

Metástasis de adenocarcinoma pulmonar a adenoma tiroideo de células de Hürthle

Metastasis of pulmonary adenocarcinoma to Hürthle cell thyroid adenoma

Sr. Director:

A pesar de ser un órgano ricamente vascularizado, las metástasis en la glándula tiroidea son muy infrecuentes^{1,2}, raramente únicas³ y su diagnóstico suele ser posterior al del tumor primario, con un tiempo medio de 6 años^{4,5}. Se ha descrito como tumor primario el melanoma (39% de los casos), el nefrocarcinoma (12%) o el carcinoma de mama (11%), tumores todos ellos de extensión hematógena. Las metástasis en tumores primarios de tiroides (llamadas metástasis de tumor a tumor) son excepcionales. La literatura describe 28 casos en los que el tumor receptor de la metástasis es habitualmente un adenoma folicular o un carcinoma papilar⁶.

Una mujer de 48 años diagnosticada de adenocarcinoma pulmonar en lóbulo medio de 42 mm de diámetro mayor, con extensión a una única adenopatía subcarinal derecha (T2aN2) fue sometida a un estudio de extensión con tomografía de emisión de positrones combinada con tomografía computarizada (PET/TC) que demostró hipercaptación múltiple bilateral en la glándula tiroides.

En la ecografía, la glándula estaba aumentada de tamaño, siendo las dimensiones del lóbulo derecho de 53,3 × 22,2 × 26,2 mm y las del lóbulo izquierdo de 49,4 × 21,2 × 18,4 mm de diámetros longitudinal, transversal y anteroposterior respectivamente; con varios nódulos ligeramente hiperecogénicos con respecto al parénquima sano, con calcificaciones periféricas y ocasionales áreas quísticas. Los dos nódulos de mayor tamaño tenían 2,4 y 1,7 cm de diámetro y el resto eran subcentimétricos. Una PAAF de ambos nódulos mayores informada como proliferación de células de Hürthle hizo que se clasificase el tumor pulmonar como T2aN2M0 y que se tratase con quimioterapia neoadyuvante con 3 ciclos de cisplatino y docetaxel y lobectomía por toracotomía. La realización de la tiroidectomía fue pospuesta, asumiendo la benignidad de los nódulos tiroideos.

Meses más tarde se realizó una tiroidectomía. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica demostró varios focos subcentimétricos de metástasis de adenocarcinoma pulmonar, inmunohistoquímicamente positivos para NAPSINA-A y negativos para tiroglobulina, localizados en el interior de los dos nódulos mayores, que eran ambos adenomas de células de Hürthle positivos para tiroglobulina. La **figura 1** muestra la transición abrupta entre ambos tipos de tumor.

El caso descrito es extraordinario por cuatro motivos: 1) La glándula tiroides es el único lugar en el que el tumor pulmonar ha metastatizado; 2) Las metástasis son multifocales; 3) El diagnóstico de las metástasis se hizo poco después del hallazgo del tumor primario; y 4) Y, sobre todo, porque son metástasis alojadas en el interior de tumores tiroideos primarios preexistentes.

El diagnóstico de una metástasis de tumor a tumor exige que el receptor sea una verdadera neoplasia y que se demuestre invasión tisular. Es preciso excluir aquellas

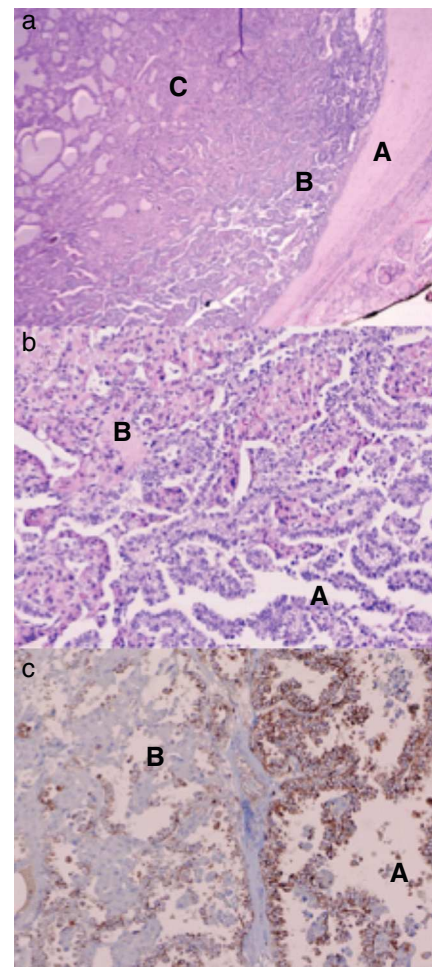


Figura 1 Imagen histológica del nódulo tiroideo. 1a) Hematoxilina-eosina ×20. Cápsula fibrosa (A) en la porción derecha. Se observa una doble población tumoral. A la derecha el tumor papilar (B). A la izquierda el tumor oncocitario (C). 1b) Hematoxilina-eosina ×200. Se observan en íntima relación las células del adenocarcinoma de pulmón (A) y las células oncocitarias (B). 1c) Inmunohistoquímica ×200. Se muestra una fuerte expresión con NAPSINA-A en las células del adenocarcinoma pulmonar (A), pero no en las células oncocitarias (B).

neoplasias que crecen de forma contigua, los tumores en colisión y las metástasis o ganglios afectados por enfermedades linfáticas malignas. El caso clínico descrito cumple estas condiciones. Las guías clínicas recomiendan la realización de una PAAF en los nódulos tiroideos con un diámetro mayor de 1 cm⁷, y así se hizo en este caso. De hecho, las metástasis pulmonares estaban en el interior de ambos nódulos mayores (que eran adenomas de células de Hürthle) en forma de tumores subcentimétricos. Esta circunstancia dificultó la realización de un diagnóstico citológico correcto. Aunque la tiroidectomía total, con o sin linfadenectomía cervical, es el tratamiento de elección (con intención curativa o paliativa) en los pacientes con enfermedad metastásica tiroidea aislada^{3,4,8,9}, si el diagnóstico de la metástasis se hubiese realizado previamente, el adenocarcinoma habría sido clasificado como T2aN2M1 y su tratamiento habría sido otro.

A pesar de la escasa prevalencia de las metástasis tiroideas en cánceres de otro origen, y del fracaso diagnóstico citológico inicial en nuestro caso, creemos recomendable realizar un estudio citológico de la afección nodular tiroidea en los pacientes con un diagnóstico de cáncer en los que exista captación glandular en una PET.

Bibliografía

1. Papi G, Fadda G, Corsello SM, Corrado S, Rossi ED, Radighieri E, et al. Metastases to the thyroid gland: prevalence, clinicopathological aspects and prognosis: a 10-year experience. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2007;66:565–71.
 2. 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.
 3. Gómez Ramírez J, Miguel Bravo J, Luque Ramírez M, Martín Pérez E, Larrañaga E. Metástasis en la glándula tiroidea. *Cir Esp*. 2010;87:319–33.
 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. González Piñeiro A, Higuero Grosso A, García Lorenzo F, Piñeiro Martínez H, Gil Gil P, de Castro Parga G, et al. Metástasis en tiroides. *Cir Esp*. 2000;68:135–8.
 6. Stevens TM, Richards AT, Bewtra C, Sharma P. Tumors metastatic to thyroid neoplasms: a case report and review of the literature. *Patholog Res Int*. 2011;2011:238693.
 7. Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Reed Larsen P. Williams Tratado de Endocrinología. 11.^a ed. Editorial Elsevier; 2009. Capítulo 10, p. 423.
 8. Czech JM, Lichter TR, Carney JA, van Heerden JA. Neoplasms metastatic to the thyroid gland. *Surg Gynecol Obstet*. 1982;155:503–5.
 9. Chen H. Clinically significant isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg*. 1999;23:177–80.
- I. Seoane Cruz^{a,*}, M. Penín Álvarez^a, C. Fiaño Valverde^b y C. Trigo Barros^a
- ^a *Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España*
^b *Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ineseoane@yahoo.es (I. Seoane Cruz).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.01.010>