



Clínica cotidiana

Carcinoma papilar tiroideo con metástasis osteolíticas en una vértebra lumbar

José Alberto Hermida Pérez

Centro de Salud de El Paso, Santa Cruz de Tenerife, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de octubre de 2015

Aceptado el 6 de marzo de 2016

On-line el 25 de junio de 2016

Palabras clave:

Carcinoma papilar de tiroides

Metástasis

Osteolítica

Vértebra

Lumbar

Keywords:

Papillary thyroid carcinoma

Metastasis

Osteolytic

Vertebra

Lumbar

R E S U M E N

El cáncer de tiroides se presenta más comúnmente como enfermedad confinada a la glándula con o sin afectación de los ganglios linfáticos regionales. Es más frecuente en la mujer que en el hombre y entre los 25 y 65 años. Los pacientes con cáncer de tiroides tienen una tasa de supervivencia a los 10 años del 80-95 %; sin embargo, cuando hay metástasis a distancia la tasa de supervivencia global a 10 años se reduce al 40 %. Presentamos el caso clínico de un varón de 59 años diagnosticado de cáncer de tiroides, tratado con tiroidectomía y ¹³¹I.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Papillary thyroid carcinoma with osteolytic metastasis in a lumbar vertebra

A B S T R A C T

Thyroid cancer is most commonly presented as a disease confined to the gland, with or without regional lymph node involvement. It is more common in women than in men, and in those between 25 and 65 years. Patients with thyroid cancer have a survival rate of 80-95 % at 10 years. However, when there are distant metastases, the overall survival rate at 10 years is reduced to 40 %. The case is presented of a 59 year-old male patient diagnosed with thyroid cancer, treated with a thyroidectomy and ¹³¹I, and who had an elevated thyroglobulin and severe sciatica.

© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Varón de 59 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial y bocio multinodular. Acude a la consulta de atención primaria por crecimiento del bocio y es remitido a endocrinología y otorrinolaringología.

En la ecografía tiroidea y en la TAC se confirma un aumento de volumen significativo de la glándula tiroidea, de aspecto multinodular, sin presencia de crecimiento de adenopatías locales.

Correo electrónico: hermidana@yahoo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.03.002>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

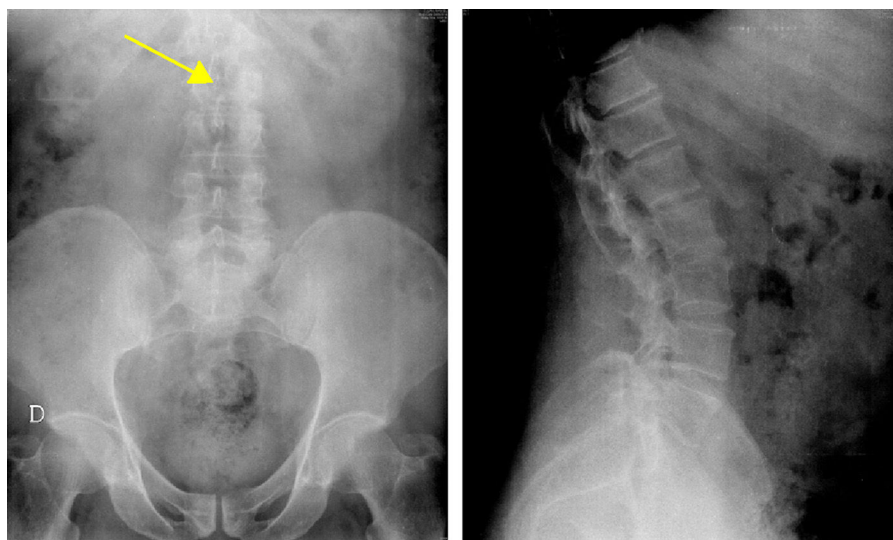


Figura 1 – Radiografía de columna lumbosacra AP y L: estrechamiento del espacio L5-S1, deformidad del cuerpo vertebral L3 (flecha amarilla).

Otorrinolaringología decide realizar tratamiento quirúrgico: tiroidectomía total. El examen anatomopatológico de la glándula extirpada concluye que se trata de un carcinoma papilar de tiroides.

Se indica tratamiento con yodo radioactivo (^{131}I). Los controles gammagráficos son negativos para recidivas tumorales, tanto locales como a distancia, con cifras de tiroglobulina normales.

A los 3 años comienza a sufrir crisis recurrentes e intensas de lumbociatalgia derecha. La maniobra de Lassègue derecha es positiva, hay exaltación de los reflejos osteotendinosos con signo de Babinski en el lado derecho.

En la analítica hay aumento significativo de la tiroglobulina.

La radiografía de la columna lumbosacra anteroposterior y lateral demuestra estrechamiento en el espacio L5-S1 y deformidad del cuerpo vertebral L3 (fig. 1).

La RMN muestra protrusión discal en L5-S1 e imagen de masa paravertebral que invade L3 (fig. 2).

Es valorado por neurocirugía, donde se constata en la exploración física los hallazgos antes mencionados.

En la TAC de la columna lumbosacra (fig. 3) se observa una imagen lítica que afecta al hemicuerpo derecho, al pedículo y a la apófisis transversa de la L3, sugestiva de metástasis.

Se decide realizar tratamiento neuroquirúrgico urgente: hemivertebrectomía de L3 y colocación de material de osteosíntesis. El resultado de la anatomía patológica informa de metástasis osteolítica de carcinoma papilar de tiroides.

Tras ser valorado por oncología se observa mantenimiento de cifras elevadas de tiroglobulina y persistencia de la imagen de masa paravertebral derecha.

Se decide aplicar tratamiento con radioterapia del lecho quirúrgico, lo que disminuye las cifras de la tiroglobulina. La evolución clínica es favorable.

En la última TAC y en el control con gammagrafía (fig. 4) no se objetiva progresión de la enfermedad.

Comentario

El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente. El subtipo papilar representa el 75-80 % de los casos^{1,2}.

Los tumores diferenciados (papilar o folicular) son sumamente tratables y, generalmente, curables. Los tumores poco diferenciados (medular o anaplásico) son mucho menos comunes; de rápida evolución, metastatizan tempranamente y tienen un pronóstico mucho peor.

El cáncer de tiroides afecta con mayor frecuencia a la mujer que al hombre, y suele presentarse entre las personas de 25 a 65 años; su incidencia ha ido en aumento durante el último decenio.

Se presenta por lo general como un nódulo frío: su incidencia global en un nódulo frío es de 12-15 %, pero es más alta en las personas menores de 40 años y en quienes se observa calcificaciones en la ecografía preoperatoria³.

En Estados Unidos en 2015 hubo 62.450 casos nuevos y 1.950 defunciones⁴.

La forma papilar se presenta con mayor frecuencia como un nódulo tiroideo palpable, que puede ser único o en el contexto de un bocio multinodular. El aumento del uso y de la calidad de la ecografía para la evaluación de enfermedad tiroidea, asociados al alto rendimiento de la punción-aspiración con aguja fina, ha incrementado de forma muy significativa la detección de microcarcinomas (tumores menores de 1 cm) papilares no palpables. No es infrecuente (5-10 %) que microcarcinomas ocultos se diagnostiquen en la anatomía patológica después de una tiroidectomía total por enfermedad benigna.

Otra forma de presentación es el hallazgo de una adenopatía cervical palpable (10-15 % de los casos) o con metástasis a distancia (no más de 1-2 % de los casos), con mayor frecuencia en el pulmón¹.

La presencia de un nódulo tiroideo con algún criterio radiológico de malignidad (microcalcificaciones, margen nodular

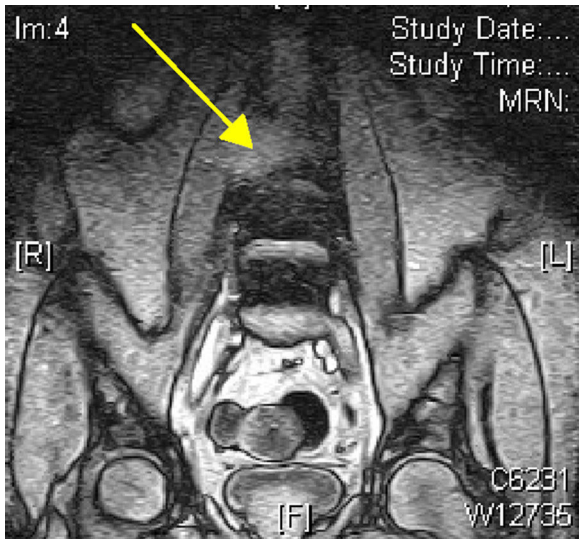


Figura 2 – RMN de columna lumbosacra: protrusión discal L5-S1, imagen de masa paravertebral que invade L3 (flecha amarilla).

irregular, flujo vascular intralesional o hipoecogenicidad) hace recomendable solicitar una punción-aspiración con aguja fina. Otros criterios para solicitarla son el crecimiento significativo de un nódulo (mayor de 20% en un año), más aún si el crecimiento ha ocurrido bajo terapia de supresión con levotiroxina.

En caso de aparición de metástasis son útiles la ecografía del cuello, la radiografía de tórax, la gammagrafía, la TAC y la RMN¹⁻³.

Las opciones terapéuticas son las siguientes:

- La necesidad de una tiroidectomía total en todos los pacientes ha sido ampliamente debatida.
- La administración de ¹³¹I posquirúrgico cumple diversas funciones:

- Ablación: permite la erradicación de los remanentes de tejido tiroideo normal y asegura la posibilidad de contar con la tiroglobulina como marcador plasmático para el seguimiento tumoral.
- Tratamiento: irradiación localizada de la enfermedad tumoral persistente conocida o desconocida en el momento del tratamiento.
- Seguimiento: es posible emplear el ¹³¹I en dosis bajas para la realización de estudios de seguimiento en pacientes de riesgo moderado o alto.
- Supresión con levotiroxina: la TSH potencialmente puede estimular el crecimiento de células tiroideas malignas que el ¹³¹I no eliminó⁵.

Los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides tienen una tasa de supervivencia a los 10 años del 80-95%. Sin embargo, cuando hay metástasis a distancia, la tasa de supervivencia global a 10 años se reduce al 40%. Un compendio seleccionado de 13 estudios encontró que entre 1.231 pacientes, el 25% de las metástasis eran óseas, el 49% pulmonares, el 15% ambas y el 10% tejidos blandos⁶⁻⁸.

Habitualmente es una enfermedad confinada a la glándula tiroidea con o sin afectación de los ganglios linfáticos regionales. Las metástasis a distancia se producen en el 6-20% de los pacientes. El inicio clínico con metástasis a distancia es la presentación menos común (3-15%)^{8,9}.

En un estudio con 444 pacientes que fueron tratados entre 1953 y 1994 de metástasis a distancia de los tipos papilar y folicular de tiroides 223 (50%) tenían metástasis pulmonares, 115 (44%) óseas, 82 (18%) pulmonares y óseas y 24 (5%) en otros sitios^{10,11}.

En caso de metástasis óseas las lesiones osteolíticas pueden reducir gravemente la calidad de vida, pues causan dolor, fracturas y compresión de la médula espinal. La estadificación precisa de un seguimiento adecuado, permite la detección precoz y mejora los resultados del tratamiento¹²⁻¹⁴.

Los niveles de tiroglobulina son muy importantes para vigilar la aparición de metástasis. Se trata de una prueba muy específica y sensible para el seguimiento de pacientes con

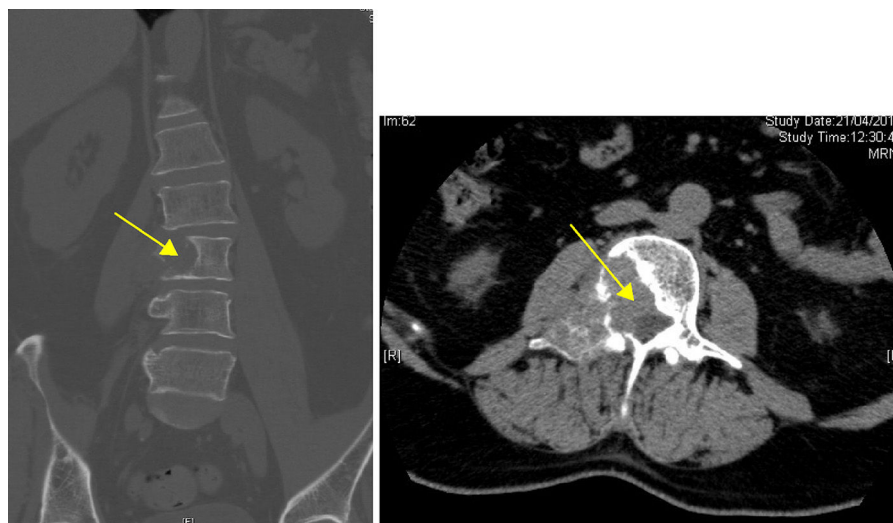


Figura 3 – TAC de la columna lumbosacra con reconstrucción 3D: imagen lítica que afecta al hemicuerpo derecho, al pedículo y a la apófisis transversa de la L3, sugestiva de metástasis (flechas amarillas).

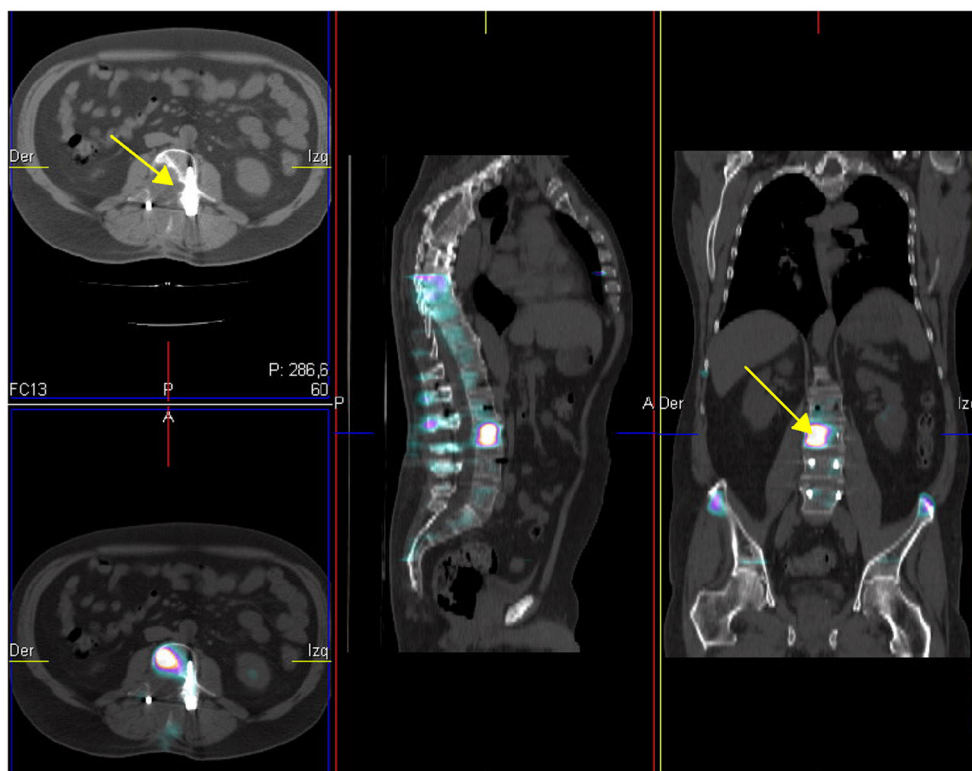
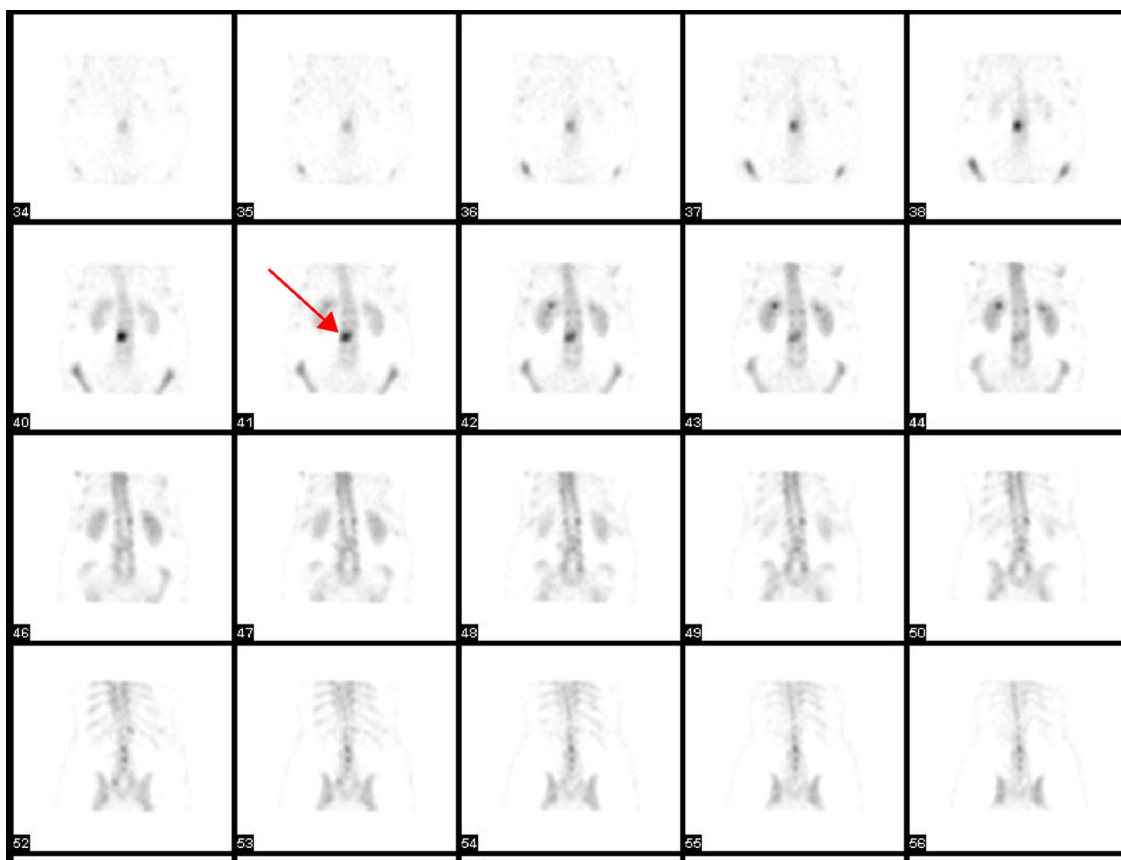


Figura 4 - Gammagrafía posquirúrgica: captación del radioisótopo en la vértebra L3 intervenida (flechas).

cáncer de tiroides. En los casos dudosos la determinación de TSH con estimulación provocada por la retirada de L-tiroxina puede ser útil^{15,16}.

Existen algunas circunstancias en las que se ha visto una frecuencia más elevada de cáncer de tiroides:

- Exposición a radiaciones ionizantes. Es el factor etiológico más reconocido, especialmente si la exposición tiene lugar en la infancia. Se ha observado tras la exposición con fines terapéuticos (radioterapia) o por cercanía de fuentes radiactivas exógenas medioambientales (accidentes nucleares). Las personas que han recibido radioterapia en la cabeza o en el cuello, incluso décadas antes, tienen un riesgo aumentado de hasta 50 veces superior al de la población general (pacientes curadas de cáncer de mama o de linfomas tratadas años antes con radioterapia).
- Factores genéticos. Puede ser una manifestación de varios síndromes hereditarios, como el síndrome de Gardner o la enfermedad de Cowden.
- Dieta baja en yodo. Se relaciona con los tipos papilar y folicular.
- Sexo y edad. Es más frecuente en mujeres con edades de 30-50 años. Parece relacionarse una mayor incidencia en mujeres con uso previo de anticonceptivos orales.
- Asociación con otras enfermedades tiroideas. Puede coexistir con enfermedad de Hashimoto, tiroiditis linfocitaria y enfermedad de Graves^{17,18}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernán González D, Mosso L. Cáncer Papilar de tiroides. Visión actual. *Bolet Escuel Med.* 2006;31:87-91.
2. Fardella C, Jiménez M, González H, León A, Goñi I, Solar GA. Características de presentación del microcarcinoma papilar del tiroides: experiencia retrospectiva de los últimos 12 años. *Rev Méd Chile.* 2005;133:1305-10.
3. Khoo ML, Asa SL, Witterick IJ, Freeman JL. Thyroid calcification and its association with thyroid carcinoma. *Head Neck.* 2002;24:651-5.
4. American Cancer Society: Cancer facts and figures 2015. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015. [consultado 2 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/./acspc-045101.pdf>
5. González H, Goñi I, León A, Camus M, Claire R. Papillary thyroid carcinoma: pattern of neck metastasis according to the AHNS neck dissection classification update. Annual meeting of the American Head and Neck Society; 2004.
6. Enewold L, Zhu K, Ron E, Marrogi AJ, Stojadinovic A, Peoples GE. Rising thyroid cancer incidence in the United States by demographic and tumor characteristics 1980-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18:784-91.
7. LiVolsi VA. Papillary thyroid carcinoma: An update. *Modern Pathol.* 2011;24:1-9.
8. Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *N Engl J Med.* 1998;338:297-306.
9. Nixon IJ, Whitcher MM, Palmer FL, Tuttle RM, Shaha AR, Shah JP, et al. The impact of distant metastases at presentation on prognosis in patients with differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Thyroid.* 2012;22:884-9, <http://dx.doi.org/10.1089/thy.2011.0535>
10. Durante C, Haddy N, Baudin E, Leboulleux S, Hartl D, Travagli JP, et al. Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: Benefits and limits of radioiodine therapy. *J Clin Endoc Metab.* 2006;91:2892-9.
11. Pittas AG, Adler M, Fazzari M, Tickoo S, Rosai J, Larson SM, et al. Bone metastases from thyroid carcinoma: Clinical characteristics and prognostic variables in one hundred forty-six patients. *Thyroid.* 2000;10:261-8.
12. Museran MM, Oliver P, Leclère J, Sirveaux F, Brunaud L, Klein M, et al. Bone metastases from differentiated thyroid carcinoma. *Endocr Relat Cancer.* 2008;15:37-49, <http://dx.doi.org/10.1677/ERC-07-0229>
13. Kattepur AK, Gopinath KS. Metastasis from thyroid carcinoma. *N Engl J Med.* 2014;370:2131.
14. Hindie E, Zanotti-Fregonara P, Keller I, Duron F, Devaux JY, Calzada-Nocaudie M. Bone metastases of differentiated thyroid cancer: Impact of early 131I-based detection on outcome. *Endoc-Relat Canc.* 2007;14:799-807.
15. Schlumberger M, Baudin E. Serum thyroglobulin determination in the follow-up of patients with differentiated thyroid carcinoma. *Eur J End.* 1998;138:249-52.
16. Rico-Morlán FJL, Hernández-Cuellar A, Martínez-Macías R, Barra-Martínez R, Santiago-Vázquez RY. Serum levels of thyroglobulin like predictor of malignancy in patients with thyroid nodule. *GAMO.* 2009;8:54-61.
17. Carling T, Udelsman R. Thyroid tumors. En: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA, editores. *Cancer: Principles and practice of oncology.* 9th ed Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1457-72.
18. Cunningham DK, Yao KA, Turner RR, Singer FR, Van Herle AR. Sentinel lymph node biopsy for papillary thyroid cancer: 12 years of experience at a single institution. *Ann Surg Oncol.* 2010;7:2970-5.