

Metástasis en tiroides de tumores primarios extratiroides

Thyroidal metastasis of primary extrathyroidal tumors

José L. D'Addino, María M. Pigni, Martín Zamora, Santiago Corradetti

Servicio de Cirugía
General.
Hospital Municipal de
Vicente López Prof. B. A.
Houssay. Buenos Aires,
Argentina

E-mail:
José L. D'Addino:
jldaddino@gmail.com

RESUMEN

Antecedentes: las metástasis en tiroides son infrecuentes, pocas veces diagnosticadas antes de la cirugía; sin embargo, las autopsias muestran una frecuencia que oscila entre el 1 y el 24%.

Objetivo: presentar nuestra estadística de metástasis en tiroides de tumores extratiroides y citar una metástasis a los 23 años del tumor renal primario.

Material y métodos: estudio retrospectivo estadístico sobre 1000 tiroidectomías y sus hallazgos histológicos, en un Hospital General.

Resultados: en 1000 tiroidectomías, hallamos 3 metástasis extratiroides, 2 de riñón (un paciente masculino de 70 años con primario 9 años antes y una mujer de 73 años con primario 23 años antes) y uno de útero (paciente de 74 años con primario de 5 años antes). La metástasis del carcinoma renal fue la más frecuente.

Conclusión: la localización de metástasis en tiroides es poco habitual pero debe ser considerada especialmente en aquellos enfermos con antecedentes de carcinomas.

■ **Palabras clave:** metástasis en tiroides, carcinoma de endometrio.

ABSTRACT

Background: Although metastasis in the thyroid gland are rare and infrequently diagnosed, they can be found in 1 to 24% of all autopsies.

Objective: to present our series of thyroidal metastasis, of extra thyroid primary tumors and to report one case of metastasis 23 years after a primary renal tumor.

Material and methods: retrospective study of 1000 thyroidectomies and the histological findings in a General Hospital.

Results: in 1000 thyroidectomies, we found 3 metastases of extrathyroid cancer, 2 renal (male 70 years old with 9 year prior primary, female 73 years old with a primary 23 years before) and a female 74 years old with a primary of uterus operated 5 years earlier. The renal metastases in thyroid were the most common.

Conclusion: the localization of metastases in thyroid are unusual, but should be considered in patients with history of malignancy carcinomas.

■ **Keywords:** thyroid metastasis, endometrial carcinoma.

Recibido el
02 de marzo de 2016
Aceptado el
15 de junio de 2016

Introducción

Las metástasis hacia la glándula tiroides son poco frecuentes y no siempre diagnosticadas¹. Es sumamente infrecuente encontrar metástasis de tumores extratiroides en el intraoperatorio. En autopsias de pacientes con patologías malignas se halló, en el 1 al 24% de los casos, presencia de metástasis en la glándula tiroides. El tipo histológico que más habitualmente produce secundarismo en esta glándula es el carcinoma de células claras de riñón, seguido por los de pulmón y mama²⁻⁴.

Presentamos tres pacientes que concurrieron a la consulta con bocio nodular. Los enfermos, 2 mujeres y un hombre, habían permanecido libres de enfermedad desde la cirugía del tumor maligno primario no tiroideo hasta la consulta por el bocio. El algoritmo de estudios preoperatorios que realizamos fue: rutina de laboratorio, estudio de la función tiroidea, ecografía y punción con aguja fina y tomografía computarizada. Ninguno presentaba alteración de la función tiroidea. Los tres casos fueron sometidos a punción y todos comunicaron citología positiva para células neoplásicas, clasificación V del Sistema Bethesda.

Los pacientes coincidieron en presentar bocio multinodular, de gran tamaño en el caso de la metástasis de útero, y con calcificaciones en los secundarios a patología renal (Fig. 1).

Efectuamos tiroidectomía total por cervicotomía de Kocher; solo en el caso de metástasis metacrónica de útero, dado que la lesión tenía extensión extratiroides, se resecaron músculos pretiroideos adheridos a la lesión. Siempre se llevó a cabo congelación intraoperatoria; no obstante, ninguna de las congelaciones fue diagnóstica de carcinoma metastásico, y debieron ser estudiadas en diferido.

Todos los tumores metastásicos de primarios extratiroides requirieron inmunomarcación histoquímica luego del estudio convencional de hematoxilina y eosina.

Caso 1

Mujer de 73 años, operada de un primario renal de células claras 23 años antes. Fue sometida a tiroidectomía total y falleció de metástasis pulmonares y óseas a los 5 años de intervenida en nuestro centro. En los carcinomas de células claras, la microscopia evidenció proliferación de células con citoplasma claro y nucléolos centrales basófilos. Los estudios histoquímicos marcaron positividad para keratina7, factor tiroideo de transcripción (TTF-1) y tiroglobulina negativa en el tumor; negatividad con keratina20 y positividad con CD 10 en el tumor (Fig. 2).

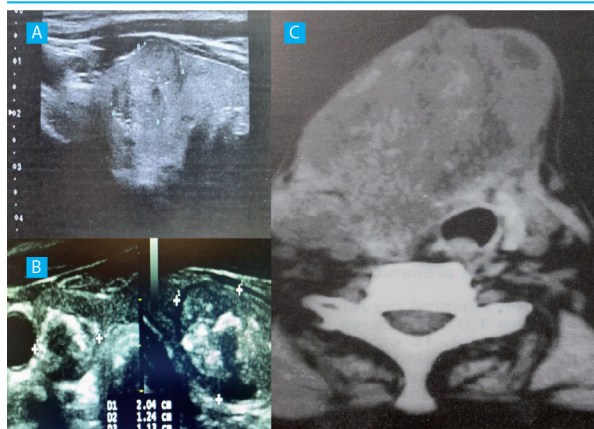
Caso 2

Hombre de 70 años a quien habían nefrectomizado por carcinoma de células claras hacía 9 años. La evolución posterior a la tiroidectomía ha sido favorable,

continúa bajo tratamiento oncológico por su carcinoma primario renal y, a 8 años de operado, se encuentra libre de enfermedad.

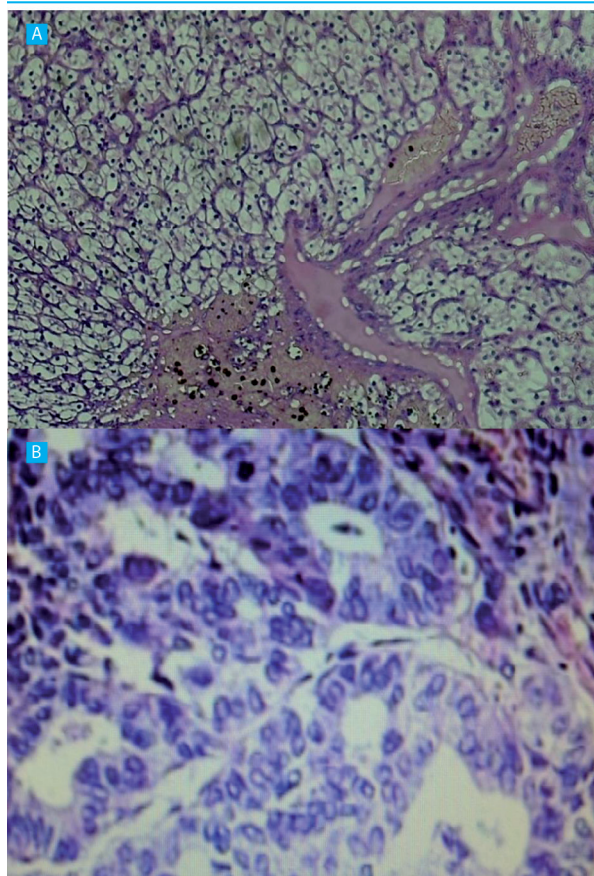
Al igual que el caso anterior, la inmunomarcación confirmó el origen renal de las metástasis.

FIGURA 1



Ecografía y tomografía computarizada de tiroides. A, ecografía MTS renal (caso 1); B, ecografía MTS renal (caso 2); C, tomografía MTS útero (caso 3)

FIGURA 2



Histología de las lesiones metastásicas en tiroides. HE. A, MTS Ca de Células claras; B, MTS Ca endometroide

Caso 3

Mujer de 74 años, anexohisterectomizada por carcinoma papilar tipo endometroide de útero 5 años antes de consultarnos por bocio. Fue sometida a tiroidectomía total más resección de tejidos blandos ya que en este caso la neoplasia tenía extensión extratiroidea. La paciente falleció a los 8 meses intratratamiento quimioterápico.

En este caso de carcinoma endometroide de útero, el estudio anatomopatológico fue parénquima glandular tiroideo infiltrado por adenocarcinoma moderadamente diferenciado con sectores papilares y extensa necrosis tumoral. Se completó con inmunomarcación cuyo informe fue positivo para citoqueratina 7, vimentina (clon V9) y receptor de progesterona (clon 1A6); negativo para citoqueratina 20, factor tiroideo de transcripción (TTF-1), tiroglobulina y receptor estrogénico (clon 1D5) (véase Fig. 2).

Discusión

La diseminación de metástasis a la glándula tiroides es muy infrecuente¹. Según la bibliografía, la incidencia en las autopsias ha sido bastante variada, del 1 al 25% en necropsias no seleccionadas y del 24% en pacientes con neoplasias malignas. Obviamente, la incidencia depende de la intensidad con la cual se busquen las metástasis, ya que las metástasis de lugares distantes pueden presentar problemas de diagnóstico y de tratamiento. Una estadística de 15 años informada por la Universidad de Toronto mostró 11 casos de metástasis de tumores secundarios en tiroides, los cuales correspondieron a primarios localizados en riñón, cavidad oral, esófago, estómago, colon, páncreas, mama, piel, pulmón y desconocido¹. Otro estudio presentado por la Mayo Clinic en 1997 comunicó 43 pacientes con metástasis en glándula tiroides, identificándose el adenocarcinoma renal como el primario más frecuente (33%), seguido por los de pulmón (16%), mama (16%), esófago (9%) y útero (7%). El tiempo de diagnóstico de la metástasis del adenocarcinoma renal fue de 106 meses y para el de útero 132 meses¹.

El Royal Marsden Hospital publicó una recopilación de casos sobre 1016 cánceres tiroideos y hallaron 15 casos (1,4%) de tumores secundarios; el más común fue el de origen renal¹.

En nuestra casuística, sobre un total de 1000 tiroidectomías, hemos encontrado 3 casos con metástasis en tiroides de carcinomas extratiroideos: 2 resultaron metástasis de carcinomas renales y 1 de endometrio. Considerando los tres pacientes con secundarismo en tiroides, representan el 1,06%. La metástasis de carcinoma renal representó el 66,6% de los hallazgos histológicos. La media etaria corresponde a 72,3 años.

En concordancia con estos autores, otros han publicado similares estadísticas de presentación del carcinoma renal como el más frecuente en dar diseminación a tiroides²⁻⁴. La demora en la aparición de las metástasis se explicaría en la permanencia de las células neoplásicas en estado de latencia dentro de la circulación⁵.

La presentación clínica de la enfermedad es a menudo confusa; según las estadísticas publicadas, la mayoría de los pacientes consulta por nódulo tiroideo o enfermedad multinodular; un bajo porcentaje consultó por sintomatología compresiva². Nuestros enfermos consultaron por formación nodular tiroidea.

La punción con aguja fina no siempre resulta definitiva, generalmente resulta sospechosa de neoplasia, pero igualmente termina siendo un falso positivo ya que no diagnosticó la histología de la metástasis. Tal vez la marcación de tiroglobulina en la muestra, algo aún no estandarizado, ayudaría a diferenciar patología tiroidea de extratiroidea⁶.

Todos los trabajos citan la tiroidectomía total con vaciamiento cervical o sin él como terapéutica, dependiendo de los hallazgos intraquirúrgicos, y está recomendada para aquellos casos en que no existan otras localizaciones metastásicas; no obstante, en pacientes con enfermedad diseminada y masas compresivas en tiroides, se recomienda la cirugía con carácter paliativo dado el mal pronóstico^{2,4,5}.

Conclusión

La localización de metástasis en tiroides es poco frecuente pero debe ser considerada en pacientes con patología tiroidea y especialmente en aquellos enfermos con antecedentes de carcinomas renales. El diagnóstico preoperatorio es dificultoso en pacientes con antecedentes de patología tumoral; tal vez la marcación rutinaria de tiroglobulina en las punciones con aguja fina ayudaría a mejorar la detección temprana.

Referencias bibliográficas

1. D'Addino J, Canteros G, Mayorga H y col. Metástasis de carcinoma papilar tipo endometroide de útero en glándula tiroides. Rev Cirujano General de la Asociación Mexicana de Cirugía. 2005;27:324-7.
2. Cordes M, Kuwert T. Metastases of non-thyroidal tumors to the thyroid gland: a regional survey in middle Franconia. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2014;5:273-6.
3. Kobayashi K, Hirokawa M, Yabuta T, Fukushima M, Masuoka H, et al. Metastatic carcinoma to the thyroid gland from renal cell carcinoma: role of ultrasonography in preoperative diagnosis. Thyroid Res. 2015;8:4-7.
4. Medas F, Calo P, Lai M, Tuveri M, et al. Renal cell carcinoma metastasis to thyroid tumor: a case report and review of the literature. Med Case Rep. 2013;7:265-8.
5. Zund S, Pérez Irigoyen C, Beraún J, Fischer G, Castelletto E. Metástasis metastásica de carcinoma renal en glándula tiroides. Rev Argent Cirug. 2007;92(5-6):203-5.
6. Cesaretti M, Trotta M, Varaldo E, Ansaldo G, Leale I, et al. Metastases to the thyroid gland from renal cancer. Tumori. 2013;99(3):107-10.