

Metástasis tiroidea por carcinoma renal de células claras

Thyroid metastasis from clear cell renal carcinoma

Sr. Editor:

El cáncer renal de células claras (CRCC) es un tumor de gran capacidad metastásica, aunque la presencia de metástasis únicas, especialmente en la glándula tiroidea es infrecuente y de difícil diagnóstico¹. Presentamos un paciente con metástasis tiroidea única de CRCC y revisamos la bibliografía.

Varón de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, hiperuricemia, fumador y bebedor activo moderado, fibrilación auricular y deterioro cognitivo incipiente por enfermedad de Alzheimer. En el año 2005 fue sometido, en otro centro, a nefrectomía parcial izquierda por tumor de células claras, sin tratamiento adyuvante posterior, en remisión completa local según evidenciaron la ecografía y tomografía axial computarizada (TC) abdominal realizadas en abril de 2008. En

octubre de ese año consultó en otorrinolaringología por disfonía de un mes de evolución, sin disfagia ni odinofagia, asociando síndrome constitucional y presencia de dos tumores cervicales detectados también el mes previo, una en lóbulo tiroideo derecho (LTD) de 3-4 cm y otra en el izquierdo (LTI) de 2-3 cm, duras y adheridas a planos profundos. La analítica era normal excepto TSH de 9 microUI/ml con T4 y anticuerpos antitiroideos normales, y creatinina de 1,7 mg/dl. La laringoscopia directa detectó una parálisis de cuerda vocal derecha sin otras lesiones. La TC informó masa cervical heterogénea a expensas del LTD con desplazamiento laringotraqueal y extensión retroesternal, con adenopatías cervicales infracentrímetricas y trombosis de vena yugular interna (VYI) (fig. 1). La punción aspiración por aguja fina (PAAF) no fue diagnóstica por ausencia de celularidad. Una tomografía por emisión de positrones asociada a TC demostró captación tiroidea con baja sospecha de malignidad. Con el diagnóstico preoperatorio de neoplasia tiroidea localmente avanzada sin confirmación histológica se programó para tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar de compartimento central y lateral derecho.

Se intervino en julio de 2009, apreciándose una tumoración blanquecina y adherida a tejidos vecinos de unos 6-7 cm

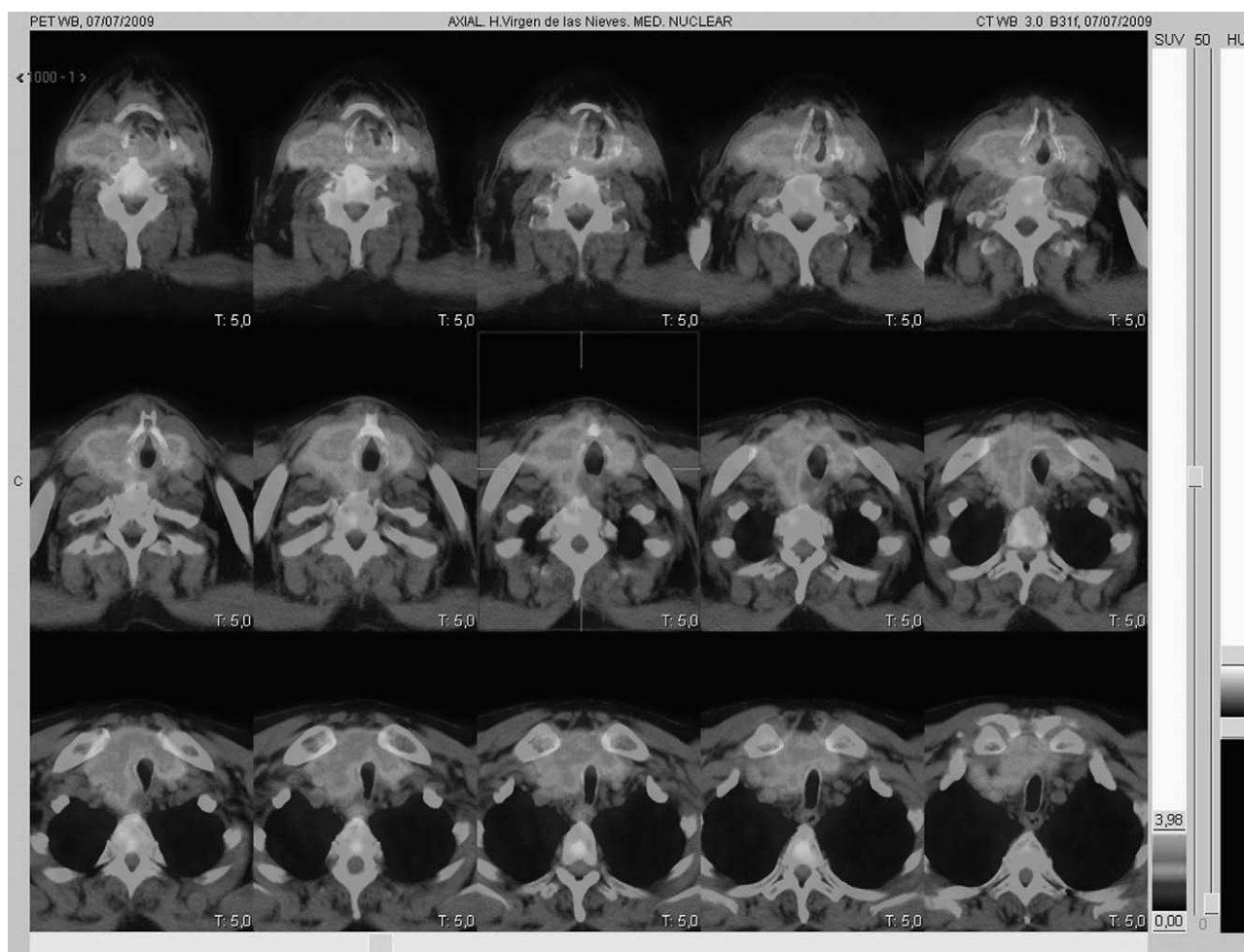


Figura 1 Imagen de PET-TC cervical que muestra una masa hipercaptante a nivel tiroideo, con infiltración de estructuras vecinas: tráquea, esófago, vena yugular interna y músculos pretiroideos.

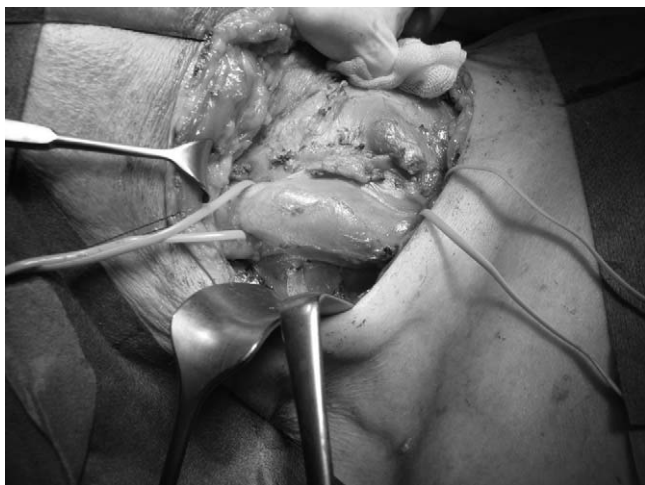


Figura 2 Vena yugular interna engrosada por presencia de trombos intramurales.

en LTD, sólida, con infiltración de músculos pretiroideos y una placa tumoral entre cricoides y primer anillo traqueal. El LTI mostraba el mismo aspecto aunque con una lesión de menor tamaño. La VYI presentaba en su interior varios trombos parduzcos (fig. 2), no adheridos, al igual que la mayor parte de vasos arteriales y venosos tiroideos y las venas yugulares anteriores. Se realizó vaciamiento del compartimento central y laterocervical derecho (niveles II al V), resección de VYI y tiroidectomía total incluyendo gran parte de los músculos pretiroideos y cricotiroideos derechos, fibras musculares de la pared esofágica, y el nervio recurrente derecho, englobado en la tumoración.

El estudio anatomopatológico informó de metástasis de CRCC (tiroglobulina y factor de transcripción tiroideo 1—TTF1— negativos, células claras renales positivo) tanto en el tiroides como las lesiones trombóticas venosas y arteriales peritiroideas. Las adenopatías fueron negativas.

El paciente fue descartado para tratamiento adyuvante y falleció a los 6 meses y medio de la intervención por shock séptico de origen respiratorio en el contexto de su enfermedad neurológica.

El tumor renal de células claras representa el 3% de los tumores malignos del adulto^{1,2}. Es un tumor muy vascularizado, con una progresión clínica impredecible y alta capacidad metastásica, principalmente a pulmón, hígado, hueso y glándula adrenal¹⁻⁴. La incidencia de metástasis únicas del CRCC es del 1-4%, y de ellas el 1% afecta a la glándula tiroidea, si bien en estudios autopsícos se eleva al 24%¹⁻⁴, habiéndose descrito alrededor de 150 casos en la literatura^{1,5}. Los tumores que más frecuentemente metastatizan en la glándula tiroidea son: piel (39%), mama (21%), riñón (12%) e hígado (11%)^{1,5-7}.

La edad media de aparición se sitúa en la sexta década^{1,3}. La presentación en relación con el CRCC es variable, pues la enfermedad tiroidea puede ser el motivo de diagnóstico de la enfermedad renal o presentarse años después de la nefrectomía^{1,3,6,8}. Carece de síntomas específicos, presentándose como nódulos palpables indolores, asociados a síntomas compresivos (disnea, disfagia, disfonía, estridor) o de forma asintomática^{1,4}. La función tiroidea se suele conservar normal^{1,4}. En ecografía se presenta como una

masa hiper o hipoeecogénica y como un nódulo frío o excepcionalmente caliente en el estudio gammagráfico^{2,6,8,9}. El estudio citológico aislado de la muestra obtenida por PAAF tiene alta especificidad y relativamente buena sensibilidad⁸ (presencia de células claras en el carcinoma folicular tiroideo primario)¹⁰, siendo necesarias técnicas inmunohistoquímicas con anticuerpos antitiroglobulina o TTF1^{1,6}. La afectación bilateral tiroidea está descrita en el 18% de casos, y en un 11% la invasión de estructuras vasculares vecinas^{3,4}. Por todo ello, el diagnóstico clínico del tumor tiroideo metastásico es difícil^{1,7}.

La supervivencia depende del período libre de enfermedad desde la nefrectomía hasta la aparición de la metástasis y de la radicalidad de su exéresis, cifrándose la supervivencia media tras la resección de la metástasis tiroidea en 6,4 años^{1,6,7}.

En conclusión, para el diagnóstico de metástasis tiroideas únicas por CRCC es relevante la historia clínica detallada dada la inespecificidad de las pruebas complementarias, siendo sólo válido el estudio inmunohistoquímico de la pieza de tiroidectomía. Su diagnóstico preoperatorio puede mejorar con el uso de la inmunohistoquímica para tiroglobulina sobre muestras de PAAF, en pacientes con antecedentes de CRCC y nódulo tiroideo de comportamiento agresivo. La cirugía es el tratamiento que obtiene una mayor supervivencia siempre que sea posible la resección completa.

Bibliografía

1. Duggal NM, Horattas MC. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland. *Endocr Pract.* 2008;14:1040–6.
2. Arroyo C, Palacios P, Uribe N, Barrera M, Feria G. Metástasis poco frecuentes del carcinoma renal. *Gac Med Mex.* 2005;141:543–6.
3. Iesalnieks I, Winter H, Bareck E, Sotiropoulos GC, Goretzki PE, Klinkhammer-Schalke M, et al. Thyroid metastases of renal cell carcinoma: clinical course in 45 patients undergoing surgery. Assessment of factors affecting patients' survival. *Thyroid.* 2008;18:615–24.
4. De Stefano R, Carluccio R, Zanni E, Marchiori D, Cicchetti G, Bertaccini A, et al. Management of thyroid nodules as secondary involvement of renal cell carcinoma: case report and literature review. *Anticancer Res.* 2009;29:473–6.
5. Miah MS, White SJ, Oommen G, Birney E, Majumdar S. Late simultaneous metastasis of renal cell carcinoma to the submandibular and thyroid glands seven years after radical nephrectomy. *Int J Otolaryngol.* 2010; 2010. pii: 698014. Epub 2010 Jul 25.
6. Heffess CS, Wenig BM, Thompson LD. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland: a clinicopathologic study of 36 cases. *Cancer.* 2002;95:1869–78.
7. Dionigi G, Uccella S, Gandolfo M, Lai A, Bertocchi V, Rovera F, et al. Solitary intrathyroidal metastasis of renal clear cell carcinoma in a toxic substernal multinodular goiter. *Thyroid Res.* 2008;1:6.
8. Rizzo M, Rossi RT, Bonaffini O, Scisca C, Sindoni A, Altavilla G, et al. Thyroid metastasis of clear cell renal carcinoma: Report of a case. *Diagn Cytopathol.* 2009;37:759–62.
9. Sindoni A, Rizzo M, Tuccari G, Ieni A, Barresi V, Calbo L, et al. Thyroid metastases from clear cell renal carcinoma 18 years after nephrectomy. *Ann Endocrinol (Paris).* 2010;71: 127–30.
10. Hughes JH, Jensen CS, Donnelly AD, Cohen MB, Silverman JF, Geisinger KR, et al. The role of fine-needle aspiration cyto-

logy in the evaluation of metastatic clear cell tumors. Cancer. 1999;87:380–9.

Jesús Damián Turiño-Luque*, Jaime Jorge-Cerrudo, Nuria Muñoz-Pérez, Jesús María Villar-Del Moral y José Antonio Ferrón-Orihuela

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario, Virgen de las Nieves de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusd.turino.sspa@juntadeandalucia.es, jesusdtl@yahoo.es (J.D. Turiño-Luque).

doi:10.1016/j.endonu.2010.10.010