

ENDOCRINOLOGÍA

CÁNCER PAPILAR, METÁSTASIS POCO HABITUAL DEL CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

Jorge Badilla Mora*
Natalia Cambronero Arguedas**

SUMMARY

Distant metastases of differentiated thyroid cancer are usually localised in the lung and bone; less common sites of metastases are the brain, liver, and skin. To find it in other sites it is exceptional. This work shows the clinical, histological and therapeutic characteristic of primary tumour in one case of non-typical distant metastases of differentiated thyroid cancer. Papillary thyroid carcinoma was displayed in the case, it presented one metastases in right adrenal gland. In summary, when the initial treatment of well-differentiated thyroid carcinoma it is inaccurate, it is possible to find common and less common

sites metastases. Some variants of papillary thyroid carcinoma, like tall cell, have a worse prognosis and they can present metastases in less common sites.

Palabras claves: Cáncer papilar. Metástasis. Glándula suprarrenal.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma diferenciado de tiroides, tanto en su variedad papilar como folicular, es una de las neoplasias con mejor pronóstico, con una supervivencia a los cinco años que oscila entre el 90-95 %. Actualmente constituye menos del 1 % de todos los procesos cancerígenos, con una incidencia

anual que varía entre 0,5-10 casos por 100.000 habitantes¹⁰⁻¹⁴. Se suele presentar como un nódulo tiroideo aunque no es infrecuente la presencia, adicional o como único hallazgo, de adenopatías cervicales, supraclaviculares y/o mediastínicas. No obstante, estas adenopatías, a diferencia de las que aparecen en otras neoplasias, no indican la existencia de metástasis a distancia⁷⁻¹³. Las metástasis a distancia del carcinoma diferenciado de tiroides no son habituales. Aparecen con una frecuencia del 10 al 15 % del total⁶⁻¹² y se han relacionado con edad avanzada, sexo masculino y extensión local del tumor⁴. Cuando metastatiza lo hace fundamentalmente en pul-

*Especialista en Cirugía general, CCSS

**Residente Ginecología y Obstetricia, HCG

món y hueso. Las metástasis más habituales son las pulmonares (65-70%), sobre todo en pacientes jóvenes y en la variedad papilar⁶. Las óseas aparecen en sujetos de edad más avanzada, son más frecuentes en la variedad folicular y tienen peor pronóstico⁶⁻¹⁰⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴. Otras localizaciones de metástasis más infrecuentes (2-7%) son cerebro, hígado y piel³⁻⁶⁻¹². El hallazgo de metástasis en otros lugares suele ser un hecho excepcional, generalmente relacionado con tratamientos incorrectos, retrasos diagnósticos y/o variedades histológicas agresivas del tumor. Presentamos el caso clínico de un paciente con un cáncer papilar de tiroides diferenciado (papilar) que presentó

metástasis a glándula suprarrenal derecha que se intervino quirúrgicamente en dos ocasiones por parte del servicio de cirugía general en el Hospital México.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino 52 años, conocido diabético e hipertenso. Sin otros antecedentes quirúrgicos o heredo familiares de importancia. Con historia de 18 meses de evolución de sensación de masa en su hemicuello derecho, sin otros datos de importancia clínica. Se realizó un ultrasonido de cuello que documentó “múltiples adenopatías de aspecto infiltrativo en ambas cadenas ganglionares”, y un BAAF que reportó ganglios

con infiltración por cáncer papilar de tiroides. En el servicio de cirugía general del Hospital México se le realizó una tiroidectomía total bilateral más una disección radical de cuello bilateral. El reporte histológico fue de un cáncer papilar de tiroides pT3 N1b. Durante el seguimiento postoperatorio a medianoplazose encontraron cifras presentes de tiroglobulina (58.5 ng/ml), por lo que se solicitaron un US, un TAC de abdomen y un gama con I 131, los cuales documentaron la presencia de una masa de aproximadamente 11cm de diámetro, predominantemente quística a nivel de la glándula suprarrenal derecha, sin evidenciar otras lesiones. Figura 1, 2 y 3.

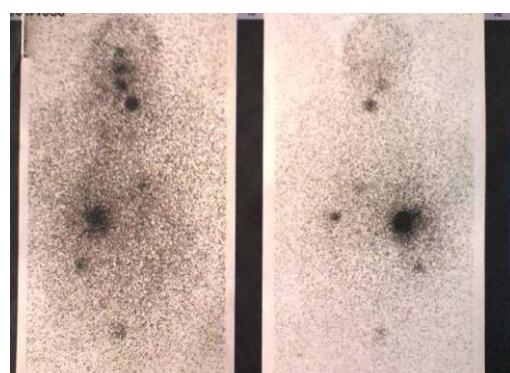


Figura 1



Figura 3



Figura 2

En el servicio de cirugía general del Hospital México se le realizó una supradrenalectomía total derecha laparoscópica. Y la biopsia reportó una metástasis de cáncer papilar de tiroides a nivel de glándula suprarrenal derecha

DISCUSIÓN

El carcinoma de la tiroides es raro, pero en cambio constituye la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. La mayoría aparece en adultos, aunque algunas formas, sobre todo los carcinomas papilares, pueden encontrarse en niños.³⁻¹² Afecta a las mujeres más comúnmente que a los hombres, lo que probablemente esté relacionado con la expresión de receptores de estrógenos en el epitelio tiroideo neoplásico. Casi todos se detectan en pacientes de 25 a 65 años de edad, pero la evolución del carcinoma diferenciado es más favorable en los menores de 40, sin extensión extracapsular ni estructuras invadidas. La edad parece ser el único factor de pronóstico más importante. El valor pronóstico del estado ganglionar linfático deviene un asunto todavía polémico. Los factores adversos incluyen: edad por encima de los 45 años, histología folicular; tumor primario mayor de 4 cm, localización externa en la glándula tiroides y metástasis a distancia.³⁻¹² El tratamiento del carcinoma de tiroides ha sido objeto de numerosas publicaciones¹⁻⁴⁻¹⁴. Se basa en tres pilares fundamentales y sucesivos: tiroidectomía total con revisión de las cadenas ganglionares, radioyodo y tratamiento supresor con l-tiroxina. La no correcta secuencia terapéutica ensombrece o empeora el pronós-

tico del carcinoma de tiroides y favorece la aparición de metástasis en localizaciones típicas y atípicas. No obstante, en los raros casos de variedades histológicas especialmente agresivas, aún aplicando correctamente el tratamiento, pueden evolucionar desfavorablemente. El tratamiento quirúrgico sigue siendo discutido. La práctica más utilizada es la tiroidectomía total en todos aquellos casos de tumores de tamaño superior a 1 cm¹⁻¹⁷. Existe un gran número de estudios que demuestran la relación entre la extensión de la cirugía y el pronóstico de la enfermedad². Hay y cols., demostraron un incremento en la recurrencia a los 20 años de seguimiento según se efectuase tiroidectomía total o unilateral (5% versus 20 % respectivamente)⁶. La cirugía debe incluir revisión de las cadenas ganglionares y extirpación de aquellas macroscópicamente afectas⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹³. En el caso de la variedad papilar, dado que hasta 2/3 de los casos tienen ganglios afectados al diagnóstico y que en más del 80% son del compartimento central, aún sin afectación macroscópica, se vaciará dicho compartimento y se revisará el resto⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹³. En la variedad folicular el 35% tienen ganglios afectados al diagnóstico, por lo que se aconseja vaciamiento ganglionar si son palpables en el acto quirúrgico o el diagnóstico es cierto antes o durante la inter-

vención⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹³.

Entre los 7-14 días tras la cirugía se realizará un rastreo corporal total con I131. La dosis para el rastreo diagnóstico es variable, siendo la pauta más frecuentemente empleada de 3 a 5 mCi. Esta técnica tiene una sensibilidad del 60-80 % y una alta especificidad que oscila entre el 98 y el 100 %⁹. Entre cuatro y siete semanas tras la cirugía y después de haber confirmado una TSH por encima de 30 mUI/L, se administrará una dosis ablativa de 50-150 mCi de I131 para eliminar posibles restos cervicales¹⁰⁻¹⁸. Finalmente, el tratamiento con l-tiroxina tiene como objetivo mantener una TSH suprimida dado el carácter trófico de esta sobre las células tiroideas. Ello supone una dosis aproximada de 2,2 a 2,8 µg/kg/día¹⁸. El seguimiento del carcinoma de tiroides debe incluir además del control clínico la determinación de tiroglobulina, anticuerpos anti-tiroglobulina y TSH. La tiroglobulina es una glicoproteína producida únicamente por las células foliculares tiroideas, ya sean normales o neoplásicas. Su aumento en el seguimiento de un enfermo diagnosticado y tratado de carcinoma diferenciado de tiroides indica la presencia de tejido tiroideo, aun cuando el rastreo corporal total con I131 a dosis diagnósticas sea negativo. El hallazgo de rastreos negativos coincidiendo con cifras rei-

teradamente elevadas de tiroglobulina y una vez descartado falso positivo por presencia de anticuerpos antitiroglobulina, obliga a administrar una dosis terapéutica de I131, realizando con posterioridad nuevo rastreo corporal total que con frecuencia sí que objetivará metástasis dada la mayor actividad de radioyodo administrada. No obstante, existen autores que están abogando últimamente por la realización de gammagrafía con 99mTc-MIBI como alternativa en estos casos, pues se han observado captaciones positivas que no lo eran con el rastreo habitual con radioyodo. El tratamiento con radioterapia estaría indicado en casos de extensión metastásica, aunque no existen datos que demuestren mejoría en la supervivencia. La quimioterapia, basada en antraciclinas y cisplatisno, tiene escasa utilidad y se reserva para tumores diseminados o aquellos que no responden a otros tratamientos¹¹⁻¹³⁻¹⁷⁻¹⁸. Sin embargo, la existencia de una variedad especialmente agresiva del carcinoma papilar de tiroides condicionó su peor evolución. El carcinoma papilar de tiroides puede clasificarse en diferentes variedades histológicas entre las que se incluyen la encapsulada, folicular, de células altas, de células columnares, de células claras y esclerosante difuso. Entre las variantes más agresivas se encuentran la de células altas, cé-

lulas columnares y esclerosante difusa¹¹⁻¹³⁻¹⁷⁻¹⁸. En conclusión, la existencia de metástasis de carcinoma diferenciado de tiroides en localizaciones atípicas (que excluyen pulmón, hueso, sistema nervioso central, hígado y piel) es un hecho excepcional. Sin embargo, ante un carcinoma diferenciado de tiroides cuyo tratamiento inicial no haya sido el correcto, es posible encontrar metástasis en los lugares habituales y también en otros más infrecuentes. Del mismo modo, determinadas variedades del carcinoma papilar de tiroides como es la de células altas, presentan un comportamiento especialmente agresivo y pueden metastatizar en lugares poco habituales.

RESUMEN

El carcinoma diferenciado de tiroides metastatiza fundamentalmente en pulmón y hueso, y con menos frecuencia en cerebro, hígado y piel. Se describe las características clínicas, terapéuticas e histológicas del tumor primario en un caso de metástasis de carcinoma diferenciado de tiroides en lugares poco habituales. El caso se trata de un carcinoma papilar, que presentó una metástasis en glándula suprarrenal derecha. En conclusión, ante un carcinoma diferenciado de tiroides, es posible encontrar metástasis en los lugares habituales y también

en otros más infrecuentes. Determinadas variedades del carcinoma papilar de tiroides como es la de células altas, presentan un comportamiento especialmente agresivo y pueden metastatizar en lugares poco habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1. AACE clinical practice guidelines for the management of thyroid carcinoma. Endocr Pract 1997; 3: 60-71.
2. Bellantone R, Lombardi CP, Boscherini M, et al. Prognostic factors in differentiated thyroid carcinoma: a multivariate analysis of 234 consecutive patients. J Surg Oncol 1998; 68: 237-41.
3. Burns D. Carcinoma tiroideo. En:Cotran RS, Kumar V, Collins. Patología estructural y funcional. 6 ed. Barcelona:Interamericana de España, 1999:1174-92.
4. De Groot LJ, Kaplan EL, McCormick M, Straus FH. Natural history, treatment and course of papillary thyroid carcinoma. J Clin Endocrinol Metab 1990; 71: 414-24.
5. Dinneen SF, Valimaki MJ, Bergstrahl EJ, Goellner JR, Gorman CA, Hay ID. Distant metastases in papillary thyroid carcinoma: 100 cases observed at one institution during 5 decades. J Clin Endocrinol Metab 1995; 80: 2041-5.
6. Hay ID, Bergstrahl EJ, Goellner JR, Ebersold JR, Grant CS. Predicting outcome in papillary thyroid carcinoma: development of a reliable prognostic scoring system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989. Surgery 1993; 114: 1050-8.
7. Hoie J, Stenwig AE, Kullman G, Lindegaard M. Distant metastases in papillary thyroid cancer: a review of 91 patients. Cancer 1988; 61: 1-6.
8. Kelemen PR, Van Herle AJ, Giuliano AE. Sentinel lymphadenectomy in thyroid malignant neoplasms. Arch Surg 1998; 133: 288-92.
9. Mann B, Burh HJ. Lymph node dissection in patients with differentiated thyroid

- carcinoma--who benefits? *Langenbecks Arch Surg* 1998; 383:355-8.
10. McDougall IR. Whole-Body Scintigraphy with Radioiodine-131. A comprehensive list of false positives with some examples. *Clin Nucl Med* 1995; 20: 869-75.
 11. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. Cancer incidence in five continents. International Agency for Research on cancer. Lyon, France 1992; 120 (6).
 12. Sabders LE, Cady B. Differentiated thyroid cancer: reexamination of risk group and outcome of treatment. *Arch Surg* 1999;133(4):419-25.
 13. Sato N, Oyamatsu M, Koyama Y, Emura I, Tamiya I, Hatakeyama K. Do the level of nodal disease according to the TNM classification and the number of involved cervical nodes reflect prognosis in patients with differentiated carcinoma of the thyroid gland?. *J Surg Oncol* 1998; 69: 151-5.
 14. Schlumberger M, Challeton C, De Vathaire F, et al. Radioactive iodine treatment and external radiotherapy for lung and bone metastases from thyroid carcinoma. *J Nucl Med* 1996; 37: 598-605.
 15. Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Eng J Med* 1998; 338: 297-307.
 16. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Differentiated thyroid cancer presenting initially with distant metastasis. *Am J Surg* 1997; 174: 474-6.
 17. Singer PA, Cooper DS, Daniels GH, et al. Treatment guidelines for patients with thyroid nodules and well-differentiated thyroid cancer. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2165-72.
 18. Solomon BL, Wartofsky L, Burman KD. Current trends in the management of well differentiated papillary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 333-9.
 19. Sorge-Van Boxel RAJ, Van Eck-Smit BLF, Goslings BM. Comparison of serum thyroglobulin, ^{131}I and ^{201}Tl scintigraphy in the postoperative follow-up differentiated thyroid cancer. *Nucl Med Comm* 1993; 14: 365.