

## Cartas científicas

# Metástasis tiroidea por adenocarcinoma de colon



## Thyroid metastasis of a colonic adenocarcinoma

A pesar de ser el segundo órgano del cuerpo con una mayor perfusión arterial relativa, únicamente superado por las glándulas suprarrenales, el tiroides es una localización poco frecuente de metástasis<sup>1,2</sup>. En estudios llevados a cabo en enfermos oncológicos, su incidencia como hallazgo casual es del 1,4 al 3% en piezas de tiroidectomías<sup>2-4</sup>, alcanzando del 1,9 al 24,2% en estudios necrópsicos<sup>1,3-5</sup>. La prevalencia, diagnóstico y manejo más apropiado de las metástasis tiroideas continúa siendo controvertido<sup>2</sup>.

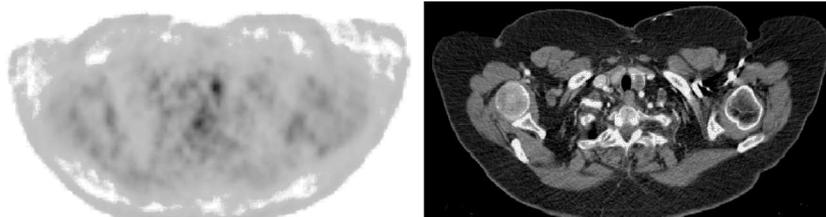
Presentamos el caso de una paciente de 70 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma de sigma estadio pT3N1b tratado mediante sigmoidectomía urgente por perforación. En la TAC de extensión realizada apareció, como único hallazgo de interés, un nódulo hipodenso de 17 mm en el lóbulo tiroideo izquierdo. La paciente inició tratamiento quimioterápico adyuvante según el esquema XELOX. Tras completarlo, se realizó reevaluación mediante PET-TAC, donde se volvió a evidenciar el nódulo tiroideo, con características hipermetabólicas (fig. 1). Ante la elevada sospecha de malignidad se llevó a cabo una punción con aguja fina guiada por ecografía (fig. 2), cuyo resultado era compatible con un carcinoma pobremente diferenciado que parecía de origen secundario. Con este hallazgo, y ante la elevada sospecha de una metástasis secundaria tiroidea, se llevó a cabo tiroidectomía total con exploración cervical y linfadenectomía central. La anatomía patológica de la pieza fue de infiltración nodular tiroidea por un adenocarcinoma de moderado grado de diferenciación, compatible con un origen primario intestinal y adenopatías negativas.

A pesar de que las metástasis tiroideas pueden aparecer tanto por diseminación linfática como vascular<sup>3</sup>, son infrecuentes<sup>5,6</sup>. Existen 2 hipótesis para este fenómeno. Una de ellas postula que el rápido flujo de sangre a través de la glándula impide la adhesión de las células tumorales<sup>2,3</sup> y la segunda defiende que las altas concentraciones de oxígeno y yodo existentes en la glándula inhibirían el crecimiento de las células malignas<sup>2,6,7</sup>. Esto parece confirmarse por la mayor frecuencia de esta enfermedad en tiroides previamente patológicos, principalmente si están afectados por bocio o adenomas foliculares<sup>2,6</sup>.

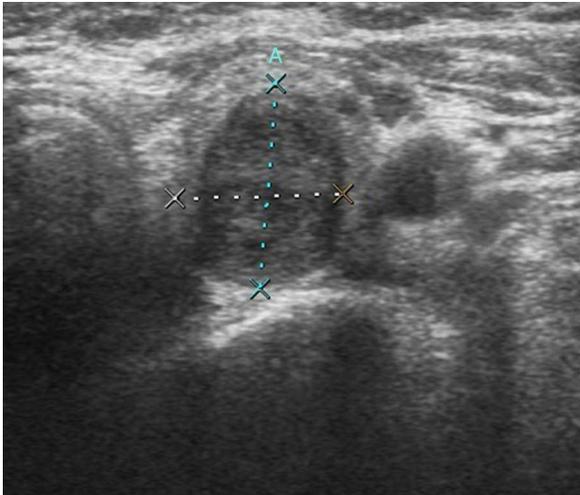
El carcinoma renal de células claras es el tumor que metastatiza al tiroides más frecuentemente<sup>1-4</sup>, seguido del pulmonar, mama, melanoma, colorrectal y sarcoma<sup>2-4,6</sup>, aunque se han descrito casos aislados de múltiples tipos como: uroteliales, de vejiga, seminomas testiculares, endometriales, ováricos, carcinosarcomas, tumores neuroendocrinos, meningiomas, GIST, tumores mucinosos de origen pancreático y nasofaríngeos. En las series de autopsias el tumor más habitual es el de pulmón, seguido del de mama y del melanoma<sup>2</sup>.

La edad media de presentación de las metástasis tiroideas son los 60 años, con mayor prevalencia en el sexo femenino<sup>2,3</sup>. Su incidencia está en aumento debido al mayor uso de pruebas de imagen como la PET-TAC y la ecografía<sup>2,3,7</sup>.

Las metástasis tiroideas pueden presentarse décadas después de la aparición del tumor primario, siendo el intervalo medio de presentación de 53 meses, aunque también pueden aparecer de manera sincrónica<sup>2,6</sup>. Comúnmente esta



**Figura 1** – Corte de TAC en el cual se aprecia un nódulo tiroideo izquierdo de características inespecíficas e imagen de la PET en la cual se evidencia hipercaptación patológica del mismo.



**Figura 2** – En la ecografía se evidencia un nódulo sólido, bien definido, hipoecoico y levemente heterogéneo en su interior que coincide con las características de los nódulos tiroideos metastásicos descritos en la literatura.

enfermedad se asocia con otras lesiones metastásicas en otras localizaciones<sup>6</sup>.

El 40% de las metástasis tiroideas son solitarias<sup>2,4</sup>. Cuando aparecen de manera multicéntrica suelen infiltrar y sustituir el tejido tiroideo, sobrepasando la cápsula y empeorando el pronóstico<sup>4</sup>. La mayoría de los pacientes están eutiroideos al diagnóstico<sup>2,3,5</sup>. La aparición de hipotiroidismo suele deberse a la infiltración masiva de la glándula, mientras que la tirotoxicosis es secundaria a una embolización neoplásica que desencadena daño glandular y vertido masivo de hormonas a la sangre<sup>2</sup>. Los síntomas extratiroideos más frecuentes son: disfagia, estridor, tos, ronquera o masa palpable<sup>1,2</sup>. Cuando las metástasis tiroideas dan síntomas clínicos la supervivencia a largo plazo del paciente se ve drásticamente disminuida<sup>1</sup>. Sin embargo, la evolución clínica de estos pacientes depende mayoritariamente de la diseminación a otras localizaciones del tumor<sup>2,3,6</sup>.

La mayoría de las metástasis tiroideas no se detectan clínicamente, sino como parte del seguimiento oncológico de los pacientes. Generalmente su hallazgo es incidental<sup>1,5</sup>. A pesar de que los tumores tiroideos primarios son más frecuentes<sup>6</sup>, la aparición de un nódulo tiroideo en un paciente oncológico precisa descartar esta enfermedad mediante diagnóstico citológico<sup>5</sup>, siendo la punción con aguja fina ecoguiada el estudio inicial<sup>1,4</sup>. Esta técnica puede no dar un diagnóstico definitivo en el 13-24% de los casos, lo que generalmente ocurre por muestra inadecuada<sup>2,6</sup>. La inmunohistoquímica generalmente es capaz de diferenciar entre un origen primario tiroideo y metastásico gracias a la tiroglobulina, aunque esto puede fallar en tumores anaplásicos de tiroides<sup>2-5</sup>. Cuando la punción es negativa o indeterminada, la escisión quirúrgica es el manejo más apropiado para el diagnóstico de estos pacientes<sup>2</sup>.

Aunque no hay un claro consenso acerca de la técnica quirúrgica a realizar<sup>1</sup>, se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico precoz puede aumentar la supervivencia al prevenir la recurrencia local y complicaciones como: tirotoxicosis, compresión de la vía aérea e infiltración de estructuras locales, por ejemplo, el nervio recurrente<sup>1,2,5</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores no presentamos ningún conflicto de interés en la presentación de este caso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Chen H, Nicol TL, Udelsman R. Clinically significant, isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg.* 1999;23:177-80. discussion 181.
- Chung AY, Tran TB, Brumund KT, Weisman RA, Bouvet M. Metastases to the thyroid: A review of the literature from the last decade. *Thyroid.* 2012;22:258-68.
- Goatman C, Goldsmith PJ, Antonopoulos V, Ali B. Metastasis of colorectal adenocarcinoma to the thyroid: A case report and review of the literature. *Case Rep Surg.* 2012;2012:179407.
- Calzolari F, Sartori PV, Talarico C, Parmeggiani D, Beretta E, Pezzullo L, et al. Surgical treatment of intrathyroid metastases: Preliminary results of a multicentric study. *Anticancer Res.* 2008;28(5B):2885-8.
- Kim TY, Kim WB, Gong G, Hong SJ, Shong YK. Metastasis to the thyroid diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2005;62:236-41.
- Froylich D, Shiloni E, Hazzan D. Metachronous colon metastasis to the thyroid: A case report and literature review. *Case Rep Surg.* 2013;2013:241678.
- Cheung WY, Brierley J, Mackay HJ. Treatment of rectal cancer metastases to the thyroid gland: Report of two cases. *Clin Colorectal Cancer.* 2008;7:280-2.

Elena Sagarra Cebolla<sup>a\*</sup>,  
Luis Rodríguez-Bachiller Villaronga<sup>a</sup>,  
Sergio Carrasco Muñoz<sup>b</sup>, Álvaro Gregorio Morales Taboada<sup>a</sup>  
y José Luis García Sabrido<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General III, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [esc\\_zgz@hotmail.com](mailto:esc_zgz@hotmail.com) (E. Sagarra Cebolla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.04.003>

0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.