

Presentación atípica de metástasis en carcinoma papilar de tiroides.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Yasna Villegas Mora, Diego Dotti Gonzalez, Jose Andres Guirola Ortíz, Noelia Padrón Rodríguez, Ruth Domene Moros, Patricia Menal Muñoz

Objetivos Docentes

Conocer e identificar los diferentes patrones de enfermedad secundaria a distancia de presentación atípica, en el carcinoma papilar de tiroides.

Revisión del tema

El cáncer de tiroides es la neoplasia maligna más común del sistema endocrino, afecta con mayor frecuencia a mujeres y suele presentarse entre personas de 25 a 65 años.

Clásicamente se han definido tres grandes tipos histológicos: los cánceres diferenciados de tiroides, variedades papilar y folicular, los cánceres medulares de tiroides y los anaplásicos.

El carcinoma papilar de tiroides es el subtipo que representa el 75 – 80% de los casos, siendo una de las neoplasias con mejor pronóstico y con una supervivencia a los cinco años que oscila entre el 90-95 %.¹

Su presentación clásica es en forma de un nódulo tiroideo palpable, que puede ser único o en el contexto de un bocio multinodular, estos nódulos pueden encontrarse hasta en un 60% de la población (dependiendo de la técnica utilizada para su detección) y dado que entre un 0.6 hasta un 12 % pueden ser malignos es importante una valoración inicial mediante pruebas de imagen que permitan una correcta caracterización de las lesiones y la evaluación de estructuras adyacentes, siendo la ecografía la técnica más utilizada [Fig. 1](#).

No es infrecuente que en ocasiones el único hallazgo patológico sea la presencia de adenopatías cervicales, supraclaviculares y/o mediastínicas con infiltración tumoral, sin que estas se consideren enfermedad metastásica a distancia.²

Las metástasis a distancia en el carcinoma papilar de tiroides, no son habituales, y cuando se presentan lo hacen típicamente en pulmón (65-70%) [Fig. 2](#) y hueso [Fig. 3](#), el hallazgo de metástasis en otras

localizaciones suele ser un hecho excepcional (2- 7%) generalmente relacionado con tratamientos incorrectos, sexo masculino, retrasos en el diagnóstico y/o variedades histológicas agresivas del tumor. Los lugares atípicos de presentación son: cerebro [Fig. 4](#) , hígado [Fig. 5](#), piel y raramente descritas en glándula suprarrenal [Fig. 6](#), riñón y coroides.

Imágenes en esta sección:

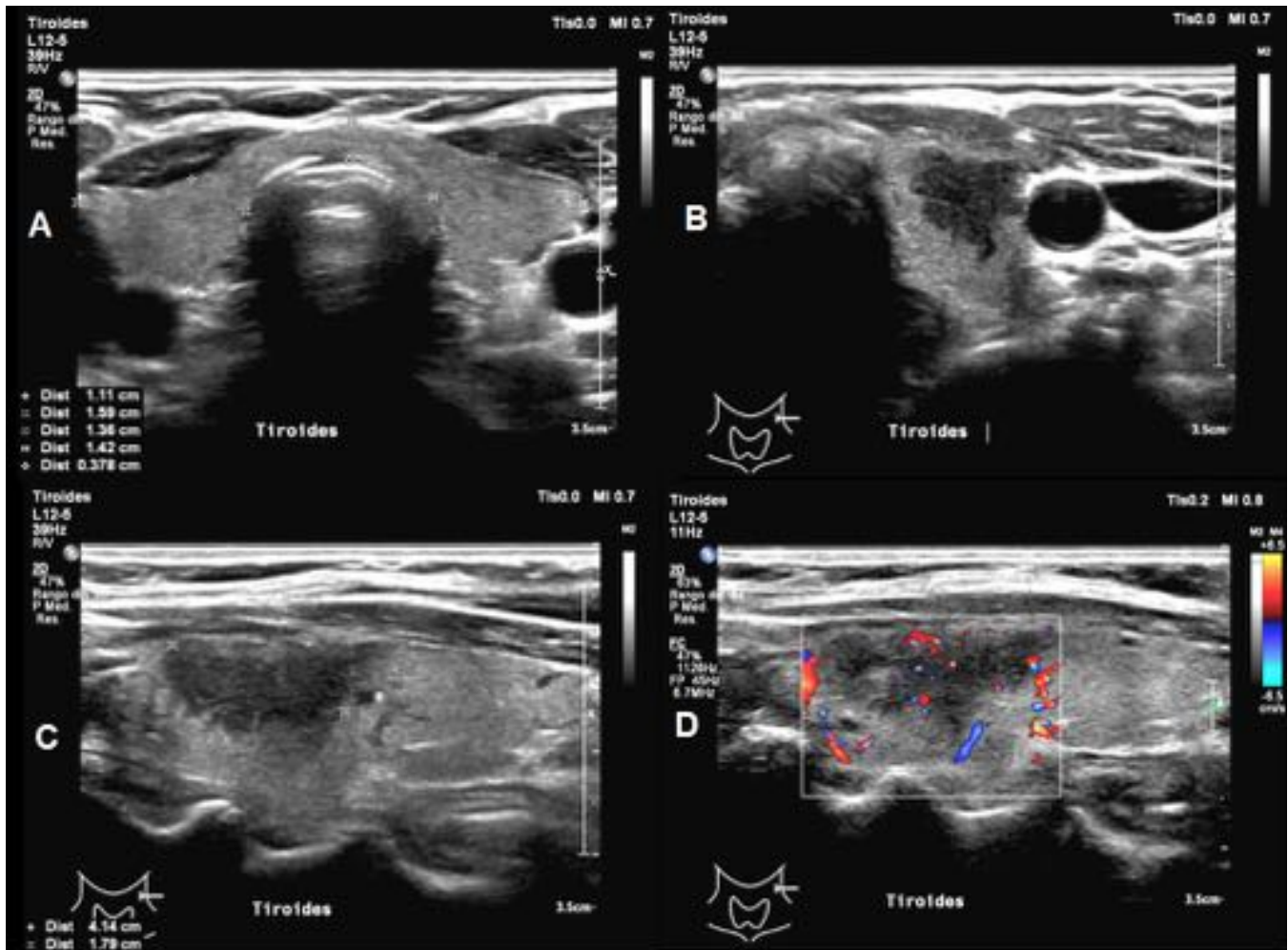


Fig. 1: Ecografía tiroidea cortes axial (A y B) y sagital (C y D), en polo superior de LTI se visualiza nódulo hipocogénico de 18 mm con bordes mal delimitados y vascularización central, criterios ecográficos de malignidad que fueron confirmados mediante histología.

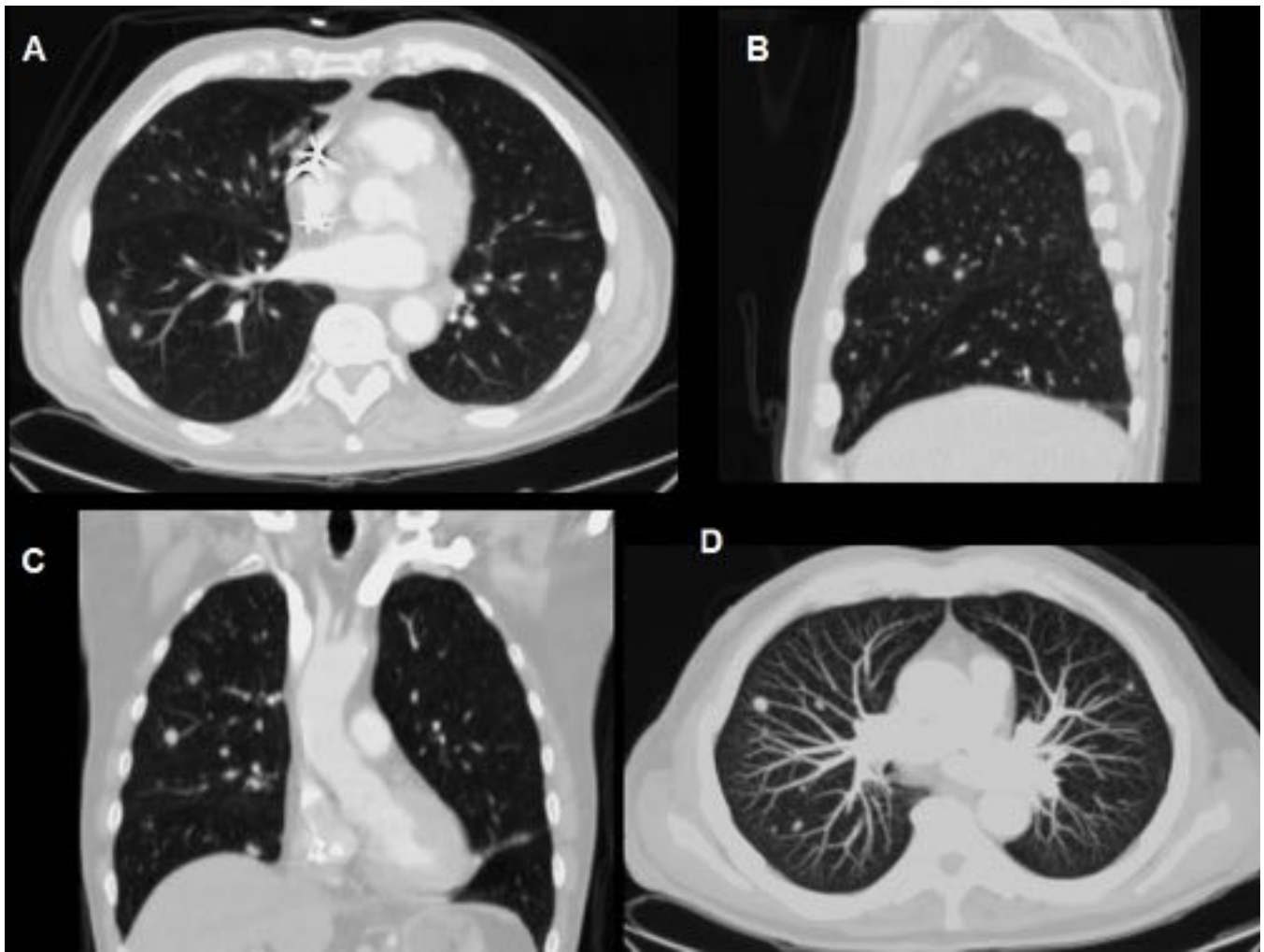


Fig. 2: TC torácico con contraste intravenoso (ventana pulmonar); corte axial (A); reconstrucción sagital (B) y coronal (C); reconstrucción MIP grosor (10-15 mm) (D). Se aprecian múltiples nódulos pulmonares diseminados en ambos hemitórax, en paciente con antecedente de tiroidectomía previa con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar de tiroides.



Fig. 3: TC abdominal sin contraste intravenoso (ventana ósea). A: reconstrucción coronal, B: corte axial y C: reconstrucción MIP, en paciente con antecedente de carcinoma papilar de tiroides. Lesión lítica localizada en rama ileopúbica izquierda (círculo rojo), compatible con metástasis.

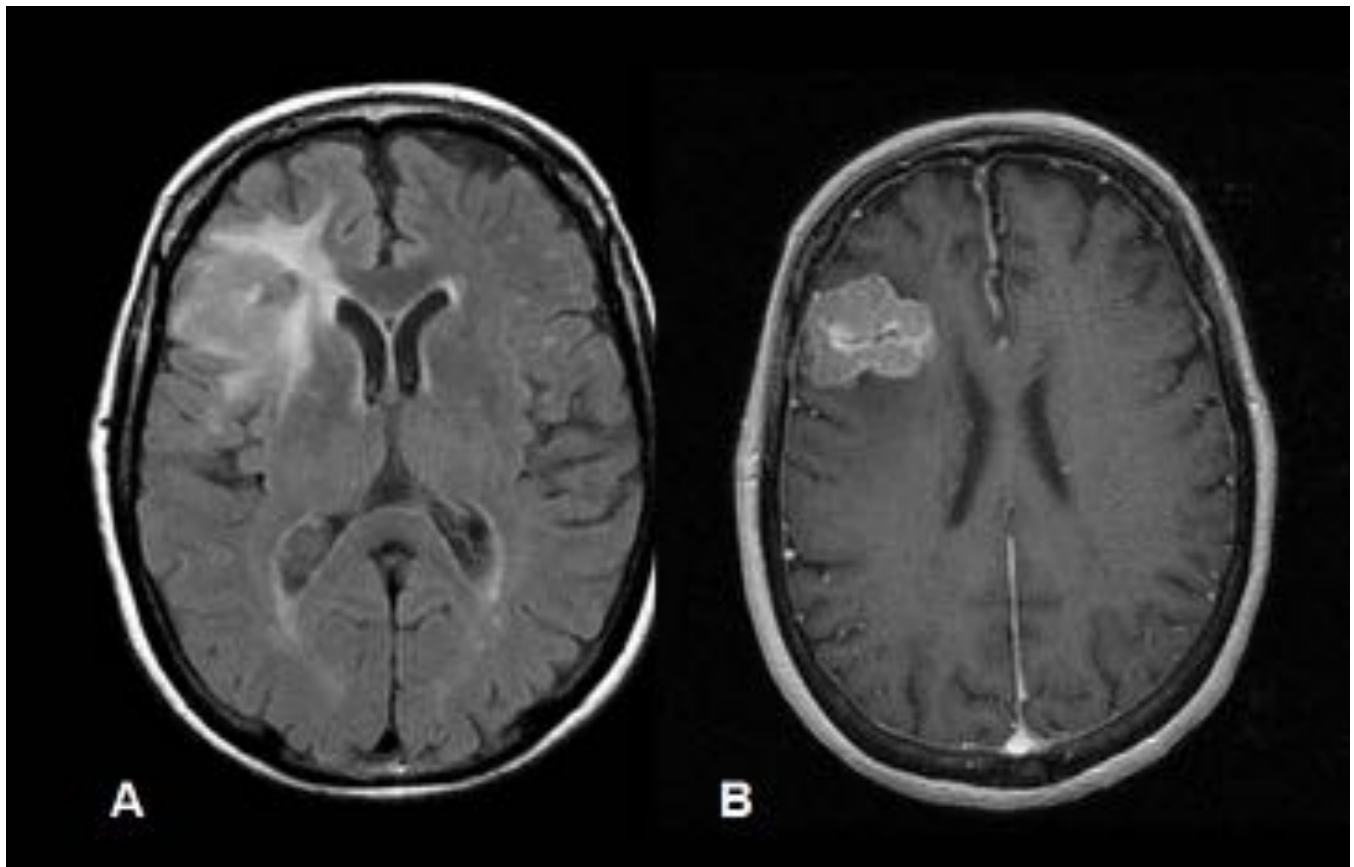


Fig. 4: RM cortes axiales en secuencias FLAIR (A) y T1 + Gd (B). Se aprecia en lóbulo frontal derecho una lesión lobulada de localización corticosubcortical, con edema perilesional (vasogénico) y mínimo efecto de masa. Se realiza exéresis de la lesión cuyo diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma de patrón papilar. Tras el diagnóstico anatomopatológico se identificó nódulo tiroideo.

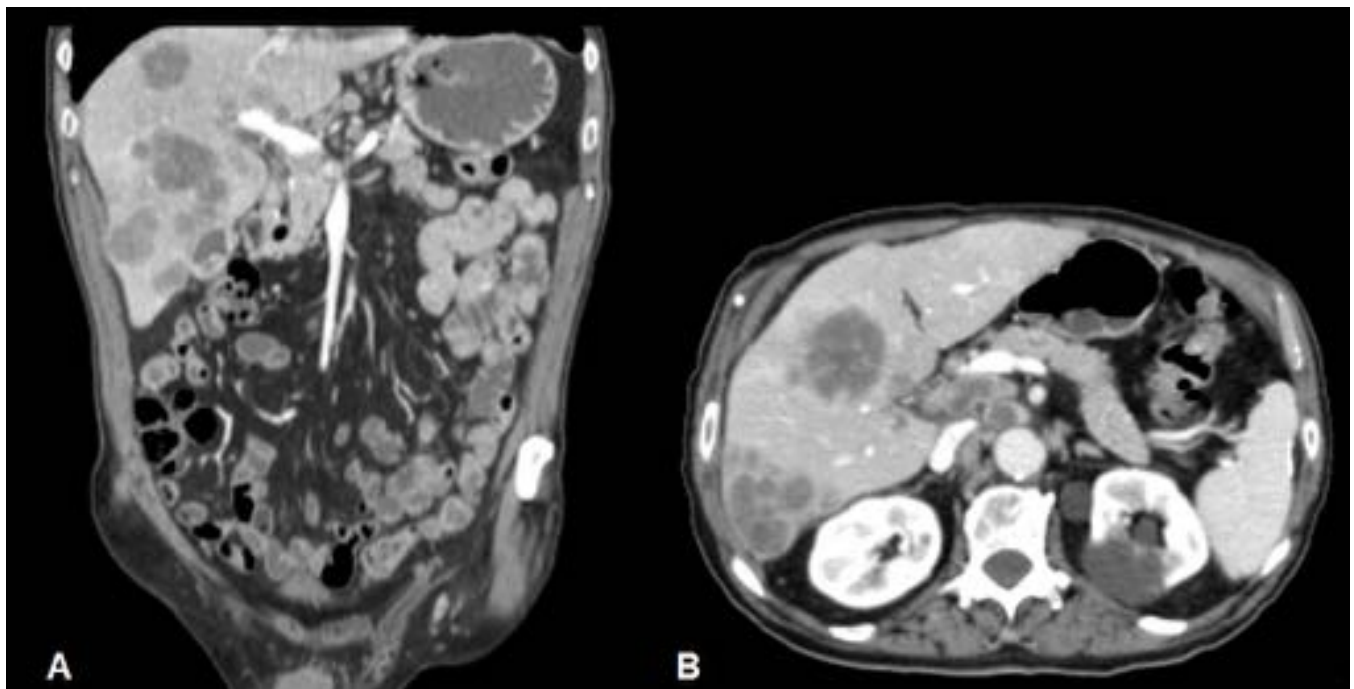


Fig. 5: TC abdominal con contraste intravenoso (fase portal). reconstrucción coronal (A) y corte axial (B), se aprecian múltiples lesiones hipodensas en región hepática, de características heterogéneas y tamaño variable, compatible con enfermedad secundaria en paciente con carcinoma papilar de tiroides avanzado.

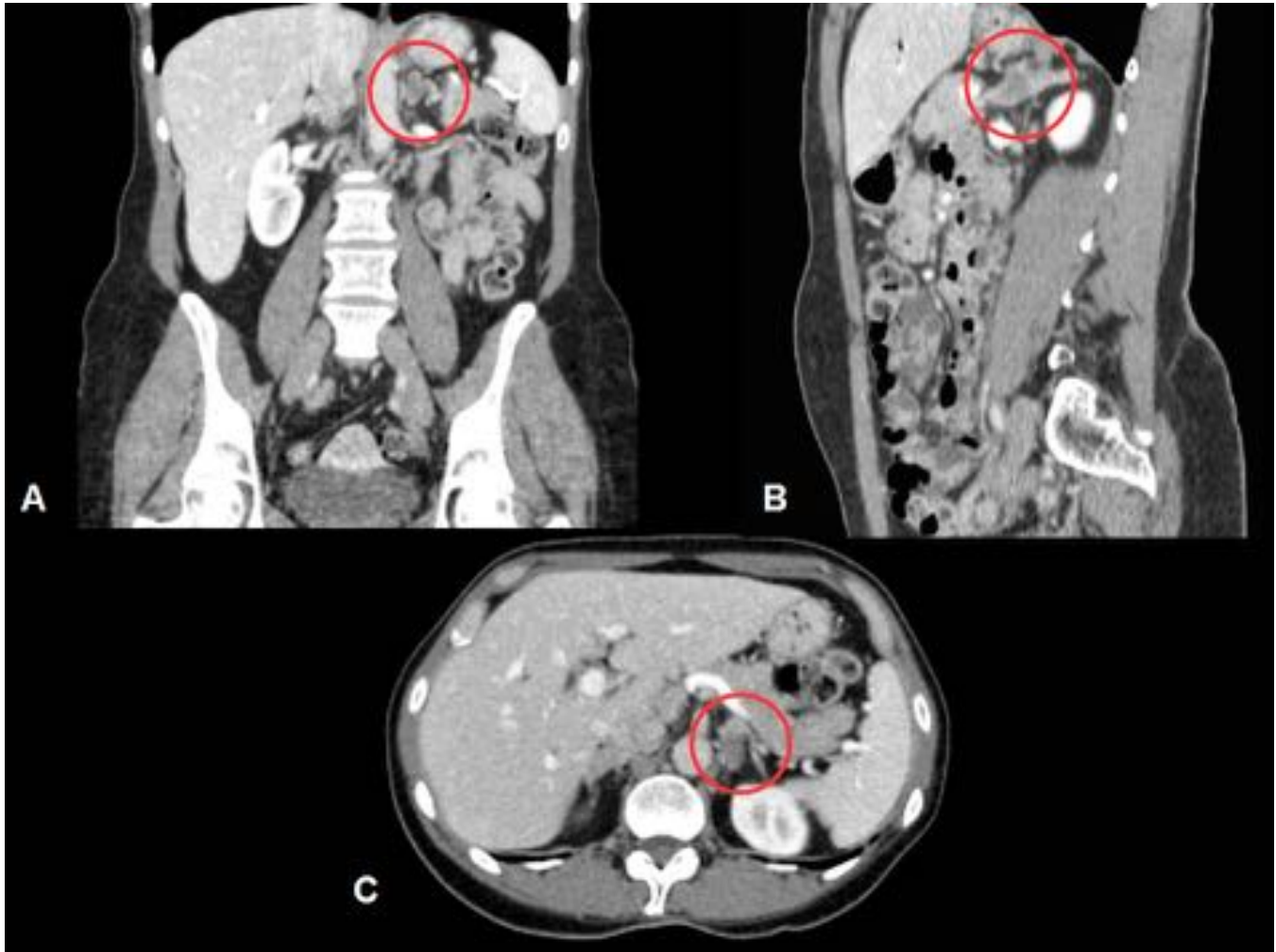


Fig. 6: TC abdominal con contraste IV (fase portal); reconstrucción coronal (A), reconstrucción sagital (B) y corte axial (C). Se aprecia un nódulo en la glándula suprarrenal izquierda (círculo rojo) de predominio hipodenso y bordes parcialmente definidos. Dado los antecedentes clínicos del paciente (carcinoma de tiroides estadio IV) se consideró como lesión metastásica.

Conclusiones

El carcinoma papilar de tiroides se presenta típicamente confinado a la glándula tiroidea aunque en ocasiones puede presentar extensión a estructuras adyacentes, siendo las más frecuentes adenopatías locorreregionales.

No obstante, al establecer el diagnóstico y estadificación del carcinoma papilar de tiroides es posible

encontrar metástasis en lugares no habituales como pulmón y hueso pero también en otros más infrecuentes: cerebro, hígado, piel y excepcionalmente en glándula suprarrenal, riñón y coroides; Es importante tener en consideración estos lugares atípicos de enfermedad secundaria para su adecuada búsqueda en las pruebas de imagen.

Bibliografía / Referencias

1. Ferrer García J. C., Merino Torres J. F., Ponce Marco J. L., Piñón Sellés F.. Metástasis poco habituales del carcinoma diferenciado de tiroides. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2002 Nov [citado 2016 Mar 16] ; 19(11): 37-40.
2. Badilla Mora J, Cambronero Arguedas N. Cancer papilar, metástasis poco habitual del carcinoma diferenciado de tiroides.Rev. med de CR y CA. LXVIII (599) 485-489 2011.
3. Hernán González D., Mosso L. Cáncer papilar de tiroides:visión actual. Boletín de la escuela de Med.Vol 31 N°2. 2006; 87-91.
4. AAACE clinical practice guidelines for the management of thyroid carcinoma. Endocr Pract 1997; 3: 60-71.
5. Rodríguez Fernández-Freire A, Porras Alonso E, Rodríguez Pérez M, Hervás Nuñez MJ, Benito Navarro JR, López Tinoco C. [Papilar thyroid carcinoma. An unusual clinic]. An Otorrinolaringol Ibero Am. 2007;34(4):375-81.