



CARTA CIENTÍFICA

Metástasis en tiroides de carcinoma renal de células claras



Thyroid metastasis from clear cell renal carcinoma

El carcinoma renal representa el 3% del total de tumores en los adultos, siendo el de células claras el más frecuente (70-80%)¹⁻³. Se caracteriza por ser un tumor muy vascularizado con una progresión clínica impredecible y un alto potencial metastásico a sitios infrecuentes, como la glándula tiroides (5-7%)^{1,4}. En el momento del diagnóstico aproximadamente el 40% de los pacientes tienen metástasis sincrónicas por su gran capacidad de diseminación linfática y hematogena⁴⁻⁶.

La presencia de metástasis en el tiroides es rara, representando el 1,4-3% de la enfermedad tiroidea maligna¹. En la mayoría de los casos son implantes metastásicos de carcinoma renal (50%)^{4,6}.

Se presenta el caso de un paciente con antecedentes de carcinoma renal de células claras y metástasis en tiroides, con el objetivo de ilustrar la actitud a seguir y hacer una revisión de la literatura. Se trataba de un varón de 70 años, cuyos antecedentes personales eran hipertensión arterial, hiperuricemia y nefrectomía parcial izquierda por tumor renal de células claras (T3aNxMx) en el año 2011. Un año y medio después de la nefrectomía consultó por presentar una masa cervical. Se le realizó una tomografía computarizada cervicotorácica que evidenció múltiples nódulos tiroideos, con uno dominante de 30mm de diámetro en la porción inferior del lóbulo derecho. Se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de dicho nódulo con resultado anatomopatológico de metástasis de carcinoma de células claras renales. El estudio inmunohistoquímico reveló negatividad para tiroglobulina y TTF1, con citoqueratina 8 y 19, EMA y CD10 positivos. Se realizó tiroidectomía total, sin complicaciones en el postoperatorio. El resultado anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico citológico.

Los tumores renales son el origen de la mayor parte de las infrecuentes metástasis en la glándula tiroides^{1,3}, siendo menos frecuentes aún las de pulmón, glándulas salivares, paratiroides, mama o tracto gastrointestinal⁷. El momento de presentación de las metástasis en el tiroides es variable, desde sincrónico con el tumor primario hasta años después del tratamiento^{1,5,7}. Se pueden presentar bien como nódulo único, bien como múltiples nódulos dentro de la glándula.

En el momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes están asintomáticos y eutiroideos; la presencia de síntomas secundarios a compresión cervical y/o tirotoxicosis son infrecuentes⁸. Los estudios radiológicos pueden ayudar a orientar el diagnóstico, aunque el estudio anatomopatológico es necesario para establecer el diagnóstico definitivo¹. En la ecografía cervical las metástasis de tiroides se visualizan como imágenes hipocogénicas de bordes mal definidos e hipervascularizadas. En contraste con los tumores primarios es raro observar calcificaciones^{4,6}.

En cuanto a los estudios anatomopatológicos, al obtener una PAAF con células claras en tiroides se deben plantear varias posibilidades diagnósticas: lesiones foliculares primarias con células claras, carcinoma medular de tiroides, tumor paratiroideo o carcinoma renal metastásico⁶. El estudio inmunohistoquímico nos permite conocer la presencia o ausencia de expresión de proteínas que pueden estar relacionadas con la carcinogénesis de determinadas neoplasias. Además, nos permite dirigir el estudio genético al gen alterado. Por ejemplo, en el cáncer de tiroides se han identificado determinados genes como *RET*, *RAS* y *BRAF*, entre otros, que se encuentran alterados debido a cambios genéticos o epigenéticos. Por este motivo, el estudio inmunohistoquímico en una lesión tiroidea es de gran ayuda para lograr el diagnóstico definitivo. Mientras que en las lesiones de origen tiroideo muestra expresión de tiroglobulina (95%) y factor de transcripción tiroideo 1 (TTF1) (90-100%), las lesiones de origen renal no expresan dichas proteínas. Sin embargo, es altamente sugestiva de carcinoma renal la positividad del antígeno CD10 y la citoqueratina 8.

Algunos estudios afirman que el pronóstico de la enfermedad primaria no varía por la presencia de metástasis en el tiroides tras la tiroidectomía. Otros autores sugieren que la supervivencia global puede ser igual o superior si se compara con el pronóstico de metástasis en otras localizaciones^{1,4,5,7,9}.

Podemos concluir que las metástasis de tiroides se deben sospechar en pacientes que presentan un nódulo tiroideo, con antecedentes oncológicos, especialmente neoplasia de riñón, pulmón, mama o gastrointestinal; particularmente en pacientes de edad avanzada¹⁰.

Bibliografía

1. 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.
2. Ishikawa M, Hirano S, Tsuji T, Ito J. Management of metastasis to the thyroid gland. *Auris Nasus Larynx.* 2011;38:426–30.
3. Grignon DJ, Che M. Clear cell renal cell carcinoma. *Clin Lab Med.* 2005;25:305–16.
4. Duggal NM, Horattas MC. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland. *Endocr Pract.* 2008;14:1040–6.
5. Golimbu M, Joshi P, Sperber A, Tessler A, Al-Askari S, Morales P. Renal cell carcinoma: Survival and prognostic factors. *Urology.* 1986;27:291–301.
6. Demir L, Erten C, Somali I, Can A, Dirican A, Bayoglu V, et al. Metastases of renal cell carcinoma to the larynx and thyroid: Two case reports on metastasis developing years after nephrectomy. *Can Urol Assoc J.* 2012;6:E209–12.
7. Hegerova L, Griebeler ML, Reynolds JP, Henry MR, Gharib H. Metastasis to the thyroid gland: Report of a large series from the Mayo Clinic. *Am J Clin Oncol.* En prensa 2013, <http://dx.doi.org/10.1097/COC.0b013e31829d1d09>.
8. 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.
9. Zamarrón C, Abdulkader I, Areses MC, García-Paz V, León L, Cameselle-Teijeiro J. Metastases of renal cell carcinoma to the thyroid gland with synchronous benign and malignant follicular cell-derived neoplasms. *Case Rep Oncol Med.* 2013;2013:485025.
10. López JI, Ugalde A, Zhou M. Carcinomas renales con células claras. *Rev Esp Patol.* 2008;41:169–82.

Marta de La Fuente Bartolomé*, Irene Osorio Silla, María Gutiérrez Samaniego, José Ignacio Martínez Pueyo y Felipe de La Cruz Vigo

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martilladelafuente@gmail.com

(M. de La Fuente Bartolomé).