

Localización con ecografía intraoperatoria de adenopatías cervicales secundarias a metástasis tiroidea de adenocarcinoma de colon



Localization of cervical lymphadenopathy due to colorectal adenocarcinoma metastasis to the thyroid with intraoperative ultrasound

Presentamos el caso de una mujer de 51 años con sigmoidectomía por adenocarcinoma (T3 N1 M0) y quimioterapia (QT) adyuvante con enfermedad metastásica 5 años después del diagnóstico inicial. La tomografía computarizada (TC) mostraba metástasis en el lóbulo tiroideo derecho (LTD), cola del páncreas y lóbulo pulmonar inferior izquierdo, que se confirmaron con tomografía por emisión de positrones (PET). La paciente estaba eutiroidea y el examen físico era normal. Una ecografía cervical mostró un nódulo hipoeoico y calcificado en el LTD. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) fue sospechosa de carcinoma papilar de tiroides vs metástasis de adenocarcinoma de colon.

Se realizó tratamiento con QT y las pruebas de imagen tras 3 años de seguimiento mostraron disminución de la lesión pulmonar y desaparición de la lesión pancreática. Sin embargo, el nódulo tiroideo permaneció estable y se hallaron adenopatías sospechosas en la región yúgulo-carotídea derecha en la ecografía de control. Tras valorar el caso en sesión multidisciplinar se realizó tiroidectomía total y linfadenectomía central y lateral derecha. Un radiólogo especialista en tiroides realizó una ecografía intraoperatoria previa a la incisión para confirmar la localización de las adenopatías sospechosas. Tras la linfadenectomía se repitió la ecografía, que mostró la persistencia de una adenopatía sospechosa en localización superior del nivel II que había sido pasada por alto, procediendo a su extirpación. El examen histológico fue compatible con metástasis de adenocarcinoma de colon intratiroideo, con 2 ganglios positivos de 25 extirpados; uno de ellos correspondía al localizado gracias a la ecografía intraoperatoria. La paciente se recuperó sin incidencias y tras un año de seguimiento está actualmente en tratamiento adyuvante, sin datos de recidiva tiroidea.

Las metástasis representan solo el 1,4-3% de toda la enfermedad maligna tiroidea¹⁻³; sin embargo, deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan una lesión en el tiroides e historia previa de cáncer en otra localización.

Algunos autores afirman que el número de casos de enfermedad metastásica en el tiroides se ha incrementado en los últimos años⁴. Los tumores primarios que más frecuentemente metastatizan al tiroides son el de células renales (48,1%), colorrectal (10,4%), pulmón (8,3%) y mama (7,8%)⁵. Otros tumores asociados con menor frecuencia son el sarcoma, los tumores neuroendocrinos y el melanoma. El cáncer gástrico y el carcinoma nasofaríngeo se han publicado con más frecuencia en países asiáticos. El intervalo medio de tiempo entre el diagnóstico del tumor primario y la aparición de la metástasis tiroidea es de 53 a 69 meses^{4,5}.

El porcentaje de mujeres con respecto a hombres es de 1,4:1⁵; generalmente se objetiva eutiroidismo al diag-

nóstico. Algunas series han publicado un 72% de nódulos clínicamente palpables⁶. El diagnóstico puede hacerse con TC y/o PET, aunque debe confirmarse por PAAF guiada por ecografía de la lesión, que permite el diagnóstico en más del 90% de los casos con una sensibilidad y especificidad del 94 y 100% respectivamente⁴.

La ecografía intraoperatoria ha demostrado ser una técnica útil para localizar las recidivas en las reintervenciones del cáncer de tiroides, donde el tejido cicatricial presente en la celda tiroidea puede dificultar su localización, especialmente en recidivas no palpables, antecedentes de radioterapia externa y recidivas en localización paratraqueal con invasión de la tráquea o del cartílago tiroideos^{7,8}. Agcaoglu et al.⁹ han usado la ecografía intraoperatoria para confirmar la ausencia de enfermedad residual tras la realización de una linfadenectomía radical modificada en el cáncer de tiroides. En sus resultados la ecografía intraoperatoria identificó un 16% de ganglios linfáticos pasados por alto durante la cirugía, la mayoría de ellos situados en localización baja en el nivel IV, localización alta del nivel II y localización posterior del nivel V. Esto es similar a lo observado en nuestro caso, en el que pasamos por alto una adenopatía localizada en el nivel II en una situación muy superior.

El tratamiento con tiroidectomía de las metástasis al tiroides es controvertido debido a la ausencia de estudios prospectivos, aunque la resección quirúrgica puede ser útil en casos selectivos. Algunos estudios han demostrado mejores supervivencias en pacientes sometidos a tiroidectomía con respecto a los no intervenidos^{1,2,6}. Hegerova et al.⁴ publicaron recientemente un estudio de 91 pacientes con metástasis al tiroides; la supervivencia media fue de 30 meses en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente con respecto a 12 meses en aquellos que no lo fueron. Esta diferencia se pudo deber a que se seleccionaron para cirugía aquellos pacientes con enfermedad metastásica más limitada.

Como conclusiones, nosotros recomendamos la selección de los pacientes candidatos a cirugía en el contexto de un equipo multidisciplinar. Así mismo, consideramos que el uso de la ecografía intraoperatoria puede ser de utilidad para la localización de lesiones no palpables y para confirmar la ausencia de lesión residual tras la cirugía, con especial interés en las reintervenciones quirúrgicas.

Bibliografía

1. Calzolari F, Sartori PV, Talarico C, Parmeggiani D, Beretta E, Pezzullo L, et al. Surgical treatment of intrathyroid metastases: Preliminary results of a multicentric study. *Anticancer Res.* 2008;28:2885-8.
2. Cichon S, Anielski R, Konturek A, Barczynski M, Cichon W. Metastases to the thyroid gland: Seventeen cases operated on in a single clinical center. *Langenbecks Arch Surg.* 2006;391:581-7.
3. Mirallie E, Rigaud J, Mathonnet M, Gibelin H, Regenet N, Hamy A, et al. Management and prognosis of metastases to the thyroid gland. *J Am Coll Surg.* 2005;200:203-7.
4. Hegerova L, Griebeler ML, Reynolds JP, Henry MR, Gharib H. Metastasis to the thyroid gland: Report of a large series from the Mayo Clinic. *Am J Clin Oncol.* 2013 [Epub ahead of print].
5. Chung AY, Tran TB, Brumund KT, Weisman RA, Bouvet M. Metastases to the thyroid: A review of the literature from the last decade. *Thyroid.* 2012;22:258-68.

6. Papi G, Fadda G, Corsello SM, Corrado S, Rossi ED, Radighieri E, et al. Metastases to the thyroid gland: Prevalence, clinicopathological aspects and prognosis: A 10-year experience. *Clin Endocrinol.* 2007;66:565–71.
7. Desai D, Jeffrey RB, McDougall IR, Weigel RJ. Intraoperative ultrasonography for localization of recurrent thyroid cancer. *Surgery.* 2001;129:498–500.
8. Karwowski JK, Jeffrey RB, McDougall IR, Weigel RJ. Intraoperative ultrasonography improves identification of recurrent thyroid cancer. *Surgery.* 2002;132:924–8.
9. Agcaoglu O, Aliyev S, Taskin HE, Aksoy E, Siperstein A, Berber E. The utility of intraoperative ultrasound in modified radical neck dissection: A pilot study. *Surg Innov.* 2014;21:166–9.

Gada Housari^{a,*}, Miguel Ángel Delgado^a,
Francisco Ballesta^b y Guadalupe Guijarro^c

^a *Unidad de Cirugía Endocrina, Departamento de Cirugía General y Digestivo, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España*

^b *Departamento de Radiología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España*

^c *Departamento de Endocrinología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ghada.housari@yahoo.es (G. Housari).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2014.08.001>