

sexo masculino, como una masa polipoide solitaria en la región de cabeza y cuello que puede comprimir o desplazar la lengua provocando parcial obstrucción de laringe o faringe;

b) rabdomioma fetal, puede ocurrir en niños y adultos, localizándose fundamentalmente en cabeza y cuello y se han subdividido en dos tipos, rabdomioma fetal mixoide, más frecuentes en niños, y rabdomioma fetal clásico o intermedio, pudiendo presentar dificultades en el diagnóstico diferencial con el rabdomiosarcoma;

c) el hamartoma mesenquimal rabdomiomatoso, suele presentarse en cara y cuello de recién nacidos como una lesión polipoide o papilar de 1-2 cm de diámetro máximo y que puede plantear el diagnóstico diferencial desde el punto de vista histológico con otros hamartomas como el hamartoma fibroso de la infancia o el nevus lipomatoso;

d) el rabdomioma genital, a cuyo grupo pertenecería nuestro caso, que suelen presentarse como masas polipoideas de lento crecimiento, asintomáticas, localizadas en vagina o vulva de mujeres jóvenes o de edad media (1).

Solo existen casos aislados descritos en la literatura de rabdomioma genital en cordón espermático, túnica vaginal o epidídimo (2-5), planteándose en estos casos el diagnóstico diferencial con otras lesiones más frecuentes en esta localización como el tumor adenomatoide, mesotelioma, cistadenoma papilar, lipoma, rabdomiosarcoma, leiomioma o fibromatosis. En nuestro caso fue considerada como una lesión fibrosa de tipo cicatricial antes de ser intervenido.

Son tumores con un comportamiento benigno y baja incidencia de recurrencias, siendo el tratamiento de elección la exéresis quirúrgica completa, y aunque son poco frecuentes deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de tumores del tracto genital masculino.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. WEISS, E.: "Soft tissue tumors". Chapter 21. Rabdomioma 4th ed. pp 769-81 Mosby, St Louis, 2001.
- *2. MARGARET, S.; WEHNWE, J.L.; HUMPHREYS, F.E. y cols.: "Epididymal rhabdomyoma. Report a case, including histologic and immunohistochemical findings". Arch. Pathol. Lab. Med., 124: 1518, 2000.
3. PATTABIRAMAN, M.; BERNEY, D.M.: "Spermatic cord rhabdomyoma". Urology, 56: 331, 2000.
4. KURZOCK, E.A.; BUSBY, J.E.; GANDOUR-EDWARDS, R.: "Paratesticular rhabdomyoma". J. Pediatr. Surg., 38: 1546, 2003.
5. TANDA, F.; ROCCA, P.C.; BOSINCU, L. y cols.: "Rhabdomyoma of the tunica vaginalis of the testis: a histologic, immunohistochemical, and ultrastructural study". Mod. Pathol., 10: 608, 1997.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 6 (697-699), 2007

METÁSTASIS TIROIDEA METACRONICA SECUNDARIA A CARCINOMA RENAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

Jorge García-Olaverri Rodríguez, Ainara Villafruela Mateo, Igor Azurmendi Arin, Iban Olano Grasa, Roberto Larena Iburguren y Carlos Pertusa Peña.

Servicio de Urología. Hospital de Cruces. Baracaldo. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentamos el caso de una paciente con metástasis tiroidea metacrónica de un adenocarcinoma renal.

MÉTODOS: Paciente de 61 años, tratada mediante nefrectomía radical y posteriormente con interleukina-2 durante 12 meses por un adenocarcinoma renal, en estadio pT3b pN0 M0, que 4 años después desarrolla un nódulo tiroideo con desplazamiento tráqueal, que obligó a realizar una hemitiroidectomía izquierda.

RESULTADOS/CONCLUSIONES: Histopatológicamente se informó como una lesión constituida por células tumorales con citoplasma claro, con acusada atipia y zonas anaplásicas compatible con adenocarcinoma renal de células claras. El estudio de extensión fue negativo.

Correspondencia

Jorge García-Olaverri Rodríguez
Apartado de correos 20134
48080 Bilbao. (España).
jolaverri@hotmail.com

Trabajo recibido: 26 de noviembre 2006.

CONCLUSIONES: Las metástasis tiroideas son extraordinariamente raras, siendo su origen renal el más frecuente. Se presentan como un nódulo indoloro, gammagráficamente frío, y niveles de hormonas tiroideas normales. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica, con un pronóstico mejor cuanto mayor sea el tiempo transcurrido entre el tumor primario y la aparición de metástasis.

Palabras clave: Adenocarcinoma renal. Metástasis. Tiroides.

Summary.- **OBJECTIVE:** We report the case of the patient with metachronic thyroid metastasis of a renal adenocarcinoma.

METHODS: 61-year-old patient with the diagnosis of renal adenocarcinoma treated by radical nephrectomy (stage pT3bpNOMO) and subsequent interleukin-2 for twelve months presenting four years after surgery with a thyroid nodule displacing the trachea laterally, requiring left hemithyroidectomy.

RESULTS: Pathology reported a lesion made of clear cytoplasm tumor cells, with marked atypia and anaplastic areas, compatible with clear cell renal adenocarcinoma.

CONCLUSIONS: Thyroid metastases are extremely rare, being renal tumors the most frequent origin. They present as painless nodules, cold in gammagram, with normal thyroid hormones. The treatment of choice is surgical excision, with a better prognosis the longer the time between the primary and the appearance of metastasis.

Keywords: Renal adenocarcinoma. Metastasis. Thyroid gland.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis en tiroides son extremadamente raras, siendo las más frecuentes de origen renal (1).

CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años de edad, con antecedentes de histerectomía más doble anexectomía por miomas uterinos en 1997, hernia de hiato, e hipertensión arterial en tratamiento médico. Presentaba asimismo un nódulo tiroideo de 3 cm de diámetro, diagnosticado de bocio coloide nodular mediante PAAF en 1995.

Fue intervenida en 2001, mediante nefrectomía radical derecha, por un tumor heterogéneo de 8 cm de diáme-

tro localizado a nivel del tercio medio de riñón derecho (Figura 1), correspondiendo el estudio anatomopatológico posterior, a adenocarcinoma renal de alto grado, con infiltración de vena renal, estadio pT3bNoMo. Fue tratada posteriormente de forma coadyuvante con interleukina-2 subcutánea durante 12 meses.

El informe anatomopatológico macroscópico de la pieza describía una nódulo tumoral que infiltraba pelvis y vena renal, con un diámetro de 8 x 5 x 7 cm, combinando áreas grisáceas con otras pardamarillentas. En el estudio microscópico se observó una tumoración pseudocapsular correspondiente a adenocarcinoma renal de alto grado, con alguna zona anaplásica. El tumor invadía el sistema pielocalicial y había evidencia de invasión vascular de la vena renal. Los márgenes quirúrgicos estaban libres.

En el 2004 en estudio de control, se detectó mediante TAC, un marcado crecimiento del lóbulo tiroideo izquierdo, con la presencia de un nódulo de 4 cm heterogéneo, en relación con el nódulo coloide previo conocido. En el 2005, en un nuevo TAC, se observó en el mismo lóbulo tiroideo izquierdo, el crecimiento del nódulo hasta 5,6 cm desplazando la tráquea (Figura 2). La gammagrafía tiroidea mostraba un "nódulo frío" en lóbulo izquierdo, mientras que la analítica sanguínea no demostró alteración en los niveles de hormonas tiroideas.

Ante el crecimiento progresivo del nódulo se decidió realizar hemitiroidectomía izquierda. El informe anatomopatológico describía un hemitiroides izquierdo con un nódulo de 8 x 6 x 2 cm, con múltiples zonas amarillentas en superficie, alternando con otras de aspecto más carnoso. En el examen microscópico se observó



FIGURA 1. TAC abdominal: Adenocarcinoma renal de 8 cm de diámetro, a nivel de tercio medio del riñón derecho, con infiltración de vena renal.

una lesión constituida por células tumorales con citoplasma claro, las cuales presentaban una acusada atipia, con zonas incluso anaplásicas y la presencia de figuras de mitosis. Presentaban un crecimiento difuso constituyendo nódulos con zonas de esclerosis y extensas áreas de necrosis. La lesión se encontraba rodeada por tejido tiroideo respetado en el que se objetivaban folículos linfoides.

Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica en las cuales dichas células tumorales presentaron negatividad para la tiroglobulina y positividad para CK8, CK18, EMA, y Vimentina.

Dadas las características histológicas del tumor y el perfil inmunohistoquímico, junto con la historia clínica del paciente, la lesión fue informada como metástasis de adenocarcinoma renal de células claras.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células renales representa el 3% de todas las neoplasias malignas del adulto y supone el tercer tumor urológico en frecuencia tras el cáncer de próstata y el cáncer de vejiga (1,2). A pesar de que el empleo de ecografía y tomografía axial computerizada ha incrementado el número de tumores renales descubiertos incidentalmente, un 30% están diseminados en el momento del diagnóstico (1,2). Metastatiza por orden de frecuencia en pulmones, hueso, suprarrenales e hígado (2, 3, 4). La presentación sincrónica de carcinoma renal y metástasis tiroidea supone menos del 5% de los casos. La mayoría de las metástasis renales en tiroides son metacrónicas, con un periodo medio de latencia de 10 años (5).

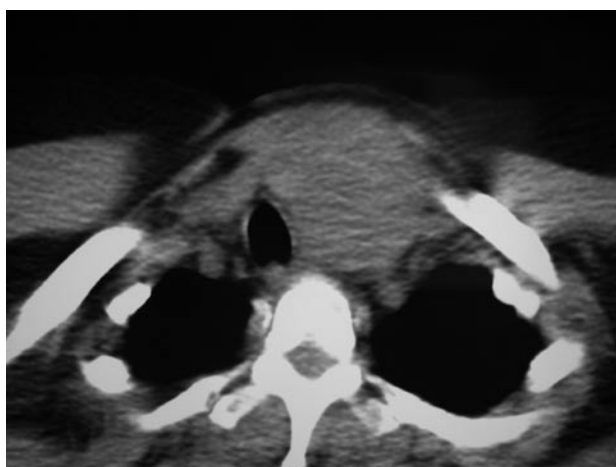


FIGURA 2. TAC cervical: Nódulo tiroideo de 5 cm de diámetro, que provoca crecimiento del lóbulo izquierdo y desplazamiento de la tráquea.

Clínicamente se presentan como un nódulo indoloro o un bocio que puede ocasionar síntomas por afectación de estructuras vecinas. Las hormonas tiroideas suelen ser normales. Gammagráficamente se comporta como un "nódulo frío" (5, 6) aunque han sido descritas algunas con captación en forma de "nódulo caliente" (7). Debido a la baja frecuencia y a la ausencia de síntomas, su diagnóstico se realiza mayoritariamente en las necropsias (8,9). Por lo tanto, en un paciente con historia de carcinoma renal y aumento del volumen tiroideo, debemos sospechar crecimiento metastásico (8,10).

El tratamiento de las metástasis únicas de carcinoma renal en tiroides es la exéresis quirúrgica mediante tiroidectomía total o hemitiroidectomía (2,6). El pronóstico de un carcinoma renal con metástasis metacrónica es mejor cuanto mayor sea el periodo transcurrido entre el tumor primario y la aparición de metástasis, aunque es preciso tener en cuenta otros factores pronósticos como: número de metástasis, localización, grado histológico y estado general del paciente (5).

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. PEREZ, D.A.; BLANCO, M.; TOUCEDO, V. y cols.: "Carcinoma renal metastático de localización atípica. Revisión de la literatura". Actas Urol. Esp., 29: 621, 2005.
- *2. LOPEZ, J.; RIOJA, J.; SAINZ, A. y cols.: "Recidiva local y afectación metastásica única de tumor renal. Factores pronósticos y supervivencia". Actas Urol. Esp., 29: 269, 2005.
3. BRETHEAU, D.; LECHEVALLIER, E.; EGHAZARIAN, E. y cols.: "Prognostic significance of incidental renal cell carcinoma". Eur. Urol., 27: 319, 1995.
4. JOHNSEN, J.; HELLSTEN, S.: "Lymphatogenous spread of renal cell carcinoma: an autopsy study". J. Urol., 157: 450, 1997.
- **5. MUÑOZ, D.; AMENGUAL, I.; REBASSA, M. y cols.: "Carcinoma Renal asintomático diagnosticado a partir de una metástasis sincrónica de tiroides". Actas Urol. Esp., 22: 681, 1998.
6. PALAZZO, F.F.; BRADPIESE, H.A.; MORGAN, M.W.: "Renal cell carcinoma metastasizing to the thyroid gland". Scan. J. Urol. Nephrol., 33: 202, 1999.
7. PEREIRA, J.G.; ACINAS, O.; ESCOBAL, V. y cols.: "Metástasis tardía en glándula tiroidea tras nefrectomía por carcinoma renal de células claras". Actas Urol. Esp., 19: 468, 1995.
- *8. BUJONS, A.; PASCUAL, X.; ROSALES, A.; y cols.: "Metástasis tiroidea de un carcinoma renal, a propósito de un caso". Actas Urol. Esp., 59: 811, 2006.
9. ATMANI, A.; VALLEIX, D.; BLAISE, S. y cols.: "Intrathyroid metastasis from kidney cancers: two case reports". Ann. Chir., 127: 532, 2002.
10. GONZALEZ, A.; HIGUERO, A.; GARCIA, F. y cols.: "Metástasis en tiroides". Cir. Esp., 68: 135, 2000.