

Araceli Priego<sup>1</sup>, Fernando Durán<sup>2</sup>, Beatriz García Paredes<sup>1</sup>, Mónica Granja<sup>1</sup>, Javier Sastre<sup>1</sup>.

1. Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.
2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 20% de los pacientes con cáncer de colon tienen metástasis al diagnóstico, siendo los sitios más comunes hígado, pulmón y peritoneo<sup>1</sup>.

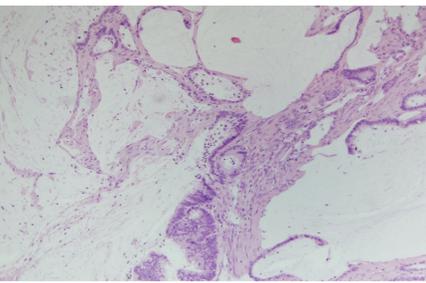
Las metástasis tiroideas por cáncer colorrectal son poco frecuentes, siendo difícil su diagnóstico y planteando controversias su pronóstico y tratamiento.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 86 años sin antecedentes personales de interés.

Septiembre 2004 → colectomía subtotal:

**ADENOCARCINOMA MUCOIDE DE INTESTINO GRUESO pT3N0M0**



**Fig 1. Adenocarcinoma mucinoso de intestino grueso.** Se observa una proliferación glandular atípica con presencia de extensas áreas de mucina extracelular. (H-E. 10x)

Julio 2007: Recaída pulmonar bilateral → Resección nódulos LSI:

**METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE INTESTINO GRUESO**

XELOX (5 ciclos) → enfermedad estable → Resección de nódulo en LSD:

**METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE INTESTINO GRUESO**

XELOX (un total 9 ciclos).

Noviembre 2009: Recaída pulmonar → Lobectomía LSI + biopsia ganglionar:

**METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO CON ADENOPATÍAS NEGATIVAS**

Abril 2010: Recaída pulmonar → Resección de nódulo en LSD:

**METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA Mutación K-RAS 12Asp**

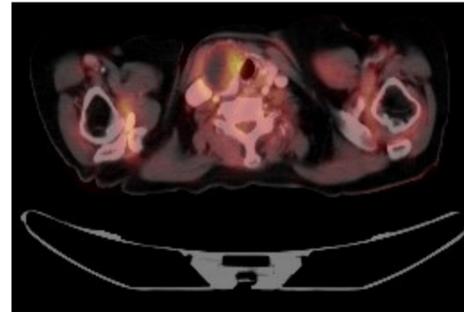
Enero 2017: aparición de nódulo laterocervical derecho. Elevación del CEA 15ng/ml. No datos de recidiva en otra localización. Colonoscopia normal.



PAAF de nódulo tiroideo

NEGATIVO PARA MALIGNIDAD

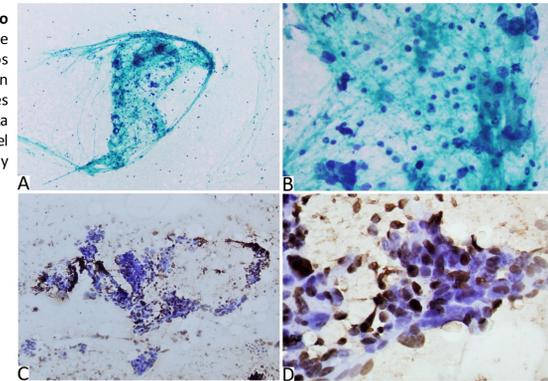
Junio 2018: CEA 31ng/ml. PET-TAC



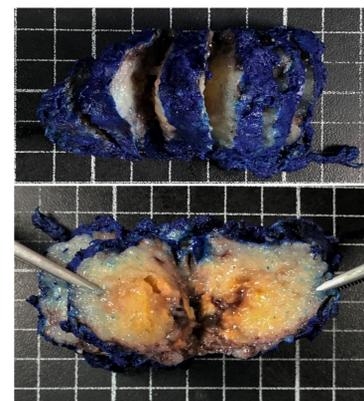
- Disfonía.
- TSH: 1.86 uIU/m
- T4L: 6.08 pg/ML
- T3L: 3,1 pg/mL

PAAF guiada por ecografía:

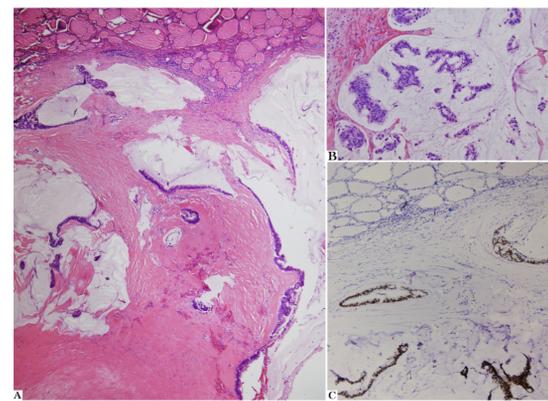
**Fig 2. Metástasis tiroidea de adenocarcinoma de intestino grueso (estudio citológico).** A poco (A) y gran aumento (B) se identifican agregados celulares atípicos con núcleos excéntricos, hiperromáticos y aumentados de tamaño en un fondo de aspecto mucoso con presencia de ocasionales polimorfonucleares. (Tinción de Papanicolaou 100x y 400x). La inmunoreactividad nuclear para CDX2 (C-D), confirma el origen digestivo bajo de los grupos celulares atípicos. (100x y 400x).



HEMITIROIDECTOMÍA DERECHA  
↓  
METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA



**Fig 3. Hemitiroidectomía derecha.** Lóbulo tiroideo derecho de 41,5g y medidas de 5,5 x 4,5 x 3,8 cm. Se observa, macroscópicamente, la presencia de una sustancia translúcida y aspecto mucoso que ocupa la práctica totalidad del lóbulo, distorsionando el aspecto homogéneo de la glándula normal.



**Fig 4. Metástasis tiroidea de adenocarcinoma mucinoso de intestino grueso.** A poco (A) y gran (B) aumento se observa el parénquima tiroideo residual con su arquitectura distorsionada por la presencia de glándulas metastásicas y grandes lagos de mucina intersticial (H-E. 40x y 200x). Las glándulas metastásicas presentan inmunoreactividad para CDX2 confirmando origen su digestivo (C) (100x).

## DISCUSIÓN

Las metástasis tiroideas son **infrecuentes**. Globalmente la **incidencia: 1,4%-3%** (24% en necropsias)<sup>2</sup>.

En 1931 Willis<sup>2</sup> propuso **dos hipótesis**:  
 → rápido flujo arterial inhibe la adhesión de células malignas  
 → alta saturación de O<sub>2</sub> y yodo inhiben su crecimiento.

El **carcinoma renal de células claras** es el tumor que metastatiza más frecuentemente, seguido del **pulmón, mama y colorrectal**<sup>2,3</sup>.

Prevalencia ligeramente mayor en **mujeres** y edad media de presentación de **60 años**<sup>2,5,6</sup>.

El diagnóstico suele ser **incidental en pruebas de imagen y hasta décadas después del diagnóstico**<sup>6</sup>, estando los pacientes **asintomáticos y eutiroides**<sup>3,4</sup>.

Diagnóstico diferencial con el carcinoma anaplásico de tiroides<sup>2,3,5,7</sup> por lo que conviene analizar los **niveles de tiroglobulina**.

El pronóstico y tratamiento son controvertidos y dependen de la presencia de otras metástasis y los síntomas<sup>1,5,8,9</sup>. Tradicionalmente → **tiroidectomía y/o radioterapia**. No está claro el impacto de la cirugía en la supervivencia<sup>4,5,6,8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Coelho MI, Albano MN, Costa Almeida CE et al. Colon cancer metastasis to the thyroid gland: A case report. Int J Surg Case Rep. 2017; 37:221-224.
- 2- Chung AY, Tran TB, Brumund KT et al. Metastases to the thyroid: a review of the literature from the last decade. Thyroid. 2012; 22(3):258-68.
- 3- Goatman C, Goldsmith PJ, Antonopoulos V et al. Metastasis of colorectal adenocarcinoma to the thyroid: A case report and review of the literature. Case Rep Surg. 2012 (2012), pp. 179407.
- 4- Lièvre A, Leboulleux S, Boige V et al. Thyroid metastases from colorectal cancer: The Institut Gustave Roussy experience. Eur J Cancer. 2006; 42 (12): 1756-1759.
- 5- Papi G, Fadda G, Corsello SM et al. Metastases to the thyroid gland: Prevalence, clinicopathological aspects and prognosis: A 10 years experience. Clin Endocrinol. 2007 Apr; 66(4):565-71.
- 6- Wood KI, Vini L, Harmer C. Metastases to the thyroid gland: the Royal Marsden experience. Eur J Surg Oncol. 2004 Aug; 30(6):583-8.
- 7- Nakhjavani MK, Gharib H, Goellner JR et al. Metastasis to the thyroid gland. A report of 43 cases. Cancer. 1997 Feb; 79(3): 574-8.
- 8- Cheung WY, Brierley J, Mackay HJ. Treatment of rectal cancer metastases to the thyroid gland: report of two cases. Clin Colorectal Cancer. 2008 Jul; 7(4):280-2.
- 9- Keranmu A, Zheng H1, Wu Y et al. Comparative study of single-center patients with thyroid metastases from colorectal cancer and previously reported cases in the literature. World J Surg Oncol. 2017 Apr 20;15(1):88.