

## METÁSTASIS TIROIDEA DE UN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES A PROPÓSITO DE UN CASO

JOSÉ ALBARRÁN, HUMBERTO PONTILLO, RAMÓN TELLEZ, ANYELIN FERNÁNDEZ.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.

### RESUMEN

El carcinoma de células renales de células claras, es impredecible con comportamiento agresivo dentro de los tumores malignos, metastatiza en pulmón, hígado, piel, hueso, ganglios linfáticos, cerebro, cavidad nasal, encía, laringe y tiroides, pudiendo ocurrir antes o después del descubrimiento primario. Femenina 71 años, antecedente diagnóstico carcinoma de células renales en 1996. Intervalo libre de enfermedad 11 años. En 2008 se encuentra a la palpación tumor en lóbulo derecho del tiroides de 4 cm, móvil. Eco tiroideo: nódulo de 3,5 cm x 3,3 cm derecho. Punción con aguja fina: hallazgos compatibles con neoplasia folicular. Se realiza: tiroidectomía total: carcinoma de células claras metastásico en ambos lóbulos del tiroides. El tumor metastásico tiroideo de un carcinoma renal es una entidad muy poco frecuente y asintomática, encontrándose como hallazgo en la necropsia. Ante un paciente con historia de cirugía por tumor renal y presencia de nódulo tiroideo se debe sospechar de metástasis.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, renal, células claras, tiroides, metástasis.

### SUMMARY

Carcinoma of the renal cells of clear cells has one of most essential landlord's behaviors within the malignant tumors, metastases in lymphatic lung, liver, skin, bone, ganglia, brain, nasal cavity, larynx and thyroid, being able to happen before as much as after the discovery of the primary tumor. Feminine 71 years that diagnostic antecedent presents displays carcinoma of renal cells in 1996, free interval of disease 11 years. June 2008, being to the palpation in neck tumor 4 cm, moving body. Echo: Nodule of 3.5 cm x 3.3 cm. Puncture: Compatible findings with follicular neoplasia. Realized: Total thyroidectomy: Carcinoma of clear cells metastatic both lobes of the thyroid. The metastases thyroid tumor of renal carcinoma is an organization frequent little asymptomatic, being like finding in the post-mortem examination. Despite before a patient with history of surgery by renal tumor and presence of thyroid nodule one is due to suspect metastasis.

**KEY WORDS:** Cancer, renal, clear cells, thyroid, metastases.

### INTRODUCCIÓN

**E**l carcinoma de células renales de células claras (CCR) clasificación de la OMS 2004, tiene uno de los más impredecibles patrones de comportamiento dentro de los tumores malignos, metastatiza en pulmón, hígado, piel, hueso, ganglios linfáticos, cerebro y en sitios tan inusuales como cavidad nasal, encía, laringe y tiroides, pudiendo ocurrir tanto antes (lo más frecuente) como después del

---

Recibido: 18/12/2011 Revisado: 12/02/2012

Aceptado para publicación: 13/03/2012

---

Correspondencia: Dr. José Albarrán. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño", antiguo Psiquiátrico de Bárbula, Naguanagua, Valencia. Tel: 414 7294090. E-mail: hpzile@hotmail.com.

---

descubrimiento del tumor primario.

La incidencia de metástasis tiroidea por un CCR de células claras varía desde el 5 % al 12 % en autopsias (generalmente como hallazgo incidental) hasta el 33 % en series clínicas. Para algunos autores, el CCR de células claras es el tumor que más común que metastatiza en el tiroides, llegando al 50 % de los casos <sup>(1-4)</sup>.

Varios autores añaden además que las metástasis ocurren con más frecuencia en lesiones neoplásicas preexistentes, por diversas teorías aun no bien demostradas <sup>(3)</sup>.

Su presentación clínica como nódulo tiroideo palpable es rara, siendo más frecuente un agrandamiento difuso no doloroso, revelándose en la gammagrafía como un nódulo frío.

El interés en el caso radica en la baja incidencia de las metástasis tiroideas por carcinoma de células renales en el servicio de tumores mixtos del Instituto de Oncología “Dr. Miguel Pérez Carreño”.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 71 años de edad quien presenta antecedente diagnóstico de carcinoma

de células renales en 1996, realizándosele nefrectomía radical derecha, se estadificó como estadio I, recibiendo tratamiento adyuvante vinblastina + interferón culminando en febrero 1997. Intervalo libre de enfermedad 11 años. Acude a control en junio de 2008, encontrándose a la palpación en cuello tumor en lóbulo derecho del tiroides de 4 cm de diámetro, móvil. Se le practica eco tiroideo encontrándose: bocio nodular derecho, nódulo de 3,5 cm x 3,3 cm (Figura 1).



Figura 1. Ecosonograma tiroideo.

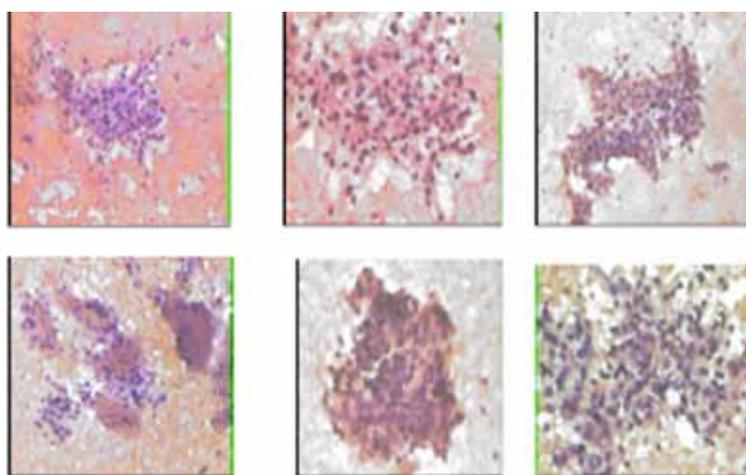


Figura 2. PAAF: hallazgos citológicos compatibles con neoplasia folicular.

Se realiza intervención quirúrgica 01/12/2008: tiroidectomía total. Biopsia, número: b08 -1862

### DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Espécimen de tiroidectomía total: el lóbulo derecho mide 4 cm x 3 cm x 2 cm, al corte pardo amarillento, sólido. El lóbulo izquierdo mide 6 cm x 4 cm x 3 cm, pardo claro con área central hemorrágica

### DIAGNÓSTICO

Espécimen de tiroidectomía total: carcinoma de células claras metastásico evaluable en el lóbulo derecho e izquierdo del tiroides (Figura 3).

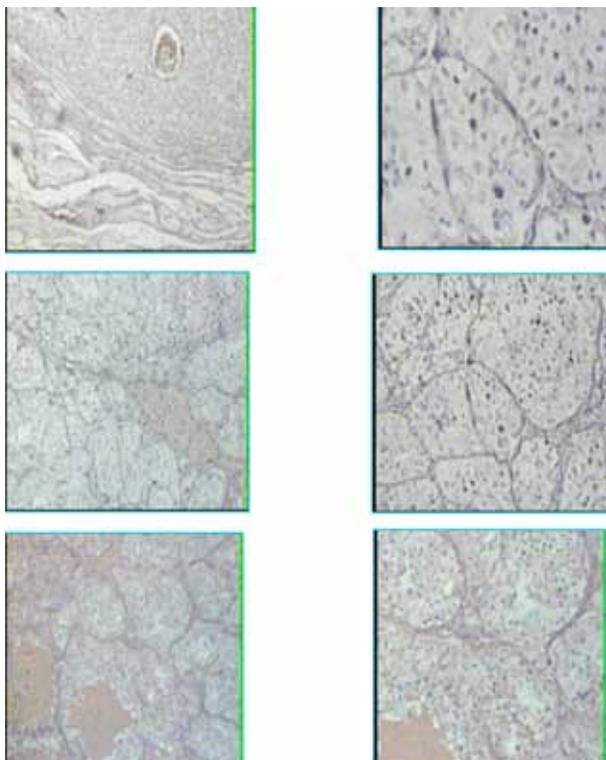


Figura 3.

Asimismo, presenta deterioro del estado neurológico y alteraciones en el campo visual

derecho, se solicitan RMN cerebral evidenciando LOE en la zona medial al lóbulo temporal derecho de 23 mm x 18 mm (Figura 4).

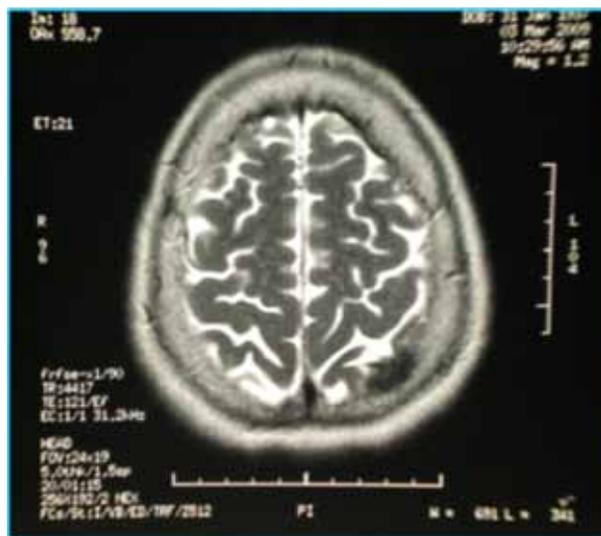


Figura 4.

Estudios de extensión control (TAC de tórax y TAC abdomen pelvis) imágenes sugestivas de metástasis en pulmón, glándula suprarrenal izquierda y retro-peritoneo (Figura 5, 6,7).

La paciente posteriormente fue referida al servicio de medicina interna oncológica para tratamiento de quimioterapia paliativa.

### DISCUSIÓN

En algunas revisiones bibliográficas de casos semejantes al nuestro la citología del CCR es bastante característica, apreciándose en los aspirados numerosos nidos y grupos de células con bordes definidos, abundantes, claro y frecuentemente vacuolado citoplasma y un núcleo grande, oval, excéntrico y moderadamente hipercromático, con nucléolo visible <sup>(4,5)</sup>.

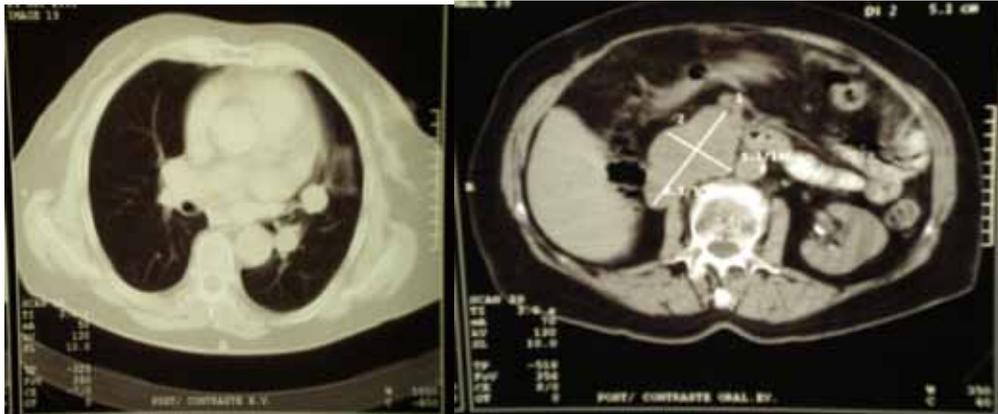


Figura 5.

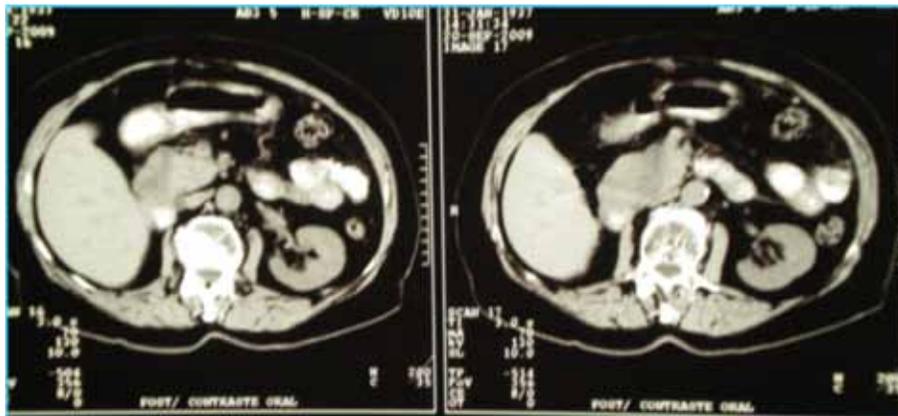


Figura 6.

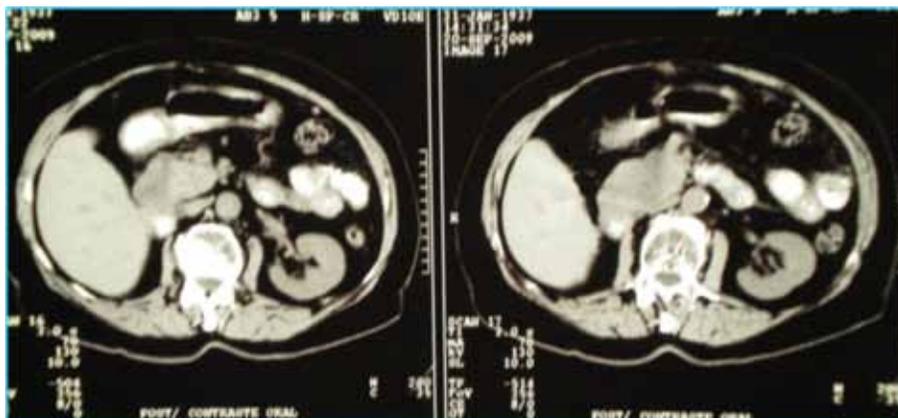


Figura 7.

El aspecto claro del citoplasma de dichas células puede ser debido al escaso contenido en organelas junto a la acumulación de glucógeno, tiroglobulina, grasa, mucina, y a veces, combinaciones de las mismas. En este caso la PAAF reportó neoplasia folicular no siendo de gran orientación para el diagnóstico definitivo<sup>(6)</sup>.

Agrupando los datos clínicos junto a la histología y la inmunohistoquímica, el diagnóstico diferencial de tumores de células claras de localización tiroidea, englobamos:

Lesiones primarias tiroideas

- a. Los tumores de células claras tiroideas son subtipo de las principales neoplasias tiroideas, siendo más frecuente la variante del carcinoma folicular, y raras veces del medular.
- b. Las células claras también pueden verse en lesiones benignas como bocio, enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto o adenomas foliculares, sin embargo, son mucho más frecuentes en patología tiroidea maligna.

Se conocen pocas series de carcinomas renales con metástasis tiroideas. Según la serie de Saith en 1 828 casos diagnosticados de carcinomas renal se hallan un 5,2 % de metástasis tiroideas en autopsias sin clínica previa<sup>(4)</sup>.

El largo período de latencia en la aparición de metástasis en la tiroides se puede atribuir a la elevada concentración de yodo y oxígeno y también un papel carcinogénico local de las hormonas tiroideas.

Clínicamente la mayoría son asintomáticos y su forma de presentación son mediante nódulos fríos no funcionantes que se palpan en la exploración física. El tumor metastásico tiroideo de un carcinoma renal es una entidad muy poco frecuente y asintomática, encontrándose como hallazgo en la necropsia. En nuestro instituto solamente se han reportado 2 casos en 10 años<sup>(2)</sup>.

No obstante ante un paciente con historia de cirugía por tumor renal y presencia de nódulo tiroideo se debe sospechar de metástasis.

---

---

## REFERENCIAS

1. Anderson CE, Laren KM. Best practice in thyroid pathology. *J Clin Pathol*. 2003;56 (6):401-405.
2. Rosai J, Carcangiu ML, De Lellis RA. Tumors of the thyroid gland. Atlas of tumor pathology. 3ª edición. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology;1992.
3. Carcangiu ML. Secondary tumors of thyroid. DeMay Arts Science of Cytopathology.1990.
4. Rosai J, Carcangiu ML. Pathology of thyroid tumors: Some recent and old questions. *Hum Pathol*. 1984;15(11):1008-1012.
5. Mortensen J, Woolner LB, Bennett WA. Secondary malignant tumors of the thyroid gland. *Cancer*. 1956;9(2):306-309.
6. Carcangiu ML, Zampi G, Rosai J. Papillary thyroid carcinoma: A study of its many morphologic expressions and clinical correlates. *Pathol Annu*. 1985;20 (Pt)1:1-44.