



Шийни кистични метастази

Cystic neck metastases

Йорданов С., Конов Д., Генадиева М., Хаджиев Ю., Николова М.
УМБАЛ „Царица Йоанна–ИСУЛ“ ЕАД, гр. София, МУ София – Катедра по УНГ–болести
УМБАЛ „Александровска“, гр. София, МУ София – Катедра по патология

Yordanov S, Konov D, Genadieva M, Hadzhiev Y, Nikolova M
УМНАТ „Tzaritza Yoanna–ISUL“, Sofia, Medical University Sofia – ENT Department
УМНАТ „Alexandrovskа“, Sofia, Medical University Sofia – Department of Pathology

Клиничен случай

Мъж на 58 години беше приет в клиниката по повод мека флукутираща маса вляво на шията с давност от около 2 месеца. Формацията се появила и нарастнала сравнително бързо, неболезнена, добре отграничена от околните тъкани, подвижна, с клинични характеристики на шийна киста. Останалият УНГ статус беше без отклонения. На предоперативната КТ се визуализира кистична формация вляво на шията с размери около 8 x 10 см, с няколко сателитни лимфни възела с гранични размери. Интраоперативно кистата се намери локализирана латерално от предния ръб между средна и долна трета на стерноклейдомастоидния мускул вляво. Макроскопски беше с бенигна характеристика, тънка капсула и изпълнена с тъмно хеморагично съдържимо. Краниално към кистата се отстраниха два лимфни възела със същия цвят и гранични размери от около 8 – 10 мм. Патохистологичната диагноза се оказа кистична метастаза от папиларен карцином на щитовидната жлеза.

Дискусия

Две основни нозологични единици стоят в диференциалната диагноза на шийните кисти. Това

Clinical case

58-year old male patient presented in our clinic with a history of soft fluctuating mass in the left neck with two months duration. The lesion clinically resembled quickly enlarging, painless, well circumscribed cystic formation. The rest of the ORL status was unremarkable. Preoperative CT scan revealed large cystic mass laterally localized between middle and lower third of the left sternocleidomastoid muscle, measuring 8x10 sm and associated with couple satellite lymph nodes with borderline dimensions. Intraoperatively the cyst showed to be benign, with thin capsule, filled with hemorrhagic content. Cranially from the cyst we found two lymph nodes with the same colour and measuring 8-10 mm, which were included in the surgical specimen. Histopathological examination revealed cystic metastasis from papillary thyroid carcinoma.

Discussion

Two main entities may be considered in the differential diagnosis of cystic neck lesions – thyroglos-

са тиреоглосална киста и бранхиална киста. Тиреоглосалните кисти произхождат от рестове на тиреоглосалния тракт, по който през втория ембрионален месец зачатъкът на щитовидната жлеза десцендира от първоначалната си позиция в областта на корена на езика до типичната локализация. Честотата на малигнена трансформация при тях варира от 0,7% до 4,4% в зависимост от различните източници.^{1,2} Тези кисти са с типично медиално разположение, отличаващо се от разположението на лезията в описания клиничен случай. Латералните цервикални или бранхиогенни кисти обикновено възникват при младите, макар че са наблюдавани клинично във всяка възраст. Типичното им разположение е пред горната трета на m.s.c.m. В диференциалната диагноза се включва реактивната лимфаденопатия, при децата – дермоидна киста и рабдомиосаркома, при младежите – лимфом, туберкулоза, тумори от обвивките на периферните нерви, а при пациенти над 35 г. – шийни метастази от карциноми на главата и шията. Основните теории за възникването на латералните шийни кисти са, че те представляват остатъци от бранхиалните джобове, цервикалния синус или са резултат от кистична дегенерация на шиен лимфен възел.^{3,4,5} Стената на кистата е покрита от сквамозен епител, като са възможни участъци и на цилиндричен. Могат да се наблюдават също лимфоидни струпвания с формирането на вторични фоликули, но липсва тиреоидна тъкан. Matsumoto и колектив описват папиларен карцином, възникнал от ектопична щитовидна тъкан в бранхиална киста. Като доказателство за първичния му произход е, че такъв не е открит в щитовидната жлеза на пациента.⁶

Солитарна кистична метастаза в лимфен възел от окултен папиларен карцином на щитовидната жлеза може клинично и ехографски да симулира латерална шийна киста. Понякога дори хистологичното изследване не може със сигурност да постави дефинитивна диагноза, тъй като и двете формации са кистични с обилие от лимфоидна тъкан в стената им. Оправдано в този случай е серийното изследване на целия материал и използването на имунохистохимични маркери за щитовидна тъкан, като тиреоглобулин и тиреоиден транскрипционен фактор 1 в суспектните участъци.⁷ Наличието на тиреогло-

sal duct cysts and branchial cleft cysts. The first one mentioned originates from rests of the thyroglossal tract, which is the normal way of descent of the thyroid anlage during the second month of the embryonic development from the root of the tongue to its typical location. Malignant transformation in thyroglossal duct cysts occurs in 0,7 – 4,4% according to the data in literature.^{1,2} They have typical central location differentiating from the lateral position of the cyst in our patient. Branchial cleft cysts are more common finding in young age, though there are cases described in all ages. Their typical presentation is anterior to the upper third of m.s.c.m. Other entities included in the differential diagnosis are reactive lymphadenopathy, dermoid cyst and rhabdomyosarcoma in children; lymphoma, tuberculosis and peripheral nerve sheath tumor in adolescence; neck metastases from oropharyngeal carcinoma in the adulthood. According to the main theories for the origin of the lateral cervical cysts, they are rests of the branchial pouches, cervical sinus or result from cystic degeneration of a cervical lymph node.^{3,4,5} The wall of the branchial cysts is lined by squamous epithelium, though may be partly covered by columnar epithelium with some lymphoid tissue forming secondary lymphoid follicles, no thyroid tissue is found howsoever. Matsumoto et al. describe papillary carcinoma arising from ectopic thyroid tissue in the wall of a branchial cervical cyst. In keeping with their diagnosis is the fact that no primary papillary carcinoma was found in the thyroid gland in this case.⁶

Cystic lymph node metastasis from silent papillary carcinoma of the thyroid gland can mimic by clinical and ultrasonographic examination lateral cervical cyst. Pathohistologic examination sometimes is not conclusive either, because both cases can appear as epithelium lined cystic wall with lymphoid tissue. More accurate in this case would be thorough examination of the specimen using some ICC markers such as thyroglobulin and TTF-1 to confirm presence of small foci of thyroid carcinoma.⁷ However finding of TTF-1 and thyroglobulin positive tissue in cervical lymph node may simply indicate the presence of ectopic



булин и TTF-1 позитивна тъкан в лимфен възел не трябва непременно да се възприема като метастаза от карцином на щитовидната жлеза, защото има описани случаи и на ектопична тиреоидея в лимфен възел.⁸

Плоскоклетъчните карциноми на главата и шията дават типично метастази в регионалните шийни л.в. Тези метастази обикновено са твърди и плътни, но са възможни и такива с вид на киста, изградена от тънка капсула с втечнено вътрешно съдържимо, което е най-характерно за метастази от карциноми на тонзиларната тъкан на Валдайеровия пръстен. В миналото кистичните метастази най-често са били определяни като малигнизирани бранхиогенни кисти. Днес повечето автори са на мнение, че в основната си част те произхождат от орофарингеални сквамозни карциноми. По данни на проведено от David Goldenberg и колектив проучване този тип метастази са основно с HPV – асоциирани тонзиларни плоскоклетъчни карциноми.⁹

Заклучение

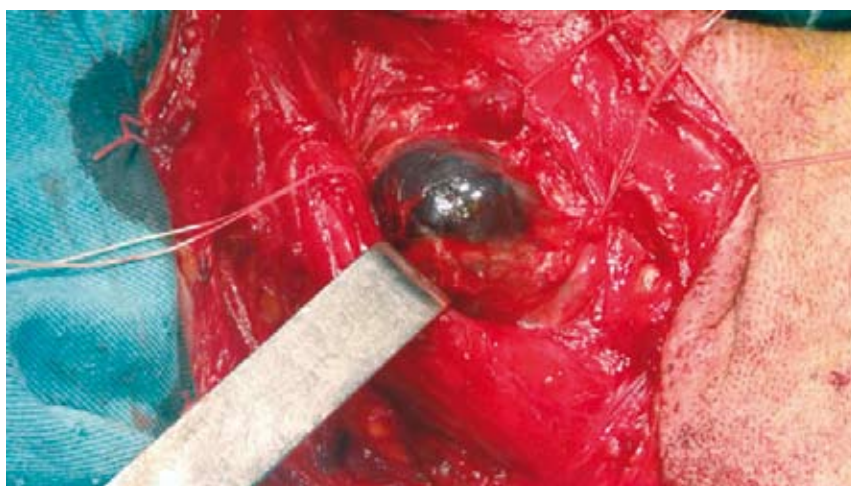
Шийните кистични лезии налагат широка диференциална диагноза, която трябва да включва и солитарна метастаза от окултен папиларен карцином на щитовидната жлеза, какъвто е и описаният клиничен случай. Такава трябва да се подозира независимо от бенигнения макроскопски вид на кистата, особено при нетипично ниско разположение на шията и при по-възрастни пациенти.

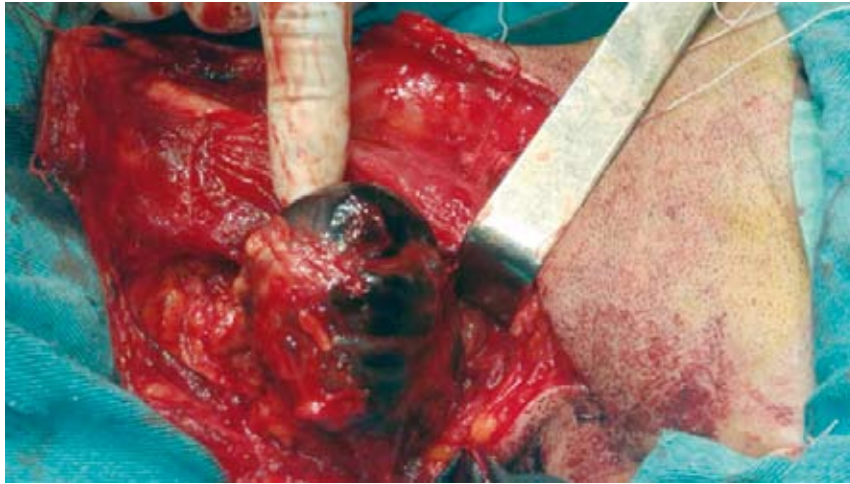
thyroid tissue and should not be interpreted as metastasis.⁸

Head and neck squamous cell carcinomas typically metastasize to the regional lymph nodes. In this case metastatic lymph nodes have quite hard consistency, but cystic presentation is not unheard of. This is most typical finding in metastatic cases of carcinomas affecting the Waldeyer's ring lymphoid tissue. In the past cystic metastases are frequently being described as branchial cysts with malignant transformation. Nowadays the majority of the authors share the opinion that most of them originate from oropharyngeal squamous cell carcinomas. According to David Goldenberg et al. such metastases arise from HPV – related tonsillar squamous cell carcinomas.⁹

Conclusion

Cystic neck masses require broad differential diagnosis that must also include solitary lymph node metastasis from silent papillary thyroid carcinoma which is the case here. That diagnosis should be considered even when the lesion looks benign grossly, especially if localized in the lower neck or in adult patients.



**Библиография/Referens:**

1. Heshmati HM, Fatourechhi V, Van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR. Thyro-glossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clin Proc.* 1997;72:315–319.
2. Tew S, Reeve TS, Poole AG, Delbridge L. Papillary thyroid carcinoma arising in thyroglossal duct cysts: incidence and management. *Aust N Z J Surg.* 1995;65:717–718.
3. Golledge J, Ellis H. The aetiology of lateral cervical (branchial) cyst: past and present theories. *Journal of Laryngology and otology.* 1994; 108:653-9
4. Regauer S, Gogg-Kamerer M, Braun H, Beham A. Lateral neck cyst – the branchial theory revisited. A critical review and clinicopathological study of 97 cases with special emphasis on cytokeratin expression. *APMIS: Acta Pathologica, Microbiologica and Immunologica Scandinavica.* 1997; 105: 623-30
5. King ESJ. The lateral lympho-epithelial cyst of the neck (branchial cyst). *Australian and New Zealand Journal of Surgery.* 1949; 19:109
6. Matsumoto K, Watanabe Y, Asano G. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a branchial cleft cyst. *Pathol Int.* 1999;49:444–446.
7. Martin P. Fernandez, MD; Said Ismail, MD, PhD; Jae Y. Ro, MD, PhD, Pathologic Quiz Case Cystic Lesion in the Neck of a 51-Year-Old Woman *Arch Pathol Lab Med—Vol 125, June 2001 Pathologic Quiz Case 833*
7. Ahuja A, Ng CF, King W, Meteweli C. Solitary cystic nodal metastasis from occult papillary carcinoma of the thyroid mimicking a branchial cleft cyst: a potential pitfall. *Clin Radiol.* 1998;53:61–63.
8. Meyer JS, Steinberg LS. Microscopically benign thyroid follicles in cervical lymph nodes: serial section study of lymph node inclusions and entire thyroid gland in 5 cases. *Cancer.* 1969;24:927–932.
9. David Goldenberg, Shahnaz Begum, William H. Westra, Zubair Khan, James Sciubba, Sara I. Pai, Joseph A. Califano, Ralph P. Tufano, Wayne M. Koch Cystic lymph node metastasis in patients with head and neck cancer: An HPV-associated phenomenon† *Volume 30, Issue 7 July 2008 Pages 898–903*