

CARTA CIENTÍFICA

Taponamiento cardíaco como primera manifestación de carcinoma papilar de tiroides

Cardiac tamponade as first sign of papillary thyroid carcinoma

El taponamiento cardíaco de etiología maligna corresponde al 20% de los casos en series de autopsias. La causa más frecuente es el cáncer de pulmón y secundariamente el de mama, esófago, melanoma, linfoma y leucemia.

El carcinoma papilar de tiroides como causa de taponamiento cardíaco maligno es muy raro y más aún que se presente como primera manifestación de la enfermedad.

Se trata de una mujer de 56 años con bocio nodular desde la infancia a quien se le había practicado 30 años antes una hemitiroidectomía izquierda por un nódulo tóxico de 4,5x4,5 cm. La anatomía patológica fue consistente con benignidad e informaba de hiperplasia nodular. El hipotiroidismo secundario fue tratado desde entonces con levotiroxina.

La paciente acude a Urgencias de su hospital de referencia por una clínica de un mes de evolución consistente en astenia, anorexia, pérdida de peso, malestar general, dolores generalizados, disminución progresiva de la diuresis, aparición de edemas en los miembros inferiores y disnea progresiva en las últimas semanas con empeoramiento brusco hasta hacerse de reposo acompañada de mareos e hipotensión. En la radiografía de tórax se constata un aumento del índice cardiotorácico con derrame pleural bilateral. En la TC de tórax se observa un derrame pericárdico rodeando la silueta cardíaca (fig. 1). Es derivada entonces al Hospital Central donde ingresa taquicárdica a 115 lpm, taquipneica a 28 rpm y mal perfundida. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal con alternancia eléctrica y la ecocardiografía un derrame pericárdico rodeando la silueta cardíaca. Se realizó una pericardiocentesis, extrayéndose abundante líquido, con buena evolución inicial pero produciéndose un brusco deterioro 2 h después con parada cardiorrespiratoria que no respondió a maniobras de resucitación.

Se realizó la autopsia con el diagnóstico de carcinoma tiroideo poco diferenciado, de origen papilar, a nivel del lecho tiroideo izquierdo, de aproximadamente 0,8 cm de dimensión máxima, con metástasis en pulmón, esófago, pericardio y ganglios mediastínicos.



Figura 1 TAC torácica que revela un derrame pleuropericárdico.

A nivel de la cicatriz de la hemitiroidectomía rodeando restos de hilos de sutura se observaban células de las mismas características (fig. 2).

La incidencia del carcinoma papilar de tiroides está aumentando en los últimos años. En EE. UU. ha aumentado de 1973 a 2002 de 2,7 a 7,7/100.000 habitantes^{1,2}. A pesar de que probablemente este aumento en la incidencia se deba a un mayor número de diagnósticos tempranos de carcinomas tiroideos subclínicos, un análisis del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos encontró un aumento de los cánceres diferenciados de tiroides de todos los tamaños, incluidos los mayores de 4 cm³.

La diseminación del carcinoma papilar de tiroides se realiza principalmente por vía linfática a los ganglios regionales. Solo un 2-10% de los pacientes se presentan con metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, la mitad de los cuales metastatizan a pulmón, una cuarta parte son óseas y el resto corresponden a cerebro, riñón, hígado y suprarrenales, siendo muy poco frecuente en corazón o pericardio⁴.

Nuestro caso corresponde a un carcinoma papilar poco diferenciado que debutó clínicamente con un taponamiento cardíaco maligno. Se trata del séptimo caso descrito en la literatura hasta la actualidad⁵⁻¹⁰.

Es importante analizar el líquido pericárdico ante cualquier caso de derrame, aun no teniendo la sospecha de malignidad.

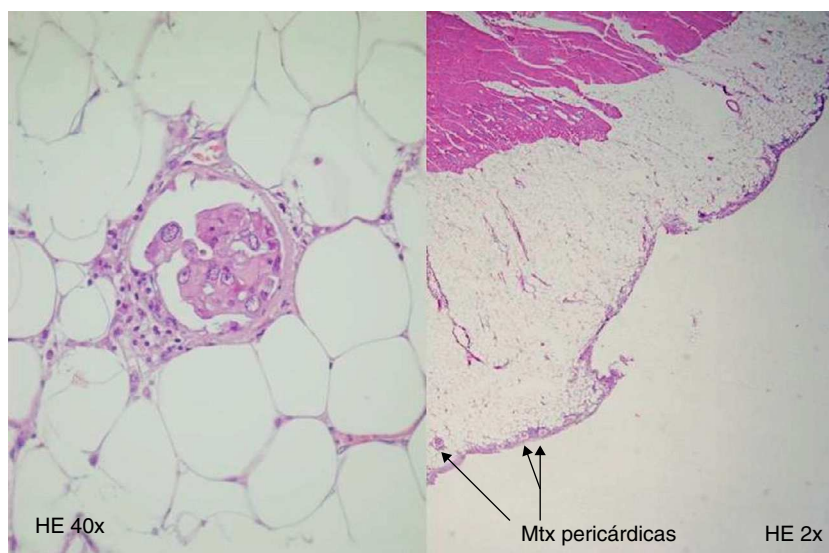


Figura 2 Metástasis pericárdicas de carcinoma papilar de tiroides.

En este caso cabe resaltar también la importancia del estudio exhaustivo del nódulo tiroideo para un diagnóstico precoz del cáncer tiroideo ya que probablemente el proceso maligno se podía haber detectado antes, evitándose así la diseminación de la enfermedad.

Bibliografía

1. Davies L, Welch HG. Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. *JAMA*. 2006;295:2164-7.
2. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program (www.seer.cancer.gov). SEER Stat Database: Incidence - SEER 9 Regs Public-Use, Nov 2005 Sub (1973-2003), National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2006.
3. Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988-2005. *Cancer*. 2009;115:3801-7.
4. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19:1167-214.
5. Puigfel M, Falces C, Castellá M, Roig E. Metastatic cardiac tamponade in a patient with papillary carcinoma of the thyroid. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:197-8.
6. González Valverde FM, Gómez Ramos MJ, Moltó Aguado M, Balalobre MD, Menarquez F, Mauri F, et al. Pericardial tamponade as initial presentation of papillary thyroid carcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 2005;31:205-7.
7. Riva V, Bürguesser MV, Calafat P, Diller A, Ruades Ninfea JI, Caballero Escuti G. Metastatic cardiac tamponade as initial manifestation of papillary thyroid carcinoma. *Medicina (B Aires)*. 2011;71:550-2.
8. Kovacs CS, Nguyen GK, Mullen JC, Crockford PM. Cardiac tamponade as the initial presentation of papillary thyroid carcinoma. *Can J Cardiol*. 1994;10:279-81.
9. Haskell RJ, French WJ. Cardiac tamponade as the initial presentation of malignancy. *Chest*. 1985;88:70-3.
10. De la Gándara I, Espinosa E, Gómez Cerezo J, Feliú J, García Girón C. Pericardial tamponade as the first manifestation of adenocarcinoma. *Acta Oncol*. 1997;36:429-31.

Maria Galiana Rodríguez Caballero^{a,*}, Lorena Suárez Gutiérrez^a, Luis Fernández Fernández^b, Nuria Valdés Gallego^a y Edelmiro Menéndez Torre^a

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maga.rodriguezcc@gmail.com (M.G. Rodríguez Caballero).