

Metástasis en calota craneana de neoplasma diferenciado de tiroides

Dres. Daniel López Chapuis¹, Pedro Garrido², Martín Valverdu³

Resumen

Se presentan dos casos de metástasis en calota craneana de neoplasma diferenciado de tiroides, uno de ellos sin otras lesiones a distancia, en los cuales la tumoración craneana fue el elemento que llevó al diagnóstico.

Para el control local se recomienda la resección quirúrgica de la metástasis en calota, asociada a radioterapia externa, mientras que la tiroidectomía total permite la detección y tratamiento de otras metástasis con Iodo¹³¹.

En esta situación el pronóstico es desfavorable, con una supervivencia media de 4, 5 años.

Palabras clave: Tiroides. Neoplasmas. Metástasis. Cráneo.

Summary

The authors presents two cases of methastasis in cranial calotte of differentiated neoplasm of the thyroid, one of them without other distant lesions in which the cranial tumor was the element that led to diagnosis.

Surgical resection of the calotte methastasis associated to external radiotherapy is recommended for local control, while total thyroidectomy makes possible detection and treatment with iodine of other methastasis. Prognosis is unfavourable in this situation.

Introducción

Las metástasis a distancia son poco frecuentes en el cáncer diferenciado de tiroides, con una incidencia entre 2 y 11% para el carcinoma papilar⁽¹⁻³⁾ y entre 6 y 28% para el carcinoma folicular^(1,3).

Según su distribución predominan en pulmón^(1,4),

seguido por la topografía ósea, con una frecuencia relativa diferente según el tipo histológico: 47% para el carcinoma folicular⁽⁴⁾ y 23% para el papilar⁽²⁾.

A nivel óseo su localización por orden de frecuencia es en costillas, esternón, vértebras y cráneo⁽⁵⁾, correspondiendo a esta última topografía entre 2.5 y 5.8% del total^(5,6).

Las metástasis en general son múltiples en distintas localizaciones óseas y en otros parénquimas, pero se ha señalado hasta 50% de metástasis únicas en cráneo⁽⁵⁾. La experiencia con 2 casos de metástasis en calota craneana de neoplasma diferenciado de tiroides motiva esta presentación, destacando la importancia de un tratamiento multidisciplinario con el cual se pueden obtener supervivencias prolongadas.

Historia clínica, caso 1

G.C. 43 años. Sexo femenino, con antecedentes de bocio desde los 13 años, en 1982 se realiza tiroidectomía subtotal bilateral, cuya anatomía patológica informa bocio coloidal multinodular.

Consulta en setiembre de 1989 por una tumoración craneana, parietal izquierda, de crecimiento rápido, de 6 cm de diámetro, dura, indolora y fija al plano óseo. No presentó sintomatología neurológica ni dolores óseos ni repercusión general y el resto del examen era normal. La radiografía de cráneo muestra una lesión osteolítica y la TAC informa una lesión osteolítica circunscripta, de 4 cm de diámetro, con una tumoración bien limitada a densidad celular, sin expansión intracraneana. La radiografía y TAC de tórax muestran metástasis pulmonares bilaterales. La biopsia informa carcinoma a células claras. Se opera el 22 de marzo de 1990, realizándose una resección incompleta, quedando restos tumorales en duramadre y la anatomía patológica informa un adenocarcinoma predominantemente papilar con áreas tubulares bien diferenciadas. En diciembre de 1990 se realiza telecobaltoterapia durante un mes en cráneo. El perfilograma con I¹³¹ muestra gran remanente tiroideo en ambos lóbulos, mientras que el

Clinica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Uruguay Larre Borges). Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo. Presentado como tema libre en el XLII Congreso Uruguayo de Cirugía, Punta del Este 1-5 de diciembre de 1991.

1. Asistente de Clínica Quirúrgica

2. Residente de Cirugía

3. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica

Correspondencia: Dr. D. López Chapuis. Brandzen 1971 Ap. 202. CP 11200 Montevideo.

centellograma óseo no muestra otras lesiones. El 30.4.91. se realiza una dosis ablactiva con 80 mc de I^{131} , luego de la cual el perfilograma (6.5.91) muestra múltiples áreas captantes en tórax y pelvis, así como en ambos lóbulos tiroideos.

A la fecha continúa tratada con dosis sustitutivas de hormona tiroidea.

Historia clínica, caso 2

M.C. 55 años. Sexo femenino, con antecedentes de nódulo tiroideo desde 1978, sin cambiar desde entonces.

Consulta en enero de 1991 por una tumoración craneana parietal izquierda de 6 meses de evolución, con crecimiento rápido de 7 cm de diámetro, dura e indolora, sin otra sintomatología. Se palpa nódulo tiroideo polar inferior derecho de 2 cm de diámetro, firme, bien limitado, sin adenopatías, con el resto del examen normal. La biopsia quirúrgica de la tumoración craneana informa metástasis de un carcinoma folicular tiroideo.

TAC cráneo: lesión osteolítica parietal izquierda, tumoración o refuerzo intenso con el contraste, que crece a región intracraneana extradural a través de la lesión lítica, con secuestros óseos en su interior.

Centellograma tiroideo: nódulo frío en lóbulo derecho.

Centellograma óseo: área de hipocaptación parietal izquierda, no otras zonas anormales.

Ecografía tiroidea: nódulo sólido, inhomogéneo de 23 x 14 mm en lóbulo derecho.

Punción citológica: células tiroideas pequeñas, coloide e infiltración linfocitaria inespecífica. Citograma de involución coloide.

Se opera el 17 de abril de 1991 realizando una tiroidectomía total sin complicaciones.

Anatomía patológica: carcinoma folicular encapsulado, con imágenes de invasión capsular, sin claras imágenes de invasión vascular. Se comienza con terapia sustitutiva con T4 y el 9 de mayo de 1991 se reseca la metástasis en calota, comprobando tumor adherido a duramadre y senos venosos, realizando cobaltoterapia en cráneo por un mes.

Comentarios

Aun cuando una metástasis puede ser la primera evidencia de un neoplasma tiroideo⁽⁶⁾, en general su aparición ocurre en plazos prolongados luego del diagnóstico, con un intervalo promedio de 5,2 años para las metástasis óseas en general⁽⁶⁾, o de 23.3 años para las metástasis de cráneo⁽⁵⁾, señalándose que hasta 25% de las metástasis aparecen luego de 20 años de diagnosticado el neoplasma tiroideo⁽⁷⁾.

Las metástasis óseas predominan en mujeres con cáncer folicular^(1,5,6) y son habitualmente líticas.

En su localización en calota craneana se presentan como una tumoración redondeada, de consistencia blanda, a veces fluctuante que debido a su gran vascularización puede presentar frémito o pulsación. En general son indoloros y excepcionalmente se acompañan de sintomatología neurológica focal o hipertensión endocraneana⁽⁵⁾.

La TAC permite confirmar su origen en calota, mostrando una tumoración bien limitada, extradural, que presenta refuerzo intenso con la infusión de contraste⁽⁵⁾.

La búsqueda de otras metástasis óseas mediante un centellograma óseo o pulmonares con la radiología de tórax permite conocer si existen otras localizaciones neoplásicas o por el contrario como en nuestro caso N° 2 se trata de una metástasis única.

El diagnóstico y tratamiento de las metástasis tiroideas depende en gran medida de su capacidad de captación de I^{131} . Dado que la captación por el tejido neoplásico es menor que por el tiroideo normal, es necesario eliminar todo el parénquima tiroideo normal para que la administración del radiofármaco sea de utilidad^(1,5,8).

Por este motivo en los pacientes no operados previamente, que presentan un nódulo tiroideo, será necesario realizar una tiroidectomía total^(1,5,8).

Si el paciente ya fue tiroidectomizado, con una resección menor que la total, según el volumen del remanente tiroideo se podrá optar por una reintervención completando la tiroidectomía o la administración de una dosis ablactiva de I^{131} para destruir el tiroideo remanente⁽²⁾.

La resección de las metástasis en calota habitualmente es posible, pudiendo completarse el tratamiento local con radioterapia externa si la resección fue incompleta⁽⁵⁾.

De demostrarse otras metástasis podrán ser tratadas con I^{131} si su captación es adecuada, de lo contrario, fundamentalmente para otras localizaciones óseas, se recurrirá a la radioterapia externa⁽⁹⁾.

La administración posoperatoria de hormona tiroidea permite suprimir la liberación de TSH, lo que se ha señalado como una medida coadyuvante en el control de los neoplasmas diferenciados de tiroides^(1,8,10,11).

Para el pronóstico del cáncer diferenciado de tiroides el factor de riesgo más importante es la edad, con un aumento claro tanto en la mortalidad global como en la tasa de recidiva para los mayores de 45 años^(1,2,4,7,11).

La mortalidad a 20 años luego de una recidiva a distancia es de 90% para mayores de 50 años contra 26% para menores de 50 años⁽²⁾.

Otros factores como sexo masculino, tipo histológico folicular moderadamente diferenciado en lugar de bien diferenciado o papilar y extensión extratiroi-

dea del tumor primario, también se asocian con un peor pronóstico, pero su efecto no es tan marcado como el de la edad^(1,2,7,8,11).

Para la enfermedad metastásica el pronóstico es peor para las metástasis óseas que para las pulmonares^(9,10), con una sobrevida a 10 años de 31% y 83% respectivamente para las metástasis que captan lodo y nulo para las no captantes⁽⁹⁾.

Esta respuesta al 131 también depende de la edad, señalándose una captación por las metástasis en 87% de los menores de 50 años contra 21% para los mayores de 50 años⁽⁷⁾.

Para las metástasis tiroideas en calota craneana el pronóstico es malo aun en el caso de lesiones inicialmente únicas, reportándose una sobrevida media de 4 años y medio⁽⁵⁾.

Bibliografía

1. Rossi R, Neroda C, Cady B, Wool M. Malignancies of the thyroid: The Lahey Clinic Experience. *Surg Clin North Am* 1985; 65: 211-30
2. McConahey W, Hay I, Woolner L, Van Heerden J, Taylor W. Papillary thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy and outcome. *Mayo Clin Proc* 1986; 61: 978-96.
3. Ito J, Noguchi S, Murakami N, Noguchi A. Factors affecting the prognosis of patients with carcinoma of the thyroid. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 539-44.
4. Crile G, Pontius K, Hawk W. Factors influencing the survival of patients with follicular carcinoma of the thyroid gland. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160: 409-13.
5. Nagamine Y, Suzuki J, Katakura R, Yoshimoto T, Matoba N, Takaya K. Skull metastasis of thyroid carcinoma. Study of 12 cases. *J Neurosurg* 1985; 63: 526-31.
6. Mc Cormack K. Bone metastases from thyroid carcinoma. *Cancer* 1966; 19: 181-4.
7. Tubiana H, Schlumberger M, Rougier P, Laplanche A, Benhamou E, Gardet P. Long-term results and prognostic factors in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Cancer* 1985; 55: 794-804.
8. Kramer J, Wells S. Thyroid carcinoma. *Adv Surg* 1989; 22: 195-224.
9. Parmentier C, Schlumberger M, Charbord P, Travagli J, Caillou B, Lacour J. Les épithéliomas différenciés du corps thyroïde. *Rev Prat* 1982; 32:1981-95.
10. Thomas C, Buckwalter J. Cancer of the thyroid. *Adv Surg* 1976; 10: 245-85.
11. Bell R. Thyroid carcinoma. *Surg Clin North Am* 1986; 66: 13-30.