

Hallazgo incidental de metástasis de carcinoma de tiroides en disección de cuello por carcinoma de laringe

Incidental finding of metastasis due to thyroid's carcinoma in a neck dissection by larynx carcinoma

Zeila Omar Robert^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-9285-6997>

Yorgenis Delfino Moraga² <http://orcid.org/0000-0002-3732-2666>

América Beatriz Camejo Carbonell¹ <http://orcid.org/0000-0003-1750-3774>

Lucy Naranjo Payás¹ <http://orcid.org/0000-0001-9275-9417>

Rafael Manuel Neyra Barros¹ <http://orcid.org/0000-0001-8172-8199>

¹Hospital Oncológico Docente “Conrado Benítez García”. Santiago de Cuba.

²Hospital Infantil Sur “Antonio María Béguez César”. Santiago de Cuba.

*Autor para la correspondencia: zeila.omar@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: El fenómeno de las neoplasias primarias múltiples se ha descrito en cabeza y cuello, de forma metacrónica y sincrónica.

Caso Clínico: Hombre de 54 años, piel negra y procedencia rural con carcinoma escamoso de laringe T3N1M0, etapa III, que en disección de cuello se encontró incidentalmente metástasis ganglionar de carcinoma papilar de tiroides, sin evidencia clínica de lesión tiroidea. Luego se realizó ecografía y gammagrafía de la glándula cuyos resultados no mostraron alteración alguna.

Conclusiones: El carcinoma de tiroides es hallado incidentalmente en el espécimen resecado después de cirugía por cáncer de cabeza y cuello en 0,3 – 1,9 % de los pacientes. Por este motivo debe evaluarse bien la glándula tiroides previo a cualquier cirugía de cabeza y cuello.

Palabras clave: carcinoma de tiroides; metástasis cervical; disección selectiva de cuello.

ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of multiple primary neoplasms has been described in the head and neck in a synchronous and metachronous way.

Clinical case: A 54 years old man, black skin and rural origin with a T3N1M0 larynx squamous cell carcinoma, stage III that in a neck dissection was incidentally found a node metastasis of papillary thyroid carcinoma, without clinical evidence of thyroid lesion. This was followed by ultrasound and nuclear scan of the gland, whose results did not show any alteration.

Conclusions: The thyroid carcinoma is found incidentally in the resected specimen after surgery by head and neck cancer in 0.3 - 1.9 % of patients.

The thyroid gland must be well assessed after head and neck surgery.

Keywords: thyroid carcinoma; cervical metastasis; selective neck dissection.

Recibido: 15/01/2020

Aceptado: 17/03/2020

Introducción

Al igual que el acto clínico, la investigación médica -cuya frenética actividad crece de día en día- tiene como objeto mejorar la salud. Esto obliga a que los médicos busquemos una continua puesta al día para llevar a la cabecera del paciente lo último que hemos

aprendido, seguido siempre del aforismo clásico: *primum non nocere*. La máxima nos pone frente a la necesidad de no sobre diagnosticar (para no sobre tratar), así como evitar lo contrario. Este difícil equilibrio, objeto de la medicina de precisión, es fundamental en el manejo del paciente con cáncer de tiroides.⁽¹⁾

La forma de presentación más frecuente del cáncer de tiroides se muestra como un nódulo en la glándula, aunque en ocasiones suelen aparecer adenopatías metastásicas. En cuanto a la diseminación metastásica a distancia, esta es la causa más frecuente de muerte en los pacientes con cáncer de tiroides.^(2,3)

La afectación de los ganglios linfáticos es más frecuente en el nivel VI, seguido de los niveles II, III y IV. Las metástasis ganglionares únicas del cáncer de tiroides al espacio retrofaríngeo y parafaríngeo son muy infrecuentes, y se deben a la migración de las células a través de la vía directa de drenaje linfático descrita por Rouvière.⁽⁴⁾

Otra forma en la que han sido reportados los carcinomas de tiroides es de forma incidental en adenopatías cervicales, durante una disección de cuello por algún otro tumor primario, o sea, de forma sincrónica. El fenómeno de las neoplasias primarias múltiples en un mismo individuo fue descrito inicialmente por Billroth a finales del siglo XIX, pero fue Warren quien enunció por primera vez en el año de 1932 los criterios diagnósticos para definirlos. Se han propuesto muchas teorías para explicar el origen de las neoplasias múltiples, pero ninguna ha sido probada, aunque los principales factores de riesgo parecen ser el mal hábito de fumar y la historia familiar. Estas pueden ser metacrónicas cuando aparecen separadas en el tiempo por un período mayor que 6 meses, y sincrónicas cuando son diagnosticadas en un período menor, o al mismo tiempo.⁽⁵⁾

En este trabajo presentamos el caso de un paciente con un sincronismo tumoral de carcinoma escamoso de laringe y carcinoma papilar de tiroides, este último diagnosticado incidentalmente en la disección cervical, sin que apareciera evidencia de tumor en la glándula.

Caso clínico

Paciente masculino, de 54 años, piel negra, procedencia rural, con antecedentes de hipertensión arterial con tratamiento regular. Acude a consulta de ORL por presentar disfonía de 5 meses de evolución y molestias al tragar. Se le realiza biopsia que informa carcinoma de células escamosas bien diferenciado. Se inscribe con este diagnóstico y se evalúa en consulta multidisciplinaria.

Examen físico de VADS: Lesión vegetante supraglótica y glótica en cuerda vocal derecha, con parálisis de la misma, y estenosis de la luz glótica. Cuello: Adenopatía en nivel III izquierdo de 2 cm dura, movable, no dolorosa.

Ecografía cervical: LI mide 10 x 11 x 32 mm; LD mide 12 x 12 x 36 mm; istmo mide 7 mm. Ecotextura de la glándula conservada. TIRADS 1. Adenopatía yugular derecha quística con pérdida del hilio de 15 mm de aspecto metastásico.

TAC contrastada de cabeza y cuello a cortes de 3 mm: Masa tumoral hiperdensa de 77UH, que mide 3,7 x 2 cm hacia la derecha de la laringe que estenosa la luz de la misma. Adenopatía de aspecto metastásico de 18 mm en nivel III izquierdo (Fig. 1).

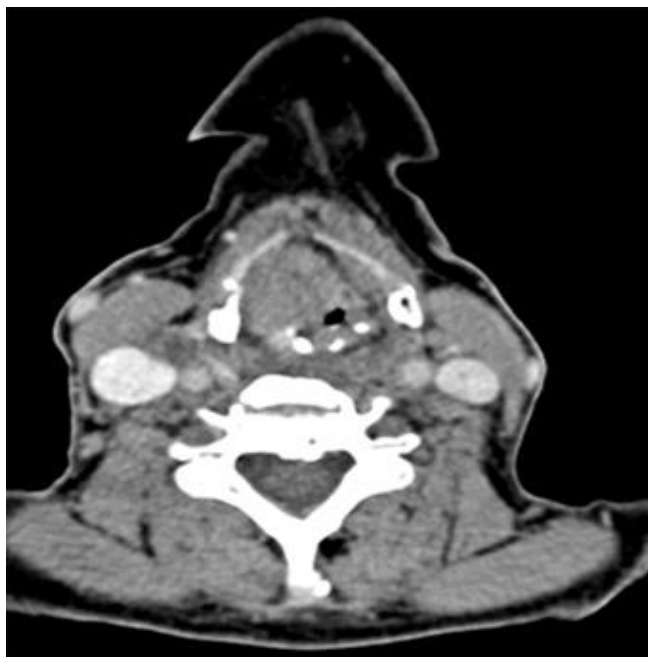


Fig. 1 - Imagen de TAC donde se observa imagen tumoral que ocluye la luz glótica.

Resto de los complementarios de extensión: Hemoquímica, Rx de tórax, USD abdominal, sin alteraciones.

Con estos datos se concluye como un carcinoma escamoso de laringe T3N1M0 etapa III y se planifica tratamiento quirúrgico (laringectomía total y disección funcional de cuello, derecha y selectiva de los niveles II al IV izquierdo).

Durante el acto quirúrgico se hallan adenopatías múltiples en los niveles III y IV derechos. No había extensión a subglotis, por lo cual no fue necesario reseca la glándula tiroides (Fig. 2).

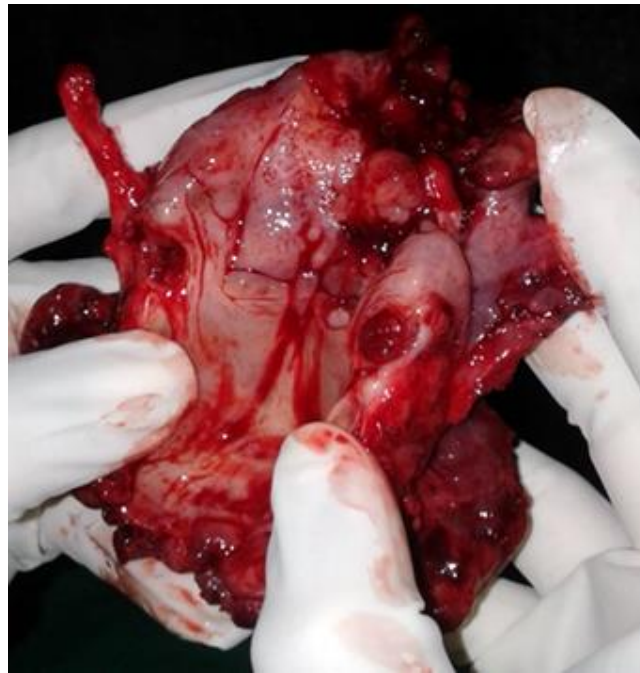


Fig. 2 - Pieza quirúrgica donde se observa tumor glótico-supraglótico que pasa la línea media.

Biopsia postoperatoria

Carcinoma de células escamosas bien diferenciado de laringe, ulcerado y con necrosis. Tamaño: 3 x 2 cm. Localización: Cuerda vocal derecha, banda ventricular derecha. Extensa reacción inflamatoria. Bordes de sección quirúrgica libres de tumor. No invasión vascular sanguínea, infiltra tejido muscular.

Cuello derecho: Se estudian 32 ganglios, de ellos 10 con metástasis de carcinoma papilar de tiroides y 3 ganglios con metástasis de carcinoma de células escamosas. No extensión extracapsular.

Cuello izquierdo: Se estudian 26 ganglios, ninguno con metástasis.

Al mes de la cirugía se le realizó gammagrafía tiroidea, no encontrándose nódulos en la glándula, por esto se decidió en colectivo, y teniendo en cuenta los factores de mal pronóstico del cáncer laríngeo, realizar primeramente tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia para el carcinoma de laringe, y luego reintervenir para realizar tiroidectomía total.

El paciente recibió 60 Gy de radioterapia con acelerador lineal concurrente con cisplatino a 100 mg/m² de superficie corporal cada 21 días x 3 ciclos.

En la consulta de seguimiento, al mes de terminada la adyuvancia se observa lesión menor que 1cm a nivel del traqueostoma en la pared posterior de la tráquea. Se toma biopsia por ponche que informa recidiva tumoral de carcinoma de células escamosas bien diferenciada.

Con criterios de irresecabilidad de la lesión se decide tratamiento paliativo, pero no fue tributario de tratamiento sistémico por presentar alteración de la función renal y hepática. El paciente evoluciona desfavorablemente y requirió 3 ingresos por falta de aire, debido al crecimiento del tumor periestomal. Fallece 2 meses después de haberse diagnosticado la recurrencia tumoral a causa de insuficiencia respiratoria obstructiva.

Discusión

La ocurrencia de dos tumores sincrónicos de diferentes orígenes en la región de cabeza y cuello es rara. El carcinoma de tiroides es hallado incidentalmente en el espécimen resecado después de cirugía por cáncer de cabeza y cuello en 0,3 – 1,9 % de los pacientes.⁽⁶⁾

En nuestra investigación encontramos varios autores que reportaron su experiencia al respecto, entre los más relevantes, el de *Yamamoto*⁽⁷⁾ que presentó una serie de 148 pacientes con carcinoma escamoso de cavidad oral, a los que se les realizó disección de cuello. En tres de estos pacientes se encontró metástasis ganglionar de carcinoma papilar de tiroides, con glándula tiroides, sin evidencia de tumor y se les dio seguimiento, sin que apareciera tumor en los primeros 5 años, por este motivo, en su investigación, él lo asocia a posible tejido ectópico ganglionar, y no a metástasis en sí.

Perie⁽⁸⁾ presentó un estudio de 349 disecciones de cuello por carcinoma escamoso de cabeza y cuello sin sospechas de carcinoma de tiroides, entre las cuales se encontró metástasis de carcinoma de tiroides en 21 casos, para una incidencia de 7,9 %, lo cual representa más de lo descrito en la literatura. De ellos se decidió practicar tiroidectomía en 5 pacientes, y 13 recibieron radioterapia posterior.

Resta y otros⁽⁹⁾ presentaron 8 casos de metástasis incidentales de carcinoma de tiroides en ganglios linfáticos en pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello sin signos de enfermedad tiroidea, de los cuales 6 tenían diagnóstico de carcinoma de laringe, y a 4 de ellos no se le realizó tiroidectomía. También plantean que el tratamiento lo decidirá el tumor más agresivo.

Gilbert y otros⁽¹⁰⁾ investigaron 2538 disecciones de cuello y encontraron 28 casos (1,1 %) de metástasis incidental de carcinoma de tiroides, y también la mayoría de estos fueron operados por cáncer de laringe.

Conclusiones

El carcinoma de tiroides es hallado incidentalmente en el espécimen resecado después de cirugía por cáncer de cabeza y cuello en 0,3 – 1,9 % de los pacientes. Por este motivo debe evaluarse bien la glándula tiroides previa cirugía de cabeza y cuello.

Con todo lo expuesto concluimos que, aunque sea baja la incidencia, existe la posibilidad de sincronismo tumoral entre cualquier tumor de cabeza y cuello y carcinoma de tiroides, así como la incidencia fortuita de tejido tiroideo maligno en adenopatías cervicales, con presencia o no de tumor tiroideo. Por lo que debemos pensar siempre en esa posibilidad.

Referencias bibliográficas

1. Galofré JC. Incidencia de cáncer de tiroides: el descubrimiento del iceberg oculto. Rev End Dia Nut. [Internet]. 2017 (citado: 31/05/2018);(64)6:285-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-incidencia-cancer-tiroides-el-descubrimiento-S2530016417301192>
2. Hirsch D, Levy S, Tsvetov G, Gorshtein A, Slutzky-Shraga I, Akirov A. Long-term outcomes and prognostic factors in patients with differentiated thyroid cancer and distant metastases. Endocr Pract. 2017 Oct;23(10):1193-200.
3. González E, Flores B, Pérez CV, Miguel J, Chaves A, Illán F, et al. Carcinoma de tiroides incidental versus no incidental: presentación clínica, tratamiento quirúrgico y pronóstico. Endocrinol. Nutr. 2016;63(9):475-81. DOI: 10.1016/j.endonu.2016.05.009
4. García A, María D, Balsalobre S, Carrillo MJ. Metástasis parafaríngea de carcinoma oculto de tiroides. Rev.Cir.Esp. [Internet]. 2017 (citado: 31/05/2018);95(1):44. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulometastasis-parafaringea-carcinoma-oculto-tiroidesS0009739X16000658>
5. Guerra JL, González J, Bosque Diego O, Flores YI, Rodríguez J, Jiménez JJ. Combinación poco frecuente de neoplasias múltiples sincrónicas. Rev Cub Cir. [Internet]. 2016 Jun (citado: 31/05/2018);55(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000200010&lng=es.
6. Olthof DC, Bun RJ, Dutrieux RP, Houdijk AP. An unexpected finding in the resection specimen of a carcinoma of the oral cavity: A case report. Int J Surg Case Rep. [Internet]. 2016 (citado: 12/06/2018);19:55–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756081/>
7. Yamamoto T, Tatemoto Y, Hibi Y, Ohno A, Osaki T. Thyroid carcinomas found incidentally in the cervical lymph nodes: do they arise from heterotopic thyroid tissues? J Oral Maxillofac Surg. 2008 Dec;66(12):2566-76.

8. Périé S, Torti F, Lefevre M, Chabbert-Buffet N, Jafari A, Lacau J, et al. Incidental cervical metastases from thyroid carcinoma during neck dissection. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck. [Internet]. 2016 (citado: 21/06/2018);133(6):383-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879729616301272?via%3Dihub>
9. Resta L, Piscitelli D, Fiore MG, Nicola VD, Fiorella AM, Altavilla A. Incidental metastases of well-differentiated thyroid carcinoma in lymph nodes of patients with squamous cell head and neck cancer: eight cases with a review of the literature. Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2004;261:473–8.
10. Gilbert M.R., Kim S. Incidental thyroid cancer found during surgery for head and neck squamous cell carcinoma. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2012;147(4):647–53.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Contribución de los autores

Zeila Omar Robert (concepción de la investigación, revisión bibliográfica, dirección del equipo de investigación, redacción y confección del informe).

Yorgenis Delfino Moraga (revisión bibliográfica y redacción del informe)

América Beatriz Camejo Carbonell (redacción del informe)

Lucy Naranjo Payás y Rafael Manuel Neyra Barros (confección del informe final)