

Metástasis tiroidea de carcinoma lobulillar de mama

Thyroid metastasis of lobular breast carcinoma

La glándula tiroidea es un lugar infrecuente para las metástasis a distancia de neoplasias extracervicales. El melanoma maligno y los carcinomas de riñón, pulmón, mama y gastrointestinales son los orígenes más frecuentes, dentro de su excepcionalidad. Aportamos un caso de una paciente con afectación metastásica tiroidea rápidamente progresiva por un carcinoma lobulillar de mama intervenido 3 años antes.

Mujer de 83 años intervenida en 2007 de neoplasia de mama mediante mastectomía radical izquierda y linfadenectomía axilar. El resultado anatomopatológico confirmó un carcinoma lobulillar infiltrante grado histológico 2 de $5 \times 4,5 \times 4,5$ cm sin afectación de bordes quirúrgicos, y sin infiltración tumoral en los ganglios extirpados (pT2N0). La expresión de los receptores estrogénicos era del 20% y de los receptores de progesterona del 5%, por lo que se inició tratamiento con inhibidores de la aromatasa. En revisiones oncológicas posteriores no se evidenció recidiva tumoral.

A los 3 años de la intervención quirúrgica debutó con un cuadro de disnea progresiva de un mes de evolución que empeoraba con el decúbito supino, sin tos, expectoración ni fiebre. En paralelo, refería aumento de tamaño del cuello con sensación de opresión a nivel cervical. En el servicio de urgencias le realizaron una radiografía de tórax sin evidencia de patología cardiopulmonar pero con un desplazamiento traqueal sugestivo de bocio, por lo que se realizó una tomografía axial computarizada (TC) cervical. En ella se confirmó la existencia de un bocio multinodular de gran tamaño con estenosis traqueal grave (fig. 1), tras lo cual fue derivada a la consulta de endocrinología.

En la consulta, la paciente presentaba un estridor con dificultad respiratoria avanzada. En la exploración de cuello se palpaba un bocio de consistencia dura, inmóvil a la deglución, sin adenopatías cervicales. La paciente refería bocio desde la juventud, aunque nunca había sido estudiado. La función tiroidea era normal, TSH: 0,82 μ U/ml (0,27-4,2) y T4 libre: 1,28 ng/dl (0,93-1,71). Dado el rápido crecimiento del bocio y la compresión traqueal



Figura 1 TAC cervical que muestra estenosis traqueal.

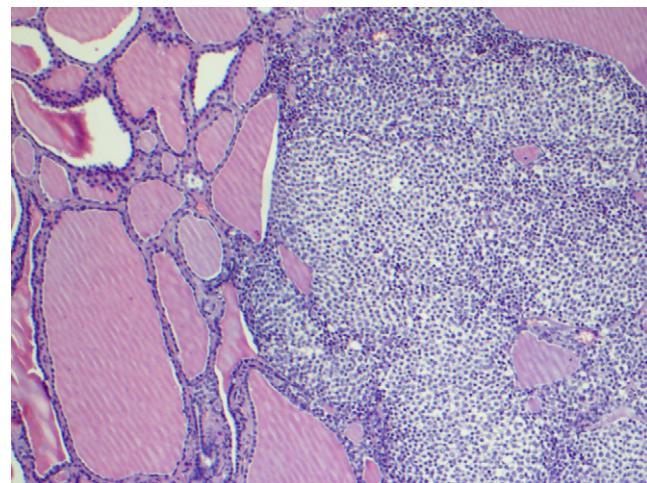


Figura 2 Fóliculos tiroideos rodeados de células tumorales.

sintomática, se decidió la intervención quirúrgica urgente. Durante la intervención sólo se pudo realizar una hemitiroidectomía izquierda más istmectomía, al encontrarse el lóbulo contralateral adherido a estructuras vecinas con infiltración traqueal macroscópica. Tras la cirugía cedió la disnea. El estudio anatomopatológico de la pieza evidenció la existencia de infiltración metastásica tiroidea por un carcinoma lobulillar de mama (fig. 2).

A las 2 semanas de la tiroidectomía, la paciente acudió a urgencias por anuria de 24 horas de evolución. En una TC abdominal se observó una masa pélvica de gran tamaño que comprimía ambos uréteres con hidronefrosis bilateral importante. Se realizó una nefrostomía e ingresó en la planta de oncología. Además de la masa pélvica presentaba metástasis hepáticas y óseas sin datos de recidiva local. La paciente falleció al mes de ser intervenida.

Las metástasis tiroideas son infrecuentes en la práctica clínica habitual, no así en los estudios *post mortem*, donde es muy variable, desde el 0,5% en autopsias no seleccionadas hasta un 24% en pacientes con antecedentes de neoplasia¹. En la mayoría de las series de autopsias las neoplasias primarias que más frecuentemente producen metástasis tiroideas son el carcinoma de mama y el pulmón; sin embargo, en las series clínicas el más frecuente es el carcinoma renal². También existen casos más raros publicados como el de un coriocarcinoma³. En una serie de 43 pacientes con afección tiroidea metastásica, el 33% eran neoplasias renales, seguidos por tumores de mama (16%), pulmón (16%), esófago (9%) y piel (5%)⁴. En otro estudio donde se analizaron 18.105 tiroidectomías y 29.708 citologías obtenidas por punción aspiración por aguja fina, la prevalencia de tumores metastásicos fue de 0,13 y 0,07%, respectivamente⁵. Esta prevalencia aumenta hasta el 1,4% en una serie de 1.013 pacientes con cáncer en el tiroides, de los que 14 eran metastásicos⁶. En todas estas series el carcinoma de mama más prevalente es el ductal infiltrante, frente al caso aportado, que se trataba de un lobulillar infiltrante⁴.

La mayoría de los pacientes se diagnostican mediante una punción aspiración por aguja fina, aunque en algunas ocasiones se precise de la pieza quirúrgica para el diagnóstico final⁶. A menudo el diagnóstico diferencial entre un carcinoma anaplásico de tiroides y un tumor

secundario resulta difícil. La presencia de adenopatías cervicales, la edad avanzada de la paciente y los antecedentes neoplásicos nos pueden orientar hacia un tumor metastásico, aunque el diagnóstico de certeza lo dará la positividad para tiroglobulina en el caso del carcinoma anaplásico⁷. En nuestro caso, la edad de la paciente, el rápido crecimiento del bocio previamente conocido, y la consistencia pétreas eran más sugerentes de carcinoma anaplásico que de metástasis. Habitualmente el diagnóstico de metástasis tiroideas suele corresponder a estudios avanzados de la enfermedad y su pronóstico suele ser de pocos meses de vida⁵. Aunque el tratamiento sea paliativo, la cirugía tiroidea puede mejorar los síntomas y la calidad de vida de estos pacientes.

En conclusión, ante un paciente con antecedentes neoplásicos y un nódulo tiroideo se recomienda la necesidad de realizar una evaluación citológica por punción aspiración por aguja fina para descartar posible origen metastásico⁷.

Agradecimientos

Al Dr. Miguel Paja Fano por su gran ayuda al realizar este y muchos otros trabajos.

Bibliografía

1. Lam KY, lo CY. Metastatic tumors of the thyroid gland: a study of 79 cases in Chinese patients. *Arch Pathol Lab Med*. 1998;122:37-41.
 2. Haugen BR, Nawaz S, Cohn A, Shroyer K, Bunn PA, Liechty DR, et al. Secondary malignancy of the thyroid gland: a case report and review of the literature. *Thyroid*. 1994;4:297-300.
 3. Erdogan G, Cesur V, Unal M, Ortac F, Balci M. Choriocarcinoma metastasis in the thyroid gland. *Thyroid*. 1994;4:301-3.
 4. Nakhjavani MK, Gharib H, Goellner JR, Van Heerden JA. Metastasis to the thyroid gland. A report of 43 cases. *Cancer*. 1997;79:574-8.
 5. Papi G, Fada G, Corsello SM, Corrado S, Rossi ED, Radighieri E, et al. Metastasis to the thyroid gland: prevalence, clinicopathological aspects and prognosis: a 10 year experience. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2007;66:565-71.
 6. Lin J, Weng H, Ho Y. Clinical and pathological characteristics of secondary thyroid cancer. *Thyroid*. 1998;8:149-53.
 7. Owens C, Basaria S, Nicol TL. Metastatic breast carcinoma involving the thyroid gland diagnosed by fine-needle aspiration: a case report. *Diagn Cytopathol*. 2005;33:110-5.
- Nerea Egaña ^{a,*}, Catalina Socias ^b, Tomasso Matteucci ^b, Ismene Bilbao ^c
y Mariano Alvarez-Coca ^c
- ^a Servicio de Endocrinología, Hospital Zumárraga, Zumárraga, Guipúzcoa, España
^b Servicio de Endocrinología, Hospital Bidasoa, Irún, Guipúzcoa, España
^c Servicio de Endocrinología, Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: nereaega@yahoo.es (N. Egaña).
- doi:10.1016/j.endonu.2011.09.009

Paciente con diabetes e hipoacusia

Patient with diabetes and impaired hearing

Presentamos el caso de una mujer de 34 años remitida para valoración de su diabetes mellitus (DM). Sus antecedentes personales eran: hipoacusia bilateral, otitis media crónica izquierda, pre-excitación anteroseptal asintomática con coronarias normales, y DM diagnosticada a los 24 años por hiperglucemia leve. Entre sus antecedentes familiares destacaban: abuela materna con DM y epilepsia; madre con DM desde los 21 años e hipoacusia; tío materno con DM e hipoacusia, y un hermano diabético diagnosticado a los 30 años también con hipoacusia. La madre había fallecido durante un episodio de hipoglucemia, y la abuela a los 36 años durante una crisis comicial (fig. 1).

Fue tratada inicialmente con hipoglucemiantes orales (metformina y sulfonilureas), y en los últimos 4 años con insulina, siempre con mal control glucémico. No refería complicaciones metabólicas agudas o crónicas. La exploración física fue normal con un índice de masa corporal de 23 Kg/m². En las exploraciones complementarias se objetivó: hemoglobina glucosilada 7,9%, péptido C 0,22 ng/ml (valores de referencia: 1,00-4,00), y anticuerpos anti-descarboxilasa del ácido glutámico (GAD65), anti-citoplasma de células pancreáticas (ICA), anti-tirosina-fosfatasa (IA-2) y anti-insulina negativos. Teniendo en

cuenta los antecedentes familiares y los datos de su DM, se realizó un estudio genético del ADN mitocondrial (mtDNA) en sangre (leucocitos). Empleando el método de secuenciación directa del gen tRNA^{Leu} (ácido ribonucleico transferente), se detectó la mutación 3243A > G en mtDNA con unos niveles aproximados de heteroplasmia del 31%. Por el método de PCR-RFLP (reacción en cadena de la polimerasa y polimorfismos del tamaño de los fragmentos de restricción mediante detección microfluídica en Bionalyzer 2100 [Los Ángeles, EE.UU.]), la heteroplasmia fue del 30%. Se diagnosticó de diabetes e hipoacusia de herencia materna (MIDD), iniciándose tratamiento con coenzima Q10 150 mg/día, y optimizando la terapia insulínica. No se realizó biopsia muscular para el estudio de la cadena respiratoria ni para la detección de fibras rojas rasgadas puesto que se trataba de una prueba invasiva y no aportaba datos adicionales en cuanto al diagnóstico y al tratamiento. Como comorbilidades asociadas al síndrome, se confirmó una hipoacusia perceptiva con umbral medio a 65 decibelios (dB) en el oído derecho y una hipoacusia mixta con umbral perceptivo medio a 65 dB en el oído izquierdo. Presentaba un impedimento auditivo monoaural estimado derecho del 63%, monoaural estimado izquierdo del 95% y biaural estimado del 65%. El fondo de ojo y el ecocardiograma fueron normales, y la microalbuminuria normal.

Se dedujo que su hermano, madre, tío y abuela eran portadores de la mutación 3243A > G. Su madre y abuela habían