

Medicent Electrón. 2016 jul. -sep.;20(3)

HOSPITAL UNIVERSITARIO
 «Dr. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU»
 SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Metástasis en tiroides por adenocarcinoma de recto: presentación de un paciente

Thyroid metastasis from rectal adenocarcinoma: a case report

Pedro Omar García Monzón¹, Armando Cabrera Parrado², Ariel Bartumeu Cárdenas³

1. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: armandocp@infomed.sld.cu
2. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: armandocp@infomed.sld.cu
3. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: arielbc@infomed.sld.cu

DeCS: adenocarcinoma, neoplasias del recto, neoplasias de la tiroides/secundario.

DeCS: adenocarcinoma, rectal neoplasms, thyroid neoplasms/secondary.

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en la mayoría de los países, y cada año, el número de pacientes tiende a incrementarse como resultado de múltiples factores, entre los que se destacan: los malos hábitos de vida (consumo de tabaco, obesidad, sedentarismo) y la predisposición genética.¹ En Cuba, también es la segunda causa de muerte en determinadas localidades, solo superada por las enfermedades cardiovasculares; en Villa Clara, es la primera.^{2,3} Entre todos los tipos de cáncer, el adenocarcinoma colorrectal es uno de los que presenta mayor incidencia y mortalidad, superado solamente por el cáncer de pulmón, que ocupa el primer lugar en ambos sexos, así como por el cáncer de mama en la mujer y el cáncer de próstata en el hombre.⁴ El carcinoma diferenciado de tiroides constituye la neoplasia endocrina más frecuente, con una incidencia creciente en los últimos años;^{5,6} sin embargo, de todos los tumores malignos, el de tiroides se caracteriza por su baja mortalidad y poca frecuencia. La mayoría de los tumores bien diferenciados tienen una evolución clínica favorable, con supervivencias próximas al 90 % a los 10 años del diagnóstico.^{7,8} Sin embargo, existe un porcentaje bajo de tumores que constituyen metástasis en tiroides procedentes de otros órganos.^{9,10} Las metástasis tiroideas raramente presentan manifestaciones clínicas durante la vida del paciente; por ello, son hallazgos más frecuentes en autopsias. En estudios sobre su incidencia como hallazgo casual, es del 1,4 % al 3 % en piezas de tiroidectomías, y alcanza del 1,9 % al 24,2 % en estudios necrópsicos. El carcinoma renal de células claras es el tumor que metastatiza la tiroides más frecuentemente, seguido del pulmonar, la mama, el melanoma, el colorrectal y el sarcoma.¹⁰

En este paciente, el diagnóstico de metástasis tiroidea se estableció, precisamente, a los cuatro años de haber extirpado un adenocarcinoma de recto, raramente relacionado con la tiroides desde el punto de vista anatómico e hístico.

Presentación del paciente

Se presenta a un paciente masculino, blanco, de 49 años de edad, con diagnóstico de un adenocarcinoma bien diferenciado de recto, tratado mediante radioterapia externa con cobalto-60 y quimioterapia con esquema de 5-fluoruracilo y leucovorín, dos ciclos en infusión continua de cinco días, neoadyuvante a la cirugía, la cual consistió en rectosigmoidectomía. A los cuatro años, en estudios de seguimiento mediante tomografía computarizada de tórax, se detecta una masa hiperdensa en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo de 6 cm de diámetro y varios nódulos en el pulmón derecho: el mayor mide 3,3 cm. Además, se observó un aumento de volumen en la región anterior del cuello, que en el ultrasonido realizado coincidió con un nódulo de 2 cm a nivel de la tiroides. (Figura 1).

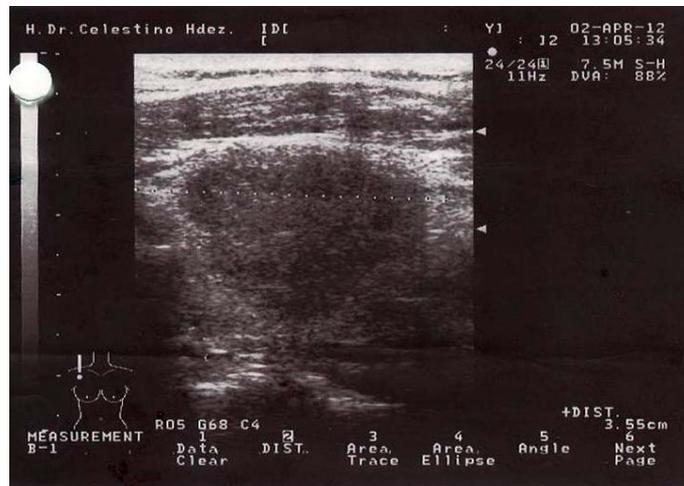


Figura 1. Nódulo sólido, hipocogénico, con similares características a los nódulos tiroideos metastásicos.

Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de tiroides, cuyo resultado fue positivo de células neoplásicas. Con este hallazgo, y ante la elevada sospecha de una metástasis secundaria tiroidea, se practicó tiroidectomía total. El resultado del examen anatomopatológico de la pieza fue: metástasis de un adenocarcinoma, cuyo tumor primario era de origen intestinal. A pesar de los tratamientos paliativos que se le realizaron, su evolución fue desfavorable, y falleció.

Comentario

Se han desarrollado diferentes series de estudios que establecen que las metástasis en tiroides son raras y que el porcentaje varía, con un amplio rango en la incidencia, debido presumiblemente a los distintos protocolos de rastreo que, al omitir la exploración microscópica de la glándula, conducen al diagnóstico solo de las lesiones «evidentes», que representan menos del 40 %.⁸ Entre las tres hipótesis que explican la baja frecuencia de metástasis en tiroides, se encuentra la que propone que el rápido flujo de sangre a través de la glándula impide la adhesión de las células

tumorales, la alta concentración de yodo y oxígeno que ejercen un efecto metabólico de freno en el desarrollo de las metástasis, o aquella otra que postula que las hormonas tiroideas tienen un efecto citostático sobre las células metastásicas.⁸⁻¹⁰

Las metástasis en el tiroides se presentan generalmente en el contexto de metástasis múltiples 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 metacrónica, es decir, aparecer después del tratamiento del tumor primario; pueden presentarse décadas después de la aparición del tumor primario, y el intervalo medio de presentación es de 53 meses. En el paciente de este informe, la metástasis en tiroides se diagnosticó a los cuatro años, aproximadamente a los 48 meses de la enfermedad primaria, y el paciente presentaba metástasis óseas y pulmonares concomitantes.

Los síntomas extratiroides más frecuentes son: disfagia, estridor, tos, ronquera o masa palpable; estos dos últimos presentes en el paciente de esta presentación. Cuando las metástasis tiroideas dan síntomas clínicos, la supervivencia a largo plazo del paciente se ve drásticamente disminuida. Sin embargo, la evolución clínica de estos pacientes depende mayoritariamente de la diseminación del tumor a otras localizaciones.

En el cáncer de colon, las células, al penetrar al torrente sanguíneo o linfático, pueden expandirse, afectar a otros órganos y provocar metástasis.^{2,4}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pitoia F, Cavallo A. Cáncer de tiroides en búsqueda del tratamiento individualizado. Medicina (Buenos Aires). 2012;72(6):503-13.
2. Galeano-Tenorio ÁE, Torres Ajá L, Puerto-Lorenzo JA. Cáncer de tiroides. Caracterización en la provincia de Cienfuegos (2006-2010). Rev Finlay [internet]. 2012 [citado 10 sep. 2015];2(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/109>
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014 [internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2015 [citado 12 sep. 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
4. Sagarra Cebolla E, García Sabrido JL. Metástasis tiroidea por adenocarcinoma de colon. Cir Esp. 2015;93(1):43-4.
5. Díez JJ, Grande E, Iglesias P. Ablación posquirúrgica con radioyodo en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides de bajo riesgo. Med Clín. 2015;144(1):35-41.
6. Jiménez A, Borrajo P, Martín A. Valoración del ganglio centinela en el cáncer papilar de tiroides T1-T2. Estudio preliminar. Cir Esp. 2012;90(7):440-5.
7. González Aguilar O, Simkin DO, Pardo HA, Seva R, Delgado Marin D, Lambertini R. Cáncer tiroideo recurrente: Diagnóstico, tratamiento y riesgo de supervivencia. Rev Argent Cir. 2012;102(1):22-7.
8. Granados García M, León Takahashi AM, Guerrero Huerta FJ, Taissoun Aslan ZA. Cáncer diferenciado de tiroides: una antigua enfermedad con nuevos conocimientos. Gac Méd Méx. 2014;150:65-77.
9. Martínez Ramos L, García Rodríguez N. Metástasis inusual en un paciente con cáncer del tiroides. Rev Cienc Méd La Habana [internet]. 2013; 19(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/588/html>

10. Rodríguez Fernández Z, Pierre-Charlot D, Pereira Despaigne OL, Falcón Vilariño GC, Ochoa Maren G. Observaciones críticas en torno a las afecciones nodulares de tiroides. MEDISAN [internet]. 2015 abr. [citado 10 sep. 2015];19(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000400008&lng=es

Recibido: 10 de septiembre de 2015

Aprobado: 18 de enero de 2016

Pedro Omar García Monzón. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: armandocp@infomed.sld.cu