



Metástasis de carcinoma folicular de tiroides en el axis

Follicular thyroid carcinoma metastasis in the axis

José Luis Alcocer Maldonado,* Luis Gerardo Domínguez Carrillo[†]

Citar como: Alcocer MJL, Domínguez CLG. Metástasis de carcinoma folicular de tiroides en el axis. Acta Med GA. 2024; 22 (5): 399-400. <https://dx.doi.org/10.35366/118818>

Resumen

Introducción: el carcinoma folicular corresponde al 15% del cáncer de tiroides, ocasionando metástasis a hueso en 2 a 13%. **Caso clínico:** femenino de 62 años con antecedente de bocio, con resección total de tiroides, presentó cervicalgia ocasionada por lesión lítica en el axis, por lo que se le efectuó fijación posterior occipitocervical, 10 meses después presentó cuadriparesia; la RM mostró lesión destructiva invadiendo canal medular, así como desplazamiento de tráquea y esófago. Se practicó resección parcial de la lesión y diagnóstico de metástasis de carcinoma folicular de tiroides.

Palabras clave: tiroides, carcinoma folicular, metástasis.

Abstract

Introduction: follicular thyroid carcinoma corresponds to 15% of cases, causing bone metastasis in 2 to 13%. **Case report:** a 62-year-old female with a history of goiter, with total thyroid resection, presented neck pain caused by a lytic lesion in the axis, for which posterior occipital-cervical fixation was performed. Ten months later, she presented quadriparesis; an MRI showed a destructive lesion invading the medullary canal, as well as displacement of the trachea and esophagus. Partial resection of the lesion was performed, and a diagnosis of metastasis of follicular thyroid carcinoma was performed.

Keywords: thyroid, follicular carcinoma, metastasis.

INTRODUCCIÓN

De los carcinomas de tiroides, el de tipo folicular (CF) ocupa el segundo lugar en frecuencia, corresponde al 15% de los casos, entre los 50 y 60 años en mujeres, su crecimiento es lento y se propaga por vía hematógena, lo que ocasiona metástasis a pulmón, hueso (lesiones líticas), sistema nervioso e hígado,¹ aproximadamente 7 a 23% de los casos presentan metástasis a distancia; de 2 a 13% desarrollan metástasis ósea.² Al presentarse un caso se efectúa esta comunicación.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 62 años, con antecedente de bocio, manejada con tiroidectomía total por oncología, con reporte histopatológico de bocio, sin presencia de

tumor. Acude dos años después con dolor cervical principalmente a las rotaciones; la resonancia magnética (RM) mostró lesión lítica de odontoides y cuerpo del axis; se le practicó fijación posterior occipitocervical (*Figura 1*). La biopsia resultó negativa para tumor. Diez meses después presentó cuadriparesia de 40%, hiperreflexia, asociados a signos de Hoffmann y Babinski bilateral y dolor radicular C5 al movimiento, sensibilidad conservada en las cuatro extremidades, y exacerbada en territorio C5 izquierdo. La radiografía lateral de columna cervical mostró destrucción de odontoides y parte del cuerpo de C2 (*Figura 2A*); en la RM se observa lesión destructiva invadiendo canal medular, así como desplazamiento de tráquea y esófago (*Figura 2B y C*). Se practicó mediante abordaje anterolateral cervical alto y microscopio la resección parcial de la lesión (aproximadamente 3 cm²). El reporte de patología indicó: carcinoma folicular tiroideo bien diferenciado metastásico.

* Neurocirujano. División de Cirugía del Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

[†] Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

Correspondencia:

José Luis Alcocer Maldonado
Correo electrónico: alcocermjl@hotmail.com



Figura 1:

Imágenes de resonancia magnética en cortes (A) sagital y (B) axial que muestran lesión lítica de odontoides y cuerpo del axis. (C) Radiografía simple lateral de columna cervical en la que se observa fijación posterior occipitocervical.

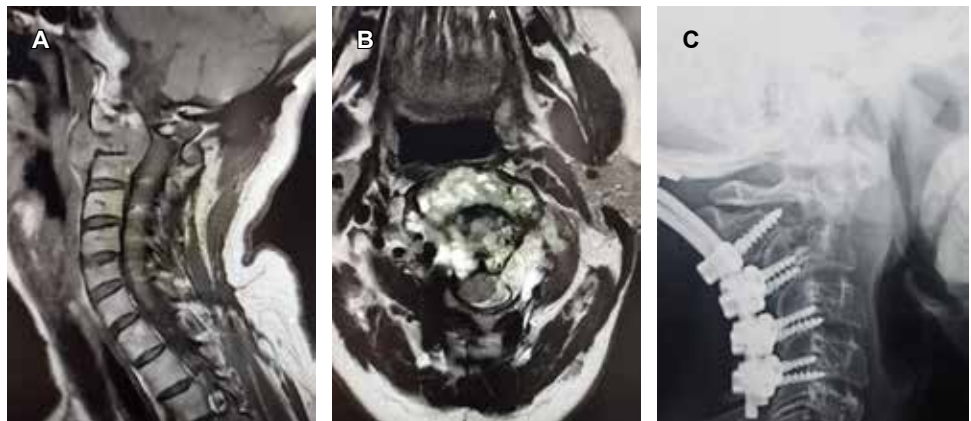


Figura 2:

La radiografía lateral de columna cervical mostró: (A) destrucción de odontoides y parte del cuerpo de C2. (B) y (C) Las imágenes de resonancia magnética ponderadas en T2 mostraron: lesión destructiva invadiendo canal medular, así como desplazamiento de tráquea y esófago.

La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria, con recuperación de la cuadriparesia, se canalizó a tratamiento con yodo radioactivo y radioterapia.

DISCUSIÓN

En los pacientes con CF el tratamiento debe ser más agresivo que en el cáncer papilar, ya que por lo general, en cáncer diferenciado de tiroides el pronóstico es menos favorable, dada la tendencia de metastatizar a hueso^{3,4} (como en este caso) y pulmón, debiendo realizarse seguimiento radiológico periódico. En pacientes no tratados con radioyodo, con tiroglobulina elevada, debe buscarse enfermedad residual o metastásica con otras técnicas de imagen, ya que el paciente puede beneficiarse de intervención quirúrgica para reseca tumor residual, frecuentemente en ganglios. La administración de dosis altas de radioyodo en pacientes con TG positiva puede ser útil cuando existen microme-

tástasis pulmonares que pueden pasar desapercibidas en los estudios de imagen. Es de importancia recalcar que un buen diagnóstico inicial, y tratamiento con radioyodo posterior a la cirugía, evita complicaciones poco comunes como las observadas en el caso.

REFERENCIAS

1. Parameswaran R, Shulin Hu J, Min En N, WB Tan et al. Patterns of metastasis in follicular thyroid carcinoma and the difference between early and delayed presentation. *Ann R Coll Surg Engl*. 2017; 99 (2): 151-154. doi: 10.1308/rcsann.2016.0300.
2. Matta-Coelho C, Simoes PJ, Vilar H, Leite V. Bone metastases from thyroid carcinoma of follicular origin. *Eur Thyroid J*. 2018; 8 (2): 96-101. doi: 10.1159/000494719.
3. Wu MH, Lee YY, Lu YL, Lin SF. Risk factors and prognosis for metastatic follicular thyroid cancer. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022; 13: 791826. doi: 10.3389/fendo.2022.791826.
4. Yang CM. Metastasis of follicular thyroid carcinoma to skull base: a case report. *Cureus*. 2022; 14 (8): e28571. doi: 10.7759/cureus.28571.