



P-072 - METÁSTASIS TIROIDEAS CON ORIGEN EN OTRO TUMOR PRIMARIO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Laiz Diez, Beatriz; Artes Caselles, Mariano; Rivera Bautista, José Ángel; Martín López, Javier; García Schiever, Jesús Gabriel; Serrano González, Javier; Calvo Espino, Pablo; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentación de nuestra serie de metástasis tiroideas operadas con origen en otro tumor primario.

Casos clínicos: Presentamos 3 casos. Caso 1: varón de 53 años con antecedente de nefrectomía derecha por carcinoma de células claras que durante el seguimiento de su enfermedad se objetiva un crecimiento del lóbulo tiroideo izquierdo sospechoso. La ecografía tiroidea muestra un bocio multinodular y la PAAF es informada como metástasis de carcinoma de células claras de origen renal. Se realiza tiroidectomía total confirmándose el diagnóstico en el estudio anatomo-patológico. Caso 2: mujer de 46 años con antecedente de mastectomía por cáncer de mama que consulta por nódulo cervical anterior de crecimiento progresivo. En la ecografía tiroidea se aprecian varios nódulos con uno dominante en lóbulo tiroideo derecho. La PAAF es informada como neoplasia folicular. Se realiza tiroidectomía total. La anatomía patológica revela una metástasis de carcinoma ductal infiltrante. Caso 3: varón de 67 años intervenido por hipernefroma con nefrectomía derecha que durante el seguimiento objetiva un aumento del tamaño tiroideo y un nódulo suprarrenal derecho. La PAAF confirma metástasis en tiroides de hipernefroma. Se realiza tiroidectomía total y pocos meses después suprarrenalectomía derecha. El análisis anatomo-patológico informa ambas lesiones como metástasis de carcinoma de células claras renales. Los carcinomas renales se encuentran vivos y libres de enfermedad. El carcinoma de mama presenta enfermedad metastásica diseminada y se encuentra en tratamiento quimioterápico.

Discusión: Las metástasis en la glándula tiroidea son infrecuentes en el ámbito quirúrgico. Los tumores primarios que con mayor frecuencia metastatizan en el tiroides son renal, pulmonar, mamario, tumores gastrointestinales y melanoma. La incidencia de estas metástasis sin antecedente de enfermedad tumoral es del 0,5 al 5,2% (3,9-8,3% cuando existe historia previa). El 60-80% son metástasis metacrónicas (20-40% sincrónicas). El intervalo de aparición de la enfermedad metastásica es variable, siendo incluso de décadas en el carcinoma de células renales. La sintomatología es variable, objetivándose masa palpable en el 72% de los casos. La disfagia o disfonía evidencia enfermedad avanzada. Se ha sugerido que la morfología multinodular podría predisponer a la aparición de metástasis (59% sobre tiroides anormales). Para el diagnóstico es fundamental el índice de sospecha apoyándonos en las técnicas de imagen y la PAAF. Del 30 al 80% de las metástasis se acompañan de enfermedad en otras localizaciones y el pronóstico dependerá del tumor primario. La decisión de llevar a cabo una metastasectomía dependerá del grado y estadio del tumor primario, de la extensión locorregional y de las condiciones generales del paciente. La cirugía puede ser curativa cuando la enfermedad metastásica se limita a la glándula o paliativa para el control de la enfermedad cervical evitando complicaciones locales. La hemitiroidectomía es una técnica segura siempre que se aseguren

márgenes negativos. La tiroidectomía total asocia menores tasas de recidiva local y debe ser considerada la posibilidad de que las metástasis sean multifocales. No se realiza linfadenectomía de rutina. La radioterapia y la quimioterapia pueden usarse en pacientes no quirúrgicos o como adyuvantes cuando existen márgenes positivos.