

Metástasis ósea como primera manifestación de Carcinoma Diferencial de Tiroides

Bone metastasis as the first manifestation of Differential Thyroid Carcinoma

*Francisco Perrotta****, Javier Brizuela****, Luz García***, Pedro Ortiz**, Alejandro Arévalo**

Universidad Nacional de Asunción Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

El cáncer diferenciado es la forma más común del cáncer tiroideo e incluye al carcinoma papilar y folicular, que suelen relacionarse con un excelente pronóstico. La presencia de metástasis a distancia en el cáncer diferenciado de tiroides es infrecuente, ocurre en menos del 10% de los pacientes.² Cuando sucede, la supervivencia a 10 años disminuye significativamente. Las manifestaciones clínicas debidas a metástasis son raras, y a nivel óseo se presentan como deformidad o dolor.

Palabras claves: cáncer de tiroides, carcinoma folicular, metástasis ósea

ABSTRACT

Differentiated cancer is the most common form of thyroid cancer and includes papillary and follicular carcinoma, which are usually associated with an excellent prognosis. The presence of distant metastases in differentiated thyroid cancer is uncommon, occurring in less than 10% of patients. When it happens, survival to 10 years of difficult evolution. The clinical manifestations due to metastases are rare, and at the bone level they present as deformity or pain.

Key words: Thyroid cancer, Follicular carcinoma, bone metastases

INTRODUCCIÓN

El carcinoma diferenciado es el tumor tiroideo más frecuente y en la mayoría de casos se asocia a un pronóstico favorable⁽¹⁾. Con la denominación de carcinoma diferenciado de tiroides se han incluido dos tipos tumorales con patogenia, biología y clínica bien distintas. La tendencia actual es a considerarlas entidades diferentes. Estos dos tumores son el carcinoma papilar (CP) y el folicular (CF), que, aunque similares, tienen pronóstico diferente. Así, el CF está más vascularizado y suele presentar una mayor tasa de invasión vascular y agresividad clínica⁽²⁾.

La incidencia del CF está muy relacionada con el déficit de yodo, por lo que está disminuyendo con la suplementación de yodo. Aunque existen variaciones poblacionales importantes, se estima que su incidencia se sitúa sobre 1-2 casos por cada 100.000 mujeres/año, y sobre 0,4-0,5 casos por cada 100.000 hombres/año⁽¹⁾.

En forma muy interesante, una vez desarrollado, el cáncer diferenciado suele permanecer confinado a la glándula por largo tiempo, pero a medida que avanza la edad en la que se hace evidente la enfermedad clínica, se relaciona con mayor agresividad local y mayor capacidad metastásica. La agresividad local se manifiesta por extensión extratiroidea e infiltración de los tejidos adyacentes. El carcinoma folicular rara vez se asocia a metástasis ganglionares, pero son frecuentes las metástasis a distancia. Histológicamente se define por la demostración de invasión capsular y vascular, y a mayor invasión peor pronóstico: cuando sólo existe invasión capsular, 14% de los pacientes desarrolla metástasis a distancia; cuando sólo los vasos están invadidos, 27% desarrolla metástasis, cuando hay invasión capsular y vascular, 50%, y cuando los vasos capsulares, los vasos extratiroides y los tejidos están invadidos, 75% desarrolla metástasis. También hay correlación con el tamaño del tumor; para los tumores de menos de 2 cm, 17% desarrolla metástasis, cuando son de 2 a 4 cm, 32%; de 4 a 6 cm, 29% y cuando el tumor es mayor de 6 cm, el 73% desarrolla metástasis⁽²⁾.

Es más común la presentación del cáncer folicular con metástasis distantes respecto al cáncer papilar, cuando esto ocurre, predominan las metástasis óseas. Las metástasis óseas son ge-

* Médico Residente de 1er año de Cirugía General de la ICCQ Email: alear.92@gmail.com Tel: 0973759226

** Médico Residente de 1er año de Cirugía General de la ICCQ Email: pedroortm@hotmail.com Tel: 0981139899

*** Médico Residente de 2do año de Cirugía General de la ICCQ Email: luzleticiagarcia@gmail.com Tel: 0981166447

**** Médico Residente de 3er año de Cirugía General de la ICCQ Email: javi_brizuela@hotmail.com Tel: 0981813352

***** Staff de Cirugía Oncológica de la ICCQ Email: fperrotta@gmail.com Tel: 0981401748

Autor correspondiente: Médico Residente de 2do año de Cirugía General de la ICCQ Email: luzleticiagarcia@gmail.com Tel: 0981166447

Recibido: 27 enero 2020 - Aceptado: 29 enero 2020



Figura 1.



Figura 2.

neralmente lesiones múltiples y osteolíticas, localizadas en esqueleto axial, costillas, pelvis, huesos largos, esternón y base de cráneo. Hasta el 85% de los pacientes con metástasis óseas presentará dolor, inflamación o complicaciones ortopédicas.

Los objetivos del tratamiento con yodo radiactivo en los pacientes con metástasis a distancia son: curación, disminución de la tasa de recurrencia o paliativo. La cirugía debe ser considerada una fase más de un tratamiento multidisciplinario si se quiere conseguir cifras de supervivencia elevadas⁽³⁾.

Respecto al pronóstico, los factores que influyen son, por orden de importancia, la presencia de metástasis a distancia, la edad superior a 50 años, que empeora el pronóstico, el tamaño de la tumoración, la presencia de invasión vascular o capsular masiva, el grado de diferenciación, la variedad histológica y la presencia de invasión linfática⁽⁴⁾.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 67 años, con antecedentes de fractura patológica de fémur izquierdo y tratamiento quirúrgico con mala evolución, acude a consulta por tumor en muslo izquierdo de gran tamaño, dolor e impotencia funcional. Se realiza radiografía del muslo afecto (**Figura 1**) donde se constató lesión lítica del fémur en su tercio medio. Se realiza toma de biopsia, la cual informa sobre carcinoma folicular de tiroides metastásico en fémur. El paciente niega tumor y/o dolor en cuello, así como

niega síntomas compresivos, manifestaciones sistémicas de hiperfunción o hipofunción tiroidea. Al examen físico del cuello presenta tumoración en región central levemente hacia lado derecho, de forma redondeada, nodular múltiple, límites netos, de superficie lisa, de consistencia sólida firme, móvil, sin latidos ni crepitación. No se palpan adenomegalias. TSH 0,104, T3 libre 4,61, T4 libre 0,28.

Se decidió realizar tiroidectomía total (**Figura 2**), donde se constató lóbulo derecho aumentado de tamaño. La anatomía patológica confirmó la histología compatible con carcinoma folicular sincrónico con microcarcinoma papilar multifocal. En cuanto a la lesión ósea se realizó osteosíntesis del fémur. El paciente presenta buena evolución post quirúrgica, dándosele el alta en su primer día del post operatorio. Planes de continuar tratamiento con I131.

DISCUSIÓN

Nuestro caso muestra una presentación atípica del carcinoma de tiroides, que, si bien suele dar metástasis óseas por vía sanguínea, estas suelen ser tardías en su desarrollo. Algunas publicaciones señalan que los pacientes que debutaron con metástasis ósea se manifestaron en el hueso iliaco o como compresión espinal por metástasis, con historias de bocio de larga data. Nuestro paciente presentaba un bocio de larga evolución asintomático y sin controles previos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos A, Rodríguez JM, Parrilla P. Tratamiento del carcinoma folicular de tiroides. *Cir Esp.* diciembre de 2015;93(10):611-8.
2. Dolores-Velázquez DR, Padilla-Rosciano DA, Cuéllar-Hubbe DM, Durán-Hernández DM, Pérez-Montiel DD, Martínez-Said DH. Tratamiento quirúrgico radical para las metástasis óseas por carcinoma de tiroides. Informe de cuatro casos. *Cir Cir.* 2005;(6):7.
3. Schmidt A, Cross G, Pitoia F. Metástasis a distancia en cáncer diferenciado de tiroides: diagnóstico y tratamiento. *Rev Argent Endocrinol Metab.* 1 de abril de 2017;54(2):92-100.
4. García MG, Lobato EE. Cáncer Diferenciado de la Tiroides: Aspectos Generales. 2009;7.