeza y cuello, únicamente antecedente de madre con hipertiroidismo tratada con yodo radioactivo hace más de 20 años.

Las pruebas de laboratorio mostraron biometría hemática y química sanguínea normal. La función tiroidea normal sin alteraciones con hormona estimulante de la tiroides en 0.67 mUI/l, tiroxina libre 1.11 ng/dl y triyodotironina libre 3.33 ng/dl. Prueba de ELISA para VIH negativa, serología para infección de virus de la hepatitis C y anticuerpos contra antígeno de superficie de virus de la hepatitis B negativos.

Se solicitó estudio de tomografía de cuello y tórax simple y contrastada con reporte en cuello de nódulo tiroideo izquierdo de 21 x 18 x 31 mm heterogéneo, irregular, hipodenso, con calcificación importante central de 11 x 6 mm, imágenes ganglionares de morfología redondeada, homogéneas, menores de 1 cm en ejes cortos paratraqueales inferiores y subcarinales; en tórax los pulmones con trama broncoalveolar normal, se visualizó un nódulo puntiforme subpleural en segmento superior de lóbulo inferior de pulmón izquierdo aproximadamente de 2 mm (Fig. 3).

El paciente fue programado para tiroidectomía total con disección de cuello. Durante el procedimiento quirúrgico se realizó tiroidectomía con disección de ganglios del cuello izquierdos, mandando las piezas quirúrgicas a valoración transoperatoria por el servicio de patología, el cual confirma el carcinoma papilar de tiroides, sin embargo en la evaluación de los ganglios sin evidencia de actividad metastásica a dicho nivel, llamando la atención la presencia de necrosis caseosa en todos los ganglios estudiados sospechosos para TB ganglionar, decidiéndose realizar únicamente retirada de ganglios selectivos de lado derecho para evitar

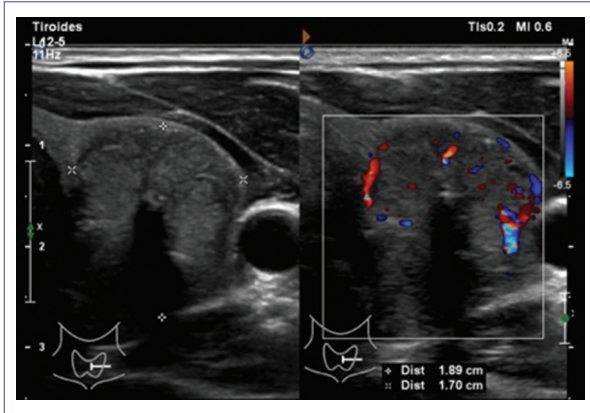


Figura 1. Ultrasonografía de tiroides. Se observa nódulo tiroideo TI-RADS (*Thyroid Imaging Reporting and Data System*) 5 con dimensiones de 1.89 x 1.70 cm.

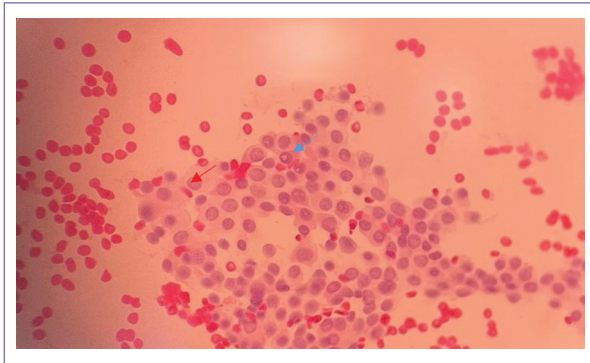


Figura 2. Estudio citopatológico obtenido por biopsia por aspiración con aguja fina del nódulo tiroideo donde se diagnostica como carcinoma papilar. Tinción hematoxilina-eosina, 40x. (En las flechas se muestran los datos característicos del carcinoma papilar; flecha roja = barra intranuclear; flecha azul = inclusión intranuclear.)

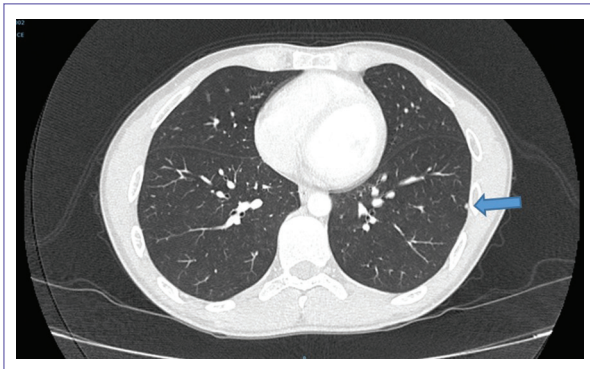


Figura 3. Tomografía computarizada pulmonar. Pulmón izquierdo. La fecha muestra nódulo puntiforme subpleural en segmento superior de lóbulo inferior de aproximadamente 2 mm.

posibles complicaciones. Resto del curso perioperatorio normal. Reporte de servicio de patología final de carcinoma papilar de tiroides con patrón folicular, de 3.7 x 3 x 2 cm, sin extensión más allá de los márgenes quirúrgicos o tejido extratiroideo.

Sin embargo, la histopatología de los ganglios linfáticos presentó inflamación crónica granulomatosa con necrosis caseosa sospechosa con micobacteriosis (TB ganglionar), se realizó tinción de Ziehl-Neelsen para confirmar el diagnóstico. Se indicó la aplicación de yodo radiactivo a dosis de 150 mCi al mes del procedimiento quirúrgico, además de iniciar esquema anti-biótico de fase intensiva con cuatro fármacos con plan de continuar posteriormente con fase de sostén con dos fármacos.

Discusión

La TB ganglionar cervical es la presentación clínica más común de la TB extrapulmonar, existiendo solamente antecedente de contacto de TB en el 21.8% e infección por TB en el 16.1% de los casos de linfadenitis tuberculosa^{6,7}. La presentación típica de la linfadenitis tuberculosa cervical es la presencia de masas no dolorosas unilaterales o múltiples que usualmente se encuentran en áreas supraclaviculares o cerca del triángulo posterior del cuello^{7,8}. Estas características son, en parte, comunes en la presencia de ganglios metastásicos del CPT⁹. Ecográficamente los hallazgos de la linfadenitis tuberculosa son muy similares a los que se presentan por CPT, dentro de los cuales se encuentran la presencia de nódulos hipoeoicos y, usualmente, presencia de necrosis quística intranodal y calcificaciones similares a los nódulos metastásicos por CPT⁵.

La presencia de CPT y linfadenitis tuberculosa se ha descrito en varios reportes de casos de la India, Corea, Japón, EE.UU. y Filipinas^{5,10-12}. En la mayoría de los reportes fueron diagnosticados con linfadenitis tuberculosa después de una consideración inicial de metástasis de CPT⁵.

Nuestro paciente inicialmente se presentó como asintomático con la presencia de ganglios linfáticos cervicales derechos con aumento de tamaño gradual. Debido a la malignidad documentada por la BAAF previa, la proximidad de los ganglios linfáticos, ausencia de enfermedades infectocontagiosas documentadas y los exámenes de laboratorio en rangos normales, nuestra consideración principal para la linfadenopatía fue la diseminación metastásica. Con ultrasonido, aunque es un método de diagnóstico sensible, como ya se

mencionó anteriormente, es difícil determinar la etiología real de la linfadenopatía entre la metástasis del CPT y la linfadenitis tuberculosa cervical. De igual manera, las guías actuales no recomiendan la BAAF preoperatoria sistemática de los ganglios linfáticos en el CPT, por lo que sin un alto índice de sospecha se puede pasar por alto fácilmente.

El examen histopatológico sigue siendo la prueba más precisa para el diagnóstico, sin embargo la BAAF preoperatoria cuenta con una sensibilidad del 46-90%, de igual manera, se puede emplear la reacción en cadena de la polimerasa del aspirado para aumentar la sensibilidad y la especificidad^{13,14}.

Considerando la alta prevalencia de TB en México es importante tener un índice alto de sospecha, ya que en retrospectiva, ante un paciente con una adenopatía cervical nativo de un país con alta prevalencia de TB se podría plantear la posibilidad de que dicha infección sea la causa; en nuestro paciente podría haberse identificado la enfermedad antes de la cirugía con una prueba rápida, llevando al inicio de terapia antimicrobiana de manera temprana y el ahorro de una disección ganglionar innecesaria del cuello.

Conclusiones

En conclusión, la asociación de CPT y linfadenitis tuberculosa no es rara en los países en desarrollo. La linfadenopatía cervical en un paciente con un CPT no siempre indica diseminación metastásica de la enfermedad. La evaluación preoperatoria adecuada es la piedra angular para brindar un tratamiento adecuado y oportuno, y así evitar complicaciones quirúrgicas innecesarias e infecciones secundarias.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

- Palacios Vivar DE, Torres Cruz YJ, Miranda Villasana JE. Diagnosis of extra-pulmonary tuberculosis: Systematic analysis of literature and study of seven cases in the cervicofacial region. *Revista Odontológica Mexicana*. 2016;20(4):e258-e264.
- World Health Organization. Tuberculosis. Key Facts [Internet]. World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Secretaría de Salud (2009). Estándares Para la Atención de la Tuberculosis en México [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2009 [consultado: 15 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/estandares_atencion_tb_sinlogos.pdf
- Lee JY. Diagnosis and treatment of extrapulmonary tuberculosis. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2015;78(2):47-55.
- Yu MG, Atun JM. Tuberculous lymphadenitis mimicking nodal metastasis in follicular variant papillary thyroid carcinoma. *Case Rep Med*. 2016;2016:5623104.
- Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *New Engl J Med*. 1998;338(5):297-306.
- Kanilkama M, Mumbuç S, Bayazit Y, Sirikçi A. Management strategy of mycobacterial cervical lymphadenitis. *J Laryngol Otol*. 2000;114(4):274-8.
- Penfold CN, Revington PJ. A review of 23 patients with tuberculosis of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1996;34(6):508-10.
- Ito T, Saito H, Kishine N, Takeda T, Mizushima K. Preoperatively diagnosed case with co-existence of papillary thyroid carcinoma and cervical tuberculous lymphadenitis. *International J Surg Case Rep*. 2015; 15:74-7.
- Saif Andrabi SM, Bhat MH, Farhana B, Saba S, Saif Andrabi R, Ahmad Shah P. Tuberculous cervical lymphadenitis masquerading as metastasis from papillary thyroid carcinoma. *Int J Endocrinol Metab*. 2012; 10(3):569-72.
- Bhat S. Tuberculous lymphadenitis masquerading as metastatic papillary thyroid carcinoma. *Proceedings of UCLA Healthcare [Internet]*. 2013;17. Disponible en: https://proceedings.med.ucla.edu/wp-content/uploads/2016/11/Tuberculous-Lymphadenitis-Masquerading-as-Metastatic-Papillary-Thyroid-CB_edited.pdf
- Ishinaga H, Hamaguchi N, Suzuki M, Miyamura T, Nakamura S, Otsu K. Case of papillary carcinoma of the thyroid gland with concurrent tuberculous lymphadenitis. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 2013; 116(12):1315-9.
- Artenstein AW, Kim JH, Williams WJ, Chung RCY. lymphadenitis in adults: current clinical and diagnostic issues. *Clin Infect Dis*. 1995; 20(4):876-82.
- Baek CH, Kim SI, Ko YH, Chu KC. Polymerase chain reaction detection of Mycobacterium tuberculosis from fine-needle aspirate for the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis. *Laryngoscope*. 2000;110(1):30-4.