Mexican Journal of Oncology
Gaceta Mexicana de Oncología

Check for updates

CASO CLÍNICO

Metástasis sincrónica de un adenocarcinoma rectal a la glándula tiroides: reporte de caso

Luis C. Meléndez-Venegas[1], Aaron A. Ramírez-Torres[1], Daniella Regalado-Cantú[1], Huber Valenzuela-Cervantes[1] y Dayana C. Rodríguez-Domínguez[2]*

[1]Servicio de Cirugía General, Christus Muguerza Hospital del Parque, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Monterrey, N.L.; [2]Facultad de Medicina, Universidad de Durango, Campus Chihuahua, Chihuahua, Chi. México

Resumen

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia más frecuente; las metástasis a tiroides son extremadamente raras. Se presenta el caso de una mujer con antecedentes de tabaquismo, diabetes e hipertensión, que acudió con síntomas gastrointestinales de tres meses de evolución: dolor abdominal, constipación y pérdida de peso. La tomografía reveló obstrucción intestinal por tumor rectal y un nódulo tiroideo sospechoso. La laparotomía confirmó adenocarcinoma rectal con metástasis hepáticas, y la tiroidectomía mostró infiltración metastásica sincrónica. Esto resalta la importancia de considerar las metástasis como diagnóstico diferencial de nódulos tiroideos en pacientes con cáncer colorrectal, dada su relevancia terapéutica y pronóstica.

Palabras clave: *Cáncer colorrectal. Metástasis tiroidea. Adenocarcinoma de colon. Reporte de caso.*

Synchronous metastasis of a rectal adenocarcinoma to the thyroid gland: case report

Abstract

Colorectal cancer is the third most common type of cancer; metastases to the thyroid gland are extremely rare. We present the case of a woman with a history of smoking, diabetes, and hypertension who presented with gastrointestinal symptoms of three months' duration: abdominal pain, constipation, and weight loss. Computed tomography revealed intestinal obstruction due to a rectal tumor and a suspicious thyroid nodule. Laparotomy confirmed rectal adenocarcinoma with liver metastases, and thyroidectomy revealed synchronous metastatic infiltration. This underscores the importance of considering metastases as a differential diagnosis for thyroid nodules in patients with colorectal cancer, given its relevance to both treatment and prognosis.

Keywords: *Colorectal cancer. Thyroid metastasis. Colon adenocarcinoma. Case report.*

***Correspondencia:**
Aaron A. Ramírez-Torres
E-mail: aaron.r1798@gmail.com

Fecha de recepción: 15-07-2025
Fecha de aceptación: 11-11-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000084
Disponible en internet: 22-07-2026
Gac Mex Oncol. 2026;25(Supl 1):51-55
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más frecuente en el mundo y la segunda causa de muerte según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al momento del diagnóstico, el 20% de los pacientes ya presenta metástasis, y en un 25% estas se desarrollan posteriormente, siendo el hígado y los pulmones los sitios más comunes de diseminación; algunas de estas pueden presentarse tras un retraso significativo, de hasta 20 años[1,2]. La glándula tiroides, una de las glándulas endocrinas más vascularizadas del cuerpo, cumple funciones clave en el metabolismo al producir triyodotironina (T3), tiroxina (T4) y calcitonina. Aunque su peso promedio es de solo 15-25 g, recibe un flujo sanguíneo arterial de 4 a 6 ml/min/g, incluso mayor al del riñón (3-4 ml/min/g), lo que la posiciona como la segunda glándula más vascularizada del organismo. Las metástasis a la glándula tiroides son extremadamente raras, con una incidencia reportada entre el 1.4 al 3% en piezas de tiroidectomías total[3-5]. Esta baja frecuencia podría explicarse por características anatómicas y fisiológicas propias de la glándula, como su alta vascularización, el flujo sanguíneo rápido, la concentración de yodo y el contenido de peróxido de hidrógeno, que limitan la implantación y proliferación de células tumorales, como plantearon Willis et al. en 1931, por medio de dos hipótesis: la «teoría mecánica», que sugiere que el flujo sanguíneo rápido impide la fijación de células tumorales, y la «teoría metabólica», que plantea que el ambiente tisular de la tiroides no favorece la proliferación metastásica[2]. La teoría conocida como «la semilla y el suelo» sugiere que el desarrollo tumoral depende de un entorno fértil (suelo) en el que las células tumorales compatibles (semilla) pueden proliferar. La nutrición focal y los mecanismos inmunitarios pueden contribuir a crear este entorno fértil. La glándula tiroides posee un alto nivel de inmunidad local, y se ha demostrado que la metástasis es más propensa a desarrollarse en glándulas previamente enfermas[6]. A pesar de estas barreras biológicas, series de necropsias han descrito frecuencias variables, del 1.9 al 24.2%, lo que indica que las metástasis tiroideas no son tan excepcionales como se creía. La mayoría se origina en cáncer de pulmón, riñón, mama o esófago, siendo mucho menos frecuente el origen colorrectal[7]. Resulta clínicamente relevante enfatizar la rareza de la presentación sincrónica de metástasis tiroidea en cáncer colorrectal, ya que la literatura reporta solo un número muy reducido de casos[5,6,8]. Su oportuno reconocimiento puede influir de manera significativa en la estrategia terapéutica y el pronóstico.

El siguiente caso se presenta siguiendo las directrices de la guía CARE para reportes de casos clínicos, con el objetivo de garantizar una presentación clara, completa y estructurada[9].

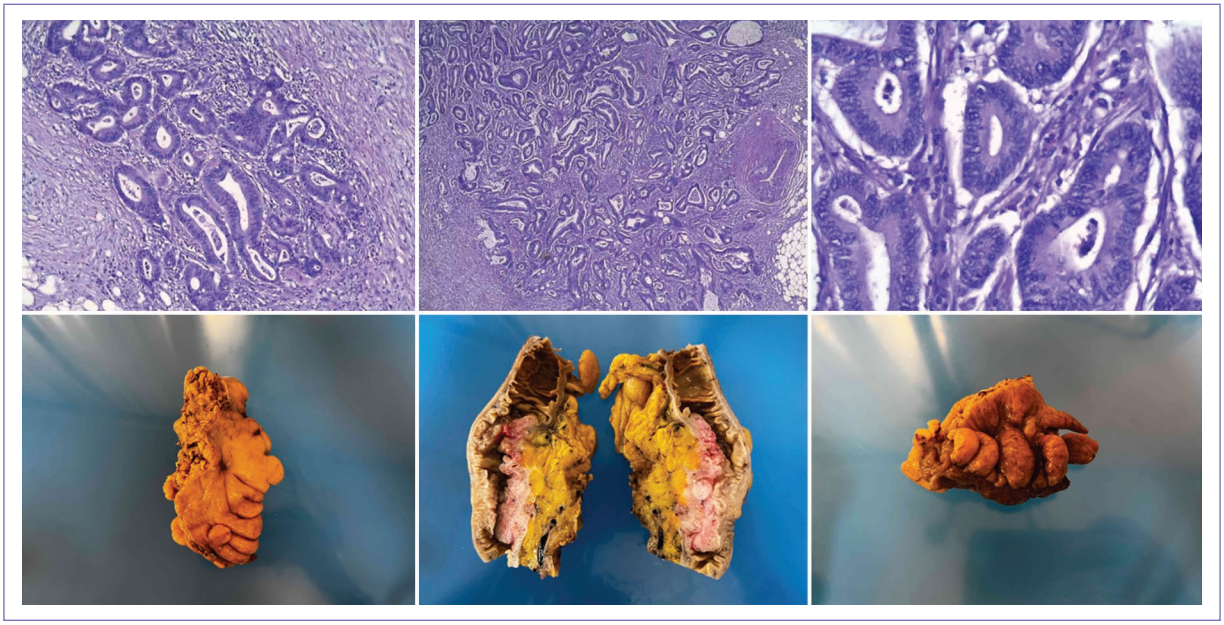


Figura 1. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2), ulcerado, con necrosis focal, que infiltra todo el espesor de la pared del colon y al tejido adiposo pericolónico con invasión vascular linfática y perineural presentes. Colon con edema de la lámina propia y congestión vascular.

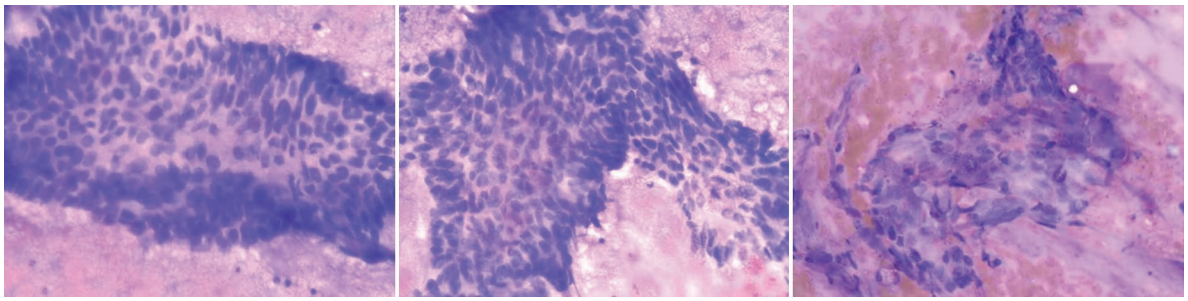


Figura 2. Biopsia por aspiración de lóbulo tiroideo derecho: sospechoso de carcinoma papilar tiroideo. Categoría V del sistema Bethesda para citología de glándula tiroides.

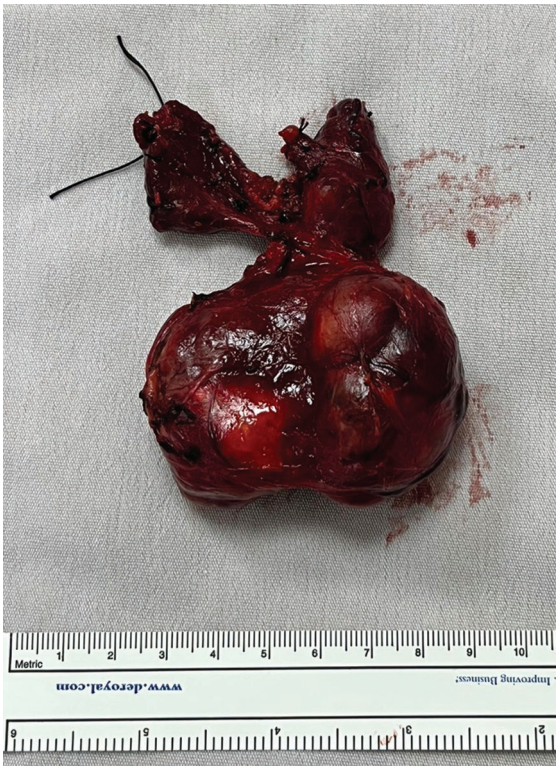


Figura 3. Tiroidectomía total con crecimiento de nodular del lóbulo derecho.

Presentación de caso clínico

Se trata de una paciente de 79 años sin antecedentes heredofamiliares relevantes, con antecedentes de tabaquismo (dos cigarrillos/día durante 66 años), diabetes tipo 2 e hipertensión arterial de 30 años de evolución, ambas con buen control. La paciente presentó síntomas gastrointestinales durante los tres meses previos al ingreso; estos incluyeron constipación, dolor tipo cólico en la parte inferior del abdomen, pérdida de peso no intencionada de 5 kg, astenia, adinamia, hiporexia, distensión abdominal, heces acintadas y pequeñas, pujo, tenesmo rectal y proctalgia al defecar, además presenta dolor intermitente en el hipocondrio derecho. El agravamiento del dolor, distensión abdominal progresiva y cuatro días sin evacuar es el motivo por el que acude a urgencias.

El diagnóstico clínico inicial fue de obstrucción intestinal. Se abordó con tomografía, la cual demostró una obstrucción concéntrica en el recto, causada por una tumoración y hallazgos sugerentes de metástasis hepática. Debido a deshidratación e inestabilidad hemodinámica, se decidió realizar laparotomía exploratoria con resección anterior baja y colostomía, además de biopsia hepática. El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo sin complicaciones inmediatas o efectos adversos. La pieza se envió a patología, quienes confirmaron adenocarcinoma de recto en estadio IVc (pT3N2bM1c), moderadamente diferenciado con necrosis focal (7.1 × 3.3 × 3 cm), que infiltraba toda la pared del colon y tejido adiposo pericolónico, con invasión linfovascular y perineural. De los 26 ganglios examinados, 15 contenían metástasis. La biopsia hepática reveló metástasis de adenocarcinoma. El estudio genético mostró mutación en *KRAS*, con *NRAS* y *BRAF* sin alteraciones (Fig. 1).

Una vez estable en el posquirúrgico, se realizaron estudios de extensión con tomografía de abdomen y tórax con contraste intravenoso (realizada en institución externa), evidenciando un nódulo tiroideo derecho irregular (3 × 6 × 4.2 cm) con áreas sugestivas de necrosis y crecimiento intratorácico. El estudio por biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) sugirió carcinoma papilar de tiroides Bethesda V (Fig. 2).

Considerando la posibilidad de un carcinoma papilar sincrónico de tiroides y con la obstrucción intestinal ya resuelta con la paciente estable, se optó por realizar

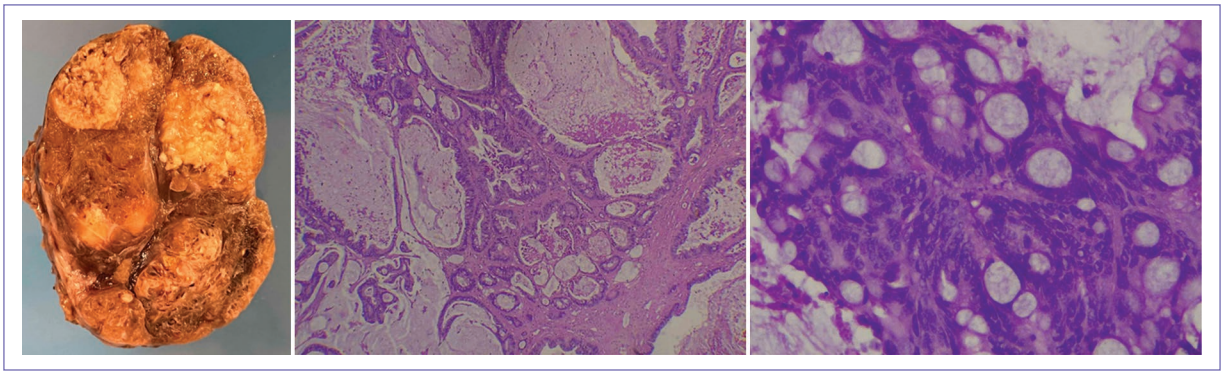


Figura 4. Múltiples focos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado morfológicamente compatibles con metástasis de carcinoma primario de colon.

tiroidectomía antes del inicio de quimioterapia para el adenocarcinoma de recto; el procedimiento quirúrgico se llevó a cabo sin complicaciones inmediatas y en el mismo acto quirúrgico se colocó catéter puerto para administración de quimioterapia (Fig. 3). El estudio patológico de la tiroidectomía reveló múltiples focos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, compatible con metástasis del carcinoma primario colorrectal (Fig. 4). Finalmente, la paciente fue dada de alta con resolución clínica de la obstrucción intestinal, presentando colostomía funcional y sin complicaciones relacionadas con la tiroidectomía. Lamentablemente falleció tres meses después, sin recibir quimioterapia por decisión propia.

Discusión

La presentación sincrónica de metástasis tiroidea a partir de un tumor primario de adenocarcinoma colorrectal representa una condición excepcional, con pocos casos documentados en la literatura. La principal dificultad diagnóstica radicó en distinguir esta metástasis de un carcinoma primario de tiroides, ya que los hallazgos clínicos e imagenológicos eran sugestivos de carcinoma papilar. Esta situación puede generar decisiones terapéuticas complejas. En la literatura los sitios más habituales de metástasis tiroideas provienen de pulmón, mama o riñón, en contraste con el origen colorrectal, reportado en menos del 0.1% de los casos descritos[7]. La presencia de metástasis sincrónica limita las opciones terapéuticas, se asocia a enfermedad multiorgánica y pronóstico desfavorable. Muchos pacientes con metástasis tiroidea presentan signos y síntomas similares a quienes presentan enfermedad tiroidea primaria. En estudios de imagen, aproximadamente el 72% presenta una masa cervical palpable y el 28% una lesión incidental. La metástasis tiroidea en etapa avanzada en la región central del cuello puede provocar disfagia y disfonía, similar a la neoplasia maligna tiroidea agresiva. Los cambios en la función tiroidea son tardíos y relativamente infrecuentes[2]. En nuestro caso, la paciente no presentó alteraciones en las pruebas de función tiroidea, ni síntomas atribuibles al nódulo.

En cáncer colorrectal, el 50-60% de los pacientes desarrolla metástasis, de las cuales el 80-90% presenta enfermedad hepática metastásica[10]. La diseminación hacia la glándula tiroides requiere eludir la circulación portal y entrar en la circulación sistémica. La frecuencia de metástasis a la glándula tiroides es apenas el 0.1%[2] y se asocia con un mal pronóstico. Una revisión de 69 casos de metástasis sincrónicas a la tiroides mostró que solo el 7% tenía un origen colorrectal[7]. Un metaanálisis reportó 31 casos de metástasis tiroideas notificados entre 1954 y 2006, generalmente acompañadas de metástasis multiorgánicas, con supervivencia al año del 50%. El tratamiento más común fue la tiroidectomía con quimioterapia adyuvante, radioterapia o ambas. La evidencia limitada disponible sugiere que, a pesar de ser paliativa, la tiroidectomía se asocia con menor morbilidad de los síntomas respiratorios asociados a la tiroides[2]. En nuestro caso, la sospecha inicial de un segundo primario condujo a realizar tiroidectomía total; sin embargo, el estudio histopatológico confirmó su naturaleza metastásica, lo que obligó a replantear el tratamiento hacia un enfoque paliativo. Este desenlace nos hace ver la importancia de contar con un alto índice de sospecha y, cuando sea posible, complementar el diagnóstico con estudios moleculares o inmunohistoquímicos que orienten sobre el origen del tumor.

Conclusión

La sospecha inicial de carcinoma tiroideo llevó a realizar una tiroidectomía total. De haberse conocido la naturaleza metastásica desde el inicio, probablemente se habría optado por un enfoque paliativo en lugar de un tratamiento quirúrgico agresivo y priorizar el inicio de quimioterapia para el adenocarcinoma de recto. La sospecha de metástasis a tiroides en adenocarcinomas colorrectales avanzados puede evitar la realización de procedimientos quirúrgicos innecesarios que no impactan en el pronóstico.

La principal limitación de este reporte es que al tratarse de un caso excepcional, la literatura científica es limitada, por lo que no permite establecer generalizaciones.

Financiamiento

El presente reporte de caso no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Biller LH, Schrag D. Diagnosis and treatment of metastatic colorectal cancer. JAMA. 2021;325(7):669-85.
2. Nixon IJ, Coca-Pelaz A, Kaleva AI, Triantafyllou A, Angelos P, Owen RP, et al. Metastasis to the thyroid gland: a critical review. Ann Surg Oncol. 2017;24(6):1533-9.
3. Lin JD, Weng HF, Ho YS. Clinical and pathological characteristics of secondary thyroid cancer. Thyroid. 1998;8(2):149-53.
4. World Health Organization Internet. Colorectal cancer [Internet]. World Health Organization; 2023 [citado el 23 de mayo del 2025]. Recuperado de: https://www.who.int/news room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer
5. Lièvre A, Leboulleux S, Boige V, Travagli JP, Dromain C, Elias D, et al. Thyroid metastases from colorectal cancer: The Institut Gustave Roussy experience. Eur J Cancer. 2006;42(12):1756-9.
6. Phillips JS, Lishman S, Jani P. Colonic carcinoma metastasis to the thyroid: a case of skip metastasis. J Laryngol Otol. 2005;119(10):834-6.
7. Chung AY, Tran TB, Brumund KT, Weisman RA, Bouvet M. Metastases to the thyroid: a review of the literature from the last decade. Thyroid. 2012;22(3):258-68.
8. Chen Y, Kang QS, Zheng Y, Li FB. Solitary thyroid gland metastasis from rectal cancer: A case report and review of the literature. World J Clin Cases. 2023;11(18):4360-7.
9. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. J Clin Epidemiol. 2014;67(1):46-51.
10. Kirilcuk N, Krishnamurthi S, Messersmith WA, Meyerhardt J, Miller ED, Mulcahy MF, et al. Colon cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2021;19(3):329-59.