

Clínica cotidiana

Trombosis de la vena tiroidea por carcinoma papilar de tiroides

Manuel Penín Alvarez, Beatriz San Millan Tejado, Cristóbal Fraga Abelleira, Rosa Rodríguez Ferro

^a Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

Correo electrónico: manuelpenin@mac.com

INFORMACION DEL ARTICULO

On-line el 10 De Febrero de 2021

Palabras clave:
 Nódulo tiroideo. Biopsia con
 aguja. Trombosis.

R E S U M E N

La trombosis venosa profunda cervical es infrecuente en los carcinomas de tiroides, y casi siempre se asocia a la variante folicular de este tipo de tumores. Aunque se han descrito varios casos de trombosis venosa cérvico-mediastínica asociadas a carcinoma papilar tiroideo, en todos ellos la formación del trombo se debió a la compresión de la pared del vaso por el tumor. Presentamos el caso de un carcinoma papilar de tiroides que produjo un trombo en la vena tiroidea inferior derecha extendido a la yugular ipsilateral, diagnosticado mediante ecografía, cuyo origen tumoral se confirmó mediante punción-aspiración del trombo y posteriormente en la histología de la pieza quirúrgica de la vena yugular interna.

©Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
 Publicado por Ecosemg Galicia.

Thyroid vein thrombosis due to papillary thyroid carcinoma

A B S T R A C T

Keywords:
 Thyroid nodule. Biopsy, needle.
 Thrombosis.

Deep vein cervical thrombosis is unusual in thyroid-cell carcinomas, and when it appears is usually linked to a follicular neoplasm. The few cases published of cervical-mediastinal deep vein thrombosis secondary to papillary thyroid cancer were secondary to compression of the vessel by the tumoral mass. We present the case of a patient with a classic-type papillary cell thyroid cancer with ecographycal evidence of right inferior thyroid vein thrombosis extended to right jugular vein, and whose tumoral origin was confirmed initially by fine-needle aspiration biopsy, and later by histology of the surgical specimen of the vein.

Un varón de 75 años sin antecedentes patológicos de interés consultó a su médico de cabecera por palpitaciones, temblor acro y pérdida de peso de aproximadamente un mes de evolución. La exploración física demostró un bocio grado 2 con un nódulo duro a la palpación en el lóbulo tiroideo derecho, y un análisis de sangre reveló un hipertiroidismo franco autoinmune con TSH <

0.005, T4L = 2.76 µgr/mL, T3L = 13.15 µgr/mL y TSI = 40,62 U/L.

Se realizó una ecografía cervical que puso de manifiesto un tiroides ecográficamente heterogéneo, con un nódulo en el tercio medio del lóbulo derecho, de 3,2 cm de diámetro mayor, con bordes irregulares, diámetro ventro-dorsal mayor que el latero-lateral, calcificación anular periférica incompleta y microcalcificaciones en su inte-

rior (Figura 1); y una masa sólida de 3,8 cm de diámetro que correspondía a un trombo que afectaba a la vena tiroidea inferior derecha y se extendía hasta la yugular ipsilateral limitando su flujo (Figura 2). Lateralmente a la arteria carótida y vena yugular izquierdas se vio una adenopatía ovalada de 3,2 cm de diámetro con vascularización central y periférica en el estudio doppler.

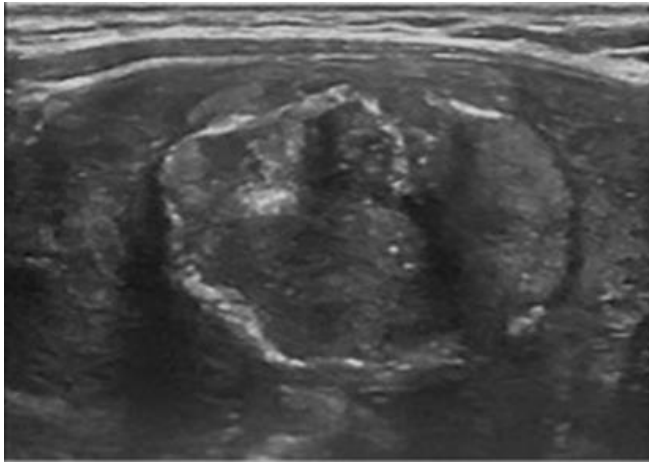


Figura 1. Nódulo en lóbulo tiroideo derecho

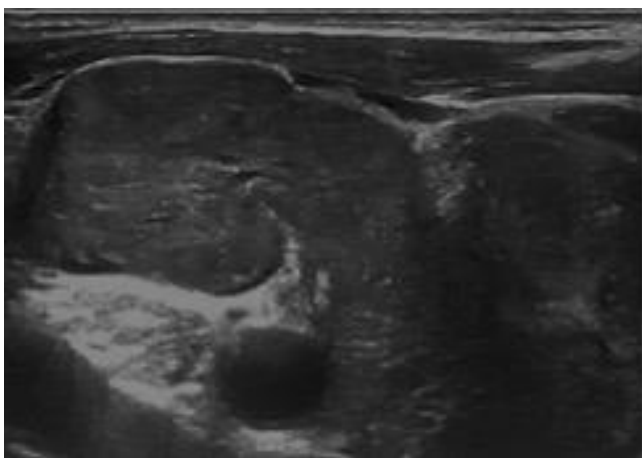


Figura 2. Trombo que ocupa la vena tiroidea inferior derecha y se extiende a la vena yugular derecha.

Se realizaron tres punciones-aspiración con aguja fina con control ecográfico: una del nódulo, otra del trombo venoso y la tercera de la adenopatía. En los tres casos la citología resultó ser sospechosa de carcinoma papilar de tiroides (categoría V de la clasificación Bethesda).

El paciente fue tratado con bempiparina sódica 5000 UI/día y enviado a cirugía. Se realizó tiroidectomía total con linfadenectomía bilateral y extirpación de la vena yugular interna derecha. La histología de la pieza quirúrgica confirmó la pre-

sencia de un carcinoma papilar de tiroides con invasión vascular y perineural, trombosis venosa yugular tumoral (Figura 3) y metástasis en los ganglios linfáticos izquierdos.

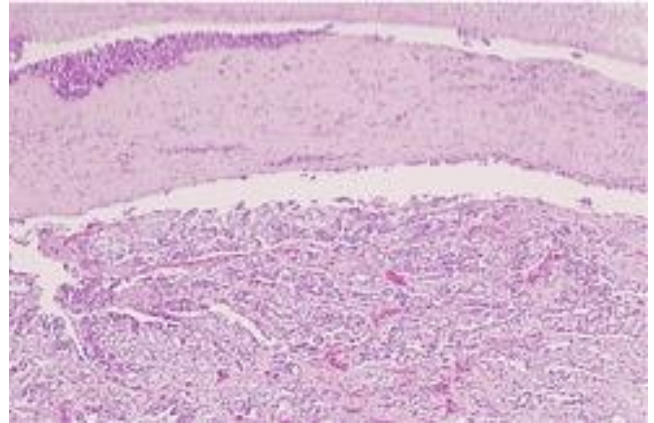


Figura 3. Trombo venoso formado por células tumorales.

Una gammagrafía postquirúrgica demostró captación del trazador en el lecho tiroideo del lado izquierdo y una segunda más alta en la región perihioidea ipsilateral. Se realizó ablación de los restos con 120 mCi de ^{131}I y el paciente está actualmente tratado con 100 $\mu\text{g}/\text{día}$ de tiroxina.

COMENTARIOS

La trombosis yugular es el aspecto más extraordinario del caso descrito. Aunque la trombosis cervical o mediastínica representa aproximadamente el 4% de los casos de trombosis venosa profunda¹, suele deberse a metástasis de carcinomas pulmonares². Entre los carcinomas de tiroides, la variante folicular es la que más frecuentemente produce invasión, habitualmente microvascular e infrecuentemente de grandes vasos^{3,4}. Esta complicación es excepcional en los casos de carcinoma papilar, y aunque se han descrito seis casos de trombosis venosa cervico-mediastínica asociadas a esta variante del carcinoma de tiroides, en todos ellos la formación del trombo fue secundaria a la compresión de la pared de la vena por el tumor y no por la invasión por células tumorales de la luz del vaso⁵. En este aspecto, nuestro caso es insólito, y al analizar la citología del trombo pensamos que las células malignas que se observaban podrían ser una contaminación consecuencia de haber atravesado accidentalmente con la aguja el carcinoma del interior de

la glándula tiroidea, pero el resultado de la histología confirmó que el trombo era tumoral.

El tamaño del trombo, que se extiende desde la vena tiroidea inferior derecha hasta la vena yugular, también es inusual. Como lo es realizar una punción de un trombo venoso: las guías clínicas aconsejan analizar citológicamente nódulos tiroideos y ganglios con signos de malignidad, de los cuales la vascularidad periférica en la adenopatía es el más sensible⁶; pero por su rareza no hablan de punción de trombos venosos.

El nódulo tiroideo del caso descrito tenía las tres características ecográficas más sensibles y con un mayor valor predictivo de un resultado positivo en cáncer de tiroides: microcalcificaciones, bordes irregulares y un diámetro ventrodorsal mayor que el latero lateral^{7,8,9}, que lo convierten en un nódulo de alto riesgo de malignidad según la guía de la Asociación Americana de Tiroides (ATA)¹⁰, y perteneciente a la categoría TIRADS-5 según la guía del Colegio Americano de Radiología (ACR).

El estándar de los informes citológicos de un nódulo de tiroides es la clasificación de la Sociedad Americana de Citopatología, llamada genéricamente Sistema Bethesda, que establece cinco categorías diagnósticas a las que atribuye sendos riesgos estimados de malignidad. La categoría V (citología sospechosa de malignidad), a la que pertenece el nódulo de nuestro caso clínico, tiene un riesgo estimado de malignidad según Bethesda de entre 50-75%, aunque en nuestra área sanitaria dicho riesgo es de 95% (dato no publicado).

Aunque las guías clínicas aconsejan poner tratamiento anticoagulante durante un mínimo de tres meses a todos los pacientes con trombosis venosa profunda en cuello y extremidades superiores para evitar la progresión de los síntomas, prevenir las complicaciones y evitar recurrencias¹¹, nosotros inicialmente dudamos si hacerlo o no por la posibilidad de que la disolución parcial del trombo pudiese favorecer el desarrollo de metástasis. La falta de captación extracervical del trazador en la gammagrafía realizada tras la operación sugiere que tal cosa no ocurrió.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hyer S, Dandekar P, Newbold K, Haq M, Wechalakar K, Harmer. Thyroid cancer causing obstruction of the great veins in the C. World J Surg Onc 2008, 6:36
2. Carrington BM, Adams JE. Jugular vein thrombosis associated with distant malignancy. Postgrad Med J. 1988;64:455-8.
3. Gross M, Mintz Y, Maly B, Pinchas R, Muggia-Sullam M: Internal jugular vein tumour thrombus associated with thyroid carcinoma. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2005 Aug;114(8):656.
4. D'Avanzo A, Treseler P, Ituarte P, Wong M, Streja L, Greenspan F, Siperstein A, Duh Q-Y, Clark O. Follicular thyroid carcinoma: Histology and prognosis. Cancer. 2004; 100:1123-1129.
5. Mishra A, Agarwal A, Agarwal G, Mishra SK: Internal jugular vein invasion by thyroid carcinoma. Eur J Surg 2001, 167:64-67.
6. Leboulleux S, Girard E, Rose M, Travagli JP, Sabbah N, Caillou B, Hartl DM, Lassau N, Baudin E, Schlumberger M. Ultrasound criteria of malignancy for cervical lymph nodes in patients followed up for differentiated thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 2007 Sep;92(9):3590-4.
7. Won-Jin Moon, So Lyung Jung, Jeong Hyun Lee, Dong Gyu Na, Jung-Hwan Baek, Young Hen Lee, Jinna Kim, Hyun Sook Kim, Jun Soo Byun, Dong Hoon Lee. Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation--multicenter retrospective study. Radiology. 2008 Jun;247(3):762-70.
8. Salmaslioglu A, Erbil Y, Dural C, İşsever H, Kapran Y, Ozarmağan S, Tezelman S. Predictive value of sonographic features in preoperative evaluation of malignant thyroid nodules in a multinodular goiter. World J Surg. 2008 Sep;32(9).
9. Gul K, Ersoy R, Dirikoc A, Korukluoglu B, Ersoy PE, Aydin R, Ugras SN, Belenli OK, Cakir B. Ultrasonographic evaluation of thyroid nodules: comparison of ultrasonographic, cytological, and histopathological findings. Endocrine. 2009 Dec;36(3):464-72.

10. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, Schuff KG, Sherman SI, Sosa JA, Steward DL, Tuttle RM, Wartofsky L. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016 Jan 1; 26(1): 1–133.
11. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, Nelson ME, Wells PS, Gould MK, Dentali F, Crowther M, Kahn SR, Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. AU. American College of Chest Physicians. SO. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e419S.