



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-046 - METÁSTASIS DE UN CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS SOBRE UN ADENOMA FOLICULAR TIROIDEO. REPORTE DE UN CASO

Esmaili Ramos, Mahur; Balsa Marín, Tomás; García Sánchez, Felipe; Broekhuizen Benítez, Javier; Cano Pecharromán, Esther María

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: El carcinoma renal de células claras (CRCC) representa entre un 2-3% de las neoplasias malignas del adulto. Su evolución es muy variable, tiene gran capacidad metastásica y el principal tratamiento es la nefrectomía total. Un tercio de los pacientes desarrollarán metástasis, siendo las más habituales pulmón, hueso, hígado, SNC y glándulas suprarrenales. Las metástasis únicas de CRCC en el tiroides son infrecuentes (1%) con alrededor de 150 casos descritos en la literatura^{2,3,5}. Presentamos un caso de una paciente con metástasis tiroidea de un CRCC sobre un adenoma folicular previo, 6 años post nefrectomía.

Caso clínico: Mujer de 66 años, con antecedentes de dislipemia y exfumadora, sometida a una nefrectomía laparoscópica tras el hallazgo de un CRCC derecho. En un TAC previo, se detecta un nódulo en el lóbulo tiroideo derecho con criterios de benignidad. La ecografía demostró una lesión mixta de 20 × 19 mm, sin calcificaciones y con vascularización periférica. La PAAF detectó la presencia de células foliculares con ocasional solapamiento nuclear y material coloide. Se optó por el seguimiento anual. Sin embargo, cinco años después, la ecografía describe un nódulo TIRADS-4a de 22,5 × 31 × 43 mm, sólido, hipoecogénico, con bordes bien definidos y vascularizado. Se llevó a cabo una hemitiroidectomía derecha reglada. La tumoración estaba formada en un 80% por células de citoplasma claro positivas para CD10, RCC y negativas para tiroglobulina factor de transcripción tiroideo (TTF-1), CK7 y CK19. En la periferia existían células de aspecto folicular y folículos de tamaño variable. El informe concluyó que se trataba de un adenoma folicular con metástasis de un CRCC. No se hallaron alteraciones significativas en el TAC de control tras la cirugía.

Discusión: En la práctica clínica las metástasis tiroideas son extremadamente infrecuentes aumentando la incidencia en estudios autópsicos hasta un 1,9-24%. Más improbable es la aparición de una metástasis sobre una neoplasia tiroidea previa, habiendo aproximadamente 27 casos documentados hasta el momento. El 57% metastatózó sobre un adenoma folicular siendo este el receptor más habitual. En el caso de un CRCC, pueden aparecer metástasis hasta 25 años después, surgiendo normalmente tras más de 12 meses post nefrectomía, como en este caso en el que la recurrencia aparece pasados 6 años. Suele metastatizar en forma de nódulo único, frío, con bordes irregulares, hipoecoico, sin halo periférico ni calcificaciones junto con una clínica inespecífica. Por otro lado, la dificultad para diferenciar un tumor primario de una metástasis hacen que el estudio inmunohistoquímico sea indispensable. Es típica la tinción positiva para vimentina, CD10, y negativa

para tiroglobulina, TTF-1, calcitonina, CK7, CK19 y CK20. La cirugía suele ser el abordaje terapéutico de elección ya que ofrece las mayores tasas de supervivencia. Los casos revisados parecen señalar que, ante la presencia de una única lesión en el tiroides sin diseminación sistémica lo más indicado es practicar una hemitiroidectomía. Por todo lo comentado y para finalizar, señalar la importancia de incluir la metástasis dentro del diagnóstico diferencial del nódulo tiroideo, especialmente si existe un antecedente de CRCC siendo mandatorio en estos casos, el seguimiento de por vida.