

Metastasis de carcinoma escamoso pulmonar en glándula tiroidea

Metastasis of squamous lung carcinoma in thyroid gland

Abad Royo JM*
Pérez Sánchez A*
Chamizo García JJ*
Barba Díaz L**
Jiménez F**
Martínez P**

*Servicio de ORL del Hospital Militar de Zaragoza

**Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar de Zaragoza

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente con una tumoración tiroidea que resultó ser una metástasis de carcinoma escamoso. Pensamos que el origen primario fue un cáncer de pulmón extirpado tres años antes, sin evidencia de otra recidiva hasta la fecha. Revisamos los casos similares publicados y los comparamos con el nuestro.

PALABRAS CLAVE:

Carcinoma. Escamoso. Tiroides. Metástasis

SUMMARY

We present the case of a patient with a thyroid tumor that turned out to be a metastasis of squamous cell carcinoma. We think that the primary origin was a lung cancer before extirpated three years, without evidence of another relapse so far. We revise the published similar cases and we compare them with ours.

KEY WORDS:

Carcinoma. Squamous. Thyroid. Metastatic

Introducción

La glándula tiroides puede ser involucrada vía hemática por metástasis de tumores que afectan a órganos lejanos (riñón, mama, pulmón, colon, recto...), pero es más frecuente la invasión por proximidad de cánceres del tracto aerodigestivo superior (1). En los tumores avanzados de laringe, tráquea o esófago cervical, o en estados incontrolados de la enfermedad, la posible invasión de la glándula tiroides no pasa de ser un dato intrascendente.

Es infrecuente la aparición de un carcinoma de células escamosas primario en tiroides (CCEPT), pero no imposible. Se han descrito casos de CCEPT en los que se descartó la presencia de un posible carcinoma primario a distancia como criterio fundamental para tal consideración (2), aunque este único argumento puede ser discutible (3). Esta posibilidad se basa en el hecho de que en el seno de un tejido tiroideo normal pueden aparecer nidos celulares escamosos. Según LiVolsi (4) el epitelio que aparece en tiroides puede ser basaloide, epidermoide o escamoso verdadero y su presencia se puede deber, bien a restos de timo o de remanentes del último arco branquial en cualquiera de sus lóbulos, bien a un conducto tirogloso excesivamente descendido especialmente en el istmo, o incluso a una metaplasia escamosa de las células del epitelio folicular, por ejemplo, en el seno de una tiroiditis.

La aparición de un CCEPT en conducto tirogloso es un hecho más conocido (5, 6). El arrastre de células escamosas desde su origen embriológico lingual es sencillo de explicar, y que éstas sean el germen de un posible carcinoma epidermoide no se nos antoja extraño.

Otro fenómeno bien conocido como origen de un CCEPT es la metaplasia de las células papilares a escamo-

sas, observándose zonas de tránsito en algunas preparaciones histológicas de biopsias de estos tumores (7,8,9). Los antecedentes de tiroiditis pueden ser la causa de estas transformaciones (4). En el artículo de Harada (10), que revisa 61 autopsias de personas que habían padecido un cáncer de tiroides con metástasis a distancia, encontramos descrita y recalada esta inestabilidad histológica. En este estudio, su autor encuentra divergencia histológica entre el primario, generalmente papilar de tiroides, y sus metástasis, coexistiendo a veces células papilares y escamosas.

Por otro lado, se han descrito asociaciones de cáncer de tiroides sincrónicos o metacrónicos con escamosos de otras localizaciones, fundamentalmente de vías aerodigestivas superiores (7,11,12,13). Sin embargo, en estos casos las extirpes celulares son distintas, generalmente papilar, o en menor medida folicular, para el tiroides y escamoso en el otro órgano, dependiendo de este último, el pronóstico vital de esta enfermedad multitumoral. Valdina (13) en su revisión de 705 asociaciones de estos tumores, encuentra un 10 % de causas relacionadas con la radioterapia usada como tratamiento de un cáncer escamoso anterior en el cuello.

El comportamiento de la glándula tiroides como órgano diana de una metástasis inicial de un tumor de otro origen tampoco es excesivamente frecuente. Los tumores que más frecuentemente metastatizan en tiroides según Czech (14) son los carcinomas renales y los adenocarcinomas mamarios, que llegarían a esta glándula vía hemática. El cáncer de pulmón también puede metastatizar en tiroides, fundamentalmente en la variante "células pequeñas" (15). En efecto, estos tumores que se difunden vía hemática hacen fácilmente diana en órganos muy vascularizados como son las glándulas endocrinas (páncreas, suprarrenales y tiroides) así como en hígado o hueso.

Sin embargo, no es frecuente que lo hagan los que se extienden por vía linfática como son los escamosos. En estos casos la afectación tiroidea suele ser por vecindad, siendo la forma más común en la que el tiroides resulta infiltrado por un carcinoma escamoso.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 82 años de edad, que acudió a consulta por presentar disfonía de un mes de evolución. En la exploración se apreció por laringoscopia indirecta una parálisis recurrencial derecha y por palpación una tumoración tiroidea derecha, no dolorosa, de unos 4 centímetros de diámetro, de dureza pétreo y pegada a tráquea, siguiendo sus movimientos deglutorios.

En sus antecedentes destaca haber sido fumador importante; precisó un By pass aorto bifemoral hace 15 años por arteriosclerosis; padece hidronefrosis derecha con mínima insuficiencia renal; y fundamentalmente el hecho de haber sido intervenido de un carcinoma de pulmón izquierdo tres años antes, practicándosele lobectomía, estando hasta la fecha libre de enfermedad.

Se realizó TAC (figura 1) donde se aprecia una tumoración que afecta a lóbulo tiroideo derecho, sin evidencia de adenopatías sospechosas en el resto del cuello. Se completó el estudio mediante TAC torácico y abdominal, que descartó cualquier tipo de recidiva de su antiguo tumor pulmonar.



Fig. 1: Imagen TAC de cervical. Tumoración en lóbulo tiroideo derecho.

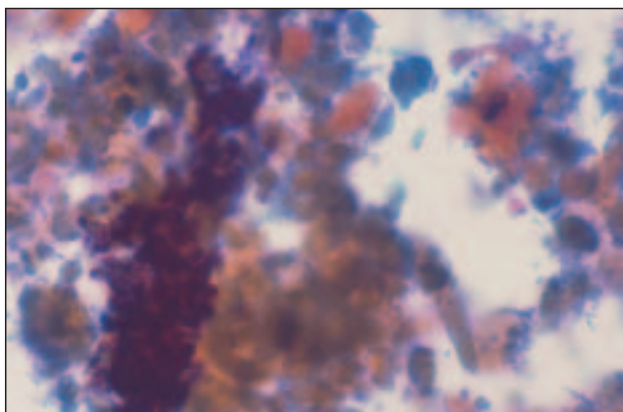


Fig. 2: PAAF de tiroides. Informada como metástasis de carcinoma epidermoide. Estructura folicular en relación a células queratinizadas atípicas sobre fondo necrótico.

Se realizó PAAF (figura 2) que fue informada como metástasis de carcinoma epidermoide.

A su vez se realizó: broncoscopia, esofagogastroscofia, ecografía abdominal y rastreo óseo, no encontrándose otras localizaciones neoplásicas. La analítica fue normal, incluso la función renal fue aceptable.

Debido al buen estado general del paciente, se decidió intervenir quirúrgicamente, realizándose tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar medial.

Los hallazgos quirúrgicos mostraron una tumoración que afectaba a lóbulo tiroideo derecho, dentro de la cápsula del mismo en gran medida, excepto en la parte superior en el ligamento suspensorio y en el espacio comprendido entre el primer anillo traqueal, el músculo cricotiroideo y el músculo cricofaríngeo, afectando al nervio recurrente derecho, pero respetando la mucosa del esófago y los grandes vasos. Próxima al polo inferior de la neoplasia se identificó una pequeña adenopatía sospechosa.

El procedimiento quirúrgico consistió inicialmente en extirpación de lóbulo tiroideo derecho con exéresis de grasa proximal incluyendo la adenopatía sospechosa cerca al polo inferior y posteriormente se completó extirpando el lóbulo izquierdo, que aparentemente estaba libre de tumor, para completar una tiroidectomía total convencional. No encontramos ninguna otra adenopatía sospechosa, por lo que no se amplió el vaciamiento cervical.

La anatomía patológica confirma la invasión masiva de la glándula por metástasis de carcinoma epidermoide (figura 3). El ganglio sospechoso también estaba infiltrado por metástasis epidermoide.

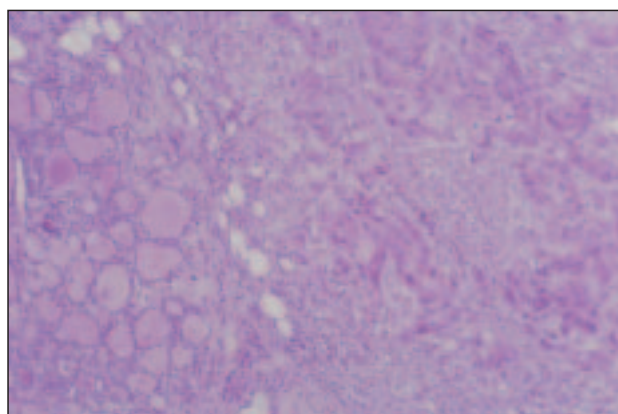


Fig. 3: Preparación histológica de la pieza quirúrgica. A la izquierda se aprecia parénquima tiroideo conservado y a la derecha amplia infiltración por carcinoma escamoso bien diferenciado.

Discusión

El caso presentado no se puede considerar CCEPT, puesto que existe un antecedente claro de carcinoma pulmonar operado tres años antes.

Hay varios aspectos que hacen el caso atractivo como presentación de tumor aparentemente primario de tiroides, aunque en realidad pensamos que se trata de una metástasis.

sis única como en el publicado por Martino (16); primero, que el tumor de pulmón fue en el lado izquierdo, siendo la metástasis en lóbulo tiroideo derecho; segundo, que no se han encontrado otras metástasis que indicarían un estado avanzado de la enfermedad; tercero, que la masa se encuentra ampliamente dentro de la cápsula tiroidea, y que por tanto la imagen TAC viene informada como tumor tiroideo, aparentemente primario; y por último, que si bien existe una adenopatía cercana con metástasis, ésta no parece ser el origen de la afectación tiroidea sino todo lo contrario.

Pero por otro lado la histología del primario pulmonar (figura 4), es similar a la de este y la invasión del órgano tiroideo sugiere histológicamente metástasis, no encontrándose zonas de transición metaplásica (figura 3).

Reseñamos aquí la utilidad de la PAAF, aceptada por todos como método de importancia sobresaliente en el diagnóstico de nódulos tiroideos y siendo de gran ayuda a la posterior toma de decisiones terapéuticas. (14,17)

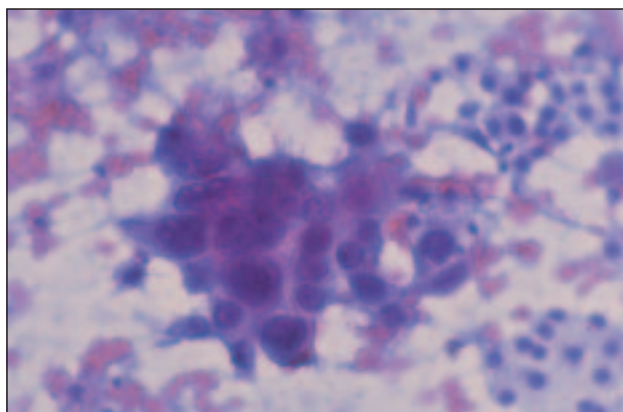


Fig. 4: PAAF del tumor original en pulmón extirpado 3 años antes. Agrupación de células escamosas atípicas sobre fondo hemorrágico.

Conclusión

Nos encontramos ante un caso de metástasis de cáncer epidermoide de pulmón a los tres años de su diagnóstico y tratamiento, comportándose aparentemente como un tumor primario de tiroides. La historia clínica, la exploración, la TAC, pero sobre todo la PAAF nos dieron el diagnóstico inicial. El estudio de extensión negativo hace de este caso una presentación infrecuente de esta enfermedad. A su vez, nos hace recapacitar sobre los distintos mecanismos de propagación y el aspecto de enfermedad oncológica general de todo el organismo, frente al criterio de afectación local, que siempre está en nuestra mente ante lesiones únicas.

Bibliografía

1. Croce A, Moretti A, Bianchedi M. Thyroid gland involvement in cancer of the larynx. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1991 Jul-Aug;11(4):429-35
2. Theander C, Loden B, Berglund J, Seidal T. Primary squamous carcinoma of the thyroid--a case report. *J Laryngol Otol* 1993 Dec;107(12):1155-8

3. Korovin GS, Kuriloff DB, Cho HT, Sobol SM. Squamous cell carcinoma of the thyroid: a diagnostic dilemma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989 Jan;98(1 Pt 1):59-65
4. LiVolsi VA, Merino MJ. Squamous cells in the human thyroid gland. *Am J Surg Pathol* 1978 Jun;2(2):133-40
5. Lunghi F, Sala T, Lungui M, Di Franco R, Rimini A. Primary carcinoma of the thyroglossal duct. 2 case reports. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 1995 Dec;15(6):454-9
6. Hanna E. Squamous cell carcinoma in a thyroglossal duct cyst (TGDC): clinical presentation, diagnosis, and management. *Am J Otolaryngol*. 1996 Sep-Oct; 17(5): 353-7. Review
7. Naomoto Y, Haisa M, Yamatsuji T, Shirakawa Y, Muramatsu T, Isozaki H, Kamikawa Y, Tanaka N. Multiple primary cancers of the esophagus and thyroid gland. *Jpn J Clin Oncol* 1999 Jul;29(7):349-52
8. Wenig BM, Adair CF, Heffess CS. Primary mucoepidermoid carcinoma of the thyroid gland: a report of six cases and a review of the literature of a follicular epithelial-derived tumor. *Hum Pathol* 1995 Oct;26 (10): 1099-108
9. Kleer CG, Giordano TJ, Merino MJ. Squamous cell carcinoma of the thyroid: an aggressive tumor associated with tall cell variant of papillary thyroid carcinoma. *Mod Pathol*. 2000 Jul;13(7):742-6
10. Harada T, Mimura T, Ito K, Nakanishi Y, Senoo T, Hosoda Y, Yakumaru K, Tsukayama C. Divergent histology in the primary and metastatic lesions of thyroid carcinoma. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1983 Sep;84(9):758-61
11. Pacheco-Ojeda L, Micheau C, Luboinski B, Richard J, Travagli JP, Schwaab G, Marandas P. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract associated with well-differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Laryngoscope* 1991 Apr;101(4 Pt 1):421-4
12. Mattavelli F, Guzzo M, Di Palma S, Cantu G, Molinari R. Synchronous association of carcinoma of the superior aerodigestive ways and lymph node metastasis of papillary adenocarcinoma of the thyroid: presentation of 6 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1991 Mar-Apr;11(2):179-84
13. Valdina EA. Association of cancer of the thyroid gland with other malignant tumors. *Vopr Onkol* 1986;32(12):49-53
14. Czech JM, Lichter TR, Carney JA, Heerden JA. Neoplasm metastatic to the thyroid gland. *Am J Surg Pathol*. 1978 Jun;2(2):133-40.
15. Barz H, Barz D. Distribution of lung cancer metastases. II. Effect of tumor histology. *Arch Geschwulstforsch* 1982;52(7):561-8
16. Martino E, Bevilacqua G, Nardi M, Macchia E, Pinchera A. Metastatic cervical carcinoma presenting primary thyroid cancer. Case report. *Tumori*. 1977 Jan-Feb;63(1):25-30
17. Lennard TW, Wadehra V, Farndon JR. Fine needle aspiration biopsy in diagnosis of metastatic lesion of thyroid carcinoma. *J R Soc Med*. 1984 Mar;77(3):196-7

Correspondencia

Dr. José María Abad Royo
C/ Nicolás Guillén, 4 - 1.º E
50015 ZARAGOZA