



## CASO CLÍNICO

# Nódulo tiroideo como primer signo de progresión de carcinoma de cervix uterino



## Thyroid nodule as a first sign of progression in uterine cervical carcinoma

Nelson Fuentes-Martínez<sup>a,\*</sup>, Jorge Santos Juanes<sup>a</sup>,  
Blanca Vivanco-Allende<sup>a</sup> y Sebastian Grzegorz Gagateg<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Recibido el 8 de abril de 2014; aceptado el 20 de abril de 2014

Disponible en Internet el 7 de agosto de 2014

Mujer de 36 años de edad, que acude por presentar un nódulo tiroideo de un mes de evolución. La tomografía axial computarizada (TAC) muestra un nódulo irregular de 5 cm que ocupa gran parte del lóbulo tiroideo derecho (fig. 1). Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF). Se obtiene una población de células malignas poco diferenciadas con núcleo irregular y claro, nucléolo patente y escaso citoplasma (fig. 2A). Los estudios inmunohistoquímicos en el bloque celular revelan que las células tiñen focalmente con citoqueratina (CQ) AE1/AE3 (fig. 2B) y muestran positividad parcheada para vimentina y para el antígeno epitelial de membrana. La CQ8 es positiva leve y focal. Los siguientes marcadores inmunohistoquímicos resultan negativos (tiroglobulina, PAX-8, CQ19, CQ7, sinaptofisina, cromogranina, CD45, CD30, desmina, alfa actina y S100). Al consultar la historia clínica de la paciente presenta como antecedente un carcinoma de cervix uterino poco diferenciado estadio

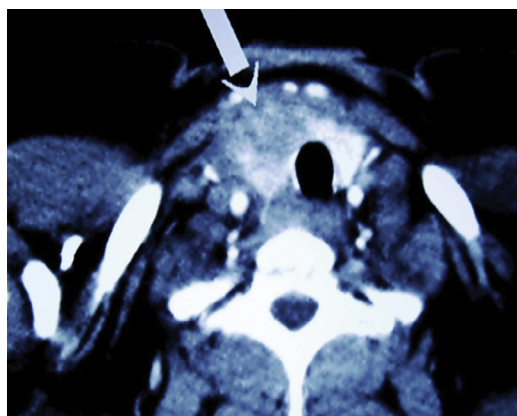
IA tratado con intención radical con braquiterapia y quimioterapia hacía un año. El estudio de la biopsia previa del carcinoma de cervix presenta unos hallazgos citológicos e inmunohistoquímicos idénticos a la lesión del tiroides (figs. 2C y D). El estudio mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el virus papiloma humano (VPH) a través de la plataforma Cobas® 4800 HPV test (Roche Molecular Systems, Pleasanton, CA, EE. UU.), muestra positividad para el VPH-16 en las 2 lesiones. Se indica una TAC que revela metástasis en la glándula suprarrenal derecha y en los ganglios linfáticos retroperitoneales y cervicales. Con estos resultados se concluye el diagnóstico de metástasis en el tiroides de carcinoma de cervix poco diferenciado. La paciente recibe tratamiento paliativo con radioterapia y quimioterapia. Seis meses tras la metástasis fallece.

## Discusión

Las metástasis localizadas en el tiroides son extremadamente raras, aunque en los últimos años han aumentado las comunicaciones de este órgano como asiento de metástasis

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nelsonfuentesmartinez71@gmail.com](mailto:nelsonfuentesmartinez71@gmail.com)  
(N. Fuentes-Martínez).



**Figura 1** La flecha señala una lesión nodular irregular de aproximadamente 5 cm ocupando el lóbulo tiroideo derecho.

probablemente debido a su rica vascularización. En las series de autopsias existe una incidencia de metástasis en el tiroides entre el 1,25% en los casos sin antecedentes de neoplasia y el 24% en los casos con historia previa de malignidad<sup>1</sup>. Las series de biopsias muestran una incidencia menor entre el 1,5 y el 8,5%<sup>2</sup>.

Los sitios más frecuentes de origen de las metástasis en el tiroides son las mamas, los pulmones, los riñones y el melanoma cutáneo. Algunos autores señalan a los riñones como el origen más frecuente<sup>3</sup>, sin embargo, otros refieren que es la mama<sup>4</sup>. El carcinoma de cérvix rara vez metastatiza en el tiroides, solo hemos encontrado 8 casos publicados. Seis carcinomas escamosos, un

carcinoma neuroendocrino y un adenocarcinoma de endocervix (tabla 1)<sup>1,2,4-8</sup>.

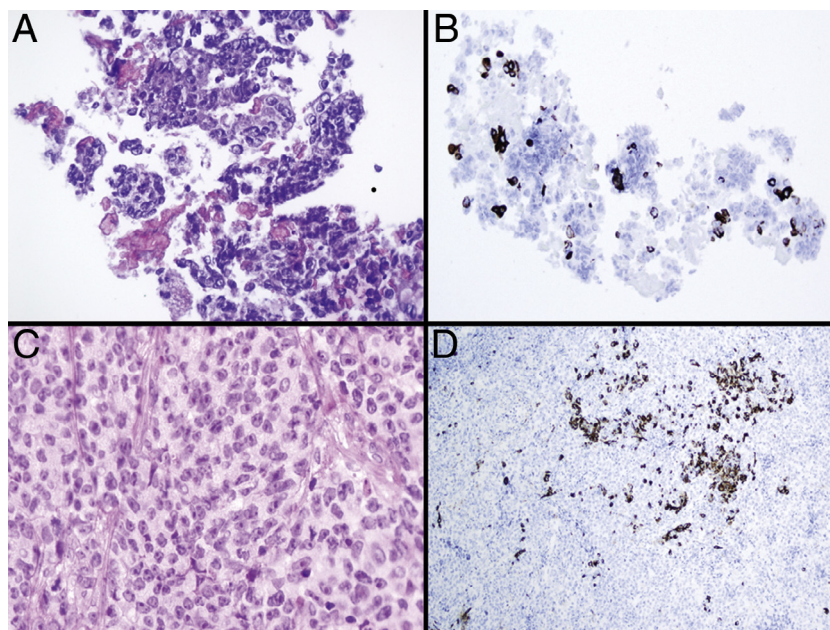
El diagnóstico diferencial de las metástasis tiroideas se debe realizar principalmente con un carcinoma anaplásico de tiroides, para lo que las técnicas inmunohistoquímicas y de biología molecular son de gran utilidad. Los marcadores inmunohistoquímicos tiroglobulina y PAX-8 pueden ayudar, sin embargo, el primero de ellos que es el más específico del tiroides solo es positivo en un 20-30% de carcinomas anaplásicos<sup>8</sup>.

En nuestro caso dada la naturaleza del carcinoma primario y la alta prevalencia del VPH, la determinación de este virus y su genotipado ha sido de gran ayuda, al existir una correlación elevada entre el genotipo encontrado en el tumor primario y su metástasis<sup>9</sup>.

Siempre que exista un tumor maligno previo, la metástasis debe entrar en el diagnóstico diferencial. El tiempo transcurrido desde el tratamiento del tumor primario tampoco permite descartarlo pues existen metástasis en el tiroides hasta 19 años después del tratamiento primario, como recoge la literatura<sup>10</sup>.

El tratamiento de las lesiones metastásicas en el tiroides suele ser paliativo con radioterapia y quimioterapia ya que en el momento del diagnóstico suele existir diseminación neoplásica como en nuestro caso, sin embargo, si se trata de una lesión única se puede realizar la exéresis del nódulo con intención curativa<sup>1</sup>.

Por último señalar el valor de la PAAF en el diagnóstico de las lesiones de tiroides. Es un método sencillo que permite establecer el diagnóstico definitivo o al menos la sospecha de malignidad en la mayoría de pacientes, evitando el uso de técnicas más invasivas y/o cirugías no indicadas.



**Figura 2** A) Bloque celular procedente de la punción aspiración con aguja fina del nódulo tiroideo. Núcleos pleomórficos, irregulares, algunos claros y otros con nucléolo patente. No hay restos de parénquima tiroideo, H&E 20×. B) Positividad intensa y parcheada para citoqueratina AE1/AE3 en el nódulo tiroideo, inmunoperoxidasa 10×. C) Biopsia de cérvix uterino mostrando células idénticas a las del tiroides. D) Tiñen de forma parcheada para citoqueratina AE1/AE3.

**Tabla 1** Carcinoma de cuello uterino que desarrollaron metástasis al tiroides

| Bibliografía     | Edad | S. histol | Interv libre enf (meses) | Metástasis en otras localizaciones    | Supervivencia (meses) |
|------------------|------|-----------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Karapanagiotou E | 68   | CCE       | 48                       | GL mediastino/ paraaórtico, bronquios | 16                    |
| Kim TY           | 53   | CCE       | 29                       | Páncreas, GL inguinales/cuello        | 6                     |
|                  | 42   | CCE       | 72                       | Sin otras metástasis                  | 4                     |
| Martino E        | 39   | CCE       | 27                       | GL pélvicos, pulmón, tráquea.         | 4                     |
| Singh R          | 38   | CN        | 12                       | Pulmón, hígado                        | 6                     |
| Cheung AY        | 57   | ADC       | 12                       | GL cuello                             | Regresión             |
| Soriano V        | 48   | CCE       | 36                       | GL retroperitoneo/cuello              | Desconocida           |
| Toongsuwan S     | 47   | CCE       | 0                        | GL pélvicos                           | 1                     |
| Nuestro caso     | 36   | CPD       | 6                        | Suprarrenal. GL cuello/retroperitoneo | 6                     |

ADC: adenocarcinoma; CCE: carcinoma de células escamosas; CN: carcinoma neuroendocrino; CPD: carcinoma pobremente diferenciado; GL: ganglios linfáticos; Interv libre enf: intervalo libre de enfermedad; S. histol: subtipo histológico.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

## Bibliografía

- Cheung AY, Donner L, Capen C. Metastatic adenocarcinoma of the uterine cervix to the thyroid gland. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2000;12:60–1.
- Karapanagiotou E, Saif MW, Rondoyianni D, Markaki S, Alamara C, Kiagia M, et al. Metastatic cervical carcinoma to the thyroid gland: A case report and review of the literature. *Yale J Biol Med*. 2006;79:165–8.
- Czech JM, Lichtor TR, Carney A, van Heerden JA. Neoplasms metastatic to the thyroid gland. *Surg Gynecol Obstet*. 1982;155:503–5.
- Singh R, Bibbo M, Cunnane MF, Carlson JA, de Papp AE. Metastatic cervical carcinoma with ectopic calcitonin production presenting as a thyroid mass. *Endocr Pract*. 2002;8:50–3.
- Martino E, Bevilacqua G, Nardi M, Macchia E, Pinchera A. Metastatic cervical carcinoma presenting as primary thyroid cancer. Case report. *Tumori*. 1977;63:25–30.
- Soriano V, Salinas I, Llatjós M, Lucas A. The recurrence of a gynecological neoplasm as a solitary thyroid nodule. *Rev Clin Esp*. 1990;186:391–3.
- Toongsuwan S, Vardthanasara C, Charoenpanich P, Suvonnakote T, Damrongvadh P. Thyroidal metastases from primary carcinoma of the cervix. *J Med Assoc Thai*. 1982;65:618–21.
- Kim TY, Kim WB, Gong G, Hong SJ, Shong YK. Metastasis to the thyroid diagnosed by fine needle aspiration biopsy. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2005;62:236–41.
- Plaza JA, Ramírez NC, Nuovo GJ. Utility of HPV analysis for evaluation of possible metastatic disease in women with cervical cancer. *Int J Gynecol Pathol*. 2004;23:7–12.
- Chen H, Nicol TL, Udelsman R. Clinically significant, isolated metastatic disease to the thyroid gland. *World J Surg*. 1999;23:177–80.