Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Cartas al Director

Metástasis ósea como primera manifestación de un tumor folicular de tiroides

Sr. Director:

Durante los últimos 20 años han aparecido hechos que han aclarado la etiología, biología y embriología del cáncer de tiroides, lo que ha permitido que hoy sea una de las tumoraciones malignas con más posibilidad de tratamiento[1,2]. El cáncer folicular representa entre el 10 y el 25% de los cánceres tiroideos y metastatiza por vía hematógena, tanto en el pulmón como en los huesos: cuando aparecen metástasis el pulmón se afecta en un 45% de los casos, el hueso en el 29%, el pulmón y el hueso en el 10% y otros órganos, como la piel, la médula espinal y las partes blandas en el 16%[3,4]. Dado que la presentación inicial de un carcinoma diferenciado de tiroides como metástasis a distancia es poco frecuente[5], presentamos el caso de una paciente diagnosticada de carcinoma folicular tiroideo a partir de una metástasis púbica.

Se trataba de una mujer de 56 años que consultaba por dolor púbico de 6 meses de evolución que se exacerbaba con la deambulación y el ortostatismo acompañado de impotencia funcional; no refería síndrome constitucional ni ninguna otra sintomatología. En la exploración física destacaba su buen estado general, sin adenomegalias ni bocio y abdomen completamente normal. En la radiografía de pelvis se observó una imagen osteolítica en la rama ileopubiana izquierda que rompía la cortical. Se realizó radiografía de tórax en la que se apreció un nódulo parcialmente calcificado en la región cervical anterior que podía corresponder con bocio endotorácico. La exploración ginecológica y la ecografía abdominal resultaron completamente normales. Se llevó a cabo una ecografía tiroidea que observó un aumento del tamaño tiroideo bilateral, muy heterogéneo, con múltiples nódulos bilaterales sólidos y quísticos, así como una calcificación más grande, de dependencia tiroidea, retroístmica y ligeramente lateralizada al lado derecho, compatible con bocio multinodular inespecífico. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) de pelvis y abdomen en la que se observó una lesión lítica, expansiva en rama pubiana izquierda de 4,5 x 4,5 cm, con rotura de la cortical y amplio componente de partes blandas, que infiltraba los músculos pectíneo y obturador externo y que sugería como primera posibilidad una lesión metastásica. Se realizó una punción aspirativa, de forma que el estudio anatomopatológico informó de partes blandas infiltradas por un carcinoma folicular de tiroides bien diferenciado en el que inmunohistoquímicamente se demostraba la producción de tiroglobulina. Se determinaron las hormonas tiroideas (tiroxina libre [T_4L], 1,2 ng/dl; TSH, 1,44 U/ml; tiroglobulina, 494,9 ng/ml) y marcadores tumorales (AFP, 3 ng/ml; CEA, 2,3 ng/ml; CA 12-5, 5 U/ml; CA 19-9, 101,30 U/ml). Con el diagnóstico de carcinoma folicular de tiroides se intervino quirúrgicamente; durante el acto operatorio se observó una gran tumoración en el lóbulo derecho del tiroides, así como múltiples nódulos en el izquierdo y se realizó una tiroidectomía total con preservación de las paratiroides. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, con cifras de calcemia dentro de la normalidad, y fue dada de alta a los 4 días de la intervención. Las cifras posquirúrgicas de tiroglobulina resultaron de 483,5 ng/ml, con cifras de TSH de 32,49 µU/ml, T_4L de 0,3 ng/dl, T_4 de 2,5 µg/dl y triyodotironina (T_3) de 0,5 ng/ml (en ausencia de tratamiento hormonal). La anatomía definitiva informó de carcinoma folicular de tiroides ampliamente invasor, bien diferenciado, de 4,1 x 2,5 cm, pT3, pM1 (estadio IV), con márgenes quirúrgicos libres e hiperplasia multinodular de tiroides. Un mes tras la cirugía se realizó rastreo corporal total que demostró resto tiroideo medial, sin captación significativa en la metástasis ósea. Se procedió a realizar una gammagrafía ósea con MDP-^{99m}Tc que evidenció captación focal en la rama iliopubiana izquierda, así como incremento de la captación difusa en cabeza, cuello y región intertrocantérea del fémur derecho. Se administró dosis terapéutica de ^{131}I (200 mCi) que la paciente toleró bien. En el rastreo corporal posterapia se observó buena captación en el resto tiroideo así como en la metástasis iliopubiana izquierda y en la cadera derecha. Se inició tratamiento con levothroid, 50 µg/día en pauta progresiva hasta alcanzar la dosis óptima. La paciente fue sometida a seguimiento periódico y a un control radiológico para valorar nueva dosis terapéutica transcurridos 6 meses, y en la actualidad se encuentra asintomática.

El carcinoma de tiroides es un tumor infrecuente y su incidencia varía según el área geográfica entre 0,3 y 8,1 por 100.000 habitantes/año, siendo el grupo más prevalente el de los carcinomas diferenciados. En su etiología se han implicado múltiples factores: una base genética (no concluyente en los diferentes estudios)[1]; la influencia de las radiaciones, que parece menos evidente en el carcinoma folicular que en el papilar; agentes cancerígenos, así como la TSH, pues parece que todas las circunstancias que predisponen a un cáncer tienen en común el estímulo permanente de la TSH. Respecto a su diseminación metastásica, el carcinoma folicular suele dar metástasis hematógenas con poca tendencia a producir metástasis ganglionares (5-10%)[1,6]. A veces el paciente consulta por fracturas patológicas causadas por metástasis óseas que, con más frecuencia, se localizan en la columna vertebral, aunque también en la pelvis, el cráneo, las costillas, los huesos largos y el esternón. En el momento del diagnóstico son múltiples en el 70% y únicas en alrededor del 30% de los pacientes. El rastreo corporal total con ^{131}I sólo pone de manifiesto entre el 6 y el 7% de las metástasis óseas, lo que demuestra que sólo una pequeña cantidad capta radioyodo. La gammagrafía ósea con ^{99m}Tc hidroximetileno difosfonato permite un diagnóstico de localización en los casos que no captan radioyodo[4].

Aproximadamente un 15% de los carcinomas diferenciados de tiroides sufre recidivas locales (cerca de un

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 20/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

50% ocurre en los primeros 5 años), mientras que entre un 5 y un 10% desarrollan metástasis a distancia, que pueden aparecer años, incluso décadas, tras el tratamiento inicial[2]. 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[4], 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. En un afán de búsqueda por encontrar algún parámetro que permita emplearlo como marcador o factor pronóstico en el cáncer diferenciado de tiroides con metástasis, se ha publicado algún artículo[2] en el que se pretende establecer la utilidad de la tiroglobulina en el postoperatorio como factor pronóstico de metastatización. En cuanto al tratamiento, la cirugía debe ser considerada una fase más de un tratamiento multidisciplinario si se quiere conseguir cifras de supervivencia elevadas. En lo que respecta al futuro, parece que las nuevas investigaciones están encaminadas al uso de la TSH humana recombinante en el tratamiento del carcinoma diferenciado de tiroides[7].

Queremos recordar que la baja tasa de mortalidad de estos tumores se debe a un diagnóstico temprano y a un correcto tratamiento, y que, aunque infrecuente, no podemos olvidar que en ocasiones un carcinoma folicular puede ser diagnosticado por la presencia de una metástasis ósea.

Ana Cristina Utrillas Martínez[a], Manuel López Bañeres[b], Javier Rebollo López[b], Antonio Minguillón Serrano[b], M. José Valenzuela Martínez[b], Antonio Bermejo Zapatero[b] y Jose M. del Val Gil[c]

[a]Residente. [b]FEA. [c]Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Obispo Polanco. Teruel. España.

Bibliografía

1. Álvarez Represa F. Cáncer de tiroides. En: Durán Sacristán H, editor. Tratado de patología quirúrgica. Tomo I. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1997; p. 949-58.
2. Mazzaferri EL, Kloos RT. Using recombinant human TSH in the management of web-differentiated thyroid cancer: current strategies and future directions. Thyroid 2000;10:767-78.
3. Sitges-Serra A, Sancho Insenser J. Carcinoma diferenciado de tiroides. En: Cirugía Endocrina. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Arán, 1999; p. 27-39.
4. Koller EA, Tourtelot JB, Pak HS, Cobb MW, Moad JC, Flynn EA. Papillary and follicular thyroid carcinoma metastatic to the skin: a case report and review of the literature. Thyroid 1998;8:1045-50.
5. Haha AR, Shah JP, Loree TR. Differentiated thyroid cancer presenting initially with distant metastases. Am J Surg 1997;174:474-6.
6. Grebe SK, Hay ID. Thyroid cancer nodal metastases: biological significance and therapeutic considerations. Surg Oncol Clin N Am 1996; 5:43-63.
7. Schlumberger M, Ricar M, Pacini F. Clinical use of recombinant human TSH in thyroid cancer patients. Eur J Endocrinol 2000;143:557-63.