

Cartas al Director

Metástasis a distancia como forma de inicio de un carcinoma folicular de tiroides

Sr. Director:

El cáncer diferenciado de tiroides es la enfermedad tumoral tiroidea más frecuente y tiene un excelente pronóstico, con larga supervivencia a largo plazo. De las 2 variantes, papilar y folicular, esta última es más infrecuente y agresiva. En la mayoría de los casos el tumor está localizado en el tiroides o, como mucho, con afectación local; son infrecuentes las metástasis a distancia. Cuando éstas ocurren, aparecen durante la evolución de dicho tumor, y son excepcionales como inicio del cuadro¹. Por ello, presentamos 2 casos de carcinomas foliculares diagnosticados como consecuencia de la detección de una metástasis a distancia.

Caso 1: varón de 59 años, sin antecedentes de interés, que consultó por tumoración en el glúteo derecho de 1 año de evolución. A la exploración se objetiva una tumoración sin signos inflamatorios, hipervascularizada y con latido a la palpación. La tomografía computarizada (TC) mostró una gran tumoración glútea derecha con afectación de sacro y pala ilíaca, y en la arteriografía se observó que la vascularización dependía de la arteria hipogástrica derecha (fig. 1A). Se realizó una biopsia que informó de metástasis de carcinoma folicular de tiroides. La gammagrafía con difosfo-⁹⁹Tc mostró acumulaciones focales patológicas en la articulación coxofemoral y la cresta ilíaca derecha. En la zona cervical se objetivó un nódulo tiroideo derecho, el cual se puncionó e informó de sospecha de carcinoma folicular. Se intervino al paciente mediante tiroidectomía total bilateral y vaciamiento ganglionar yugular. La masa glútea se consideró irreseccable dada la afectación ósea y su vascularización. La histología mostró un carcinoma folicular de 4 × 2 cm con un nódulo satélite de 0,3 cm. Se administraron 200 mCi de ¹³¹I como tratamiento adyuvante y radioterapia en el área glútea (30 Gy). Al año y medio presentó metástasis en la vértebra dorsal VIII y IX, con rastreo cervical normal, y se lo trató con radioterapia dorsal hasta completar los 30 Gy. La evolución fue lenta; a los 4,5 años presentó síndrome de compresión medular, y falleció por evolución de la enfermedad 6 meses después.

Caso 2: mujer de 68 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que ingresó por fractura patológica de cabeza de fémur (fig. 1B). El análisis inicial no objetivó ninguna causa de la fractura; fue intervenida por el servicio de traumatología que le colocó una prótesis de cadera. El estudio histológico de la pieza ósea remitida fue de metástasis ósea de carcinoma folicular de tiroides. El estudio tiroideo mostró un nódulo izquierdo de 3 cm de diámetro, y el estudio de extensión mostró metástasis pulmonares bilaterales, hepáticas bilaterales y óseas (pelvis y vértebras en diferentes áreas),

y adenopatías mediastínicas y retroperitoneales. Se realizó una tiroidectomía total bilateral con vaciamiento ganglionar central y yugulolateral bilateral y luego se administró yodoterapia con ¹³¹I a altas dosis (200 mCi). La histología confirmó un carcinoma folicular. La evolución fue tórpida, con deterioro progresivo, y falleció a los 4 meses de la intervención.

Las metástasis a distancia¹ en el carcinoma folicular se presentan en el 10-15% de los casos y se localizan, sobre todo, en áreas pulmonar y ósea; son menos frecuentes los cerebrales, hepáticos y cutáneos. La mayo-

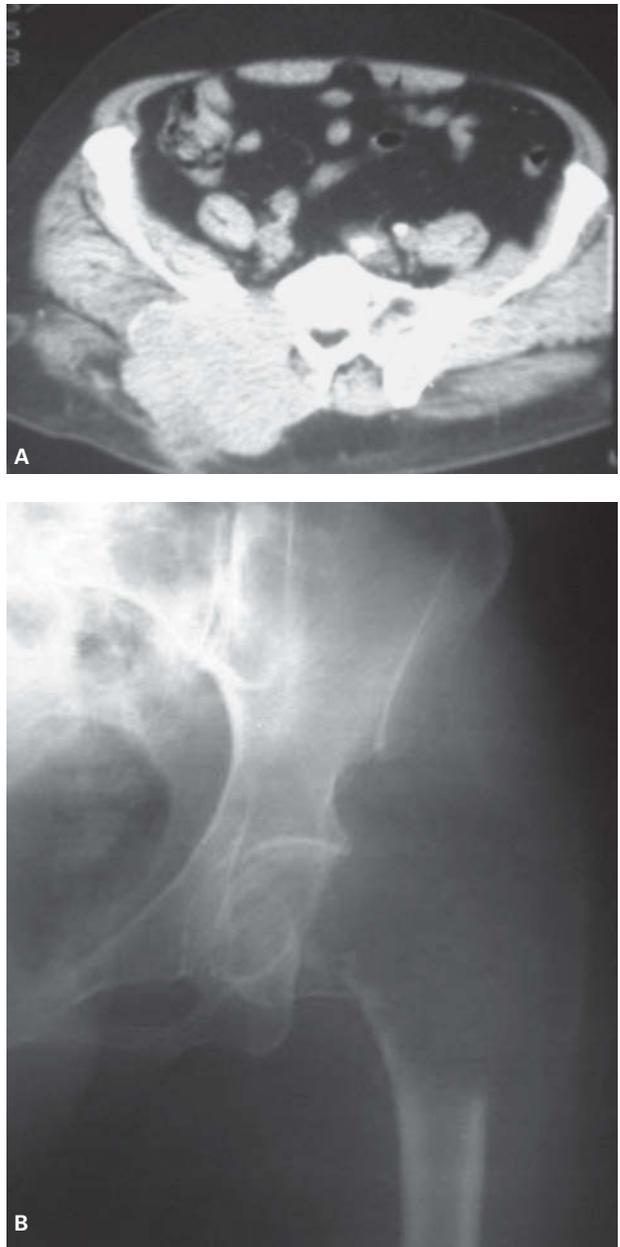


Fig. 1. A: tomografía computarizada pelviana. Imagen tumoral glútea derecha con afectación del sacro y la pala ilíaca. B: radiografía simple. Fractura de cabeza de fémur con imagen osteolítica.

ría de los casos suelen producirse en la evolución de un tumor con factores de mal pronóstico. En el pulmón suele haber metástasis asintomáticas, mientras que, cuando afectan a los huesos, son frecuentes las fracturas y los dolores óseos en más del 80% de los casos. Así, nuestro paciente con metástasis ósea fue diagnosticado por una fractura patológica. Además, las metástasis óseas suelen ser osteolíticas, por lo que, con frecuencia, no son valorables en la radiología. El tratamiento de las metástasis óseas es con cirugía paliativa¹⁻³, completado con ¹³¹I a altas dosis (no hay dosis límite, aunque la dosis acumulada no debe sobrepasar los 500 mCi [18.500 MBq] por el riesgo de leucemia⁴). En casos como el nuestro, con metástasis irresecables, la radioterapia externa puede ser útil. Por el contrario, la quimioterapia no es muy efectiva¹ y debe reservarse para pacientes con metástasis progresivas que no captan ¹³¹I.

Las metástasis a distancia en el carcinoma diferenciado de tiroides tienen un pronóstico incierto⁵. Se han descrito supervivencias largas; los factores de mal pronóstico son tener 45 años o más, presentar metástasis en sitios distintos de pulmón o huesos solos y la sintomatología al tiempo del diagnóstico^{3,5}. Un factor importante es la respuesta al ¹³¹I, así, por suerte, hasta el 45% de las metástasis a distancia¹ tienen una respuesta completa con ¹³¹I. Se han descrito como factores de buen pronóstico y de respuesta completa^{1,4}: ser pacientes jóvenes con metástasis únicas pequeñas. Cuando la enfermedad es diseminada, como nuestro segundo caso, el pronóstico es malo a corto plazo^{1,6}. Sin embargo, cuando la respuesta a la yodoterapia es completa con tiroglobulina indetectable, la supervivencia es larga y sólo un 40% de los casos presentan recidivas, y la supervivencia a los 10 años es del 40%⁴. Nuestros 2 casos son de mal pronóstico, en el primero porque la metástasis es irresecable y, en el otro, por ser una enfermedad metastásica diseminada. En pacientes sin otras metástasis a distancia extraesqueléticas, la cirugía radical de la metástasis puede conllevar una mejora en la supervivencia⁷⁻⁹. Pak et al¹⁰ analizaron el papel de la metastasectomía en el manejo del carcinoma tiroideo avanzado y concluyeron que la metastasectomía extensa en un centro terciario de referencia puede beneficiar a los pacientes con enfermedad a distancia, en combinación con tratamiento adyuvante (¹³¹I, radioterapia, etc.), según el tipo de cáncer tiroideo y la localización de la metástasis. El principal problema de las metástasis, tanto de inicio como en la evolución de un carcinoma diagnosticado, es que no

hay series amplias para protocolizar estrictamente su tratamiento.

En conclusión, podemos decir que las metástasis a distancia, como forma de inicio del carcinoma folicular, son un signo de mal pronóstico, generalmente porque son una manifestación de la difusión sistémica del tumor. Sin embargo, debe realizarse tiroidectomía y yodoterapia a altas dosis pues pueden conseguirse sobrevivencias.

ANTONIO RÍOS^a, JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ^a,
MARÍA D. BALSALOBRE^a, BEATRIZ FEBRERO^a,
JAVIER TÉBAR^b Y PASCUAL PARRILLA^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar.

^bServicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar.
Murcia. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Engl J Med.* 1998;338:297-306.
- Marcocci C, Pacini F, Elisei R, Sciapani E, Ceccarelli C, Miccoli P, et al. Clinical and biologic behavior of bone metastases from differentiated thyroid carcinoma. *Surgery.* 1989;106:960-6.
- Niederle B, Roka R, Schemper M, Fritsch A, Weissel M, Ramach W. Surgical treatment of distant metastases in differentiated thyroid cancer: indication and results. *Surgery.* 1986;100:1088-97.
- Schlumberger M, Challeton C, De Vathaire F, De Valtaire F, Travagli JP, Gardet P, et al. Radioactive iodine treatment and external radiotherapy for lung and bone metastases from thyroid carcinoma. *J Nucl Med.* 1996;37:598-605.
- Shoup M, Stojadinovic A, Nissan A, Ghossein RA, Freedman S, Brennan MF, et al. Prognostic indicator of outcomes in patients with distant metastases from differentiated thyroid carcinoma. *J Am Coll Surg.* 2003;197:191-7.
- Haigh PI. Follicular thyroid carcinoma. *Curr Treat Options Oncol.* 2002;3:349-54.
- Zetting G, Fueger BJ, Passler C, Kaserer K, Pirich C, Dudczak R, et al. Long term follow up of patients with bone metastases from differentiated thyroid carcinoma –surgery or conventional therapy? *Clin Endocrinol (Oxf).* 2002;56:377-82.
- Haq M, Harmer C. Differentiated thyroid carcinoma with distant metastases at presentation: prognostic factors and outcome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2005;63:87-93.
- McWilliams RR, Giannini C, Hay ID, Atkinson JL, Stafford SL, Buckner JC. Management of brain metastases from thyroid carcinoma: a study of 16 pathologically confirmed cases over 25 years. *Cancer.* 2003;98:356-62.
- Pak H, Gourgiotis L, Chang WI, Guthrie LC, Skarulis MC, Reynolds JC, et al. Role of metastasectomy in the management of thyroid carcinoma: the NIH experience. *J Surg Oncol.* 2003;82:10-8.