

Cefalea hipertensiva como forma de presentación de cáncer papilar de tiroides avanzado

Hypertensive headache as a form of presentation of advanced papillary thyroid cancer

Francisco Javier GUADARRAMA GONZÁLEZ*, Julia BERNAL TIRAPO*, Carmen SÁNCHEZ GARCÍA*, Pablo YUSTE GARCÍA*, Eduardo FERRERO HERRERO*

* Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Cirugía Endocrina. Madrid, España

Autor de correspondencia:

Francisco Javier Guadarrama González.
javierdoble@hotmail.com.
ORCID: 0000-0002-0203-6264.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Unidad de Cirugía Endocrina.
Madrid, España.

Recibido: 21-04-2022
Revisado: 06-05-2022
Aceptado: 20-05-2023
Publicado: 12-09-2023

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses económicos, personales o profesionales.

Resumen

Introducción: El cáncer diferenciado de tiroides es el tumor endocrino más frecuente, con una incidencia en nuestro país de 7,4 por 100.000h. Su presentación clínica habitual es la de nódulo a nivel cervical. En muchas ocasiones es asintomático y se diagnóstica incidentalmente en estudios radiológicos (ecografía o Tomografía Computarizada) realizados por "screening" o por otras indicaciones médicas. Pocas veces el cáncer de tiroides debuta con sintomatología como disfonía o dificultad para la deglución, y aún más raramente como cefalea secundaria a hipertensión venosa por estenosis de vena yugular interna. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente varón de 21 años que consulta por cefalea intensa, resistente a analgesia habitual, como única sintomatología. En la exploración física se evidencian nódulos adenopáticos submandibulares y supraclaviculares izquierdos, por lo que se realiza TC cervicotorácico que informa de la presencia de un nódulo tiroideo izquierdo de 3,5 cm de diámetro y múltiples adenopatías en ambas cadenas yugulares, junto con múltiples nódulos subcentimétricos pulmonares, como hallazgos radiológicos de enfermedad diseminada de origen tiroideo. **Discusión:** La cefalea secundaria a estenosis de la vena yugular debido a trombosis se manifiesta de forma aguda con sintomatología acompañante como vómitos y alteraciones de la visión. En cambio, cuando se debe a compresión extrínseca por crecimiento paulatino de masas cervicales o adenopatías, la cefalea se manifiesta más indolente y crónica que puede desaparecer tras compensación del retorno venoso del lado contralateral o por circulación colateral.

Palabras clave: cefalea hipertensiva, vena yugular interna, cáncer papilar tiroides, estudio radiológico.

Abstract

Introduction: Differentiated thyroid cancer is the most frequent endocrine tumor, with a incidence in our country of 7.4 per 100,000h. Its usual clinical presentation is that of a nodule at the cervical level. Many times is asymptomatic and is diagnosed incidentally in radiological studies (ultrasound or CT) performed for screening or for other medical indications. On very few occasions, thyroid cancer debuts with symptoms such as dysphonia or difficulty swallowing, and even more rarely as headache secondary to venous hypertension due to stenosis of the internal jugular vein. **Clinical Case:** We present the case of a 21-year-old male patient who consulted for intense headache, resistant to usual analgesia, as the only symptom. Physical examination revealed left submandibular and supraclavicular lymphadenopathy nodules, so a cervicothoracic CT scan revealed the presence of a 3-cm-diameter left thyroid nodule and multiple lymphadenopathies in both jugular chains, along with multiple subcentimeter pulmonary nodules, such as radiological findings of disseminated disease of thyroid origin. **Discussion:** Headache secondary to jugular vein stenosis due to thrombosis manifests acutely with accompanying symptoms such as vomiting and vision disturbances. On the other hand, when it is due to extrinsic compression due to the



gradual growth of cervical masses or adenopathies, the headache manifests itself more indolent and chronic and may disappear after compensation of the venous return on the contralateral side or due to collateral circulation.

Key words: hypertensive headache, internal jugular vein, papillary thyroid cancer, radiological study.

Lista de abreviaturas

| | |
|------------------------|---|
| CDT:..... | Carcinoma diferenciado de tiroides. |
| TC:..... | Tomografía Computarizada |
| PAAF:..... | punción-aspiración con aguja fina. |
| MEN:..... | neoplasia endocrina múltiple. |
| ¹³¹ I:..... | Yodo radiactivo 131 |
| VYI:..... | Vena yugular interna |
| SPECT-TAC:.... | tomografía computarizada por emisión de fotón único |
| SUV:..... | (Standardized Uptake Value) índice de captación |

Introducción

El cáncer diferenciado de tiroides (CDT) es el tumor endocrino más frecuente. De hecho, se trata uno de los tumores que más ha aumentado su incidencia en las últimas décadas en todo el mundo, en todas las razas y todas las edades. En nuestro país la incidencia alcanza el 7,4 por 100.000h con una prevalencia de 41,7/100.000h en el año 2020⁽¹⁾. Su presentación clínica habitual es la de nódulo a nivel cervical anterior y en muchas ocasiones es asintomático y se diagnóstica incidentalmente en estudios radiológicos (ecografía o TC) realizados por “screening” o por otras indicaciones médicas que justifican en gran parte el aumento de la incidencia. En muy pocas ocasiones debuta con sintomatología previa como disfonía o dificultad para la deglución, y muy raramente como cefalea hipertensiva. Dichos síntomas deben alertarnos de la presencia de enfermedad avanzada. Dado que el CDT habitualmente presenta una evolución favorable, con supervivencias de más del 90%, la presencia de los síntomas descritos deben alertarnos de la presencia de extensión extratiroidea que va a implicar un peor pronóstico con aumento de recidivas y peores tasas de supervivencia⁽²⁾.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 21 años que consultó a su médico de atención

primaria por cefalea intensa, resistente a analgesia habitual, como única sintomatología. A la exploración física se evidenció nódulos adenopáticos submandibulares y supraclaviculares izquierdos, por lo que se realiza TC cervicotorácico en el que se descubre la presencia de un nódulo tiroideo izquierdo de 3,5 cm de diámetro y múltiples adenopatías en ambas cadenas yugulares, destacando conglomerado adenopático en fosa supraclavicular izquierda y en nivel IIB y III izquierdos. Además se describen múltiples nódulos subcentimétricos pulmonares bilaterales predominantemente en región subpleural; todos estos hallazgos radiológicos compatibles con enfermedad diseminada de neoplasia de origen tiroideo. Se procedió a estudio histológico mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) tanto del nódulo tiroideo como de las adenopatías laterocervicales izquierdas que informan de cáncer papilar de tiroides con metástasis ganglionares. Tras presentar el caso en el comité multidisciplinar, se decidió comenzar el tratamiento por la cirugía, con la realización de tiroidectomía total más linfadenectomía central y lateral bilateral.

Durante la cirugía, se evidencia tumor en el lóbulo tiroideo izquierdo adherido a la tráquea. Se constataron adenopatías metastásicas en prácticamente todos los niveles cervicales, formando, en los niveles 2 y 3 izquierdos, un conglomerado adenopático. Su exéresis descubrió la presencia de una estenosis de la vena yugular interna (VYI) a dicho nivel con nor-

malización de su calibre distalmente (**Figura 1**). Se procedió a dilatación de la vena a través del ostium de la vena facial con recuperación parcial de su calibre (**Figuras 2-3**). Durante la linfadenectomía lateral derecha se observó que la VYI derecha presentaba un calibre mucho mayor del esperado por compensación de la estenosis contralateral (**Figura 4**).

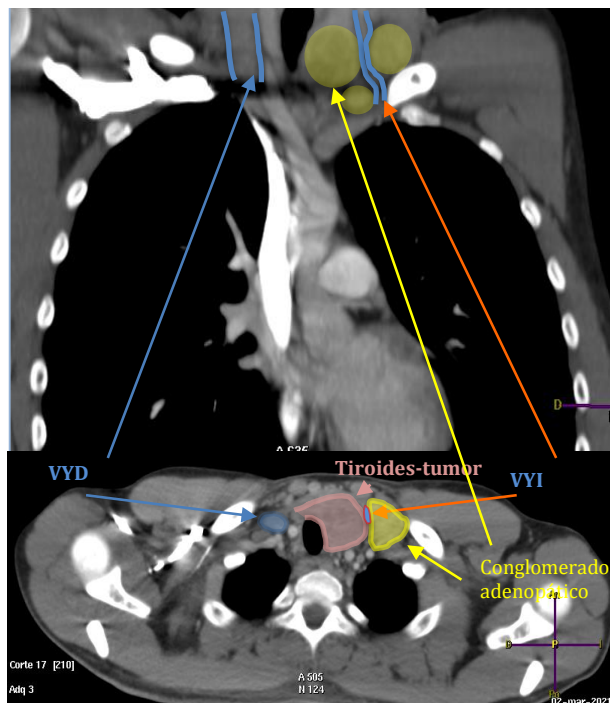


Figura 1: TC en sección coronal (arriba) y transversal (abajo) donde se aprecia la estenosis de la vena yugular izquierda (VYI) por compresión del conglomerado adenopático (amarillo). El nódulo tumoral tiroideo izquierdo y la gran dilatación de la vena yugular derecha (VYD).

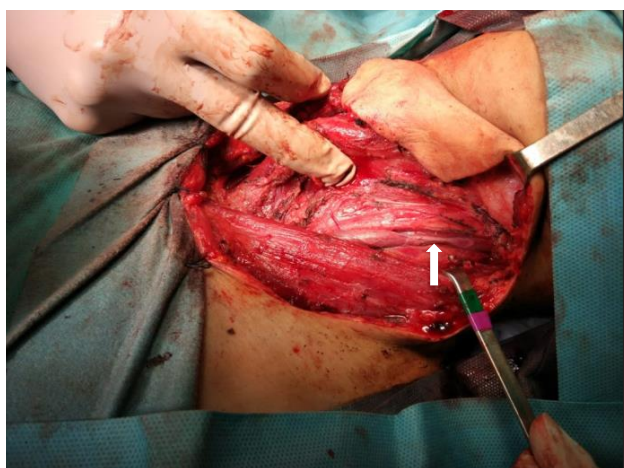


Figura 2: Estenosis proximal de vena yugular interna izquierda.

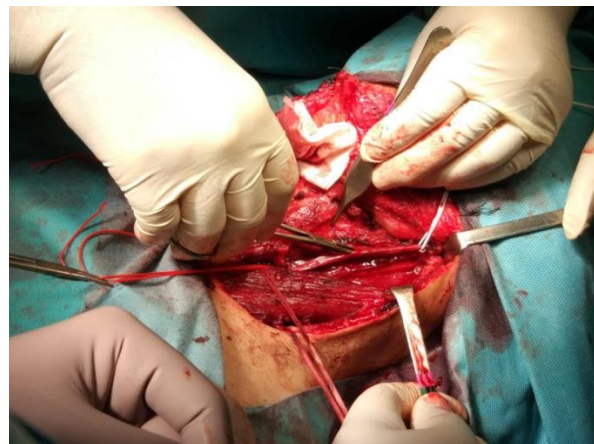


Figura 3: Maniobra de dilatación de la vena yugular interna izquierda desde ostium de la vena facial.

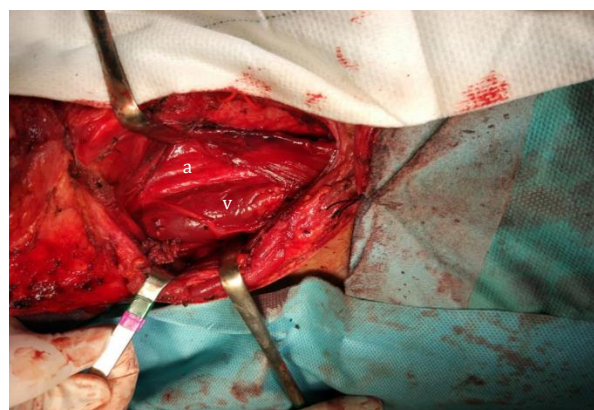


Figura 4: Vena yugular derecha de calibre anormalmente grueso por compensación de la estenosis contralateral (v) (ver comparada con la arteria carótida (a))



Figura 5: Pieza de resección de tiroides + linfadenectomía central y lateral bilateral

sintomatología de extensión extratiroidea ganglionares en nivel II derecho. Por tanto se trata de un carcinoma papilar de tiroides Estadio IV pT4aN1b (Figura 5).

Revisadas las imágenes de la TC con el Servicio de Radiodiagnóstico, se constató la presencia de la estenosis de la VVI izquierda por compresión de conglomerado adenopático, así como la dilatación compensatoria de la VVI derecha, que corroboraban los hallazgos intraoperatorios (Figuras 5).

Desde su intervención el paciente ha sido sometido a dos sesiones de I¹³¹ a dosis ablativas (a los 3 meses y 12 meses) con respuesta favorable sin evidenciarse enfermedad macroscópica pero con respuesta estructural incompleta al persistir captación por acúmulo patológico a nivel cervical y pulmonar en los rastreos posteriores con SPECT-TAC.

Discusión

La enfermedad localmente invasiva por CDT ocurre en aproximadamente entre el 13 y el 15% de los pacientes como resultado de la diseminación extratiroidea del tumor y tiene una importancia pronóstica importante⁽³⁾. La invasión de estructuras locales implica más comúnmente los músculos pretiroideos, el nervio laríngeo recurrente y la tráquea. También puede afectar a la laringe, esófago y vasos principales más raramente. Es importante conocer los signos y síntomas preoperatorios que sugieran invasión local y realizar una evaluación adecuada preoperatoria⁽⁴⁾ yet there is a paucity of specific guidelines devoted to its management. The Endocrine Committee of the American Head and Neck Society (AHNS). Nuestro paciente, paradójicamente, no presentaba sintomatología de extensión extratiroidea, y sin embargo debutó con cefalea como único síntoma, secundario a estenosis venosa por compresión ganglionar que es una forma de presentación inicial muy poco frecuente.

La oclusión de la VVI en el contexto de un CDT es rara, pero se observa en diversas situaciones y varias etapas de la enfermedad. Las

causas incluyen: trombosis venosa por hipercoagulabilidad o secundaria a colocación de catéter intravenoso permanente; trombo tumoral intravenoso asociado a subtipos histológicos agresivos; extrínseco por compresión o invasión por el tumor de la glándula tiroidea o adenopatías voluminosas, como el caso que presentamos y, por último, por oclusión postoperatoria asociada a colapso venoso y fibrosis después de una disección de cuello⁽⁵⁾.

La incidencia de trombosis aislada de la VVI es baja. Si bien el cáncer es un factor de riesgo independiente para la trombosis venosa profunda, muy pocos estudios describen asociación con cáncer de tiroides⁽⁶⁾. El Eco Doppler es la prueba idónea para el diagnóstico, aunque también puede ser evidente en el TC o la Resonancia Magnética Nuclear (RMN). De hecho en el TC con contraste, un trombo blando por un coágulo de sangre es generalmente homogéneo y sin realce, mientras que un trombo tumoral realzará de manera similar al tumor primario con un SUV mayor. Los trombos tumorales se relacionan con una enfermedad agresiva con mal pronóstico y pueden implicar una resección tumoral incompleta^(7,8). En los casos de compresión extrínseca, como el que presentamos, no se evidencia la presencia de trombo en la luz del vaso que puede preservar mayor o menor flujo dependiendo del grado de compresión. En nuestro caso llegó a pasar desapercibida en un primer informe radiológico.

La trombosis tumoral suele ser asintomática aunque puede presentarse como dolor e inflamación cervical o un síndrome de vena cava superior si el trombo se extiende hacia el tronco braquiocefálico⁽⁴⁾ yet there is a paucity of specific guidelines devoted to its management. The Endocrine Committee of the American Head and Neck Society (AHNS). Los casos debidos a la compresión externa por tumores voluminosos con metástasis en los ganglios linfáticos laterales también suelen ser asintomáticos⁽⁹⁾. Que nuestro paciente debutase con cefalea nos hace suponer una compresión más rápida en el tiempo, que provoca una hipertensión intracraneal de origen venoso y que desaparece tras la compensación del flujo de la

vena yugular contralateral. De hecho, la ausencia de visión borrosa por papiledema que puede aparecer en la hipertensión intracraneal mantenida, no se presentó en nuestro paciente por dicho motivo ⁽¹⁰⁾.

A diferencia de los casos de trombosis venosa por invasión vascular que obligan desde la extracción del trombo durante la cirugía o realizar una angioplastia e incluso el sacrificio de la vena afectada, los secundarios a compresión por metástasis en los ganglio linfáticos laterales son susceptibles de disecciones selectivas del cuello orientadas a preservar la vena yugular interna.

Conclusiones

La presencia de cefalea en un paciente con cáncer diferenciado de tiroides como síntoma de presentación es una rareza. Si bien en la exploración cervical se evidenció adenopatías laterocervicales de características neoplásicas, no suelen ser sintomáticas. Es importante diferenciar en las pruebas de imagen la ausencia de trombos a nivel de la vena yugular que nos orienta a la compresión extrínseca como origen de la obstrucción del flujo, no siendo necesaria la anticoagulación. Además las connotaciones quirúrgicas son claramente diferentes en función del origen de la estenosis.

Bibliografía

1. International Agency for Reserch on Cancer. Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map>. 2020.
2. Momesso DP, Vaisman F, Cordeiro de Noronha Pessoa CH, Corbo R, Vaisman M. Small differentiated thyroid cancer: time to reconsider clinical management and treatment. *Surgical oncology*. diciembre de 2012;21(4):257-62.
3. Hay ID, Thompson GB, Grant CS, Bergstralh EJ, Dvorak CE, Gorman CA, et al. Papillary thyroid carcinoma managed at the Mayo Clinic during six decades (1940-1999): temporal trends in initial therapy and long-term outcome in 2444 consecutively treated patients. *World journal of surgery*. agosto de 2002;26(8):879-85.
4. Shindo ML, Caruana SM, Kandil E, McCaffrey JC, Orloff LA, Porterfield JR, et al. Management of invasive well-differentiated thyroid cancer: an American Head and Neck Society consensus statement. *AHNS consensus statement. Head & neck*. octubre de 2014;36(10):1379-90.
5. Hartl DM, Zafereo ME, Kowalski LP, Randolph GW, Olsen KD, Fernandez-Alvarez V, et al. Occlusion of the internal jugular vein in differentiated thyroid carcinoma: Causes and diagnosis. *European Journal of Surgical Oncology*. julio de 2021;47(7):1552-7.
6. Ordookhani A, Motazedi A, Burman KD. Thrombosis in Thyroid Cancer. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*. 31 de octubre de 2017;16(1).
7. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 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 : official journal of the American Thyroid Association*. enero de 2016;26(1):1-133.
8. Marcy PY, Thariat J, Chevenet C, Lacout A. Jugular Vein Invasion Diagnosis and Prognosis in Thyroid Carcinomas. *Polish Journal of Radiology*. 7 de junio de 2016;81:268-9.
9. Kowalski LP, Filho JG. Results of the treatment of locally invasive thyroid carcinoma. *Head & neck*. abril de 2002;24(4):340-4.
10. Gaona V.A. Headache due to intracranial hypertension. *Rev Med Hondur* 82. 2014;Supl. n°2:1-108.

