

Cáncer diferenciado de tiroides. Metástasis pulmonares y cerebrales

Fernando Casado-Martín^a, Agustín Domínguez-Díez^a, José Carlos Fernández-Escalante^a, Luis Alberto Vázquez-Salvi^b, Beatriz Ruiz-Gómez^a, Lorena Campo-Alegría^a y Manuel Gómez-Fleitas^a

^aServicio de Cirugía General y Digestivo II. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España. ^bServicio de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

Resumen

La tiroidectomía total es el tratamiento de elección en el cáncer diferenciado de tiroides. A pesar de esta intervención, pueden aparecer metástasis regionales y a distancia.

El control posterior de la enfermedad se realiza con la determinación de los valores de tiroglobulina, y el rastreo corporal con ²⁰¹Tl y ¹³¹I. Éstos son más fiables en los pacientes a los que se ha practicado una tiroidectomía total.

Queremos enfatizar en la importancia del seguimiento médico tras el tratamiento quirúrgico, incluso en ausencia de síntomas.

Palabras clave: Cáncer de tiroides. Metástasis pulmonares. Metástasis cerebrales y cerebelosas.

PULMONARY AND BRAIN METASTASES FROM WELL-DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

Total thyroidectomy is the surgical treatment of choice for differentiated thyroid carcinoma. Despite this surgical treatment, locoregional and distant metastases can develop. Postoperative follow-up should include determination of serum thyroglobulin levels and radioactive iodine (¹³¹I) and thallium (²⁰¹Tl) whole body scans. These techniques are more reliable in patients who have undergone total thyroidectomy.

We stress the importance of routine medical follow-up after surgical treatment of thyroid cancer, even in the absence of symptoms.

Key words: Thyroid carcinoma. Lung metastases. Brain metastases.

Introducción

Existe relación entre el nódulo tiroideo normofuncionante hipocaptador y el cáncer diferenciado de tiroides, que varía, según las series, entre el 10 y el 15%.

El tratamiento quirúrgico es la tiroidectomía total bilateral, más linfadenectomía del compartimiento central del cuello.

La supervivencia es elevada en los diferentes estadios, dependiendo de la edad, el tamaño del tumor, el grado de diferenciación, la invasión capsular, las adenopatías afectadas o la presencia de metástasis.

Caso clínico

Mujer de 52 años diagnosticada en 1994 de nódulo hipocaptador, situado en el lóbulo tiroideo derecho de 7,2 × 4 cm de diámetro, con

áreas de degeneración quística. El lóbulo tiroideo izquierdo era normal, sin adenopatías cervicales.

Fue intervenida en 1995, y se le practicó hemitiroidectomía derecha más istmectomía. El postoperatorio cursó sin complicaciones. El estudio anatomopatológico mostró que se trataba de un carcinoma papilar encapsulado, de 15 mm de diámetro, bien diferenciado. Ante este hallazgo, se propuso completar la tiroidectomía total, opción que la paciente rechazó. El seguimiento se perdió, pues no acudió a la consulta.

A los 8 años de la intervención quirúrgica, acudió al hospital por un problema proctológico. Ante sus antecedentes, y a pesar de encontrarse asintomática, se decidió reiniciar el estudio de su problema tiroideo, con las siguientes exploraciones.

En la ecografía tiroidea se observó un nódulo en el lóbulo tiroideo izquierdo de 6 mm.

La radiografía de tórax (fig. 1) puso de manifiesto imágenes en ambos campos pulmonares en forma de suelta de globos, principalmente en los lóbulos inferiores, sugestivas de metástasis.

El rastreo corporal total (RCT) con ²⁰¹Tl y ¹³¹I (fig. 2) mostró captación del hemitiroides izquierdo y de ambos campos pulmonares, compatible con metástasis de origen tiroideo.

Los valores de tiroglobulina eran de 484 ng/ml (valores normales < 60 ng/ml).

Para completar la tiroidectomía total se realizó una hemitiroidectomía izquierda más linfadenectomía del compartimiento central. El postoperatorio transcurrió normalmente, salvo por la presencia de hipocalcemia. El resultado anatomopatológico fue de carcinoma papilar, con 2 focos de 1 y 2 mm. A partir de ese momento, su caso se sigue periódicamente por el servicio de endocrinología, en tratamiento con hormona tiroidea, calcio y vitamina D.

Un mes después de la operación, recibió tratamiento con ¹³¹I (dosis de 200 mCi), con finalidad ablativa de sus metástasis pulmonares y de cualquier resto de tejido de origen tiroideo.

Correspondencia: Dr. F. Casado-Martín.
Servicio de Cirugía General y Digestivo II. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avda. Valdecilla, s/n. 39008 Santander. España.
Correo electrónico: cgdcmf@humv.es

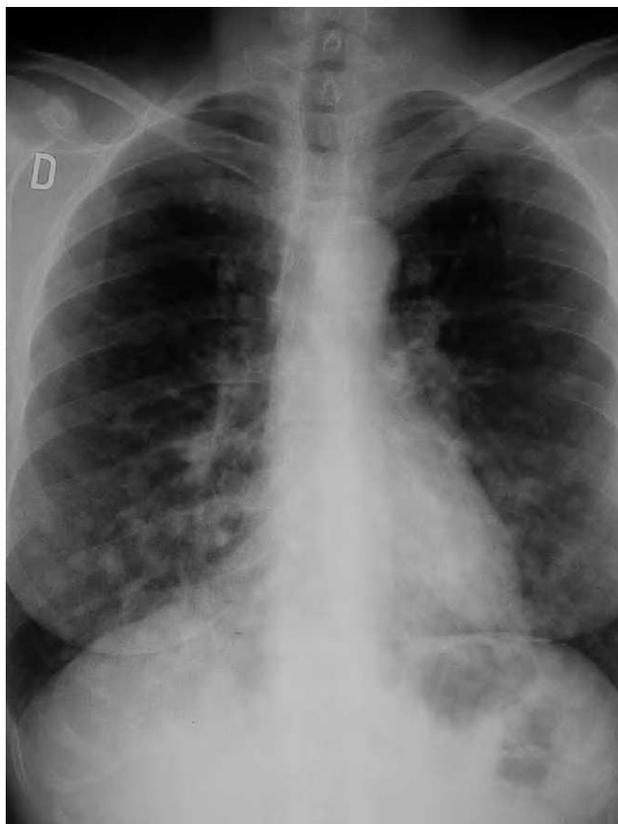


Fig. 1. Radiografía de tórax: imágenes de metástasis en suelta de globos.

A los 6 meses, en un RCT con ^{201}Tl y ^{131}I con hormona liberadora de tirotrópina (TSHrh), estando asintomática, se evidencia todavía captación patológica en ambos campos pulmonares, así como un foco de captación intracraneal, posiblemente cerebeloso, por lo que se realiza una resonancia magnética (RM) (figs. 3 a y b), donde se pone de manifiesto la existencia de lesiones en el hemisferio cerebeloso derecho, con expansión sobre el IV ventrículo de 22-23 mm, con compresión del recesso lateral derecho. Además, se observan 2 lesiones, una en el lóbulo frontal izquierdo, de 7 mm, y otra en el hemisferio cerebeloso izquierdo, de 5 mm, todo ello compatible con metástasis del proceso tumoral primitivo. Las cifras de tiroglobulina eran de 16.800 ng/ml (valores normales tras tiroidectomía total < 5 ng/ml).

Fue operada de la lesión cerebelosa derecha. La anatomía patológica confirmó que se trataba de metástasis del carcinoma papilar tiroideo. En el rastreo con ^{201}Tl y ^{131}I con TSHrh se objetivó metástasis en ambos campos pulmonares, así como metástasis cerebrales en la región frontal izquierda y cerebelosa izquierda. Los valores de tiroglobulina eran > 3.000 ng/ml, sin focalidad neurológica.

Tres meses después, en una RM se observó reducción de los nódulos cerebral y cerebeloso. Se administró una segunda dosis de ^{131}I (200 mCi), tras estimulación con TSHrh.

Actualmente, la paciente se encuentra asintomática, sin clínica respiratoria y sin focalidad neurológica, con captación pulmonar bilateral, cerebral izquierda y cerebelosa izquierda dudosa, con unos valores de tiroglobulina > 3.000 ng/ml, a la espera de una nueva dosis de ^{131}I .

Discusión

El tratamiento quirúrgico es el pilar básico del tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides. Al igual que ocurre en otras neoplasias malignas, la finalidad es obtener la exéresis total del tejido tumoral¹.

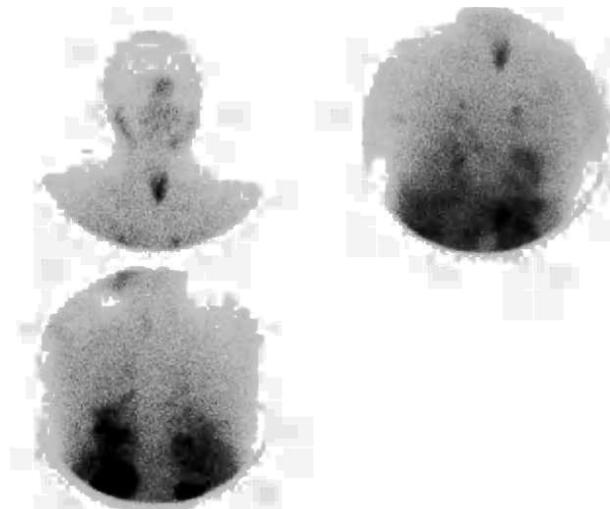


Fig. 2. Rastreo corporal total con ^{201}Tl y ^{131}I : captación del hemitiroides izquierdo y ambos campos pulmonares.

Existen controversias en cuanto a la intervención quirúrgica que se debe realizar en el carcinoma diferenciado de tiroides². Hay razones que apoyan la tiroidectomía total, como la multicentricidad, que puede ser de un 20-24% a pesar de que el lóbulo contralateral sea ecográficamente normal, y el mejor seguimiento de la enfermedad, mediante la determinación de tiroglobulina y los rastreos con ^{131}I y ^{201}Tl .

Entre las técnicas de tiroidectomía no total, las opciones varían desde la lobectomía unilateral a la resección bilateral subtotal. Hay et al³ valoraron el tipo de intervención quirúrgica durante un período de 60 años; al principio se realizaba lobectomía tiroidea en la mayoría de los pacientes, y posteriormente se comenzó a practicar la tiroidectomía total o casi total.

A lo largo de los años, la ablación del remanente tiroideo con radioyodo ha aumentado considerablemente, y hoy día se utiliza en un 50% de los casos, como complemento de la técnica quirúrgica⁴.

Kebebew et al⁵ diseñó un modelo que comparaba la lobectomía tiroidea y la tiroidectomía total en pacientes con carcinoma papilar de tiroides con bajo o alto riesgo de recurrencia y mortalidad. El riesgo se basaba en la edad, el tamaño del tumor, la extensión y la presencia de metástasis, llegando a la conclusión de que la tiroidectomía total tiene la máxima expectativa de vida, en todo tipo de pacientes.

La introducción, en 1980, de la tiroglobulina⁶ como marcador para detectar recidiva de la enfermedad, la TC, la RM, la biopsia de los nódulos cervicales sospechosos, la tomografía por emisión de positrones (PET), en 1990, y últimamente la TSH recombinante⁷, han conseguido un mejor control de los pacientes operados mediante tiroidectomía casi total o total.

Las metástasis cerebrales son raras a partir del carcinoma papilar de tiroides, siempre que los pacientes hayan sido tratados con tiroidectomía total. Cha et al⁸ presentaron el caso de un paciente operado de carcinoma papilar de tiroides, en el que, al realizar un rastreo a los 3 años, se demostró la existencia de metástasis cerebra-



Figs. 3 a y b. Resonancia magnética: lesiones en el hemisferio cerebeloso y el lóbulo frontal.

les, de las que fue intervenido, así como pequeños restos de tejido tiroideo pretraqueal.

Aunque la mayoría de los autores cree que la resección quirúrgica es la mejor opción, no se pueden establecer guías de tratamiento derivadas de un caso clínico. Chiu et al⁹ presentaron 47 casos de carcinoma tiroideo con metástasis intracraneales, en los que la mediana de supervivencia de los que fueron intervenidos para reseccionar una o más metástasis fue de 16,7 meses, mientras que la de los no operados fue de 3,4. En cualquier caso, la supervivencia de los pacientes con metástasis intracraneales por carcinoma diferenciado de tiroides es reducida, con una mediana de aproximadamente 1 año¹⁰.

Por todo lo anterior, pensamos que la tiroidectomía total es el tratamiento de elección en el cáncer diferenciado de tiroides.

Bibliografía

- Mazzaferri E, Kloss R. Current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86:1447-67.
- Esteban Grau E, Lamata Hernández F, Calvo Sancho JJ, González González M, Jiménez Bernadó A. Cirugía del cáncer de tiroides (II). Aspectos terapéuticos y de supervivencia. *Cir Esp.*1996;59:11-9.
- Hay ID, Thompson GB, Grant CS, Bergstralh EJ, Van Heerden JA. Papillary thyroid carcinoma managed at the Mayo Clinic during six decades (1940-1999): temporal trends in initial therapy and long-term outcome in 2,444 consecutively treated patients. *World J Surg.* 2002;26:879-85.
- Esnaola NF, Cantor SB, Sherman SI, Lee JE, Evans DB. Optimal treatment strategy in patients with papillary thyroid cancer: a decision analysis. *Surgery.* 2001;130:921-30.
- Kebebew E, Duh QY, Clark OH. Total thyroidectomy or thyroid lobectomy in patients with low-risk differentiated thyroid cancer: surgical decision analysis and controversy using a mathematical model. *World J Surg.* 2000;24:1295-302.
- Van Wyngaarden K, McDouglas IR. Is serum thyroglobulin a useful marker for thyroid cancer in patients who have not had ablation of residual thyroid tissue? *Thyroid.* 1997;7:343-6.
- Mazzaferri E, Kloss R. Using recombinant human TSH in the management of well-differentiated thyroid cancer. Current strategies and future directions. *Thyroid.* 2000;10:767-78.
- Cha ST, Jarrahy R, Mathiesen RA, Suh R, Shahinian HK. Cerebellopontine angle metastasis from papillary carcinoma of the thyroid: Case report and literature review. *Surg Neurol.* 2000;54:320-6.
- Chiu AC, Delpassand ES, Sherman SI. Prognosis and treatment of brain metastases in thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab.* 1997;82:3637-42.
- McWilliams RR, Giannini C, Hay ID, Atkinson JL, Stafford SL, Buckner JC. Management of brain metastasis from thyroid carcinoma: a study of sixteen pathologically confirmed cases over 25 years. *Cancer.* 2003;98:356-62.