

PRESENTACIÓN DE CASO

Metástasis tiroidea de adenocarcinoma de pulmón Thyroid metastasis of adenocarcinoma of the lung

Lilian Rachel Vila-Ferrán^{1,2}

¹Hospital General Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ²Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba. **Correspondencia a:** Lilian Rachel Vila-Ferrán, correo electrónico: lilian.vila@gal.sld.cu.

Recibido: 12 de marzo de 2018

Aprobado: 16 de mayo de 2018

RESUMEN

La glándula tiroides está ricamente vascularizada, dando mayor predisposición a las metástasis, aunque esto es infrecuente. En la práctica clínica son poco conocidas, lo que trae consigo que en ocasiones sea difícil el diagnóstico y la terapéutica. El pronóstico, cuando hay metástasis en tiroides, generalmente es sombrío. Se presenta el caso de un paciente masculino de 80 años de edad, que acude por disnea intensa y edema en miembros inferiores. Al examen físico se encontró tejido celular subcutáneo infiltrado en ambos miembros inferiores, crepitantes en hemitórax derecho. Durante su ingreso continuó con dificultad respiratoria marcada; antecedentes de tabaquismo crónico, hipertensión arterial con tratamiento, tumor de pulmón diagnosticado unos cuatro meses atrás, bajo tratamiento radiante, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca. Se realizó RX de tórax, observándose radiopacidad homogénea de todo el hemitórax izquierdo y se impuso tratamiento. Al quinto día del ingreso fallece y se le realiza necropsia clínica. El estudio concluyó el caso como un adenocarcinoma mucoproducente del lóbulo superior del pulmón izquierdo con metástasis única al lóbulo derecho tiroideo, desarrollada sobre bocio coloide y metástasis a ganglios mediastinales. El caso muestra particularidades clínicas y morfológicas que motivan su presentación.

Palabras clave: METÁSTASIS; TIROIDES; INFRECUENTE; ADENOCARCINOMA MUCOPRODUCTOR.

Descriptores: METÁSTASIS DE LA NEOPLASIA; GLÁNDULA TIROIDES; ADENOCARCINOMA; LESIÓN PULMONAR.

SUMMARY

The thyroid gland is highly vascularized, causing a greater predisposition to metastasis, although it is rare. In clinical practice they are little known, sometimes bringing about difficulty for diagnosis and treatment. When there is thyroid metastasis the prognosis is generally grim. This study presents the case of an 80-year-old male patient complaining of intense dyspnea and edema in the lower limbs. Physical examination revealed subcutaneous cellular tissue infiltrating both lower limbs, crepitant in the right hemithorax. During his admission he continued with marked respiratory distress. There was a history of chronic smoking, treated hypertension, lung tumor diagnosed about four months ago, under radiotherapy, chronic obstructive pulmonary disease and heart failure. A chest X-ray showed homogeneous radiopacity of the entire left hemithorax. The patient underwent treatment. On the fifth day of admission he died and a clinical necropsy was performed. The study concluded the case as a mucin-producing adenocarcinoma of the upper lobe of the left lung with unique metastasis to the right thyroid lobe, developed on the colloid goiter as well as metastasis to the mediastinal lymph nodes. The case showed clinical and morphological peculiarities that motivated its presentation.

Key words: METASTASIS; THYROID; RARE, MUCIN-PRODUCING ADENOCARCINOMA.

Descriptors: NEOPLASM METASTASIS; THYROID GLAND; ADENOCARCINOMA; LUNG INJURY.

INTRODUCCIÓN

Los nódulos tiroideos son clínicamente detectados en un 4 a 10 % de la población, de los cuales menos de un 5 % son malignos y de origen epitelial,

representado el 1 % de todos los tumores malignos diagnosticados. (1-6) También se les puede encontrar por infiltración de tumores (en su mayoría escamosos), originados en faringe, laringe, tráquea,

Citar como: Vila-Ferrán LR. Metástasis tiroidea de adenocarcinoma de pulmón. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2018; 43(5). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1354>.



esófago o tejidos blandos. (3-5, 7, 8)

Al ser la glándula tiroides ricamente vascularizada, tiene mayor predisposición a las metástasis, aunque esta enfermedad es muy infrecuente, raramente única, representando un 1,5 % del total de los tumores malignos tiroideos y, de esta, un 80 % son carcinomas. En la clínica es poco conocido, a pesar que fue descrito por Foerster por vez primera en 1958, con un tumor primario en el útero. Esto trae consigo que en ocasiones sea difícil su manejo diagnóstico y terapéutico, aunque es sabido por estudios realizados en autopsias que la tasa glandular afectada por una patología metastásica con tumores malignos terminales es de un 20 %; estos se diseminan por vía linfovascular. (3-5, 7, 9-12)

El pulmón ocupa el cuarto lugar en frecuencia como sitio primario (11 %), precedido por la piel, mamas y riñón. Un gran número de estas metástasis son encontradas en lesiones tiroideas preexistentes, tales como: adenoma folicular (la más común), carcinoma folicular o carcinoma papilar. (3-5, 7-11, 13, 14) Las metástasis en tumores primarios de tiroides (llamadas metástasis de tumor a tumor) son excepcionales. (12)

Debido a lo infrecuente de su manifestación y a las características inhabituales del caso, se presenta para un mejor conocimiento de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mestizo, masculino, de 80 años de edad, procedencia urbana con antecedentes de tabaquismo crónico, hipertensión arterial con tratamiento, tumor de pulmón diagnosticado desde hace más o menos cuatro meses, bajo tratamiento radiante, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca. Fue traído a nuestro centro por disnea intensa, edema en miembros inferiores. Al examen físico se encontró tejido celular subcutáneo infiltrado en ambos miembros inferiores, crepitantes en hemitórax derecho. Durante su ingreso continuó con dificultad respiratoria marcada. Se le realizó RX de tórax, observándose radiopacidad homogénea de todo el hemitórax izquierdo. Al quinto día de su ingreso fallece y se le realiza necropsia clínica. Durante el examen del aparato respiratorio se observó gran masa tumoral, de 14 x 10 x 7 cm en la porción inferior del lóbulo superior del pulmón izquierdo, amarillo-verdosa, aspecto gelatinoso, mal delimitada, con zonas firmes. El resto del parénquima se encontró rojizo intenso, aspecto consolidado. Los ganglios mediastinales se encontraron aumentados de tamaño, firmes, de igual color (**imagen 1**).

La glándula tiroides se observó ligeramente aumentada de tamaño. Al corte, el lóbulo izquierdo mostró formación de aspecto tumoral, de 1.5 x 1 x 1 cm, pardo-amarillenta, aspecto gelatinoso, mal delimitada, que no impresionaba infiltrar la cápsula y múltiples formaciones de aspecto quístico (**imagen 2**).

IMAGEN 1. Corte del pulmón izquierdo, donde se observa masa tumoral amarillo-verdosa de aspecto gelatinoso con zonas hemorrágicas. Obsérvese, además, el aumento de volumen de los ganglios linfáticos

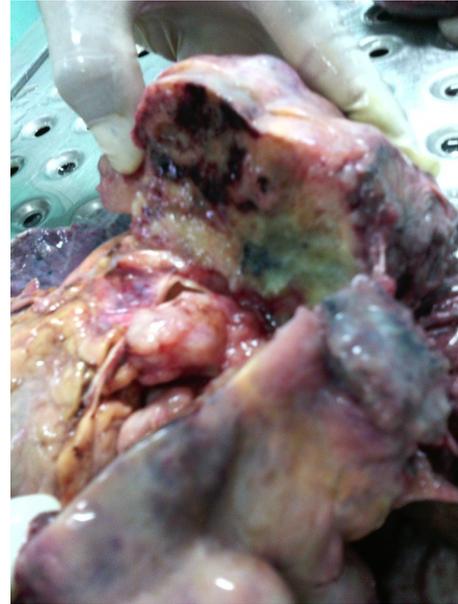
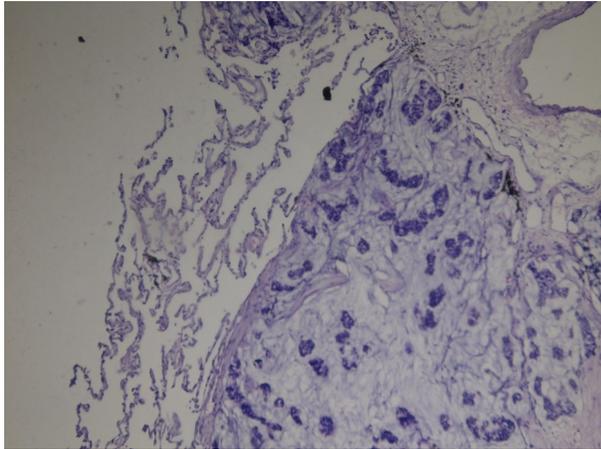


IMAGEN 2. Corte del lóbulo izquierdo tiroideo, donde se destaca lesión tumoral pardo-amarillenta, brillante, gelatinosa al tacto, con varias formaciones quísticas



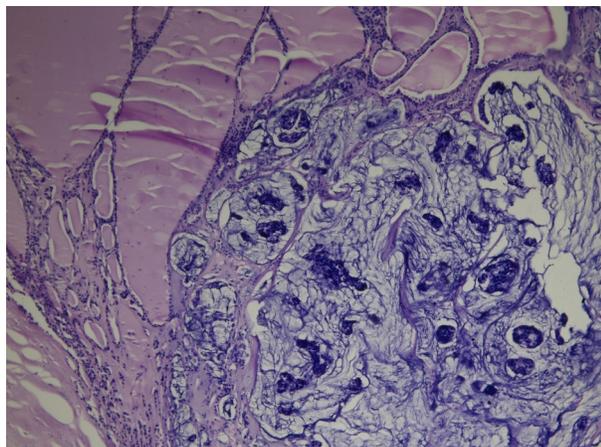
Al estudio histológico con la coloración de hematoxilina-eosina se demostraron las naturalezas tumorales de las lesiones, evidenciándose estructuras glandulares tumorales dentro de lagos de material mucoso (**imagen 3**).

IMAGEN 3. Vista histológica (40 X) con coloración de hematoxilina-eosina, evidenciándose estructuras glandulares de aspecto tumoral, rodeadas por abundante material mucoide dentro del parénquima pulmonar



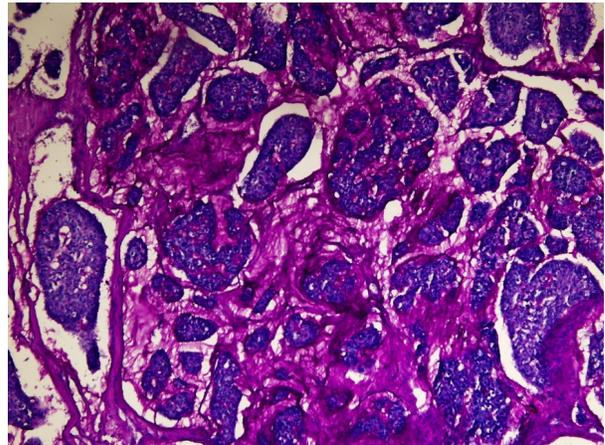
Al realizarle la coloración de rutina a los cortes de la lesión tiroidea, se observaron las mismas características histológicas descritas en el pulmón (**imagen 4**).

IMAGEN 4. Utilizando coloración de hematoxilina-eosina, se destacan estructuras glandulares de aspecto tumoral y abundante material mucoide a la derecha, infiltrando el tejido tiroideo vecino (a la izquierda), que presenta aumento de tamaño de sus glándulas con abundante material coloide en su interior (40 X)



Se realizaron, además, técnicas especiales para la demostración de mucopolisacáridos neutros, por lo que se utilizó la coloración de ácido periódico de Schiff (PAS), **imagen 5**.

IMAGEN 5. Acúmulos de material mucoide teñidos de magenta, rodeando grupos de células tumorales con núcleos teñidos de azul; coloración de PAS (40 X)



Finalmente se concluyó el caso como un adenocarcinoma mucoproducente del lóbulo superior del pulmón izquierdo con metástasis única al lóbulo derecho tiroideo, desarrollada sobre bocio coloide y metástasis a ganglios mediastinales.

DISCUSIÓN

Los nódulos metastásicos pueden ocurrir a cualquier edad, pero son más frecuentes en pacientes ancianos, principalmente, a los 62 años, aproximadamente 20 años antes que la edad del paciente estudiado en el momento del diagnóstico, presentándose con más frecuencia en el sexo femenino, siendo este paciente masculino. (5)

La prevalencia de todos los tipos de nódulos tiroideos, incluyendo los carcinomas, son sustancialmente más altas en individuos con historia de enfermedad cancerosa previa y expuestos a radiaciones ionizantes, como fue el caso de nuestro paciente. (4-6, 9, 10)

El intervalo de tiempo existente entre el tratamiento de un tumor primario de pulmón y el diagnóstico de las metástasis tiroideas es de aproximadamente dos años, (9, 12) lo cual no se cumplió en este caso, pues al paciente se le diagnosticó la neoplasia de pulmón solo cuatro meses antes de su fallecimiento, donde se detectó la metástasis tiroidea, como hallazgo de la necropsia.

Las metástasis pueden ser solitarias (más comúnmente y presentada por este paciente), múltiples o difusas, bien vascularizadas y asientan sobre lesiones tiroideas preexistentes (adenomas, bocio, entre otros). Pueden ser sincrónicas al carcinoma primario o, como en la mayoría de los casos, ser metacrónicas, es decir, aparecer después del tratamiento del tumor primario. En este caso, la autopsia se realizó a los cuatro meses del diagnóstico del tumor primario, cuando el paciente solo había recibido el tratamiento radiante en una ocasión, encontrándose incidentalmente una lesión

metastásica sobre una glándula tiroidea con bocio coloide. La mayoría de estas lesiones corresponden a lesiones microscópicas, aunque se pueden encontrar lesiones metastásicas de hasta 15 cm. La lesión en este caso pudo ser detectada desde la macroscopía, pues poseía un tamaño suficiente. (3-5, 7-9, 11, 14)

Las metástasis al tiroides pueden ser la primera manifestación de un cáncer en otro sitio. La forma de presentación no difiere mucho de los cánceres primitivos de tiroides, bocio nodular o multinodular de consistencia sólida y crecimiento relativamente rápido y asociado en ocasiones a disfonía, disfagia, estridor, tos, ronquera (todas estas manifestaciones ausentes en este paciente), con los que fundamentalmente se debe realizar el diagnóstico diferencial. Las metástasis son con frecuencia asintomáticas y son asociadas con la diseminación tumoral, por lo que sus hallazgos son más frecuentes durante las autopsias. (5, 8, 9, 11, 13, 14)

En los casos bien diferenciados la morfología del tumor microscópicamente permite orientar el diagnóstico hacia un proceso metastásico (presencia de moco, glándulas, pigmento, etc.), recordando el sitio primario; en los casos poco diferenciados se plantea al diagnóstico diferencial con tumores primarios de tiroides. En el presente caso, la lesión tiroidea se destacaba por su aspecto macroscópico pardo amarillento, gelatinoso, dando la idea de un acúmulo de material mucoide con lesión primaria en otro sitio. Al encontrar estructuras glandulares tumorales rodeadas por lagos de moco, en el estudio microscópico se reafirmó esta idea. (5)

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es el examen más sensible, específico, rentable y con escasa morbilidad en el diagnóstico de nódulos tiroideos mayores de 1 cm, encontrándose los metastásicos con una frecuencia de 0,1 a 0,3 %, por lo que resulta difícil su diagnóstico temprano, pero a pesar de esto ha contribuido a incrementar la identificación de los tumores tiroideos guiando la cirugía. Es la técnica de elección a aplicar a todos aquellos pacientes con nódulo tiroideo e historia neoplásica previa. A este paciente no se le realizó BAAF, pues nunca se sospechó la lesión tiroidea por la ausencia de síntomas. (2, 4, 5, 9, 10, 12-14)

La posibilidad de una metástasis en este órgano puede ser considerada ante un extendido citológico, que no corresponda con la población celular normal de este órgano y ante el antecedente de cáncer de cualquier otra localización, aunque de un 25 a un 50 % de los casos no existe tal antecedente y la metástasis ocurre como primera manifestación de una neoplasia oculta. (2, 13)

Para asegurar la efectividad de la citología tiroidea, patólogos, cirujanos, endocrinos, imagenólogos y oncólogos deben discutir cada caso en particular. (10)

Numerosos estudios, como las técnicas de inmunohistoquímica para tiroglobulina (negativa en tumores secundarios), calcitonina y TTF-1 pueden ser útiles en el diagnóstico preoperatorio. Los ultrasonidos pueden ser usados para mostrar

lesiones multifocales y metástasis bilaterales y guiar la BAAF. Cada uno de estos estudios tiene sus limitaciones, pero en su conjunto pueden complementarse y facilitar un diagnóstico certero. (2-5, 8-11)

La confirmación por una biopsia debe ser considerada ante dudas citológicas o clínicas. (10)

El diagnóstico diferencial debe realizarse con los tumores tiroideos primarios con características de células claras. Esto puede ser extremadamente difícil. (3-5, 7, 8, 10, 11) Las metástasis de un melanoma exhiben con frecuencia citología variable, células poligonales con núcleo prominente. (8)

Las características que favorecen el diagnóstico de carcinoma metastásico de células renales son: la vascularización prominente, la luz glandular llena de eritrocitos, escaso coloide, núcleo hipercromático, multiplicidad de los nódulos y citoplasma claro, glucogénico y graso. (3-5, 7, 8, 10, 11)

Para la diferenciación en adenocarcinomas la presencia de mucina puede ser de gran ayuda, por lo que al tejido tumoral pulmonar y tiroideo se le realizó técnica de PAS y resultó positiva. Aunque las excepciones pueden ocurrir, la presencia de mucina intracitoplasmática de un tipo epitelial en un tumor maligno localizado dentro de la glándula tiroidea señala un origen metastásico. (3, 13)

Los carcinomas neuroendocrinos pueden excepcionalmente metastatizar al tiroides y simular un tumor primario tiroideo (particularmente un carcinoma medular). Las células tumorales de estos se organizan formando nidos, islotes, bandas y rosetas. (3, 7, 8)

En el tratamiento se debe tener en cuenta el origen y agresividad del tumor primario, el intervalo libre de enfermedad, la presencia de otras metástasis en el estudio de extensión, el estado general y síntomas locales del paciente. (9)

La exéresis quirúrgica ha sido sometida a controversia no sólo por su legitimidad o utilidad, sino también por la extensión de la misma (nodulectomía, hemitiroidectomía o tiroidectomía total), siendo esta última, con o sin linfadenectomía cervical asociada, el tratamiento de elección, sobre todo en los tumores de crecimiento lento (fundamentalmente riñón y mama), en los que no se han demostrado otras metástasis. También debe ser considerada como intención paliativa, ya que en ocasiones permite mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia, evitando la compresión de la vía aérea. La cirugía es, por tanto, la mejor paliación posible que se puede ofrecer a estos pacientes, ya que los efectos de radio y quimioterapia resultan insatisfactorios. (9, 10, 12)

El pronóstico generalmente es sombrío. La supervivencia media de estos tumores en la bibliografía ronda los 12 meses y dependerá, sobre todo, del tipo histológico del tumor de origen, influyendo escasamente la extensión de la cirugía realizada. Sin embargo, si la lesión está limitada a la

glándula, es de pequeño tamaño y crecimiento lento, la cirugía puede prolongar el tiempo de vida. (5, 9)

Cuando las metástasis tiroideas dan síntomas clínicos, la supervivencia a largo plazo del paciente se ve drásticamente disminuida. A pesar de encontrarse este paciente asintomático, solo mediaron cuatro meses de su diagnóstico del tumor pulmonar hasta su muerte. (14)

La frecuencia de la muerte por causa de tumores tiroideos de todos los tipos es de aproximadamente de 4 a 10 casos por millón, aunque un tercio de los pacientes con tumores secundarios tiroideos sobreviven principalmente 4,9 años al tratamiento quirúrgico. (4, 7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Berezowski K, Jovanovic I, Sidawy M K. Thyroid. In: Houston M, ed. Fine needle aspiration cytology. Churchill Livingstone: Elsevier Editorial; 2007. p. 37-70.
2. Cibas ES. Thyroid. En: Cibas ES, Ducatman B S, ed. Cytology: diagnostic principles and clinical correlate. Philadelphia: Elsevier Editorial; 2014. P. 292.
3. Rosai J, Tallini G. Thyroid gland. In: Houston M, ed. Surgical Pathology. Vol 1. Edinburgh: Elsevier Editorial; 2011. P. 538.
4. DeLellis R A, Nikiforov Y E. Thyroid and Parathyroid Glands. In: Gnepp D R, ed. Diagnostic surgical pathology of the head and neck. Churchill Livingstone: Elsevier Editorial; 2009. P. 582-619.
5. Thompson L. Malignant Neoplasms of the Thyroid Gland. Head and Neck Pathology. Philadelphia: Elsevier Editorial; 2013. P 565- 632.
6. Kumar V, Abbas A.K, Aster J.C. Endocrine system. En: Kumar V, Abbas A.K, Aster J.C, eds. Robbins Basic Pathology. Canada: Elsevier Editorial; 2013. P. 1185.
7. Chan J K.The thyroid gland. En: Fletcher C, ed. Diagnostic Histopathology of Tumors. Philadelphia: Elsevier Editorial; 2013. P. 1241-1242.
8. Williams M D, El-Naggar A K. Head and Neck. In:Gattuso P, Reddy V B, David O,Spitz D J, Haber M H, ed. Differential Diagnosis in Surgical Pathology. Philadelphia: Elsevier Editorial; 2010. P. 142.
9. González Piñeiro A, Higuero Grosso A, García Lorenzo F, Piñeiro Martínez H, Gil Gil P, de Castro Parga G, Cáceres Alvarado N, et al. Metástasis en tiroides. Cir Esp [revista en internet]. 2000 [citado 17 de noviembre 2017]; 68(1): 135-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-metastasis-tiroides-12486>.
10. Kocjan G, Gray W, Levine T, Kardum-Skelin I, Vielh P. Thyroid gland. Diagnostic Cytopathology Essentials. Churchill Livingstone: Elsevier Editorial; 2013. P. 147-171.
11. Tse L Y, Chan J K.Thyroid and Parathyroid. In: Weidner N, ed. Modern Surgical Pathology. Philadelphia: Elsevier Editorial; 2009. P 1643-1644.
12. Seoane Cruz I, Penín Álvarez M, Fiaño Valverde C, Trigo Barros C, et al. Metástasis de adenocarcinoma pulmonar a adenoma tiroideo de células de Hürthle. Rev Clin Esp [revista en internet]. 2013 [citado 17 de noviembre 2017]; 213(5): 269-70. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/metastasis-adenocarcinoma-pulmonar-adenoma-tiroideo/articulo/S0014256513000696/>.
13. Jayaram G, Orell S R. Thyroid. En: Orell S R ed. Fine Needle Aspiration Cytology. Churchill Livingstone: Elsevier Editorial; 2012. P 148-149.
14. García Monzón P O, Cabrera Parrado A, Bartumeu Cárdenas A, et al. Metástasis en tiroides por adenocarcinoma de recto: presentación de un paciente. Medicent Electrón [revista en internet]. 2016 [citado 17 de noviembre 2017]; 20(3): 232-235. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDPUBLICACION=>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.