

CASUÍSTICA

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES

Dr. Juan J. Galarraga

INTRODUCCIÓN

El síndrome de compresión medular es una urgencia oncológica responsable de gran morbilidad y signo de mal pronóstico en pacientes con cáncer. Ocurre en el 3-7% de los pacientes con cáncer, siendo más frecuente en los de mama, próstata y pulmón. Con una frecuencia menor ocurre en pacientes con mieloma múltiple, linfomas, cáncer renal, cáncer de origen desconocido y sarcomas, aunque potencialmente puede ocurrir con cualquier cáncer.

El sitio de compresión es torácico en 70% de los pacientes, lumbar en 20% y cervical en 10%, presentándose habitualmente con intenso dolor local y debilidad, pudiendo o no manifestar déficit sensitivo y autonómico^{1,2}.

Es muy importante tener un alto grado de sospecha ante los síntomas tempranos de compresión medular, ya que detectado a tiempo, el tratamiento es efectivo en 90% de las veces, siendo prácticamente irreversible cuando el daño neurológico está establecido²⁻⁴.

El motivo de este informe es mostrar forma de presentación del carcinoma de tiroides extremadamente raro.

CASO

Un varón de 75 años consultó por dolor dorsal de aproximadamente dos meses de evolución, agregando al cuadro dificultad para la marcha de una semana de evolución, atribuible a paraparesia progresiva.

El examen físico inicial mostró paraparesia 4+/5, sin evidenciarse un nivel sensitivo claro.

Se realizó una resonancia magnética nuclear de columna que mostró una masa de 5,5 x 2,7 cm a nivel del arco posterior de D4 que comprimía la médula dorsal y las vainas radiculares adyacentes (fig.).

Dicha imagen fue punzada bajo tomografía y el material fue positivo para células neoplásicas, compatible con primario prostático o tiroideo.

Además presentaba radiografía de tórax con ensanchamiento mediastinal superior y desplazamiento traqueal. Posteriormente, al reexaminar el paciente, se descubrió un nódulo en el lóbulo derecho de la glándu-



Figura. Imagen que muestra la masa que comprime la médula espinal a nivel D4.

la tiroides, el cual fue confirmado por ecografía y gammagrafía.

Se descomprimió quirúrgicamente la columna a través de una laminectomía, enviándose el material a anatomía patológica. Dicho material fue compatible con metástasis de un carcinoma folicular de tiroides.

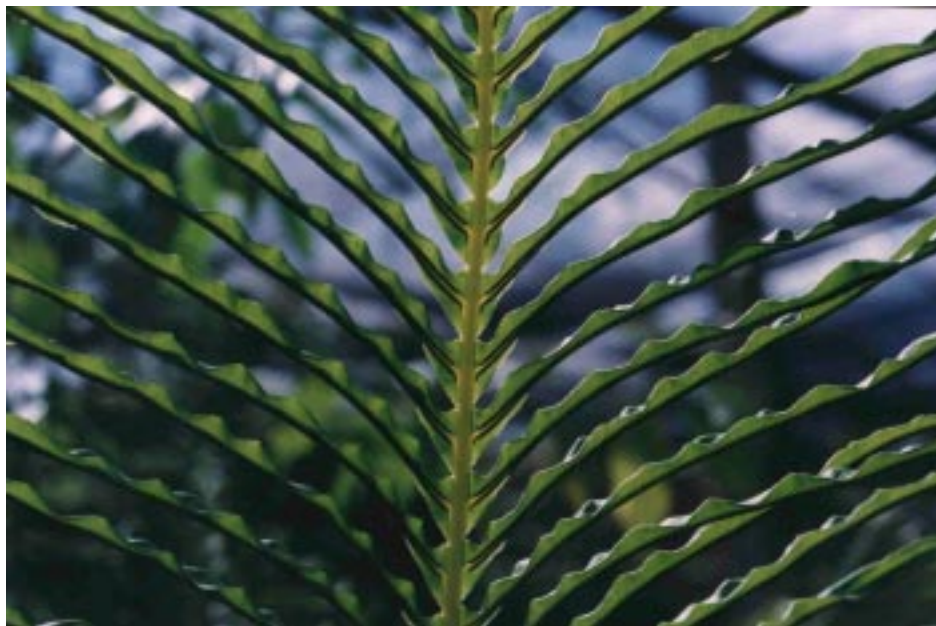
DISCUSIÓN

Los carcinomas bien diferenciados de tiroides son en general una de las neoplasias de curso más indolente y larga supervivencia. Al momento de la presentación, dos tercios de los pacientes tienen la enfermedad localizada en la glándula tiroides y un pequeño porcentaje tiene afección en ganglios regionales. Sólo una pequeña minoría tiene metástasis a distancia en el momento del diagnóstico (aproximadamente 2% para los foliculares), las cuales están generalmente localizadas en pulmones o huesos⁵⁻⁸. Sólo hay pocos casos reportados en la literatura de un síndrome de compresión medular como forma de presentación de carcinoma diferenciado de tiroides⁹⁻¹¹.

Este caso nos alerta de la importancia de realizar una evaluación diagnóstica completa, que incluya palpación tiroidea en la valoración de un paciente con compresión medular por metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brian G, Fuller JD, Heiss E. Oldfield. Spinal cord compression. En: VT De Vita S, Hellman SA. Rosenberg. Principles and practice of oncology.
2. David Schiff, MD Clinical features and diagnosis of epidural spinal cord compression. Uptodate 10.1 2002
3. Husband DJ. Malignant spinal cord compression: Prospective study of delays in referral and treatment. *BMJ* 1998;317:18.
4. Boogerd W, van der Sande JJ. Treatment of complications: Diagnosis and treatment of spinal spinal cord compresión in malignant disease. *Cancer Treat Rep* 1993;19:129.
5. Douglas L, Fraker M, Skarulis V. Livolsi: thyroid tumors. En: VT De Vita S, Hellman S, Rosenberg S. Principles and practice of oncology.
6. Fanchiang JK, Lin JD, Huang MJ, et al. Papillary and follicular thyroid carcinomas with bone metastases: a series of 39 cases during a period of 18 years. *Changeng Yi Xue Za Zhi* 1998;21(4):377-82.
7. Tickoo SK, Pittas AG, Adler M, et al. Bone metastases from thyroid carcinoma: a histopathologic study with clinical correlates. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124(10):1440-7.
8. Pomorski L, Bartos M. Metastasis as the first sign of thyroid cancer. *Neoplasma* 1999;46(5):309-12.
9. Scarrow AM, Colina JL, Levy EI, Welch WC. Thyroid carcinoma with isolated spinal metastasis: case history and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg* 1999;101(4):245-8.
10. Goldberg H, Stein ME, Ben-Itzhak O, et al. Metastatic spinal cord compression as initial presentation of follicular thyroid carcinoma. *J Surg Oncol* 1998;67(3):186-9.
11. Goldstein SI, Kaufman D, Abati AD. Metastatic thyroid carcinoma presenting as distal spinal cord compression. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988;97(4Pt1):393-6.



La simetría. IMS