

Carcinoma de tiroides con invasión traqueal: serie de cinco casos

J. Joaquín Torres Relucio^a, E. Cases Viedma^a, J. Padilla Alarcón^b y J.L. Sanchis Aldás^a

^aServicio de Neumología y ^bCirugía de Torácica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Se presentan 5 pacientes con carcinoma de tiroides y afectación traqueal. En dos de ellos el hallazgo de la infiltración traqueal fue intraoperatorio durante la exéresis del tiroides. En los restantes pacientes el diagnóstico se realizó por la presencia de síntomas respiratorios como la hemoptisis y el estridor. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma papilar en cuatro casos y un carcinoma folicular que correspondió al único varón de la serie. El tratamiento con tiroidectomía, resección traqueal y anastomosis terminoterminal, con vaciamiento ganglionar se siguió de una larga supervivencia. La búsqueda de la afectación traqueal durante la tiroidectomía y la sospecha clínica fueron decisivas para el buen pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave: Carcinoma de tiroides. Infiltración traqueal. Pronóstico.

Thyroid carcinoma with tracheal invasion: a series of five cases

We report five cases of thyroid carcinoma with tracheal invasion. In two patients infiltration was found during thyroid exeresis. Diagnosis was based on respiratory signs such as hemoptysis and stridor in the other three patients. The pathologic diagnosis was papillary carcinoma for four patients and follicular carcinoma for one, the only man in the series. Treatment by thyroidectomy, tracheal resection and end-to-end anastomosis with node removal was followed by long-term survival. A search for tracheal involvement during thyroidectomy and clinical suspicion were the keys to a good prognosis for these patients.

Key words: Thyroid carcinoma. Tracheal infiltration. Prognostic.

Introducción

Los carcinomas primarios de tiroides se pueden clasificar en dos tipos en función de su origen. Los dependientes de las células C parafoliculares, llamado carcinoma medular de tiroides, y los dependientes de las células foliculares. Estos últimos son los más frecuentes y comprenden los papilares, foliculares y anaplásicos, cuyas frecuencias son del 70, el 15 y el 5%, respectivamente. La afectación pulmonar de estos tumores se produce en la mayoría de los casos como metástasis pulmonares y en menos del 5% como invasión local de la tráquea¹. Los carcinomas papilares afectan la tráquea con mayor frecuencia que los foliculares y, a diferencia de lo observado con el carcinoma anaplásico, es infrecuente que presenten metástasis pulmonares, por lo que se han asociado con un mejor pronóstico². Aunque el pronóstico del carcinoma diferenciado de tiroides es bueno, la invasión de la tráquea es un factor desfavorable. Así, la principal causa de muerte por carcinoma de tiroides es la obstrucción traqueal³. El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico con resección comple-

ta del tiroides y de las estructuras traqueales afectadas se asocian con un mejor pronóstico. Presentamos una serie de 5 pacientes con carcinoma de tiroides e invasión traqueal sin metástasis pulmonares y con supervivencia de hasta 6 años.

Observación clínica

Se presentan 5 pacientes de edad media 57 años (límites, 43-70 años), cuatro mujeres y un varón (tabla I), que consultaron en dos ocasiones por hemoptisis. En 3 pacientes se inició el estudio por la presencia de nódulos o masas paratraqueales, mientras que en 2 casos fue un hallazgo perioperatorio de infiltración traqueal de un carcinoma papilar de tiroides durante la hemitiroidectomía por un nódulo frío. Ninguno de estos pacientes había recibido radiación en cabeza, cuello o mediastino alto, y como único antecedente destacaba que dos de las pacientes habían sido hysterectomizadas por mioma uterino. Dos pacientes presentaban estridor y el resto de la exploración física fue normal. La radiografía simple de tórax hizo sospechar la presencia de estenosis traqueal en un solo caso, sin evidenciar en ninguno de los estudios afectación metastásica pulmonar. La tomografía computarizada (TC) realizada en un paciente evidenció la presencia de una masa tiroidea que dejaba impronta sobre la luz traqueal en sentido anteroposterior

Correspondencia: Dr. E. Cases Viedma.
 Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe.
 Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia. España.
 Correo electrónico: cases.enr@gva.es

Recibido: 6-5-2002; aceptado para su publicación: 18-6-2002.



Fig. 1. Masa tiroidea que infiltra la tráquea y ocupa gran parte de su luz.

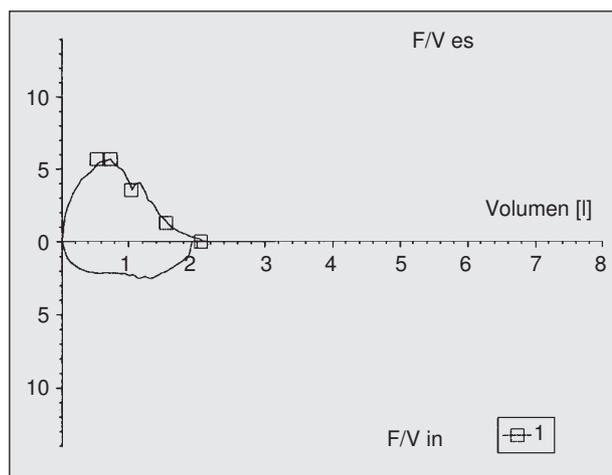


Fig. 2. Curva flujo-volumen que presenta un aplanamiento de la curva inspiratoria.

(fig. 1). Una curva inspiratoria aplanada en una paciente fue el único hallazgo funcional encontrado en nuestra serie (fig. 2). El estudio endoscópico bronquial demostró en tres de los 5 casos una masa pediculada que obstruía la tráquea hasta el 90% de su luz. El pedículo tumoral se localizó sobre el anillo del cricoides o, lo más frecuente, sobre los primeros anillos traqueales. El tratamiento quirúrgico en todos los casos fue una tiroidectomía total con resección de dos o tres anillos traqueales y en uno con cricoidectomía parcial del anillo, seguido de sutura terminoterminal y vaciamiento ganglionar. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma papilar infiltrante en cuatro casos y en uno, que correspondía al único varón de la serie, de carcinoma folicular infiltrante. En 3 casos los ganglios linfáticos regionales estaban afectados, y en uno de ellos también lo estaba el nervio recurrente. Durante el postoperatorio inmediato, 3 pacientes desarrollaron estenosis de la sutura, lo que obligó a la colocación de prótesis de Montgomery y tratamiento con láser de granulomas en la sutura. Otras complicaciones fueron la parálisis recurrente en 2 pacientes y la hipocalcemia secundaria a la paratiroidectomía. El tratamiento hormonal sustitutivo, secundario a la administración de ¹³¹I recibido por todos los pacientes fue iniciado 2 meses después del tratamiento quirúrgico. La mediana de supervivencia es de 54 meses tras la

cirugía, y la supervivencia máxima es de 72 meses; permanecen en la actualidad libres de enfermedad tres de los 5 pacientes, incluido el último que fue intervenido.

Discusión

La frecuencia de invasión cervicovisceral del carcinoma de tiroides está entre el 5 y el 8%^{1,4}. En la serie de Machens et al⁴, sobre un total de 34 pacientes con invasión cervical de carcinomas de tiroides, que incluye 15 casos de carcinoma medular, todos ellos presentaban invasión traqueal, además de la afección del nervio recurrente y el esófago. En nuestra serie no hemos encontrado afección del esófago y sólo en un caso en el estudio endoscópico digestivo se evidenció compresión esofágica. Los tumores que más infiltran son el carcinoma papilar y medular, con una frecuencia similar, y el carcinoma folicular en la mitad de los casos. Nosotros no tenemos ningún caso de carcinoma medular y el tumor predominante es el papilar, con un solo caso de carcinoma folicular. Los mecanismos propuestos de invasión cervicovisceral no están completamente aclarados, e incluyen la invasión desde el propio tumor hacia las estructuras vecinas, siendo la tráquea el órgano que por vecindad primero se afecta. En dos de los pacientes estudiados, el diagnóstico fue intraoperatorio con inva-

TABLA I
Características de los pacientes estudiados

Caso, n.º	Edad	Sexo	Motivo de consulta	Fibrobroncoscopia	Anatomía patológica	Supervivencia (meses)
1	62	M	Disnea de esfuerzo. Estridor. Hemoptisis	Masa pediculada en cricoides	Carcinoma papilar, infiltración traqueal y ganglionar	12*
2	56	M	Aumento de tamaño de tiroides	Nódulo a 2 cm de cuerdas	Carcinoma papilar Metástasis ganglionares	68*
3	70	V	Masa paratraqueal Hemoptisis	Nódulo a 2 cm de cuerdas	Carcinoma folicular	60
4	56	M	Bocio multinodular Estridor	No realizado	Carcinoma papilar, infiltración traqueal y ganglionar	18
5	43	M	Hallazgo en intervención de tiroides	No se visualiza masa	Carcinoma papilar infiltración peritraqueal	72*

V: hombre; M: mujer. *En la actualidad el paciente permanece vivo.

sión del pericondrio de los anillos traqueales, sin afectar la luz traqueal, lo que puede corresponder al inicio de la invasión luminal. Por esta razón se propone la resección de los anillos traqueales y no el rasurado superficial de la pared traqueal cuando ésta se ve afectada. Otras formas de invasión propuestas han sido la presencia de ganglios linfáticos metastásicos, y en la mitad de los casos el mecanismo es desconocido. Tres de nuestros pacientes presentaron, además de la afección traqueal, invasión ganglionar, lo que hace pensar que el mecanismo de invasión cervical puede ser mixto.

Cuando existe invasión de la luz traqueal, los síntomas como la hemoptisis o el estridor son los más frecuentes. En la serie presentada, dos pacientes con infiltración traqueal sin invasión de la luz estaban asintomáticos desde el punto de vista respiratorio. Cuando hay invasión de la luz traqueal con estenosis, el 50% de los fallecimientos está relacionado con ésta⁵. El diagnóstico de la extensión cervical del carcinoma tiroideo debe de incluir el estudio con TC o resonancia magnética y, en el caso de presentar clínica respiratoria o ante los hallazgos radiológicos, la broncoscopia está claramente indicada.

El tratamiento quirúrgico con tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar más resección de la porción traqueal afectada presenta una supervivencia de más del 80% a los 7 años^{6,7}. En los casos en los que el tratamiento quirúrgico se completa mediante radioterapia con yodo radiactivo mejora la supervivencia. Todos los pacientes de la serie fueron tratados siguiendo este esquema terapéutico. Las complicaciones más frecuentes presentadas son la estenosis de la sutura, que precisa tratamiento con prótesis endotraqueal de preferencia tipo Montgomery que llevaron tres de los pacientes, la

hipocalcemia y la parálisis recurrencial.

La afección traqueal del carcinoma tiroideo no es infrecuente, y en ocasiones se presenta como un hallazgo intraoperatorio en pacientes asintomáticos, lo que aconseja la revisión sistemática de la tráquea en aquellos pacientes intervenidos de neoplasia tiroidea. Además, es la principal causa de muerte por carcinoma de tiroides al condicionar una obstrucción traqueal. Así pues, la sospecha clínica y el diagnóstico temprano son fundamentales, teniendo en cuenta que con tratamiento quirúrgico extenso y radioterapia posterior este tipo de tumor presenta una buena supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weber AL, Randolph G, Aksoy FG. The thyroid and parathyroid glands. CT and MR imaging and correlation with pathology and clinical findings. *Radiol Clin North Am* 2000;38:1105-29.
2. Hoie J, Stenwig AE, Kullmann G, Lindegaard M. Distant metastases in papillary thyroid cancer. A review of 91 patients. *Cancer* 1988;61:1-6.
3. Ishihara T, Yamazaki S, Kobayashi K, Inoue H, Fuka S, Ito K, et al. Resection of the trachea infiltrated by thyroid carcinoma. *Ann Surg* 1982;195:496-500.
4. Machens A, Hinze R, Lautenschläger C, Thomusch O, Dralle H. Thyroid carcinoma invading the cervicovisceral axis: Routes of invasion and clinical implications. *Surgery* 2001;129:23-8.
5. Ishihara T, Kobayashi K, Kikuchi K, Kato R, Kawamura M, Ito K. Surgical treatment of advanced thyroid carcinoma invading the trachea. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991;102:717-20.
6. Melliere JM, Ben Yahia NE, Becquemin JP, Lange F, Boulahdour H. Thyroid carcinoma with tracheal or esophageal involvement: limited or maximal surgery? *Surgery* 1993;113:166-72.
7. Yang CC, Lee CH, Wang LS, Huang BS. Resectional treatment for thyroid cancer with tracheal invasion. A long-term follow-up study. *Arch Surg* 2000;135:704-7.