



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005

Metástasis selectiva a tiroides de carcinoma renal de células claras a los diez años del diagnóstico de la neoplasia renal. A propósito de un caso

Lourdes Faurés Vergara*, Osaris Abreu Ruano*, José A. de Armas Linares*, José Miguel Perez Morales**

* Hospital Mártires del 9 de Abril. Villa Clara CUBA

** Hospital Martires del 9 de Abril CUBA

Resumen

Paciente femenina de 57 años de edad con antecedentes de Carcinoma Renal de Células Claras, que sin haber recibido terapia oncológica alguna, después de la nefrectomía derecha por este diagnóstico, acude a la consulta de BAAF de tiroides por presentar nódulo tiroideo en lóbulo derecho. La solicitud de la BAAF, no recoge este antecedente. El diagnóstico citológico informa: PCN. Valorar carcinoma, valorar exéresis. Recibimos pieza quirúrgica que muestra lesión amarillenta, no encapsulada que abarca lóbulo tiroideo e istmo de 3cm. Se concluye con diagnóstico histológico de metástasis a tiroides de carcinoma de células renales, los estudios imagenológicos, son negativos sin otra localización tumoral. Se muestran imágenes histológicas de la pieza quirúrgica e inmunohistoquímica que confirman estos resultados.

Introducción

Metástasis tiroideas pueden ocurrir con mayor frecuencia de la esperada en pacientes con cáncer no tiroideo, y su diagnóstico puede hacerse por ultrasonografía y Biopsia Aspirativa con Aguja Fina en pacientes portadores de masas tiroideas¹. La glándula tiroides puede presentarse como el único sitio metastásico en raras ocasiones y sus consecuencias pueden ser modificadas si un oportuno diagnóstico temprano es hecho, contrariamente a lo que ocurre cuando se presenta en estadio avanzado del tumor maligno primario, en la que el pronóstico es muy desfavorable. La incidencia de metástasis tiroideas reportadas en estudios de pacientes con cáncer en autopsias es variable de con rangos de 2 -24%. Por estudios mediante BAAF las metástasis solo se detectan en menos de 1% de los diagnósticos de masas tiroideas en estudios sobre población general. La BAAF es una herramienta muy útil para diagnosticar metástasis tiroideas, incluso antes del diagnóstico del cáncer primario. 2 Entre las metástasis tiroideas, el carcinoma renal de células claras es el tumor primario más frecuente con incidencia de hasta un 50% de los casos, Carcinomas de colon, melanoma, pulmón y mama son reportados con frecuencia variable³. Macroscópicamente, dichas lesiones son frecuentemente masas circunscritas, solitarias y pueden simular neoplasias tiroideas primarias. Histológicamente la metástasis también puede ser un nódulo único. La semejanza con un tumor primario fuera del tiroides, es muchas veces patente en adenocarcinomas colónicos, melanoma pigmentado, carcinoma mamario, pero la metástasis de un carcinoma renal de células claras puede causar un dilema diagnóstico⁴. Desde el punto de vista clínico la mayoría de los nódulos tiroideos, aun en pacientes con cáncer extratiroideo, pueden ser benignos y no siempre metastásicos, pero el dato clínico-oncológico si debe estar plasmado en la solicitud de biopsia. También pueden ser malignos y representar un nuevo tumor primario^{5,6}. Las metástasis pueden alcanzar al tiroides por extensión directa de tumores en estructuras adyacentes, por diseminación linfática retrograda, o por vía hematógena. En carcinomas de laringe, faringe, traquea, y esófago, frecuentemente están involucradas múltiples áreas de la glándula. Extensión linfática retrograda es inusual, Metástasis hematógena al tiroides varían de acuerdo al tumor primario y pueden presentarse como masas tiroideas únicas.^{7,8,9} Clínicamente, independientemente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor primario, puede presentarse con manifestaciones clínicas variables como ronquera, disfagia o masa palpable asintomática, más raramente dolor como en las tiroiditis.

Material y Métodos

Estudiamos una paciente de 57 años de edad que acude a consulta multidisciplinaria de tiroides por masa tiroidea palpable asintomática, por lo demás con buen estado general, sin antecedentes familiares m., ni personales de padecimiento tiroideo previo y que ultrasonográficamente se constata nódulo hipocogénico en lóbulo tiroideo derecho, al que se le realiza Biopsia Aspirativa con Aguja Fina. En la BAAF se constatan conglomerados de células con citoplasma abundante y claro y núcleo grande, ovalado, moderadamente hiper cromático, con macronucleolo. A veces las células se muestran como núcleos desnudos o con citoplasma, algo granular. Las características nucleares no se corresponden con las características de un carcinoma papilar, en el informe citológico se plantea, positivo de células neoplásicas, Valorar carcinoma. Se concluye como Positivo de células Neoplásicas, Carcinoma sin especificar tipo de tumor. Se le realiza tiroidectomía total: Recibimos pieza quirúrgica que muestra lesión amarillenta, no encapsulada que abarca lóbulo tiroideo e istmo de 3cm, Se concluye con diagnóstico histológico de carcinoma de células claras, valorar metástasis a tiroides de carcinoma de células renales, sugiriendo realización de técnicas de Inmunohistoquímica para confirmar diagnóstico Al conocer el diagnóstico y realizar un adecuado interrogatorio, se refiere el antecedente de haber sido nefrectomizada hace diez años con diagnóstico de carcinoma renal de células claras, con intervalo libre de enfermedad desde entonces. Se realizan estudios radiográficos y ultrasonográficos para valorar estadio de la enfermedad neoplásica, siendo todos negativos.

Resultados y Discusión

Tanto las laminas citológicas del BAAF, como bloques de parafina son enviados al CENRAP para confirmación diagnóstica.

Ante un tumor de células claras en tiroides, pueden ser cuatro los planteamientos diagnósticos: lesiones foliculares primarias con células claras, carcinoma medular, tumor paratiroideo y carcinoma renal metastásico

Las células foliculares en el tiroides pueden sufrir una variedad de cambios metaplásicos: escamosos, oncocíticos, y ocasionalmente células claras. Las células claras pueden ser causadas por formación de vesículas intracitoplasmáticas, acumulación de glicógeno, acumulación de grasa o depósito de Tiroglobulina intracelular. Las neoplasias de células claras tiroideas de origen folicular forman un espectro de tumores, algunos papilares, otros foliculares y hasta anaplásicos. Frecuentemente las células oncocíticas son encontradas en estrecha relación con células claras. Algunos de los tumores foliculares de células claras son benignos, y algunos de estos son lesiones distintivas mostrando células en anillo de sello, denominados adenomas en anillo de sello.

Células claras pueden verse en aspirados de lesiones tiroideas benignas, ya sea bocio, Enf. De Graves, tiroiditis de Hashimoto, o adenomas foliculares, pero son mucho más comunes en tumores tiroideos malignos

El mayor diagnóstico diferencial desde el punto de vista citológico son las metástasis, fundamentalmente de origen renal. Tinciones para lípidos neutros, y glucógeno son usualmente positivas en el carcinoma de células renales, pero usualmente negativas en carcinoma tiroideo de células claras. Tinciones de Tiroglobulina solo serían positivas para tumores tiroideos primarios. Otras posibles causas de carcinoma de células claras incluirían, carcinoma de pulmón, glándula salival y paratiroides^{10,11}.

Raramente, tumores de origen folicular muestran células claras debido a la acumulación de grasa intracitoplasmática, o depósito de Tiroglobulina intracelular¹²

Varios autores estiman la incidencia de tejido paratiroideo intratiroideo hasta en un 0.2%. En raras ocasiones dichas glándulas pueden estar afectadas por hiperplasia o neoplasia, e hiperparatiroidismo puede resultar. Si el tumor es sólido este puede presentar una cito morfología de célula clara y confundirse con una neoplasia tiroidea primaria

La frecuencia de cáncer renal metastásico teniendo como único sitio al tiroides parece desproporcionada a la frecuencia de carcinoma renal.

La metástasis renal puede ser la manifestación inicial de la neoplasia renal y la metástasis tiroidea puede ser solitaria y representar el único sitio de de diseminación de la enfermedad. En pacientes con una historia de cáncer renal., el intervalo de tiempo entre la resección de la neoplasia renal inicial y la metástasis tiroidea puede ser de muchos años. La distinción histológica entre tumor tiroideo de células claras y cáncer renal en el tiroides puede ser bastante difícil. Tinciones Inmunohistoquímicas para Tiroglobulina, entre otras, aclaran esta duda diagnóstica

La Inmunohistoquímica arroja resultados negativos para Tiroglobulina que descartan tumor primario tiroideo de células claras.¹³ Por su cito morfología, y patrón de crecimiento característico de carcinoma de células renales clásico y con el antecedente oncológico previo, se concluye como metástasis tiroidea selectiva de carcinoma renal de células claras, a los diez años del diagnóstico del tumor primario .

El seguimiento clínico de la paciente, un año y medio posterior a la intervención quirúrgica tiroidea, pone de manifiesto que continua con buen estado general y, sin aparición de nuevas metástasis.

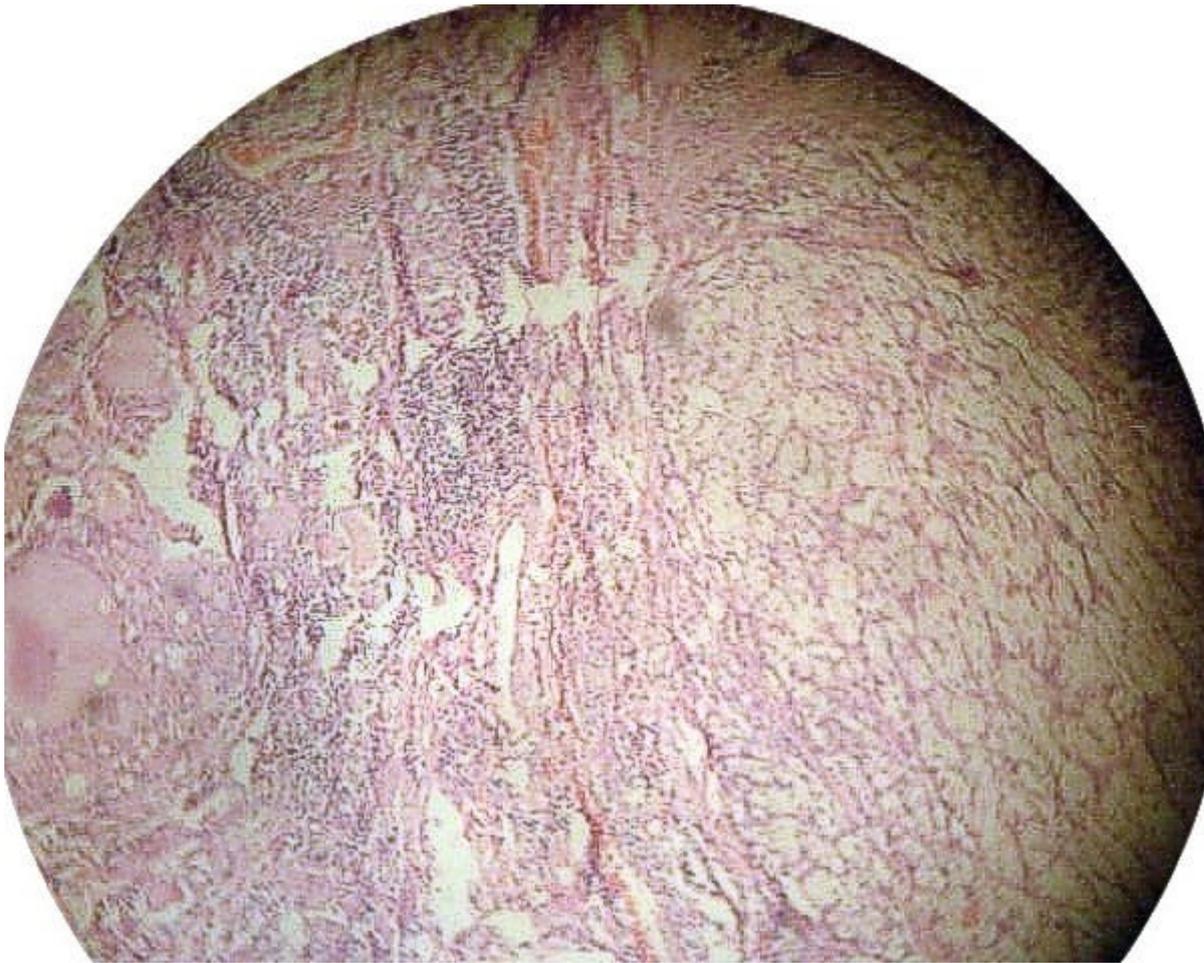


Figura 1. Ilustración panorámica de la coexistencia de tejido tiroideo no tumoral con tumor metastásico de células claras de origen renal.

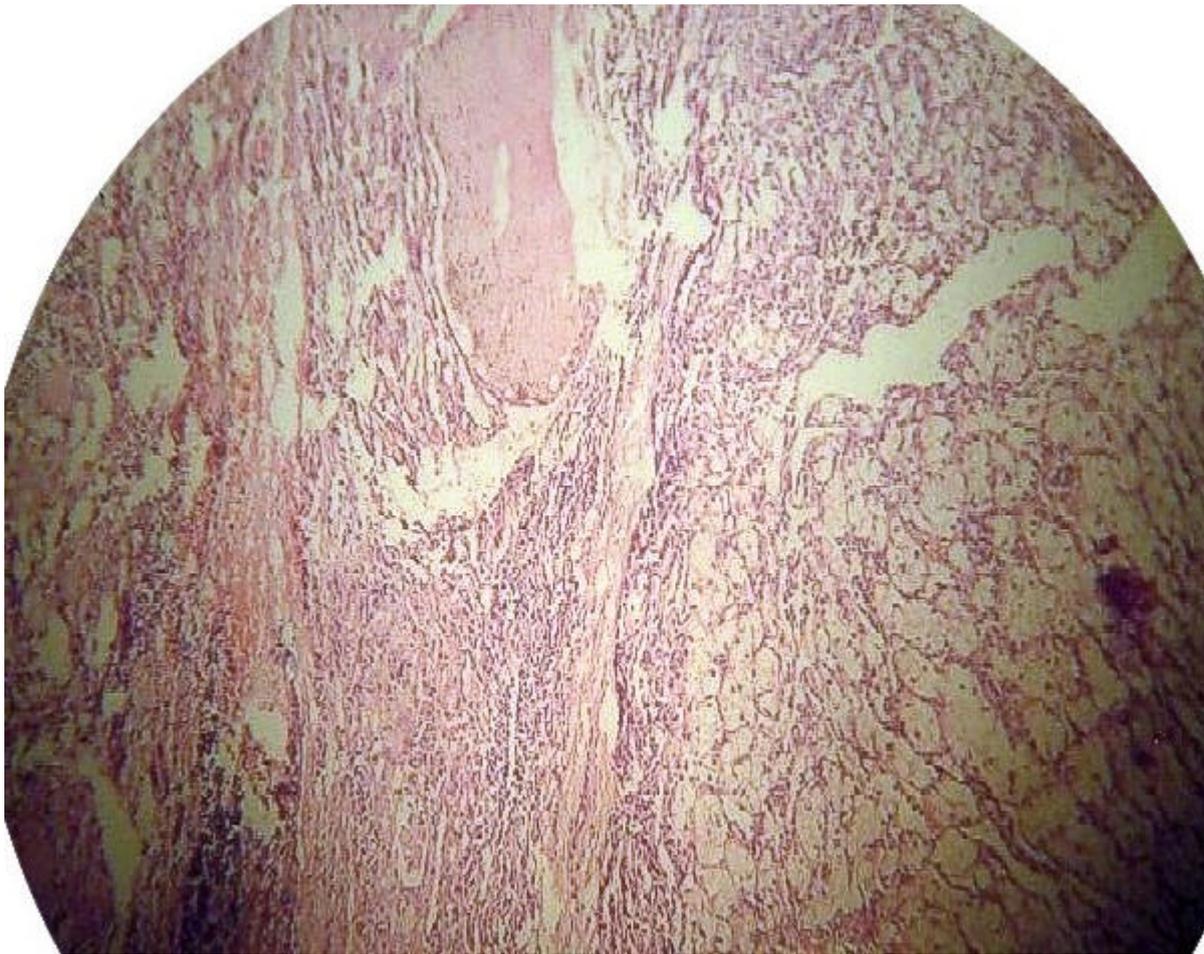


Figura 2. Ilustración panorámica de la coexistencia de tejido tiroideo no tumoral con tumor metastásico de células claras de origen renal.

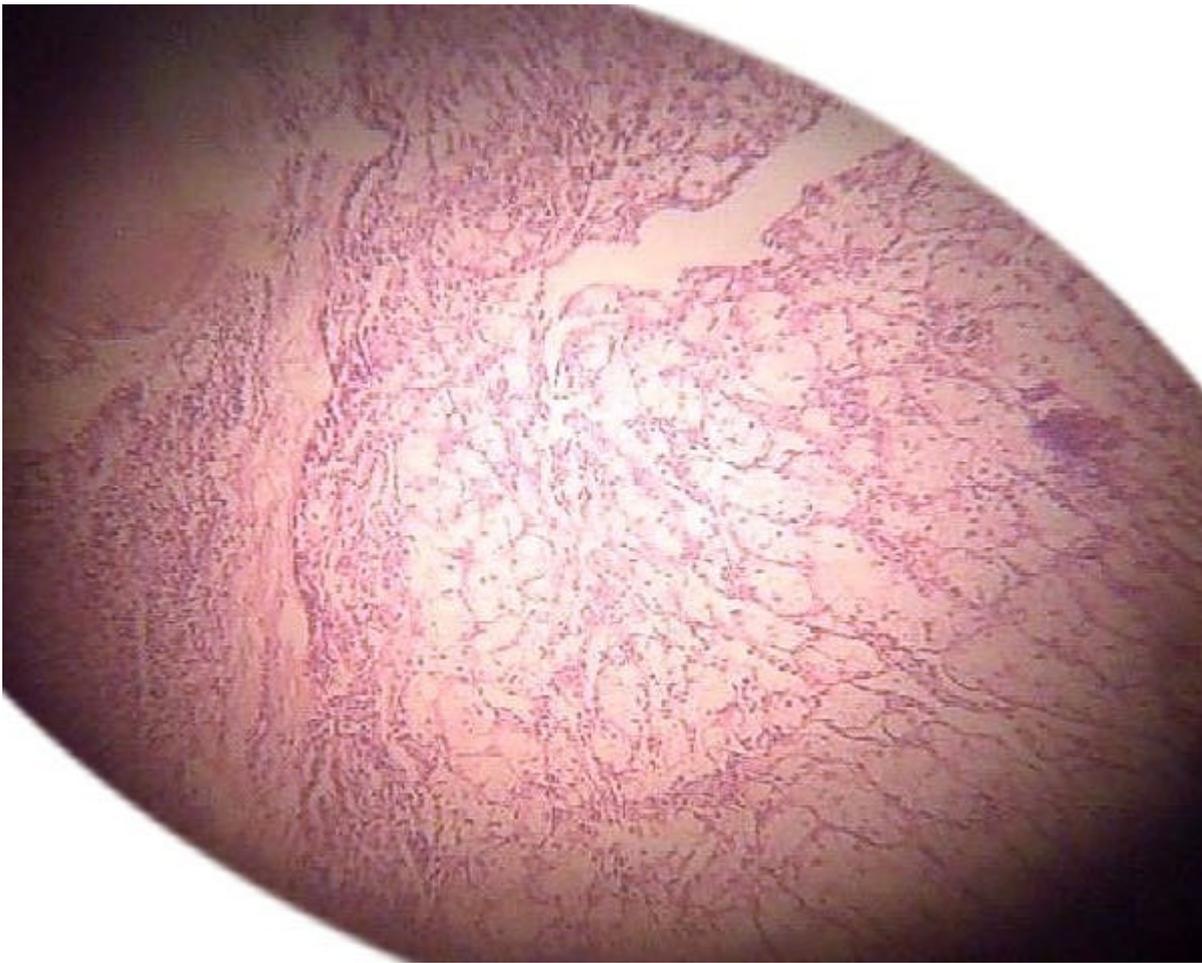


Figura 3. Imagen a mayor magnificación de la metástasis con el patrón de crecimiento típico del carcinoma renal de células claras.

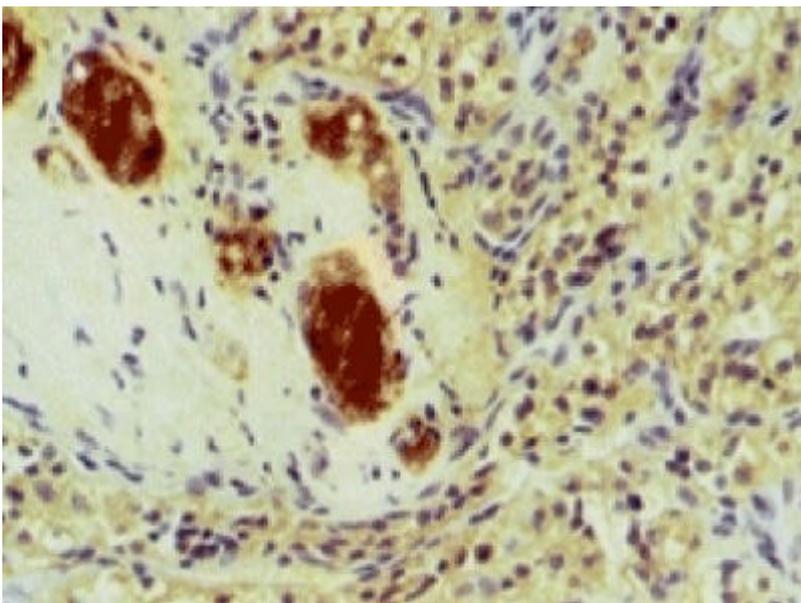


Figura 4. Tinción inmunohistoquímica para Tiroglobulina resalta folículos tiroideos atrapados intensamente inmunorreactivos.

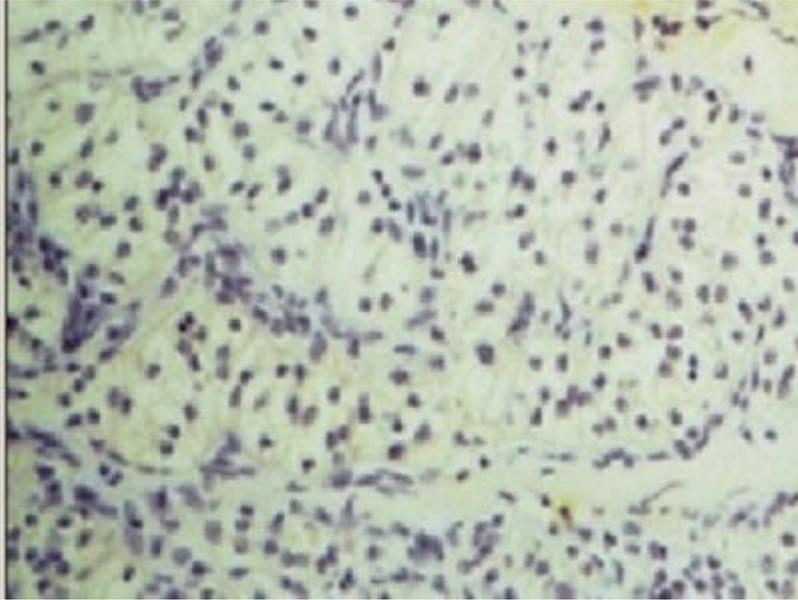


Figura 5. Tinción Inmunohistoquímica para Tiroglobulina, negativa en la lesión metastasica de células claras

Conclusiones

La metástasis a tiroides, puede presentarse como masa tiroidea palpable, incluso asintomática, siempre debe tenerse en cuenta la conducta impredecible del tumor primario y la importancia de la información clínica adecuada para rendir un diagnóstico rápido y adecuado. Aunque la mayoría de los casos con metástasis tiroidea tienen un mal pronóstico, en aquellos pacientes con metástasis limitada a la glándula tiroides, la resección quirúrgica agresiva resultará beneficiosa para aumentar la sobrevida.

El diagnóstico de metástasis debe considerarse siempre que la histología sea inusual para un tumor tiroideo primario.

Bibliografía

- 1-Shi-Yi lim et al,(2002). Diagnosis of thyroid metastasis in cancer patient with thyroid mass by fine Needle Aspiration Cythology and Ultrasonography. Clinical Medical Journal. Taipei;65:101-105
- 2-CE Anderson, KM McLaren. (2003) Best Practice in Thyroid Pathology N^o 171. Clin Pathol;56: 401-405
- 3-Rosai J, Carcangiu ML, De Lellis RA. (1992). Tumors of the thyroid gland. Atlas of tumor pathology 3^{er}d series. Fascicle 5. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology:
- 4- Carcangiu ML(1990).DeMay Secondary tumors of thyroid DeMay Arts Science of Cytopathology
- 5-Fanning (1986) DeMay Secondary tumors of thyroid DeMay Arts Science of Cytopathology
- 6-Chacho (1987) DeMay Secondary tumors of thyroid DeMay Arts Science of Cytopathology
- 7-Elliott RHE, Frantz VK. (1960) Metastatic carcinoma masquerading as primary thyroid cancer. A report of autor 14 cases. Ann Surg;151:551-561
- 8-Ivy HK.(1984) Cancer metastatic to the thyroid gland: a diagnostic problem. Mayo Cli Proc.; 59:856-859
- 9-Czech JM, Lichtor TR, Camey JA. (1982) Neoplasms metastatic to the thyroid gland. Surg Gynecol Obstet.;155:503-505
- 10- Carcangiu ML(1985) Secondary tumors of thyroid DeMay Arts Science of Cytopathology
- 11-Kaur (1991) Secondary tumors of thyroid DeMay Arts Science of Cytopathology
- 12-Harach (1991) Secondary tumors of thyroid DeMay Arts Science of Cytopathology

13-Uchida G, Nakayama I, Nojuchi S.An(1989). Inmunohistochemical study of cytokeratin and vimentin in benign and malignant thyroid lesions. Acta Pathol;39:169-175

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28