

# Metástasis tiroidea tardía de carcinoma renal

## *Late metastasis of renal cell carcinoma to the thyroid gland*

**Carlos Sánchez Rodríguez, Julián Oñate Celdrán, Francisco Miguel González Valverde\*, Mariano Tomás Ros, Emilio Peña Ros, Luis Oscar Fontana Compiano**

*Servicio de Urología. \* Servicio de Cirugía General. Prof. Asociado del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.*

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales tipo célula clara (CRCC) es un tumor maligno de comportamiento casi impredecible, que puede metastatizar en múltiples órganos incluidos el pulmón, hígado, piel, hueso, cerebro y localizaciones tan inusuales como laringe, cavidad nasal, encía o tiroides, pudiendo ocurrir tanto antes como -menos frecuentemente- después del descubrimiento del tumor primario<sup>1</sup>.

Su manifestación clínica habitual es un aumento difuso no doloroso de la glándula. Para su diagnóstico, la gammagrafía tiroidea descubre la presencia de un nódulo frío o la amputación parcial o total de la glándula, y la punción aspiración con aguja fina (PAAF) muestra células malignas. La función tiroidea no se suele alterar, apareciendo hipertiroidismo en menos del 20% de los casos<sup>2</sup>. En el caso que presentamos, la lesión se presentó como nódulo tiroideo palpable.

### CASO CLÍNICO

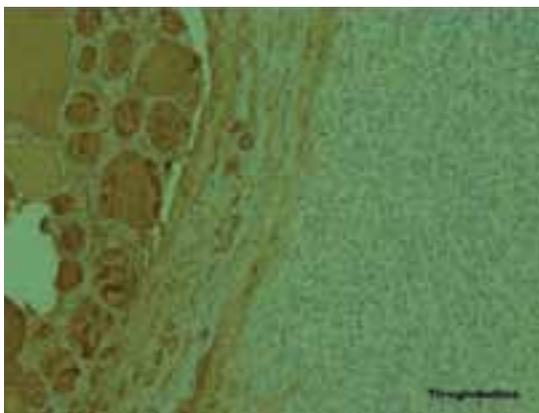
Mujer de 69 años intervenida para nefrectomía radical izquierda por un tumor de células claras sin invasión perirrenal ni afectación de vena (pT2bN0M0). Seis años después de la intervención, con controles previos dentro de la normalidad, la paciente consultó por notar un aumento progresivo del tamaño del tiroides en los dos últimos meses, no acompañado de clínica compresiva ni de disfunción hormonal. A la exploración se apreciaba un nódulo tiroideo izquierdo muy lateralizado, de consistencia dura y móvil.

La ecografía de tiroides (**Figura 1**) visualizó una glándula aumentada de tamaño, especialmente en lóbulo izquierdo, que se correspondía con el bultoma palpable, de 3x3,5 cm. Presentaba ecogenicidad heterogénea, con áreas quísticas e imágenes nodulares con zonas de calcificación, indicativo todo ello de bocio multinodular con mayor crecimiento de lóbulo izquierdo.

La PAAF de la lesión informó de proliferación folicular sospechosa de malignidad, por lo que se indicó la tiroidectomía total. El estudio histológico informó de metástasis tiroidea de carcinoma renal de células claras. Las técnicas de inmunohistoquímica mostraron positividad PAS y negatividad para TTF-1, CD-31 y tiroglobulina (**Figura 2**). Actualmente, tras 4 años de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin recidiva de la enfermedad.



**Figura 1.** Nódulo tiroideo de 3 cm de diámetro que provocaba crecimiento del lóbulo izquierdo y fue interpretado como bocio plurinodular.



**Figura 2.** Metástasis tiroidea de un carcinoma renal de células claras: neoplasia de morfología tubular sin material colóide en su interior y tapizados por células de citoplasma ampliamente vacuolado con morfología de célula clara, sin atipia nuclear y ausencia de mitosis. Tiroglobulina negativa, X40.

## DISCUSIÓN

A pesar de la rica vascularización de la glándula tiroidea, la incidencia de metástasis a su nivel no es muy elevada<sup>3,4</sup>. En estudios realizados en autopsias, la afectación secundaria de tiroides por una neoplasia se debe con mayor frecuencia a la extensión directa desde órganos vecinos<sup>4,5</sup>. En el caso de metástasis a distancia, los tumores primarios suelen estar situados en mama, pulmón, tracto gastrointestinal, melanomas, linfomas, leucemias y por último en el riñón<sup>4</sup>. Sin embargo, en el caso de estudios clínicos, el CRCC es junto al pulmón el primario más frecuente<sup>3,6</sup>.

El carcinoma de células claras es el tumor de riñón más frecuente, constituye aproximadamente el 2-3% de las neoplasias malignas del adulto y aparece principalmente en varones en la quinta-sexta década de la vida<sup>5,7</sup>. Metastatiza por orden de frecuencia en pulmones, hueso, suprarrenales e hígado. La incidencia de metástasis tiroideas por un CRCC varía desde el 5-12% como hallazgo incidental en autopsias hasta el 33% de algunas series clínicas. Para autores como Chen<sup>1</sup> y Porcell<sup>8</sup>, el CRCC es el tumor que más comúnmente metastatiza en el tiroides, llegando al 50% de los casos<sup>3</sup>. Algunos autores han sugerido que las metástasis ocurren con más frecuencia sobre lesiones neoplásicas preexistentes, basándose en diversos mecanismos aún no bien demostrados<sup>8,9</sup>.

Las metástasis tiroideas debidas a un CRCC pueden ser la primera manifestación de la neoplasia o bien, como ocurrió en nuestro caso, presentarse tras un largo período silente desde la nefrectomía<sup>4</sup>. Ambas situaciones pueden inducir fácilmente a un diagnóstico clínico-radiológico erróneo de neoplasia primaria tiroidea.

El problema diagnóstico también se complica a la hora del estudio histológico ya que en el tiroides se ven células claras con relativa frecuencia, siendo éste un acontecimiento secundario que ocurre en procesos no neoplásicos y neoplásicos (tumores foliculares, papilares, de células de Hürthle, etc.), si bien no existe el carcinoma de células claras de tiroides como entidad específica<sup>4</sup>.

La mejor herramienta de laboratorio disponible para hacer un buen diagnóstico diferencial es la inmunohistoquímica. Los CRCC son positivos a pancitoqueratinas, citoqueratinas de bajo peso 8, 18,19, al antígeno de la membrana celular epitelial (EMA), vimentina (de forma variable), al antígeno de carcinoma de células renales y a CD10; y negativos a citoqueratinas 7 y 20, marcadores neuroendocrinos (cromogranina, sinoptofisina, péptido intestinal vasoactivo, insulina, péptido pancreático), inhibina, tiroglobulina, TTF1, CEA, beta-catemina, CD-31 y HMB45<sup>5,7</sup>.

Al valorar la tinción con tiroglobulina es importante tener presente que los tumores tiroideos pueden contener en ocasiones muy poca tiroglobulina y, por otra parte, puede haber atrapamiento de folículos tiroideos por la metástasis y el artefacto por difusión y absorción pasiva de tiroglobulina que produce falsos positivos<sup>4,6</sup>.

Ante nódulos metastáticos solitarios en tiroides, el tratamiento de elección es la extirpación total del

tiroides con o sin linfadenectomía cervical asociada. Si se trata de una enfermedad más extendida se aconseja tratamiento paliativo, ya que la supervivencia es muy corta. La supervivencia parece aumentar en los casos en que la metástasis es posterior al diagnóstico del tumor primario<sup>3</sup>. En los que debutan clínicamente con la metástasis, la mayoría de estadios locales a nivel renal y tiroideo son a los pocos meses una enfermedad diseminada, al igual que si se detectan mecanismos de compresión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chen H, Nicol TL, Udelsman R. Clinically significant, isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg.* 1999; 23:177-81.
2. Bujons A, Pascual X, Rosales A. Thyroid metastasis of a renal carcinoma. Case report. *Arch Esp Urol.* 2006; 59: 811.
3. González Piñeiro A, Higuero Grosso A, García Lorenzo F, y cols. Metástasis en tiroides. *Cir Esp.* 2000; 68:135-8.
4. Rosai J, Carcanju ML, Delellis RA. Tumours of the thyroid gland, Atlas of tumour pathology, third series; 183-184 and 289-296. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1992.
5. Heffess CS, Wenig BM, Thompson LD. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland. A clinico-pathologic study of 36 cases. *Cancer* 2002; 95:1869.
6. Dequanter D, Lothaire P, Larsimont D, y cols. Intrathyroid metastasis: 11cases. *Ann. Endocrinol.* 2004; 65:20.
7. Murphy WM, Grignon DJ, Perlman EJ. Tumors of the kidney, bladder and related urinary structures, Atlas of tumor pathology, fourth series; 109-159. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 2004.
8. Porcell AI, Hitchcock CL, Keyhani-Rofagha S. Use of immunohistochemistry in fine needle aspiration of thyroid nodules in patients with a history of malignancy. *Acta Cytol.* 2000; 44:393-8.
9. Koo HL, Jang J, Hong SJ, y cols. Renal cell carcinoma metastatic to follicular adenoma of the thyroid gland. A case report. *Acta Cytol.* 2004; 48:64-8.
10. Van Der Poel HG, Roukema JA, Horenblas S. Metastasectomy in renal cell carcinoma: A multicenter retrospective análisis. *Eur. Urol.* 1999; 35:197.