

METASTASIS A MAMA DE UN CÁNCER DE TIROIDES (UN RARO CASO)

DR. FERNANDO MONCAYO ASNALEMA

LÍDER DE CIRUGÍA HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN

DOCENTE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS U.G.

Guayaquil – Ecuador.

fernando.moncayoa@ug.edu.ec

[ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4806-3441](https://orcid.org/0000-0003-4806-3441)



RECIBIDO: 16/02/2023

APROBADO: 25/02/2023

Publicado como artículo científico. Revista Facultad de Ciencias Médicas -Vol. 4 Edición N°1 Periodicidad semestral Enero -Junio pp. 17 -22 ISSN 2661–6726

RESUMEN

Son muy pocos los casos descritos en la literatura sobre metástasis de tiroides a otros órganos, pero más aún raro, es encontrar metástasis de un cáncer de tiroides a mama, 0.5% a 1%. Las metástasis de mama pueden simular tumores primarios tanto clínica como radiológicamente siendo necesario un diagnóstico histológico preciso para el correcto planteamiento terapéutico y dadas las implicaciones pronósticas que conllevan.

Las neoplasias que con mayor frecuencia lo hacen son en orden descendente de frecuencia: linfomas (17%), melanomas (15%), rhabdomiosarcomas (12%) y carcinomas pulmonares (8%), entre otros. El caso es de una mujer de 79 años de edad, con antecedentes de tiroidectomía radical desde hace 25 años, acude debido a un incremento de volumen, masa tumoral, en la región cervical izquierda (locoregional) y masa tumoral en región mamaria izquierda cuadrante inferior interno, no dolorosa sin manifestaciones inflamatorias.

Palabras clave: cáncer de tiroides, metástasis a mama

SUMMARY

There are very few cases described in the literature on thyroid metastasis to other organs, but it is even rarer to find metastasis of thyroid cancer to the breast, 0.5% to 1%. Breast metastases can simulate primary tumors both clinically and radiologically, requiring an accurate histological diagnosis for the correct therapeutic approach and given the prognostic implications they entail.

The neoplasms that do so most frequently are in descending order of frequency: lymphomas (17%), melanomas (15%), rhabdomyosarcomas (12%), and lung carcinomas (8%), among others. The case is of a 79-year-old woman, with a history of radical thyroidectomy for 25 years, who attended due to an increase in volume, tumor mass, in the left cervical region (locoregional) and tumor mass in the lower quadrant left mammary region. internal, not painful without inflammatory manifestations.

Keywords: thyroid cancer, breast metastasis.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

INTRODUCCIÓN

Son muy pocos los casos descritos en la literatura sobre este tema, la afectación mamaria metastásica de otro cáncer (neoplasias extramamarias) son extremadamente rara en su presentación, si además la presencia de la misma es la primera manifestación clínica de un tumor primario el caso resulta excepcional. Su frecuencia varía entre 0,5-1,3 de la afección neoplásica mamaria según diversos autores.

Los tumores primarios que con mayor frecuencia metastatizan en la mama son el melanoma maligno y el linfoma^{1,2}. En menor proporción los carcinomas de origen pulmonar (sobre todo las células de avena), gástricos y ováricos. Generalmente estas metástasis aparecen de forma tardía cuando la enfermedad se halla ya diseminada^{3,4}.

Los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides tienen una tasa de supervivencia a los 10 años del 80-95 %. Sin embargo, cuando hay metástasis a distancia, la tasa de supervivencia global a 10 años se reduce al 40 %.

En un estudio con 444 pacientes que fueron tratados entre 1953 y 1994 de metástasis a distancia de los tipos papilar y folicular de tiroides, 223 (50 %) tenían metástasis pulmonares, 115 (44 %) óseas, 82 (18 %) pulmonares y óseas y 24 (5 %) en otros sitios. Las metástasis cutáneas del carcinoma de tiroides son raras (1%).

Aun cuando cualquier neoplasia maligna puede dar metástasis en la mama, las neoplasias

que con mayor frecuencia lo hacen son^{5,6} en orden descendente de frecuencia: linfomas (17%), melanomas (15%), rabdomiosarcomas (12%) y carcinomas pulmonares (8%), entre otros.

Por lo general, los nódulos metastásicos se manifiestan como masas único, circunscrito no dolorosas, firmes y de rápido crecimiento, tienden a ser móviles, pero en ocasiones se adhieren a la piel, localizado en más de un 65% de los casos en cuadrantes superiores, generalmente en enfermas que ya han sido diagnosticadas de tumor extramamario. Sólo en raras ocasiones, los émbolos tumorales pueden permear los linfáticos de la piel, produciendo un cuadro clínico similar al de un carcinoma mamario de tipo inflamatorio (piel de naranja). No suele encontrarse ni retracción del pezón ni tampoco secreción por el mismo⁷.

Las metástasis en mama pueden ser uni o bilaterales, únicas o múltiples, y en ocasiones también los ganglios linfáticos ipsilaterales pueden estar involucrados por dichas metástasis, principalmente en casos de linfomas.

Radiológicamente estas lesiones pueden ser confundidas con lesiones benignas por ser nódulos bien definidos, aunque hay que destacar que en este caso la mamografía ya apuntaba como proceso neofornativo debido a que los contornos del mismo no eran del todo bien definidos e incluso en las compresiones localizadas parecía evidenciarse existir una prolongación a modo de cola.



En cuanto al pronóstico⁸, el carcinoma metastásico de mama es peor que el de los carcinomas primarios, ya que los tumores metastásicos suelen acompañarse o preceder a una diseminación de la enfermedad con una tasa de supervivencia media de 10,9 meses en contraste con el carcinoma primario, que tiene una tasa de supervivencia media superior a los 5 años.

El carcinoma medular de tiroides (CMT) es un tipo de neoplasia maligno, infrecuente, con alto índice metastásico, que cuenta con peor pronóstico que el tipo folicular y papilar.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 79 años de edad, con antecedentes de tiroidectomía radical desde hace 25 años, acude debido a un incremento de volumen, masa tumoral, en la región cervical izquierda (locoregional) y masa tumoral en región mamaria izquierda cuadrante inferior interno, no dolorosa sin manifestaciones inflamatoria, como antecedente quirúrgico presento traqueotomía y dificultad respiratoria tras cirugía anterior. Se realizó biopsia con aguja gruesa (trucut) encontrándose el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides variante clásica.

Por su problema expuesto, edad y estadificación se inicia terapia con sorafenib (inhibidores de la quinasa) al mes de tratamiento paciente presenta ulcera necrótica y sangrante en tumoración cervical además de inflamación y dolor en tumoración mamaria, se discute caso en comité y se decide optar por la cirugía. Se realiza excisión tumoral de cuello y

mastectomía total.

Paciente evolución de forma satisfactoria al año de control.

Figure 1. Tumor de cuello y mama antes de sorafenib.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil "Doctor Abel Gilbert Pontón".

Autor: Dr. Fernando Moncayo A.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Figure 2. Después de sorafenib



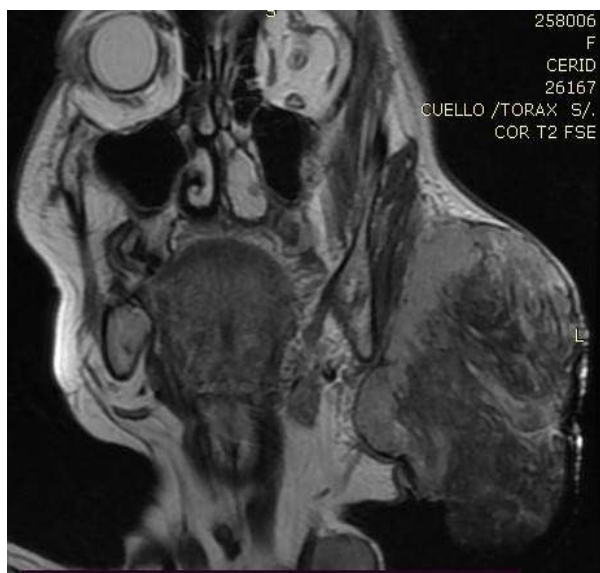
*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Figure 4. Resonancia de tumor de mama



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Figure 3. Resonancia de tumor de cuello



*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*

Figure 5. Tumor de cuello y mama (piezas patológica)

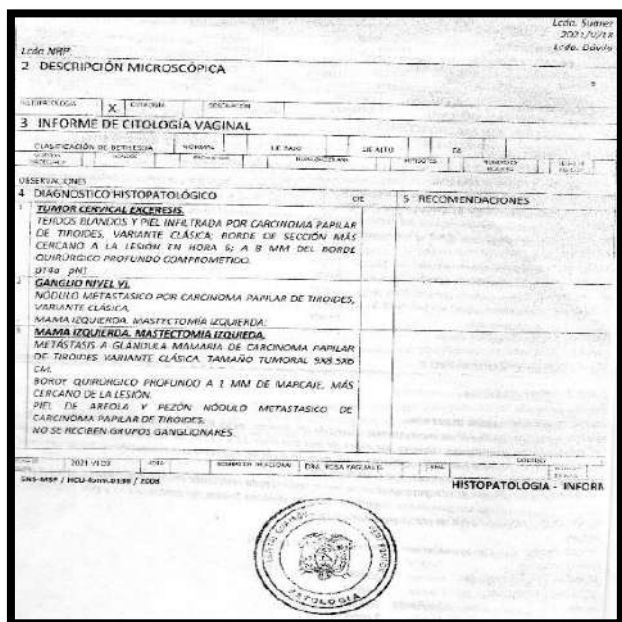


*Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil
"Doctor Abel Gilbert Pontón".
Autor: Dr. Fernando Moncayo A.*



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0. Los autores mantienen los derechos sobre los artículos y por tanto son libres de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra.

Figure 6. Resultado histopatológico: Metástasis a glándula mamaria de carcinoma de tiroides.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil “Doctor Abel Gilbert Pontón”.

Autor: Dr. Fernando Moncayo A.

Figure7. Resultado final de cirugía.



Fuente: Hospital de Especialidades Guayaquil “Doctor Abel Gilbert Pontón”.

DISCUSIÓN

Los principales órganos de metástasis a distancia del CMT son el hígado, el pulmón, el hueso y, con menor frecuencia, la piel y el cerebro. Además, dentro de las metástasis en mama proveniente de tejido no mamario, es importante destacar que solo aproximadamente el 1.2% de los casos corresponden a carcinoma medular de tiroides, siendo los más frecuentes de ovarios, pulmón y próstata⁵

Las metástasis de mama pueden simular tumores primarios tanto clínica como radiológicamente siendo necesario un diagnóstico histológico preciso para el correcto planteamiento terapéutico y dadas las implicaciones pronósticas que conllevan

El patólogo tiene un papel clave al considerar el diagnóstico de metástasis en la mama si las características histológicas son inusuales para un tumor mamario primario. La historia clínica es vital en algunos casos. La inmunohistoquímica juega un papel complementario útil. En la literatura se han reportado aproximadamente cerca de 20 casos de Carcinoma Metastásico de Tiroides a glándula mamaria, por lo que existe poca bibliografía.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lorenzo D'Angelo-Piaggio [Gaceta Mexicana de Oncología Volume 15, Issue 4](#), July–August 2016, Pages 245-248.
- 2.- P. Cabrera, J. Torralba, J. Puig, L. López Tumor metastásico en la mama [Vol. 11. Núm. 1](#). Enero 1998, páginas 33-36
- 3.- García del Muro J, Rezola R, Martínez de Lizarduy J. Tumores metastásicos en mama. Presentación de tres casos. Neoplasia 1987;4/5:60-2.
- 4.- Lee, A. El diagnóstico histológico de las metástasis mamarias por neoplasias malignas extramamarias Diario de Patología Clínica Volumen 60, número 12, diciembre de 2007, páginas 1333-1341
- 5.- Dra. Ma. Teresa de Jesús Vega González Metástasis a piel de carcinoma renal y carcinoma papilar de tiroides Rev Cent Dermatol Pascua • Vol. 16, Núm. 3 • Sep.-Dic 2007, Pág. 13.
- 6.- J. Banzo . Papillary Thyroid Carcinoma synchronous with breast cancer: An incidental finding in an ¹⁸F-FDG PET-CT study carried out in a search for occult breast cancer. [Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular. Volume 31, Issue 4](#), July–August 2012, Pages 213-215
- 7.- Haugen BR, Sawka AM, Alexander EK, et al. American Thyroid Association Guidelines on the Management of Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer Task Force Review and Recommendation on the Proposed Renaming of Encapsulated Follicular Variant Papillary Thyroid Carcinoma Without Invasion to. Thyroid. 2017;27(4):481-3.
- 8.- Javier López-Gómez. Relación del tamaño tumoral y extensión extratiroidea con la recaída local en el cáncer diferenciado de tiroides en población mexicana. [Gaceta mexicana de oncología](#). vol.19 no.1 Ciudad de México ene./mar. 2020 Epub 30-Abr-2021.

