

## CARCINOMA MORULAR CRIBIFORME DE TIROIDES

Presenta: Dra. Pamela Aravena Solís  
Becada de Endocrinología Adulto Universidad de Chile  
Hospital San Juan de Dios

Tutora: Dra. Erika Díaz Vargas  
Endocrinóloga  
GRUPO OCCIDENTE

### CASO 2

Se presenta el caso de una mujer de 45 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, obesidad y colelitiasis. Consultó por molestias cervicales de 4 meses de evolución, definidas como sensación de opresión cervical y disfonía intermitente. Negaba disnea o disfagia y no presentaba síntomas de disfunción tiroidea. Al examen cervical se palpó gran nódulo tiroideo izquierdo que se extendía a istmo y con posible extensión intratorácica. Exámenes bioquímicos confirmaron eutiroidismo y ecografía de tiroides informó nódulo tiroideo izquierdo, de 7,3 x 4,0 x 5,2 cm, heterogéneo, con elementos ecogénicos con sombra acústica de hasta 6 mm y linfonodos inespecíficos en cadena yugular izquierda.

Biopsia mediante punción con aguja fina (PAAF), se informó como sospechoso de malignidad, Bethesda V. Tomografía computada de cuello con contraste informó gran masa tiroidea izquierda de 5,8 x 4,8 x 8,0 cm, que determinaba compresión extrínseca y desviación de la tráquea hacia la derecha, con disminución del calibre en hasta 30%.

Fue evaluada por Otorrinolaringología con nasofibrolaringoscopia que mostró tumor que desplazaba la pared lateral de la tráquea, sin otros hallazgos de relevancia.

Se solicitó revisión de la biopsia tomada por PAAF, cuyo nuevo informe indica coágulo hemático con moderada cantidad de estructuras papilares con escaso estroma vascularizado y que se encuentran revestidas por células tiroideas atípicas cúbicas altas, con citoplasma eosinofílico con núcleos hiper cromáticos, de bordes nucleares irregulares, nucleolo pequeño, con presencia de hendiduras nucleares y ocasionales pseudoinclusiones nucleares, no observándose cuerpos de Psamoma. No se observan áreas sólidas de neoplasia maligna indiferenciada tipo anaplásica. Se mantuvo la clasificación Bethesda V.

Se completó estudio prequirúrgico con ecografía de estadificación cervical que no evidenció signos de compromiso de estructuras vecinas ni adenopatías sospechosas, y tomografía computada de tórax que descartó compromiso secundario a este nivel.

Fue sometida a tiroidectomía total con disección central, en protocolo quirúrgico se informó resección completa del tumor macroscópico de 8 cm. Evolucionó sin complicaciones postquirúrgicas.

La biopsia de la pieza quirúrgica informó nódulo sólido quístico bien delimitado y encapsulado, que ocupa la totalidad del lóbulo tiroideo izquierdo, de 6,4 x 4,8 x 4,0 cm. Al examen microscópico: nódulo conformado por estructuras papilares revestidas por epitelio columnar, con núcleos muy sobrepuestos, grandes, alargados, claros y con pliegues. No se observan pseudoinclusiones. Se identifican numerosas zonas sólidas entre las estructuras descritas, de aspecto escamoso, con núcleos similares a los descritos. Se reconoce uno que otro foco con escaso coloide. No se observan necrosis. Se evidencian mitosis hasta 2 en 10 mm<sup>2</sup> y una permeación vascular linfática. La lesión se encuentra limitada al tiroides y no alcanza el margen quirúrgico en los bordes examinados. Estudio inmunohistoquímico: TTF-1 (+), PAX-8 (-), Tiroglobulina (-), CDX-2 (-), Receptores de estrógenos (+), Ki67: índice de proliferación hasta 7%, B-catenina (+) en patrón membranoso, ausencia de expresión aberrante nuclear y citoplasmática de B-catenina, Napsina A (-), CK20 (-), CK7 (+), Calcitonina (-), WT-1 (-), P40 (-), BCL-2 (+) débil, CD99 (-), NUT (-), TLE-1 (+) focal. Diagnóstico anatomopatológico: neoplasia maligna de origen indeterminado con algunas características de carcinoma morular cribiforme. Linfonodos sin evidencia de neoplasia. En nota de biopsia se sugiere el estudio sistémico para descartar un primario extratiroideo.

En seguimiento bioquímico, tiroglobulina 0.06ng/mL a los 2 meses de la cirugía.

Estudio para búsqueda de primario extratiroideo: PET- CT con glucosa, ecotomografía mamaria, mamografía y ecografía ginecológica, que descartaron otras lesiones neoplásicas. Endoscopia digestiva alta y colonoscopia pendientes.

Recibió terapia con radioyodo en dosis de 100 mCi, siendo la exploración sistémica positiva a nivel cervical

**Bibliografía:**

1. Chan Kwon Jung et al. Update from the 2022 World Health Organization Classification of Thyroid Tumors: A Standardized Diagnostic Approach. *Endocrinol Metab* 2022;37:703-718
2. Fulvio Basolo et al. The 5th edition of WHO classification of tumors of endocrine organs: changes in the diagnosis of follicular-derived thyroid carcinoma. *Endocrine* (2023) 80:470–476