

Metástasis orbitaria e intracraneal: primera manifestación clínica de cáncer de tiroides

José Aneiros-Fernández, Clara Chamorro, Alina Nicolae, Ovidiu Preda, Francisco Javier Martínez, Ángel Concha

Departamento de Anatomía Patológica y Radiología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Granada. España

Resumen

La metástasis de carcinoma folicular de tiroides es muy rara. Nosotros reportamos un caso de un paciente de 42 años de edad que presenta metástasis retroorbitaria e intracraneal como primera manifestación clínica de un cáncer de tiroides.

Abstract

Metastatic follicular thyroid carcinoma is very rare. We report a case of a 42 years old patient with a retro-orbital and intracranial metastases, as first clinical manifestation of thyroid cancer.

Introducción:

En el cáncer de tiroides, el carcinoma papilar es el más frecuente y se han reportado numerosos casos de metástasis intracraneales e intraorbitarias.¹ Sin embargo solo se han publicado menos de 5 casos de carcinoma folicular de tiroides (CFT) afectando la región frontotemporal e intraorbitario.² La metástasis intraorbitarias con afectación intracraneal son muy raras y representan el 3 % de los tumores intraorbitarios. La procedencia más frecuente de las metástasis orbitarias son la mama, próstata, riñón y melanoma.³ El carcinoma de tiroides folicular metastatiza por vía sanguínea afectando con mayor frecuencia hueso y pulmón, siendo infrecuente la localización retro-orbitaria⁴

Nosotros presentamos una secuencia inusual en el diagnóstico clínico de un paciente diagnosticado de metástasis de carcinoma de tiroides folicular retroorbitario con invasión intracraneal como primera manifestación clínica del carcinoma en tiroides.

Presentación del caso clínico

Varón de 42 años de edad que acude a consulta por presentar un aumento lento, progresivo e indoloro del tejido subcutáneo en región temporal derecha con proptosis unilateral de meses de evolución. No tiene historia de diplopía ni alteraciones visuales.



Figura 1. El TC craneal muestra una masa sólida localizada en pared posterior de la órbita produciendo proptosis y desplazamiento del nervio óptico. La tumoración destruye e infiltra hueso temporal y fosa media derecha

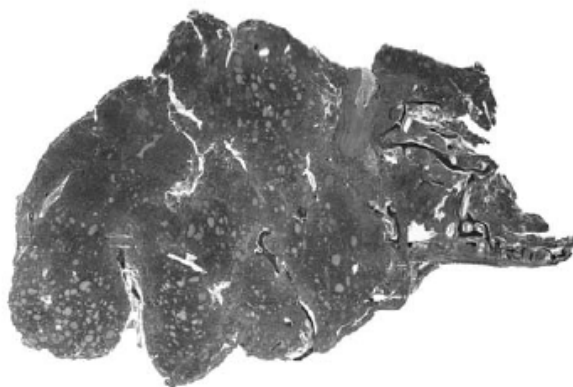


Figura 2. La tumoración está constituida por una proliferación celular folicular, mostrando infiltración ósea (Panorámica, Hematoxilina & Eosina).

A la exploración física del cuello y abdomen no presenta alteraciones. Se realiza una tomografía computarizada de la cabeza que muestra una masa sólida hiperdensa 4 x 3,5cm de localización retroorbitaria que destruye parcialmente el hueso temporal, pared lateral y posterior de la órbita con invasión intracraneal afectando la porción anterior de la fosa media derecha con compresión de la punta del lóbulo temporal. El componente tumoral intraorbitario produce exoftalmos y desplazamiento del nervio óptico. Se realiza toma biopsia para tipificar la lesión. El estudio histológico muestra una tumoración constituida por estructuras foliculares de tipo tiroideo separado por un estroma fibrovascular. El componente folicular presenta escasa atipia debido a su grado bien diferenciado. Se realiza estudio inmunohistoquímico evidenciando positividad para tiroglobulina y TTF-1 en las células tumorales. Se realiza el diagnóstico de metástasis de carcinoma de tiroides de tipo folicular bien diferenciado.

Se realiza estudio radiológico del tiroides evidenciando un nódulo hipoeoico de menos de 1 cm. El estudio de extensión mostró una lesión osteolítica afectando al cuerpo vertebral de C4 con extensión al pedículo derecho apreciándose una disminución en la altura del cuerpo vertebral sugerente de lesión metastásica. Al paciente se realizó extirpación quirúrgica parcial de la lesión craneal y se remite a consulta de cirugía para tiroidectomía total.

Discusión

El carcinoma papilar de tiroides es el tumor maligno más frecuente en el tiroides, siendo el CFT solo el 15% de los cánceres de tiroides. Usualmente el CFT metastatiza con frecuencia a ganglios linfáticos, pulmón y hueso, la afectación cerebral es muy rara, representando un 1% de los carcinomas de tiroides. Se han reportado metástasis en otras localizaciones raras como en piel, pituitaria, maxilar superior, laringe y en el timo.7-11

Las metástasis retroorbitaria suele presentarse con una sintomatología de disminución de la agudeza visual, proptosis, dolor ocular, diplopía, ptosis, cefalea y tumefacción palpebral.1,2

Ante una proptosis unilateral hay que realizar diagnóstico diferencial entre procesos expansivos intracraneales.

Las pruebas de imagen con el TAC y RMN son de gran ayuda para realizar una orientación diagnóstica, aunque el diagnóstico definitivo se realiza por biopsia. Nosotros consideramos que el carcinoma folicular de tiroides aunque es muy raro, debe ser tenido en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de masas retroorbitales de origen metastásico con clínica neurológica y oftalmológica.

Las opciones de tratamiento para CFT son resección quirúrgica de la tumoración primaria y metastásica, terapia con yodo radioactivo, hormona estimulante de tiroides, quimioterapia y radioterapia externa.

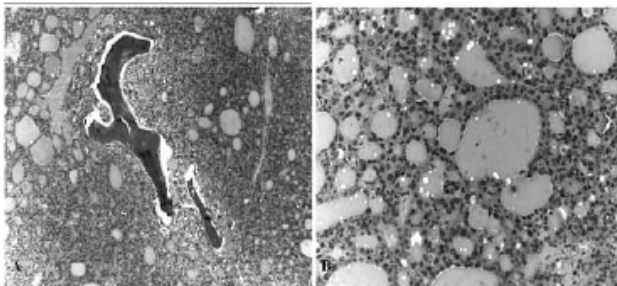


Figura 3a. Células foliculares de tiroides infiltrando hueso temporal (Aumento x20, Hematoxilina & Eosina), (B) A mayor aumento presenta células foliculares sin cambios citológicos atípicos (Aumento x40, Hematoxilina & Eosina).

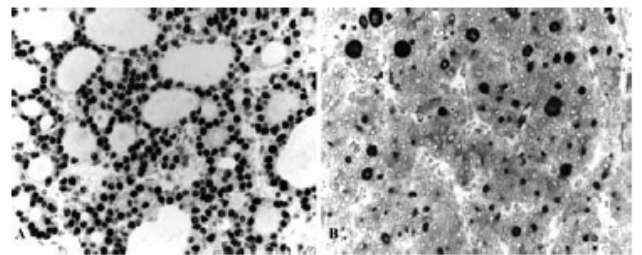


Figura 3b. Presenta positividad para Tiroglobulina y (B) TTF-1 en las células tumorales (Aumento x40)

Bibliografía

1. Rocha Filho FD, Lima GG, Ferreira FV, Lima 1. a MG, Hissa MN. Orbital metastasis as primary clinical manifestation of thyroid carcinoma-case report and literature review. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2008;52:1497-500.
2. Anoop TM, Mini PN, Divya KP, Nikhil S, Jabbar PK. Clinical images. Thyroid follicular carcinoma presenting as intraorbital, intracranial, and subcutaneous metastasis. *Am J Surg.* 2010;199:72-4.
3. Amemiya T, Hayashida H, Dake Y. Metastatic orbital tumors in Japan: a review of the literature. *Ophthalmic Epidemiol.* 2002;9:35- 47.
4. Robbins J, Merino MJ, Boice JD Jr, et al. Thyroid cancer: a lethal endocrine neoplasm. *Ann Intern Med* 1991;115:133- 47.
5. Burrow GN. The thyroid; nodules and neoplasia. In: Felig P, Baxter JD, Frohman LA, eds. *Endocrinology and Metabolism.* New York: McGraw-Hill; 1995:521-53.
6. McWilliams RR, Giannini C, Hay ID, et al. Management of brain metastases from thyroid carcinoma: a study of 16 pathologically confirmed cases over 25 years. *Cancer* 2003;98:356-62.
7. Ochiai H, Nakano S, Goya T, et al. Pituitary metastasis of thyroid follicular adenocarcinoma—case report. *Neurol Med Chir* 1992;32: 851-3.
8. Koller EA, Tourtelot JB, Pak HS, et al. Papillary and follicular thyroid carcinoma metastatic to the skin: a case report and review of the literature. *Thyroidology* 1998;8:1045-50.
9. Hefer T, Manor R, Zvi Joachims H, et al. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the maxilla. *J Laryngol Otol* 1998;112:169 -71.
10. Varghese BT, Mathews A, Pandey M, et al. Unusual metastasis of papillary thyroid carcinoma to larynx and hypopharynx a case report. *World J Surg Oncol* 2003;1:7.
11. Nam MS, Chu YC, Choe WS, et al. Metastatic follicular thyroid carcinoma to the thymus in a 35-yearold woman. *Yonsei Med J* 2002;43:665-9.