Rev Venez Oncol 2012;24(2):143-147

PRESENTACIÓN INUSUAL DE MICROCARCINOMA PAPILAR TIROIDEO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR METÁSTASIS PULMONARES

ALIRIO MIJARES B, CARMEN M SUÁREZ, AISA MANZO, JOSÉ SUÁREZ, LILIAN VIVAS, DILMERI CASTRO, RONALD AROCHA, CARLOS PIRELA

INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA, CARACAS, VENEZUELA.

RESUMEN

El micro carcinoma papilar de la glándula tiroidea son lesiones de 1 cm o menos, siendo su incidencia hasta en un 35 % en series de autopsias en población general, y comúnmente son de buen pronóstico. Las metástasis distantes en el carcinoma diferenciado de tiroides son bien infrecuentes y su prevalencia puede variar entre un 5 % al 23 % de los casos, pero son extremadamente inusuales en el micro carcinoma tiroideo. Se relata un caso clínico de una paciente de 38 años de edad; quien consultó por insuficiencia respiratoria aguda realizando el diagnóstico de micro carcinoma papilar con metástasis pulmonares y se describe su manejo, encontrándose actualmente eutiroidea, controlada su enfermedad, con tratamiento hormonal supresivo y con niveles de tiroglobulinas y anticuerpos antitiroglobulinas normales.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma, papilar, micro carcinoma, metástasis, pulmonar.

SUMMARY

The papillary micro carcinoma thyroid gland is injuries of 1 cm or less, with incidence until 35 % in series of autopsies in general population, and is commonly considered as a good prognosis. The distant metastases in the differentiated thyroid carcinoma are infrequent and its prevalence varies from 5 % to 23 % of all cases, but is extremely unusual in the thyroid micro carcinoma. We describe a clinical case of a female patient of 38 years old; who consulted us by acute respiratory failure, we are making the diagnosis of a papillary micro carcinoma with lung metastases and describes its handling, and finding currently normal thyroid hormone value and controlled her disease, the suppression hormonal treatment, tyro globulin and anti- tyro globulins antibody normal levels.

KEY WORDS: Papillary, carcinoma, thyroid, micro carcinoma, lungs, metastases.

INTRODUCCIÓN

El microcarcinoma papilar de la glándula tiroidea se refiere a los tumores que miden 1 cm o menos, siendo su incidencia hasta en un 35 % en distintas series de autopsia y en general, estas lesiones no son clínicamente relevantes. Sin embargo, las lesiones que son sintomáticas, muestran un comportamiento más agresivo y suelen estar acompañadas de afectación ganglionar cervical,

Recibido: 12/11/2011 Revisado: 15/01/2012
Aceptado para publicación: 13/03/2012

Correspondencia: Dr. Alirio Mijares B. Instituto Médico La Floresta, Av. La Floresta con calle Santa Ana. Caracas, Venezuela. Tel: 04143269044. E-mail: mibuenasalud@gmail.com

razón por la cual debe tratarse en forma más agresiva.

El diagnóstico de micro carcinoma papilar suele realizarse en ocasiones porque los pacientes consultan con masa cervical, es decir, con ganglios comprometidos por metástasis. Se describen hasta un 11 % aproximadamente de casos de microcarcinoma tiroideo con extensión metastásica ganglionar [1,2].

Debe sospecharse que en presencia de adenopatías, sobre todo de contenido líquido en la punción aspiración con aguja fina, en ganglios principalmente yugulares medios o inferiores; la presencia de carcinoma oculto o micro carcinomas, sobre todo en aquellos pacientes sin lesiones palpables [3,4].

Los pacientes con micro carcinomas papilares con tumores palpables, no incidentales, sin compromiso capsular, extra tiroideo o ganglionar (NO), no desarrollan recurrencia, son de buen pronóstico y su evolución es similar a la descrita en el estudio comparativo de Barbaro y col., sobre carcinomas incidentales verdaderos tiroideos, menores o mayores de 10 mm [5].

Por otra parte, las metástasis distantes son relativamente infrecuentes en el carcinoma diferenciado de tiroides; donde se han reportado estudios que indican que su prevalencia puede variar entre un 5 % al 23 % de los casos [6].

El sitio más frecuente de metástasis a distancia, es el pulmón y aquellos pacientes que las presentan, muestran un comportamiento clínico extremadamente variable, que va desde una evolución tórpida y fatal, hasta aquellos que logran una remisión de la enfermedad, pero los factores que determinan una u otra circunstancia siguen siendo poco claras [7]. Algunos autores sugieren que la metástasis micro-nodulares pulmonares detectadas inclusive por gammagrafía con I^{131}, pero no por una radiografía de tórax, puede estar asociadas a un mejor pronóstico [8].

El propósito de este trabajo, es describir un caso clínico de micro carcinoma papilar tiroideo con metástasis pulmonares, con una forma de presentación inusual, como lo fue insuficiencia respiratoria aguda.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 38 años de edad; quien acude al Instituto Médico La Floresta, por presentar dificultad respiratoria y tos seca; que se hizo progresiva de una semana de evolución, siendo evaluada en otro centro privado asistencial en la ciudad de Caracas y en vista de no mejoría, decide su alta contra opinión médica de dicha institución y solicitar otra evaluación.

Como antecedente importante, presenta tratamiento irregular con endocrinólogo años atrás, por nódulo tiroideo con metimazol, que luego interrumpió. Resto no es contributorio.

A la evaluación clínica, se encuentra a paciente en regulares condiciones generales, afebril, deshidratada, disneica, deambulando con ayuda.

A nivel del área de cabeza y cuello, se observa una mucosa oral seca, sin lesiones. Se evidenció glándula tiroides de tamaño normal, donde se palpa una lesión de 1 cm de diámetro en el lóbulo izquierdo, aumentada de consistencia, no dolorosa, superficie irregular. No se palpaban adenopatías en cuello ni supraclaviculares. A nivel pulmonar discretos roncus bilaterales, con una frecuencia respiratoria de 30 por min.

Se inicia tratamiento con nebulización con bromuro de ipratropio, ceftriazona e hidrocortisona, mejorando la sintomatología respiratoria. Dentro de los estudios realizados en otro centro donde se mantuvo ingresada, se encuentran laboratorio con leucocitosis leve y desviación a la izquierda, radiología de tórax que demuestra nódulos pulmonares múltiples bilaterales de menos de 1 cm dímero D negativo, Ca 125, CEA, Ca 15-3 negativos; electrocardiograma, ecocardiograma, tomografía de senos paranasales, abdomen, pelvis, mamografía, ecosonograma abdomen

pelvis, eco Doppler de miembros inferiores, ecosonograma mamario, resonancia magnética cerebral con gadolinio y perfil tiroideo más calcitonina normales. Una tomografía de tórax con protocolo para trombo embolismo pulmonar, demostrando incontables nódulos de aspecto secundario pulmonares, no calcificados.

Le realizan una punción a estos nódulos pulmonares descritos y lo reportan como adenocarcinoma metastásico. Solicitan luego evaluación ginecológica y digestiva superior e inferior, siendo normales.

Al ingresar a nuestra institución, luego de estabilizar a la paciente respiratoriamente, y revisar toda esta serie de estudios que traía para su problema, se realiza ultrasonido tiroideo con punción.

En la misma hospitalización, se realiza ultrasonido tiroideo, donde se demuestra una lesión en el lóbulo izquierdo de la glándula; de 11 mm x 10 mm de diámetro, con múltiples calcificaciones en su interior, procediendo a tomar una muestra del mismo con aguja fina.

Egresa en mejores condiciones y la revisión de láminas de la punción pulmonar realizada en el otro centro, fue inflamatoria y se está en desacuerdo con el diagnóstico de adenocarcinoma metastásico. La punción con aguja fina del nódulo tiroideo en nuestra institución reportó sugestivo de carcinoma papilar de tiroides.

Por el aspecto de las lesiones nodulares muy pequeñas pulmonares, redondeadas y numerosas y con una citología positiva para carcinoma papilar tiroideo es llevada a mesa operatoria, con el diagnóstico clínico de carcinoma papilar tiroideo metastásico a pulmón, y se realiza lobectomía izquierda e istmectomía reportando el corte congelado positivo para carcinoma papilar. Se completa la tiroidectomía. No se encuentran adenopatías cervicales.

El resultado patológico definitivo: carcinoma papilar con patrón folicular, de 1 cm x 0,8 cm, menos de 5 mitosis por campo de mayor aumento, cuerpos de psamoma, desmoplasia e invasión angiolinfática ausente. Resto de la glándula tiroidea con tiroiditis linfocítica focal.

A los 30 días, con un valor de TSH de 35, tiroglobulinas en 50 (VN. 1,7 a 55,6 ng/dL); se administra una dosis de 200 mCi de iodo radiactivo y el rastreo corporal posterior a la dosis, mostró escaso remanente de tejido tiroideo en región anterior del cuello. El resto del cuerpo fue negativo.

A los cuatro meses de control posterior al tratamiento, en vista de persistir las lesiones, pero con mejoría clínica de la paciente, no presentando más crisis de dificultad respiratoria, se discute en junta médica con los médicos nucleares y se solicita un PET - CT, con ^{18}FDG, a una dosis de 7,8 mCi, no evidenciando lesiones metabólicas activas.

Es evaluado posteriormente el caso por cirujano de tórax, quién solicita serología para histoplasma, aspergillus, paracoccidioides y coccidioides las cuales son negativas. Propone biopsia de las lesiones pulmonares, la cual realiza mediante toracotomía y la biopsia definitiva describe hallazgos morfológicos compatibles con carcinoma papilar de tiroides metastásico. La inmunohistoquímica es positiva a tiroglobulinas, TTF1, citoqueratina 7 y negativo a citoqueratina 20, concluyendo igualmente que también se trata de una metástasis de carcinoma papilar de tiroides.

Figura 1. Resultado posoperatorio.

Actualmente seis meses después la paciente se encuentra en buenas condiciones, eutiroidea con una TSH de < 0,004 mUl/mL (VN 0,4-4), eutiroidea, con anticuerpos antitiroglobulinas en 15 IU/mL (VN 0- 34) y tiroglobulinas en 16,3 ng/mL (VN 1,7 - 55,6); con una dosis de levo tiroxina sódica de 150 μg/ día, sin nuevos eventos disneicos y se está programando para una segunda colocación de I^{131}.

DISCUSIÓN

Hay tres factores pronósticos principales en los pacientes con presencia de metástasis pulmonares por carcinoma diferenciado de la glándula tiroides: el tamaño de las lesiones secundarias, la captación de iodo de las mismas y la presencia o no de otros órganos afectados, como pulmón, hueso o hígado. La connotación metastásica a ganglios, quistes branquiales, mediastino es diferente y la edad juega un papel preponderante en estos casos [9,10].

Las lesiones nodulares pulmonares pequeñas responden mejor al tratamiento con iodo radiactivo que las de mayor tamaño y más aún si presentan la captación del radiofármaco. Estos pacientes presentan una sobrevida de 96 % a los 10 años, con una remisión completa del 78 %[8,11], mientras que lesiones grandes y no captantes del iodo, la sobrevida a 10 años es de 11 % y la mayoría de estos pacientes no presentan remisión completa de la enfermedad.

Cuando las metástasis pulmonares son < 5 mm, no evaluables en la radiología convencional de tórax, la tasa de supervivencia a los 10 años es muy buena con unas tasas de remisión también elevadas. Cuando son mayores a 5 mm, la sobrevida también es considerada muy buena, pero la probabilidad de tener remisión completa disminuye y va a depender fundamentalmente de la captación de iodo que presenten estas lesiones. Por otra parte, ya cuando son metástasis de mayor tamaño, la capacidad de absorción de la tiroxina disminuye y casi siempre el paciente fallece de la enfermedad [8,11]. Los datos en la escasa literatura sugieren que cuando se realiza el diagnóstico precoz de metástasis de carcinoma diferenciado de tiroides, sobre todo en lesiones micro nodulares iodo-captantes, la probabilidad de respuesta al radiofármaco es mayor, con una mayor probabilidad de remisión completa. En estos casos, la tiroidectomía total es la indicada, con ablación con iodo radiactivo y posterior tratamiento supresivo de la TSH, con levo tiroxina sódica. El seguimiento con dosificación de tiroglobulinas debe ser de por vida.

REFERENCIAS

1. Baloch ZW, LiVolsiVA. Micro carcinoma of the thyroid. Adv Anat Pathol. 2006;13:69-75.
2. Arem R, Padayatty SJ, Saliby AH, Sherman SI. Thyroid micro carcinoma: Prevalence, prognosis, and management. Endocr Pract. 1999;5:148-156.
3. Iida F, Sugenoya A, Muramatsu A. Clinical and pathologic properties of small differentiated carcinomas of the thyroid gland. World J Surg. 1991;15:511-515.
4. Mijares A, Suárez C, Pérez CA, Pacheco C, Agudo E. Uso del bisturí armónico en la cirugía tiroidea. Rev Venez Oncol. 2006;(18) (4):215-220.
5. Barbaro D, Simit U, Meucci G, Lappi P, Orsini P, Pasquini C. Thyroid papillary cancers; Micro carcinoma and carcinoma, incidental cancers and non-incidental cancers are they different diseases? Clin Endocrinol. 2005;63:577-581.
6. Mazzafem EL. Papillary thyroid carcinoma factors influencing prognosis and current therapy. Semin Oncol. 1987;14:315-323.

7. Hoic J, Stenwig AE, Cullmann O, Undegard M. Distant metastases in papillary thyroid cancer. A review of 91patients. Cancer. 1988;61:1-6.

8. Casara D, Rubello D, Saladini G, Masarotto G, Favero A, Girelli ME, et al. Different features of pulmonary metastases in differentiated thyroid cancer: Natural history and multivariate statistical analysis of prognostic variables. J Nucl Med. 1993;34(10):1626-1631.

9. Briceño M de L, Ayala Landa J, Machin G, Mijares A, Adrian GO, Miranda G. Quiste branquial con metástasis de carcinoma papilar de tiroides: presentación de un caso. Arch Hosp Vargas. 1999;41(1,2):75-77.

10. Grimán OR. Cáncer del tiroides. Gac Méd Caracas. 2001;109(4):215-219.

11. Casara D, Rubciio D, Saladini O, Gab V, Masarotto O, Busnardo B. Distant metastases in differentiated thyroid cancer: Long term results of radioiodine treatment and statistical analysis of prognostic factors. Tumori. 1991;77:432-436.