

Notas clínicas

Metástasis tiroidea de carcinoma amigdalario: una rara forma de presentación

Thyroid metastasis from tonsil carcinoma: a rare presentation.

Pérez Quintero R¹, Rodríguez Padilla Á², Morales Martín G², Escroca Suárez I¹

¹Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Hospital Universitario Infanta Elena. Huelva.

RESUMEN

Las metástasis a la glándula tiroidea son extremadamente raras, y particularmente de los carcinomas de cabeza y cuello. La afectación tiroidea puede ser identificada durante la estadificación del tumor primario o como masa cervical de nueva aparición. La evaluación preoperatoria es similar al estudio de una lesión primaria del tiroides.

Presentamos un caso de metástasis tiroidea por carcinoma de amígdala. El objetivo de nuestro artículo es analizar las características patológicas, examen, tratamiento y seguimiento.

Palabras clave: nódulo tiroideo, metástasis tiroidea, carcinoma de amígdala.

ABSTRACT

Metastasis of the thyroid gland, and in particular those of squamous cells carcinoma (SCC) originated from head and neck regions, are extremely rare. Thyroid involvement may be identified during initial staging, at follow-up imaging, or may appear as a new mass in the neck region. The preoperative evaluation is similar to that of a thyroid primary disease.

Here we report a case of tonsil carcinoma, metastasizing to the thyroid gland. The aim of this article is to analyze pathological characteristics, the examination reports, the treatment and the postoperative follow-up reviews of the patient.

Keywords: thyroid nodule, thyroid metastasis, tonsil carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis al tiroides son infrecuentes, suponiendo un 2-3% de todos los tumores malignos de esta glándula. La primera descripción de esta entidad se atribuye a Virchow quien en 1871 describió una metástasis al tiroides cuyo primario era un tumor testicular¹. La localización del tumor primario más común de metástasis tiroideas

CORRESPONDENCIA

Ángela Rodríguez Padilla
Hospital Infanta Elena
21080 Huelva
angela.rodriguez.padilla@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Pérez Quintero R, Rodríguez Padilla Á, Morales Martín G, Escroca Suárez I. Metástasis tiroidea de carcinoma amigdalario: una rara forma de presentación. Cir Andal. 2020;31(3):322-25. DOI: 10.37351/2020313.14

son por orden de frecuencia riñón, mama y pulmón² (Figura 1). Entre los cánceres de cabeza y cuello, el carcinoma nasofaríngeo es la lesión primaria más comúnmente reportada³. En la mayoría de los casos se confunde con un adenoma o un cáncer primario de tiroides por lo que el diagnóstico se hace mediante estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico y el pronóstico es peor que en el cáncer de tiroides metastásico⁴.

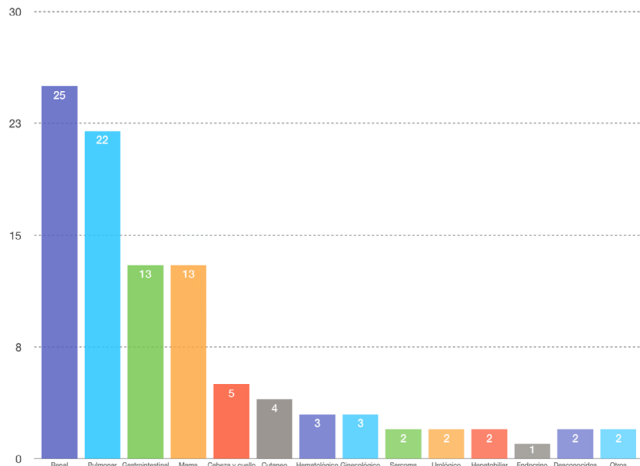


Figura 1

Número total de casos de metástasis a tiroides reportados en la literatura según series de casos clínicos, estratificados según el tumor primario.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 73 años, exfumador e hipertenso. Laringectomizado hace 25 años por carcinoma de laringe con tratamiento radioterápico posterior, actualmente libre de enfermedad.

Estudiado por el Servicio de Otorrinolaringología por tumoración cervical paraestomal izquierda pétérea, adherida a planos profundos, de reciente aparición y rápido crecimiento. Se realiza una tomografía axial computerizada (TC) que objetiva una lesión dependiente del lóbulo tiroideo izquierdo, de unos 3,5 cm de diámetro, con afectación ganglionar en niveles IIIA y IIIB y paratraqueales que sugieren una neoplasia tiroidea (Figura 2). Se completa estudio mediante biopsia con aguja gruesa que informa de parénquima tiroideo con presencia de carcinoma pobremente diferenciado, por lo que se decide tratamiento quirúrgico.

En el momento de la intubación se aprecia asimetría amigdalal izquierda que es biopsiada y enviada para análisis intraoperatorio mientras se realiza la tiroidectomía y linfadenectomía del triángulo anterior y posterior izquierdo. El estudio anatomopatológico informó de carcinoma epidermoide de amígdala, infiltración de glándula tiroidea por neoplasia maligna con diferenciación escamosa y metástasis ganglionar. Se amplió la amigdalectomía izquierda con resección de úvula y musculatura constrictora.

El estudio inmunohistoquímico fue EMA++, CEA-, tiroglobulina-, p53+++, p63+++, Ki67 15%, p16++.

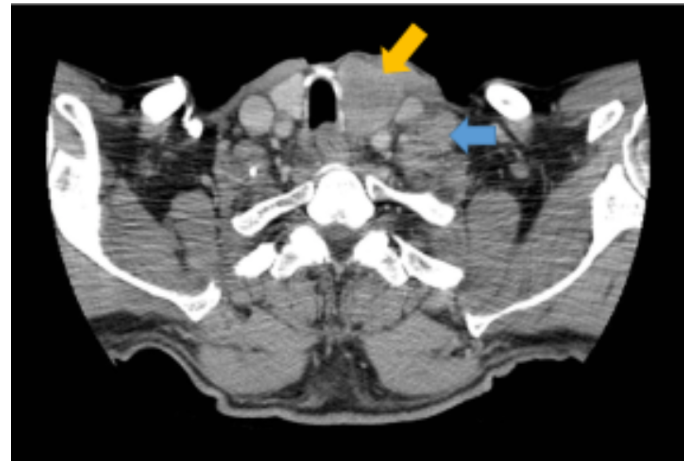


Figura 2

TAC en el que se aprecia nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo (flecha amarilla) con afectación ganglionar homolateral (flecha azul).

DISCUSIÓN

La enfermedad metastásica a la glándula tiroides constituye una rara entidad con aumento progresivo en el número de casos en los últimos años, probablemente debido al desarrollo en las técnicas diagnósticas. Su diagnóstico suele ser tardío o incluso pasar desapercibido, además de poder inducir a error y considerarse como tumor tiroideo primario debido a su presentación clínica. En las series de necropsias se ha informado una incidencia que va del 1,2% al 24%, sin embargo, en series quirúrgicas, la incidencia es menor, entre 0,6% y 2,2%⁴. La razón de la diferencia entre estudios clínicos y de necropsia puede explicarse por la evidencia de micrometástasis clínicamente ocultas en la mayoría de los casos. Debido a la variación significativa en su incidencia en estudios disponibles es imposible en este momento establecer una cifra más aproximada.

La glándula tiroides puede verse afectada por invasión directa de estructuras adyacentes, diseminación hematogena o linfática. Los tumores primarios que metastatizan más frecuentemente presentan diseminación hematogena como melanoma maligno, pulmón, mama, renal y con menos frecuencia lesiones secundarias de páncreas y neoplasias gastrointestinales. Se ha informado que el carcinoma de pulmón y mama son los identificados con mayor frecuencia en autopsias⁵, mientras que el carcinoma de células renales comprende más del 50% de las neoplasias secundarias descubiertas clínicamente¹. Como se mencionó anteriormente, esta glándula es un sitio infrecuente de metástasis, a pesar de que tiene un rico suministro vascular (560 ml/100 g de tejido/min). Algunos autores como Willis mostró una relación entre la mayor incidencia de metástasis sobre una glándula enferma tanto por patología benigna como maligna. Se ha observado que la glándula enferma presenta una disminución en la cantidad de oxígeno y yodo y un aumento del volumen de la misma, que respalda esta convicción^{2,6}.

Un estudio indica que el 72% se presentan como un nódulo o masa palpable en el cuello y el 28% como una lesión incidental identificada en pruebas de imagen⁷. En una etapa avanzada pueden producir síntomas como disfagia y disfonía. Los cambios en la función tiroidea son tardíos y relativamente poco frecuentes⁷. La movilidad de las

cuerdas vocales deben valorarse previo al tratamiento quirúrgico si éste se indica.

Respecto a las pruebas complementarias utilizadas para su estudio la ecografía suele ser la primera prueba a realizar ante el hallazgo clínico de lesión tiroidea. El examen es simple, rentable y puede distinguir lesiones sólidas de quísticas. Debe ir seguido de una PAAF o una biopsia con aguja gruesa (BAG). La PAAF tiene un valor limitado, en parte debido a la prevalencia de carcinomas de células escamosas (CCE) mal diferenciado, y en parte debido a la incapacidad para distinguir de manera fiable entre CCE primario y metastásico. La BAG, aunque aporta mayor información al disponer de mayor cantidad de tejido para analizar⁴, sólo se usa en casos seleccionados o ante duda diagnóstica debido a la mayor morbilidad asociada. Tanto la TC como la resonancia magnética (RM) son útiles ya que permiten la diferenciación de una masa tiroidea de las masas adyacentes del cuello, y permiten la evaluación de la laringe y la tráquea para valorar desplazamiento, estrechamiento luminal e invasión vascular⁴. También puede ser estudiada mediante la tomografía por emisión de positrones con F-18 fluorodeoxiglucosa (FDG-PET). Aunque los tumores metastásicos generalmente conservan las características histológicas de los tumores primarios, con frecuencia están menos diferenciados y el diagnóstico anatomopatológico de las metástasis puede ser difícil⁸. Son datos útiles para llegar al diagnóstico la evaluación morfológica de las secciones teñidas con hematoxilina y eosina, particularmente si las secciones del tumor primario están disponibles para comparación, el análisis de inmunohistoquímica (los tumores foliculares tiroideos primarios generalmente se presentan con inmunoreactividad de tiroglobulina, CK7 y TTF-1)⁹. La inmunohistoquímica debe usarse como una herramienta de diagnóstico adicional y su resultado dependerá del tumor primario. La inmunotinción para p63 y CK5/6 es altamente predictiva de un tumor primario de origen epitelial escamoso, particularmente metastásicos poco diferenciados. La p16 está presente en lesión metastásica de la orofaringe.

La mayoría de los autores están de acuerdo que el tratamiento quirúrgico está indicado en ausencia de enfermedad metastásica extensa o para paliar síntomas locales. El procedimiento dependerá de la extensión de la enfermedad (Figura 3). En la enfermedad unilateral, algunos autores recomiendan la lobectomía tiroidea en lugar de la tiroidectomía total para minimizar el riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente contralateral y las glándulas paratiroides. Sin embargo, otros sugieren que la lobectomía puede ser insuficiente debido al carácter multifocal que suelen asociar las metástasis y a la posibilidad de márgenes positivos y, por lo tanto recomiendan tiroidectomía total¹⁰. Debido a que la mayoría de los casos de metástasis a la glándula tiroidea provenientes de tumores de cabeza y cuello han recibido radioterapia, existen diferentes grados de fibrosis en los tejidos presentando una glándula tiroidea adherida a las estructuras circundantes, con lo cual la cirugía es técnicamente difícil. La afectación concomitante de los ganglios linfáticos regionales es rara en casos de metástasis al tiroides; por lo tanto, no se recomienda la disección profiláctica del cuello¹⁰. Hay estudios que defienden el tratamiento adyuvante, radiación o quimiorradioterapia (QRT) dependiendo de la presencia de características histológicas de riesgo intermedio o alto. La QRT adyuvante puede ofrecer un potencial de supervivencia a largo plazo.

La supervivencia después del tratamiento quirúrgico ha sido variable con rápida progresión en algunos pacientes dependiendo del

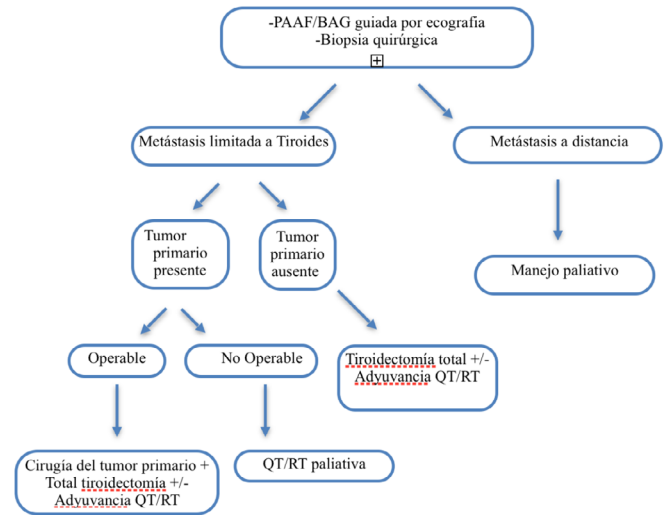


Figura 3 Algoritmo de manejo de las metástasis al tiroides de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello⁴.

tipo de tumor primario, extensión de la enfermedad^{1,6} y características del paciente. La valoración del caso en un comité multidisciplinar es fundamental para tomar la mejor decisión respecto al tumor primario en cada caso. La supervivencia media después de la cirugía para la metástasis tiroidea es de aproximadamente dos años, con una supervivencia global del 42% a cinco años¹¹. En el caso del carcinoma renal, el pronóstico general para estos pacientes es malo, pero la cirugía tiroidea suele indicarse por ofrecer buenos resultados a corto y medio plazo con aceptables tasas de supervivencia. Respecto al manejo de metástasis tiroideas en los casos de pulmón y mama, es limitado, aunque los resultados parecen ser pobres.

Las metástasis a la glándula tiroidea son una rara entidad y pueden constituir un problema de diagnóstico incluso en el examen postmortem. La inmunohistoquímica es un método útil para mejorar la precisión diagnóstica. En pacientes sin o con escasas comorbilidades, el control de la enfermedad en el sitio primario en caso de no diseminación metastásica a otros lugares diferentes al tiroides, podría considerarse tratamiento radical. La tiroidectomía total puede acompañarse de tratamiento adyuvante dependiendo de las características de riesgo intermedio o alto en el examen histopatológico y el historial previo de radiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nixon IJ, Coca-Pelaz A, Kaleva AI, et al. Metastasis to the thyroid gland: a critical review. *Ann Surg Oncol* 2017; 24(6):1533-9.
2. Mistelou A, Papadatos S, Kousi C, Lamprí E et al. Thyroid Gland as a Target of Secondary Malignancies - an Autopsy Study and Review Data. *Folia Medica*. 2019; 61 (2):277-288.
3. Jankowska P, Teoh EM, Fisher C, Evans PR et al. Isolated intrathyroid metastasis from undifferentiated and squamous carcinoma of the head and neck: the case for surgery and re-irradiation. *Br J Radiol*. 2008; 81:154-161.

4. A. Vatsyayan, D. Mandlik, P. Patel, et al. Metastasis of squamous cell carcinoma of the head and neck to the thyroid: a single institution's experience with a review of relevant publications. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2019;57:609-615.
5. Ishikawa M, Hirano S, Tsuji T, Ito J. Management of metastasis to the thyroid gland. *Auris Nasus Larynx*. 2011;38:426-30.
6. Wu Z, Dai JY, Shi JN, Fang MY et al. Thyroid metastasis from chondrosarcoma. *Medicine*. 2019;98:47.
7. 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.
8. Kim HK, Kim SS, Oak CY, et al. Diffuse metastasis to the thyroid: unique ultrasonographic finding and clinical correlation. *J Korean Med Sci*. 2014; 29 (6):818-24.
9. Rossi ED, Martini M, Straccia P, et al. Is thyroid gland only a "land" for primary malignancies? Role of morphology and immunocytochemistry. *Diagn Cytopathol* 2015; 43 (5):374-80.
10. Nixon I, Coca-Pelaz A, Kaleva A, Triantafyllou A et al. Metastasis to the Thyroid Gland: A Critical Review. *Ann Surg Oncol*. 2017;24:1533-1539.
11. Nixon IJ, Whitcher M, Glick J, et al. Surgical management of metastases to the thyroid gland. *Ann Surg Oncol*. 2011;18:800-4.