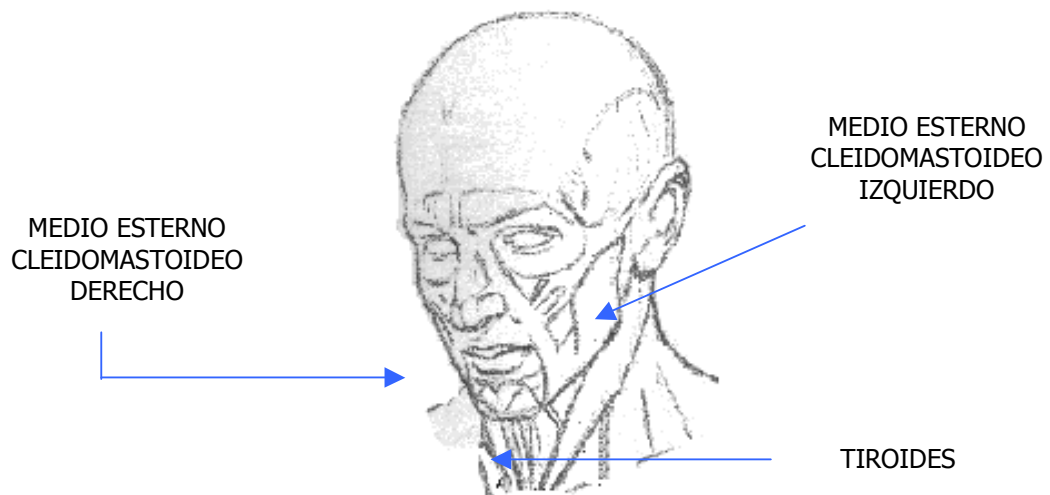
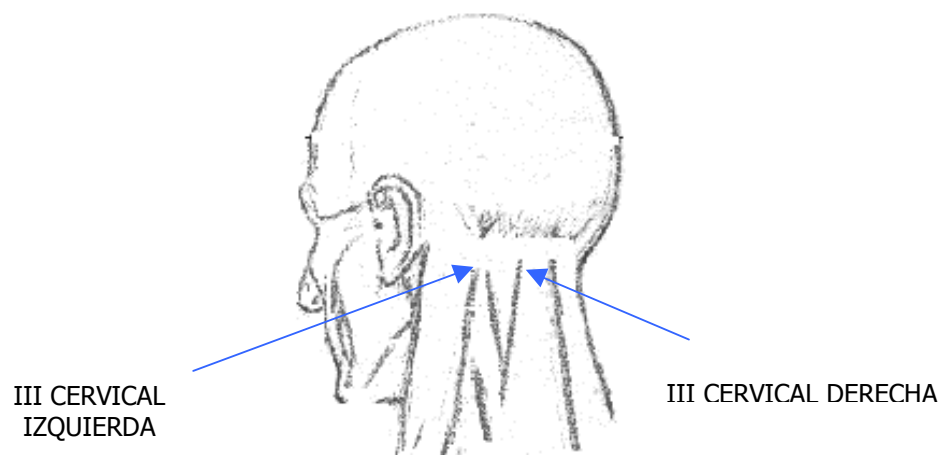

CANCER DE LARINGEO Y TIROIDEO

TOMAS PARA BIOTOPOGRAMA

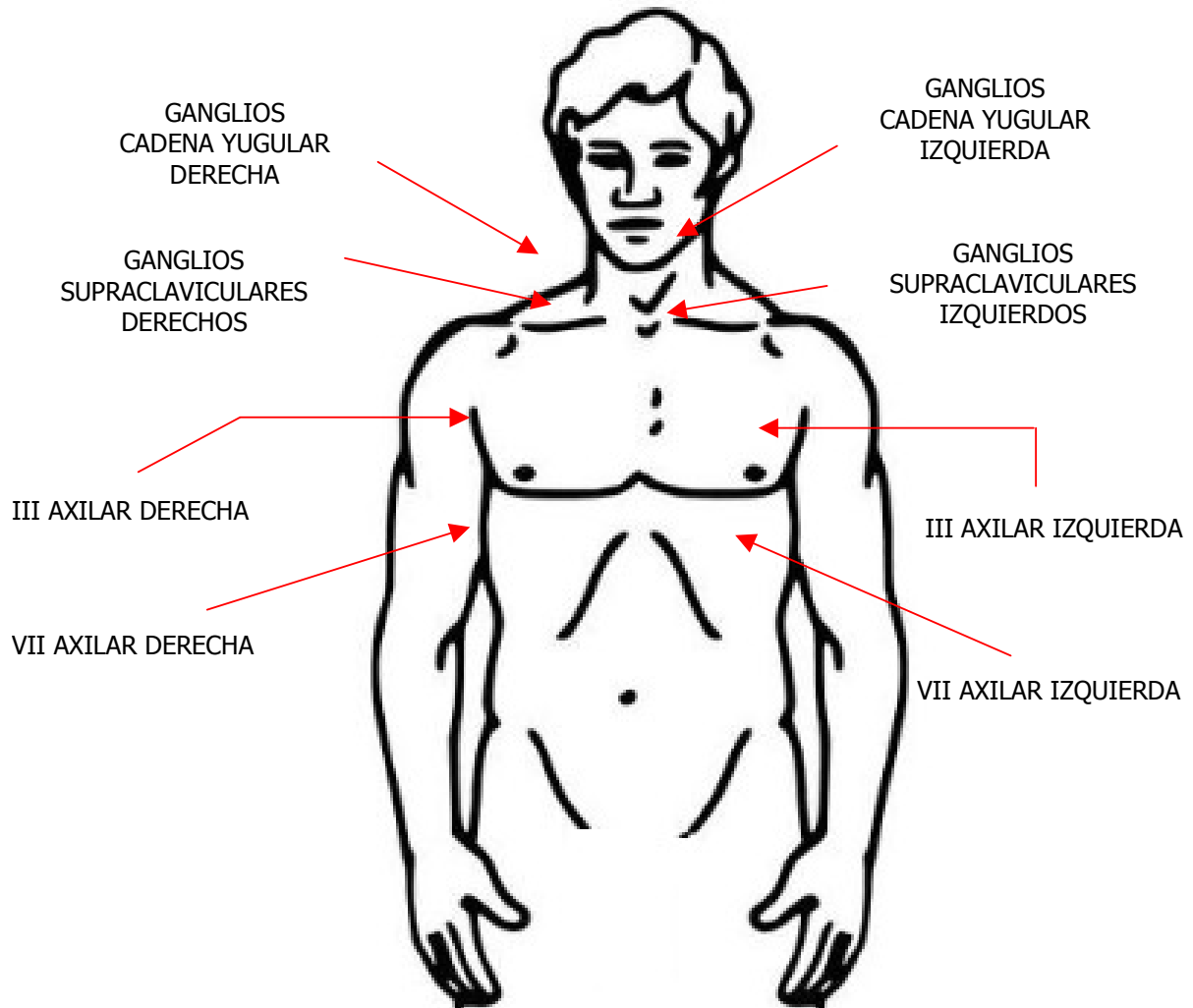
ANTERIOR



POSTERIOR

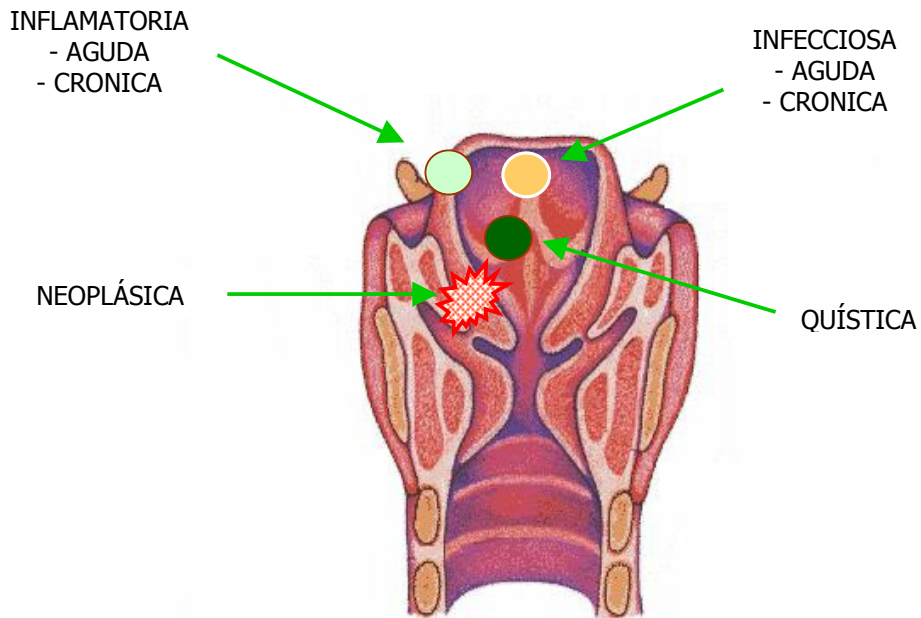


METASTASIS CANCER LARINGEO Y TIROIDEO

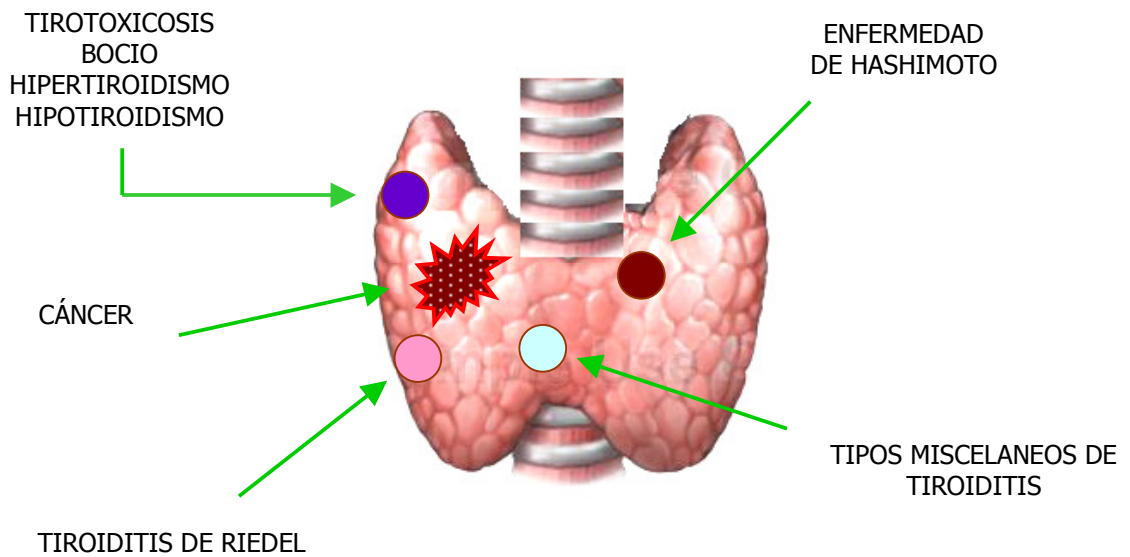


La investigación de las metástasis de los tumores malignos de laringe y tiroides utilizando el Biotopograma debe ser hecha siempre en relación con la exploración clínica y con la guía de los estudios de gabinete realizados, ya que de esta manera se nos ofrece la oportunidad de demostrar monocitosis acentuadas hechas a expensas de histiomonocitos locales y lo que es aún más demostrativo, de células tumorales en las tomas realizadas en la sangre capilar obtenida de la piel, que nos revela información metamérica del órgano en estudio; hallazgo que hace el diagnóstico definitivo, que habrá que confirmar con el estudio histopatológico.

PATOLOGIA DE LARINGE

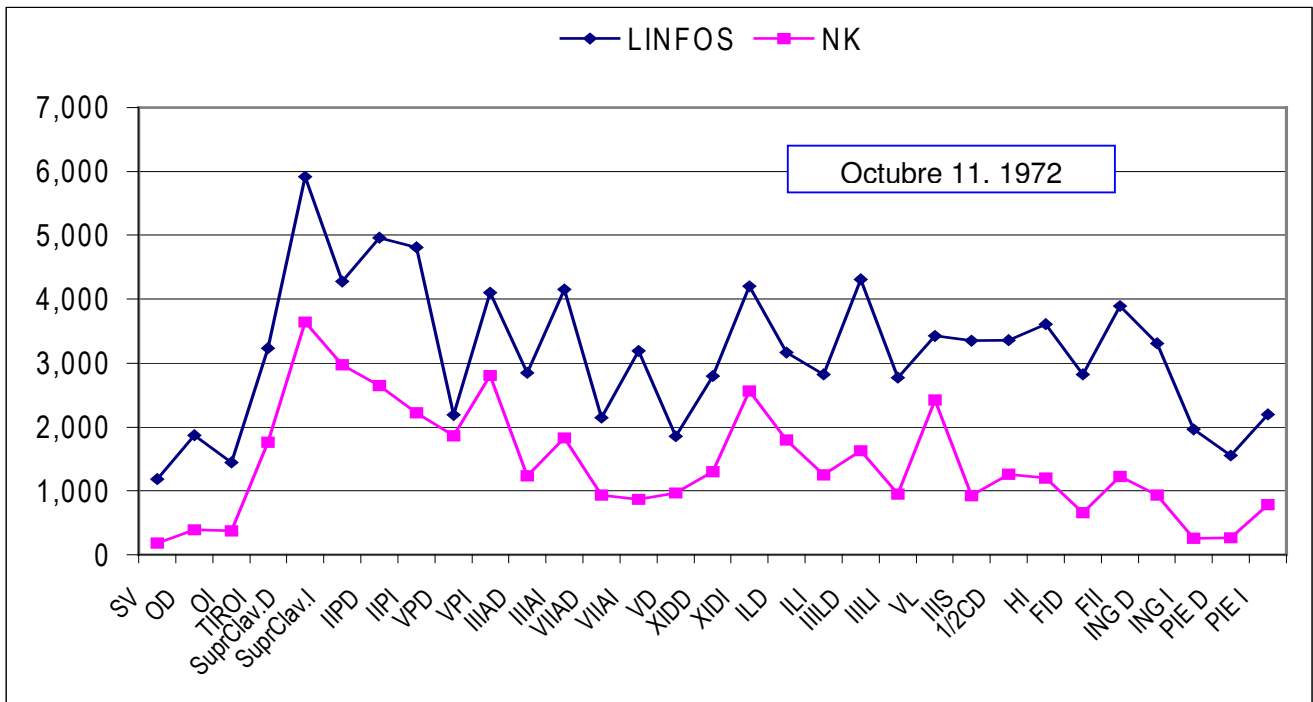


PATOLOGIA DE TIROIDES

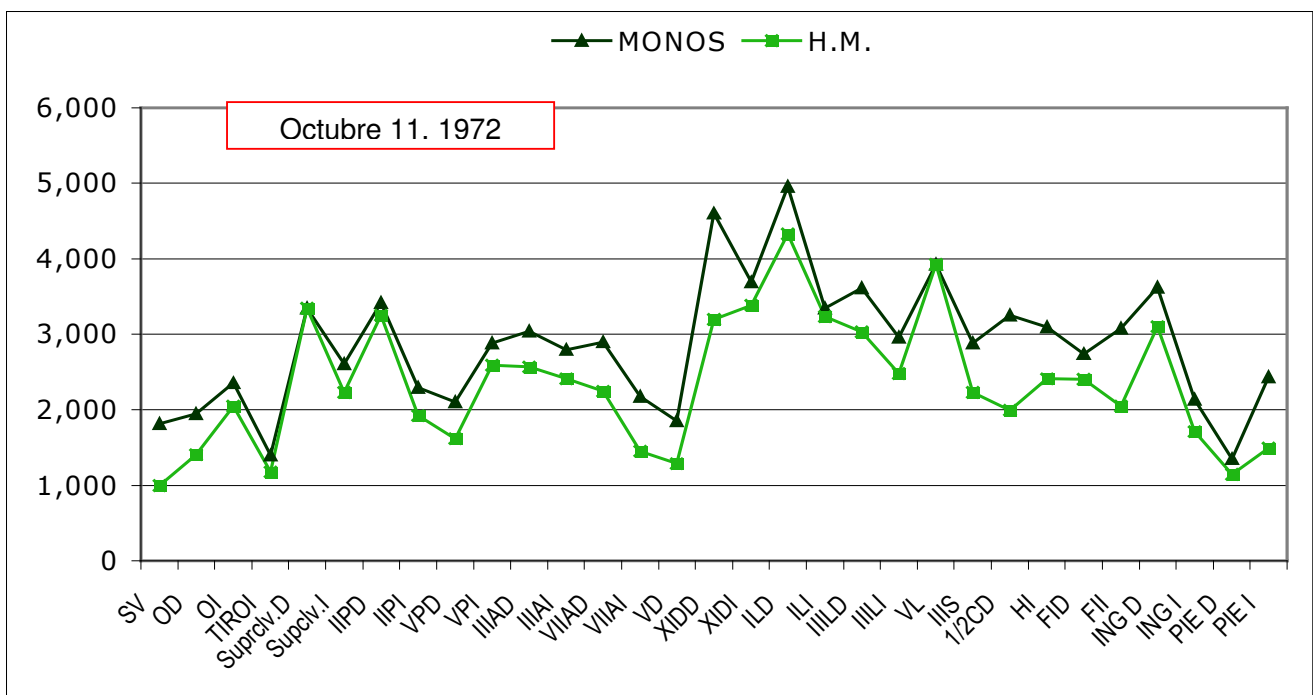


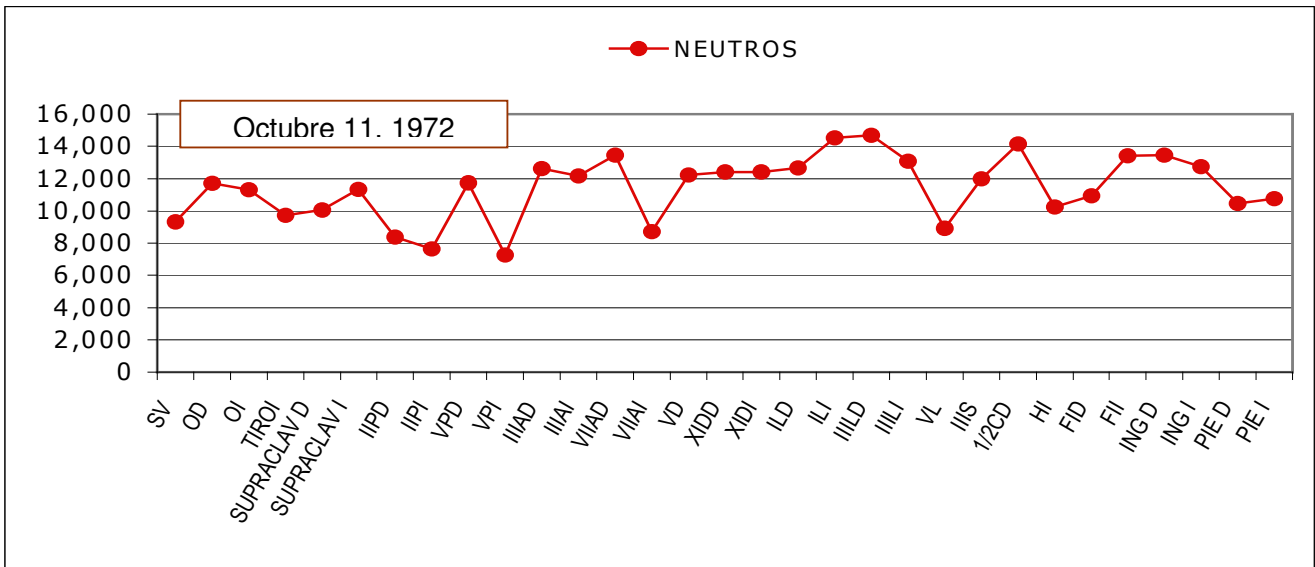
CANCER DE LARINGE

Sr. G.Z.



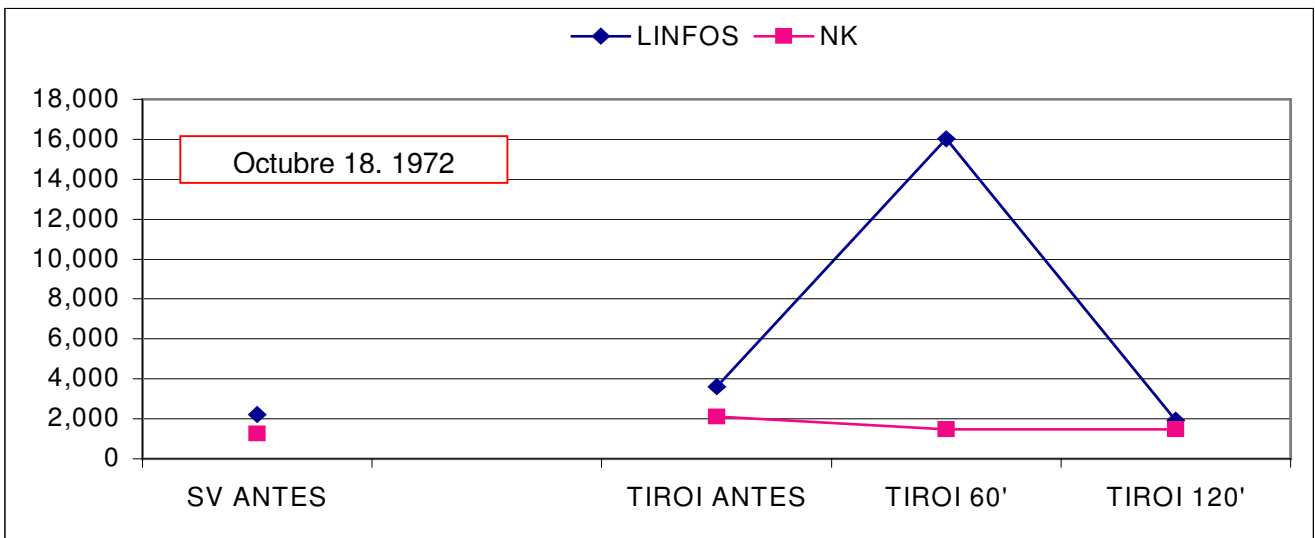
Sr. G.Z.

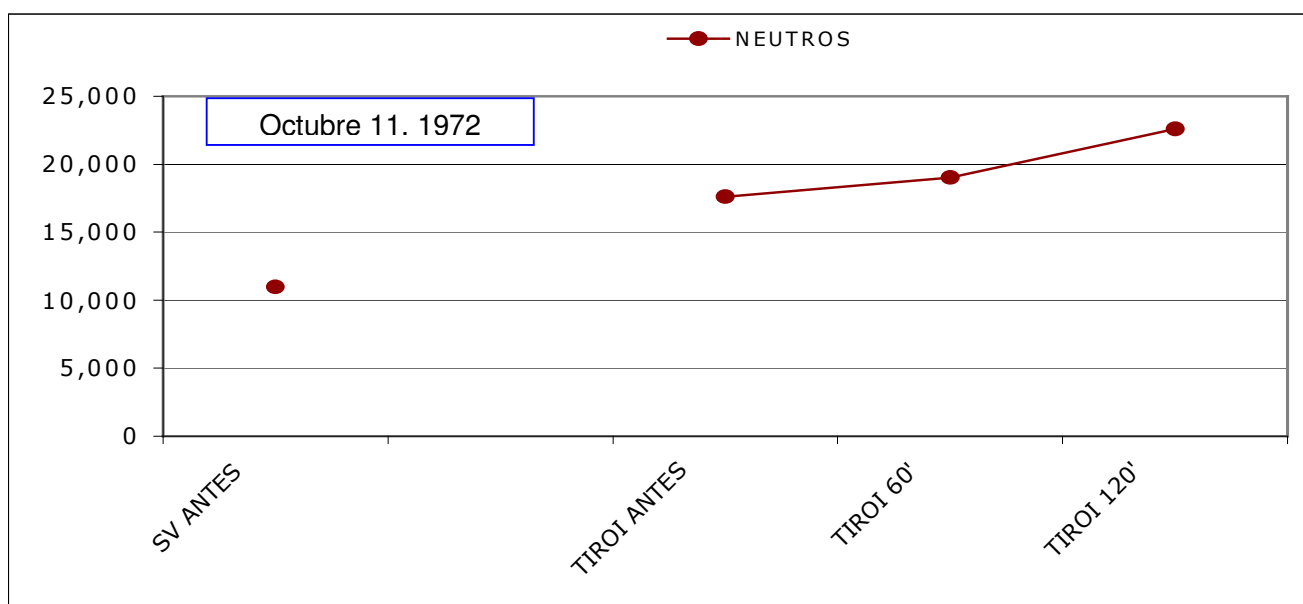
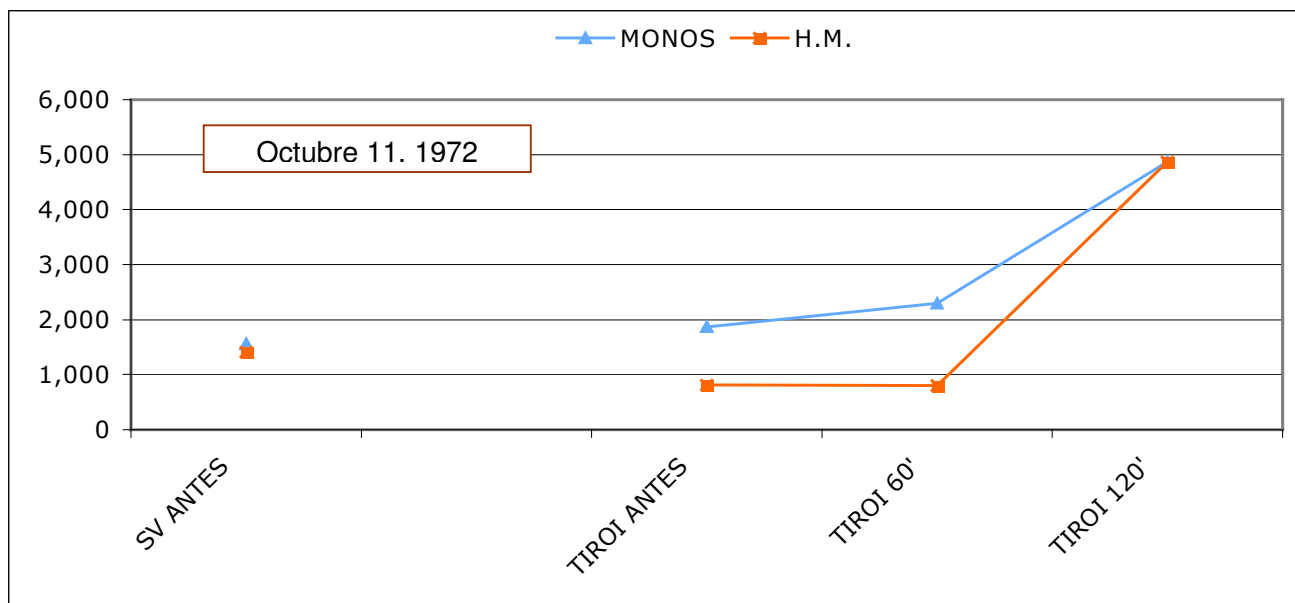




En las gráficas anteriores: Hay linfocitosis ligera en las tomas de supraclavicular izquierda y ambas II Paraesternales. Llama la atención la ausencia de respuesta linfo-inmunitaria al nivel de la toma tiroidea. Obsérvese la monocitosis que hay desde la sangre venosa y aún mayor, en la mayoría de las tomas, alcanzando máximos en la zonas de XI dorsal der., I lumbar der. y V lumbar. El perfil general del estudio señala la gran difusión del padecimiento neoformativo. A pesar de la casi uniformidad de la neutrofilia, el escaso valor topográfico de los neutrófilos se manifiesta en este caso, lo cual permite afirmar que el valor mas trascendente del Biotopograma para los enfermos con cáncer, es el comportamiento de los monocito-

SOBRECARGA CON EJERCICIO DEL MISMO CASO

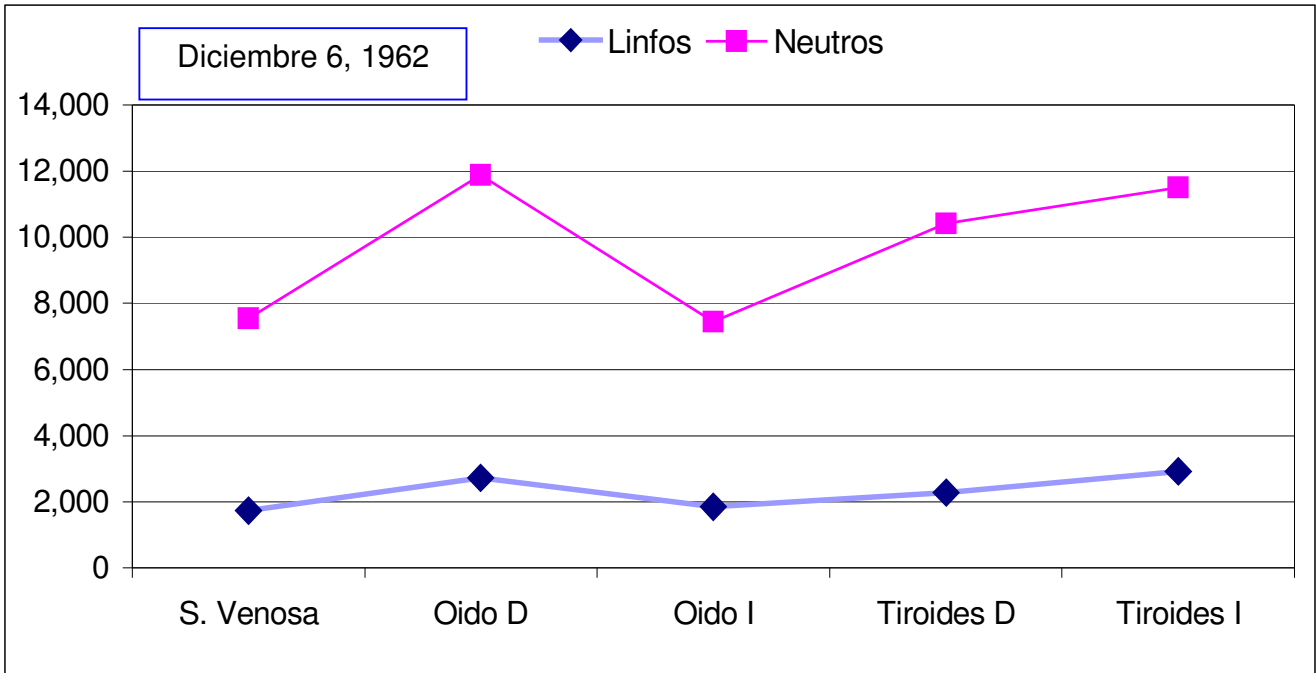




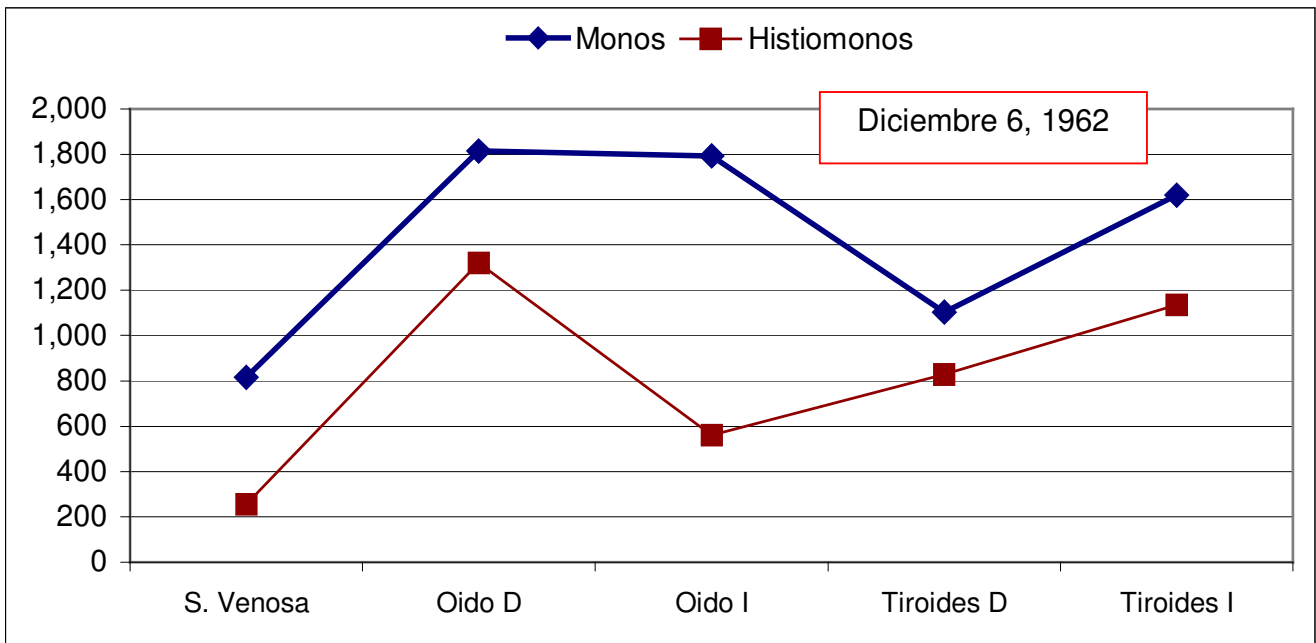
En las gráficas anteriores: La hipoglucemia determinó un aumento transitorio de la población linfocitaria y no hubo cambio ninguno en la cantidad de linfocitos N.K. A las 2 horas del ejercicio, la hipoglucemia causada por este y el estado de ayuno, se incrementó la población histiomonocitaria. Existe una variación muy escasa de los neutrófilos en el curso de la prueba, la neutrofilia encontrada en la sangre venosa es tan solo un poco más elevada en la toma tiroidea.

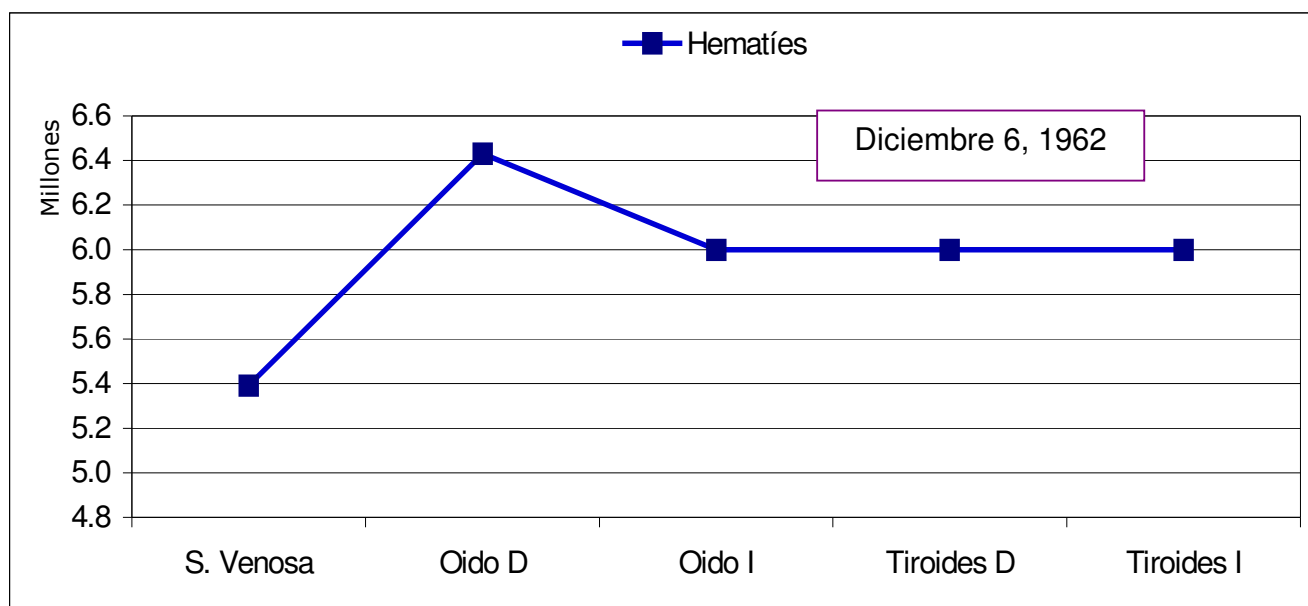
CANCER DE LARINGE

Dr. G.P.



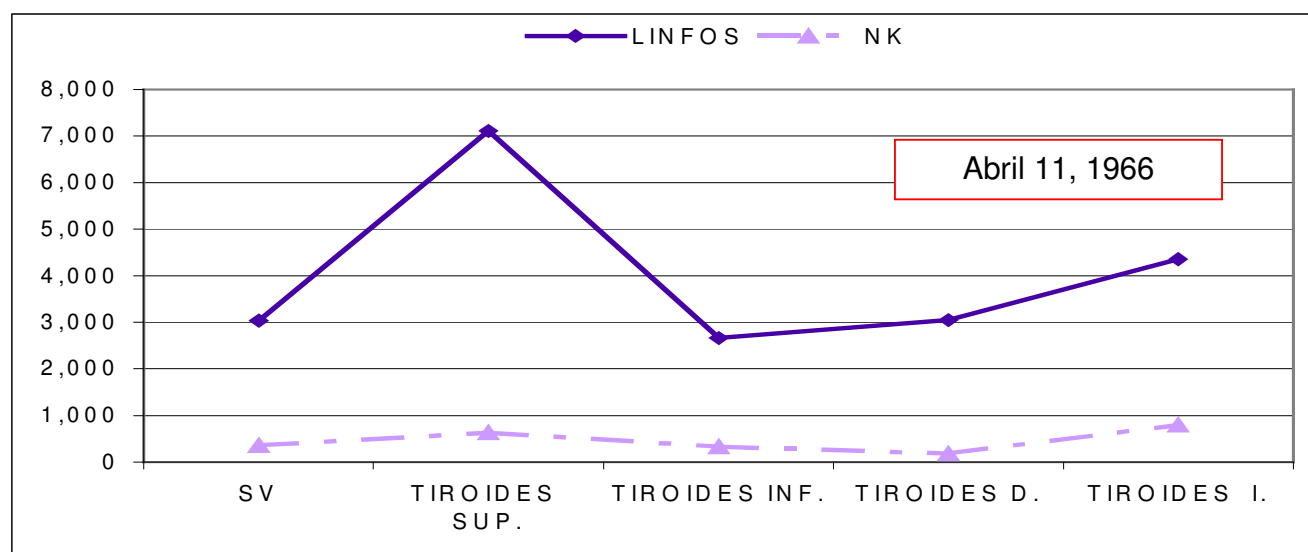
Dr. G.P.



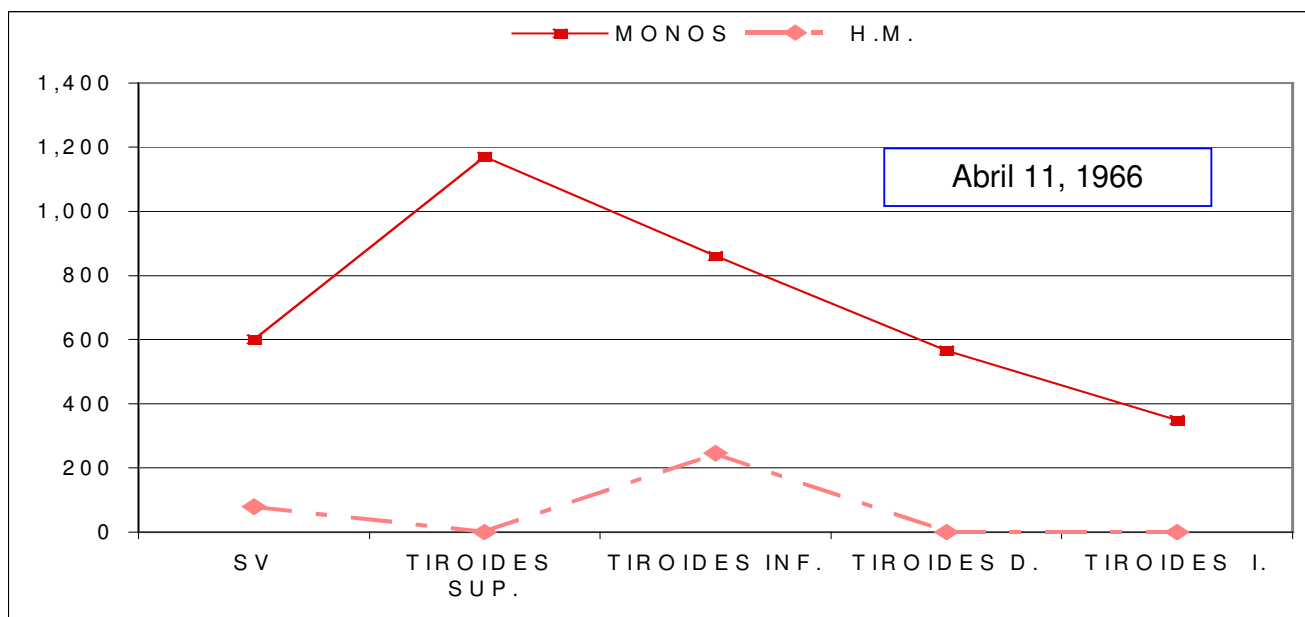


Paciente Laringectomía total 12 días después de este primer estudio con, además se quitaron 2 anillos traqueales, músculo hioides y tejido fibroso. El tumor se encontró en la línea media del epiglotis. En las gráficas de este caso que anteceden Existe linfocitosis ya aparente en la sangre venosa la que aumenta en la toma de oído derecho y en ambas tiroideas. Hay franca monocitosis en las tomas de ambos oídos y tomas tiroideas. Se hace aparente la poliglobulia que existe en las cuatro tomas efectuadas.

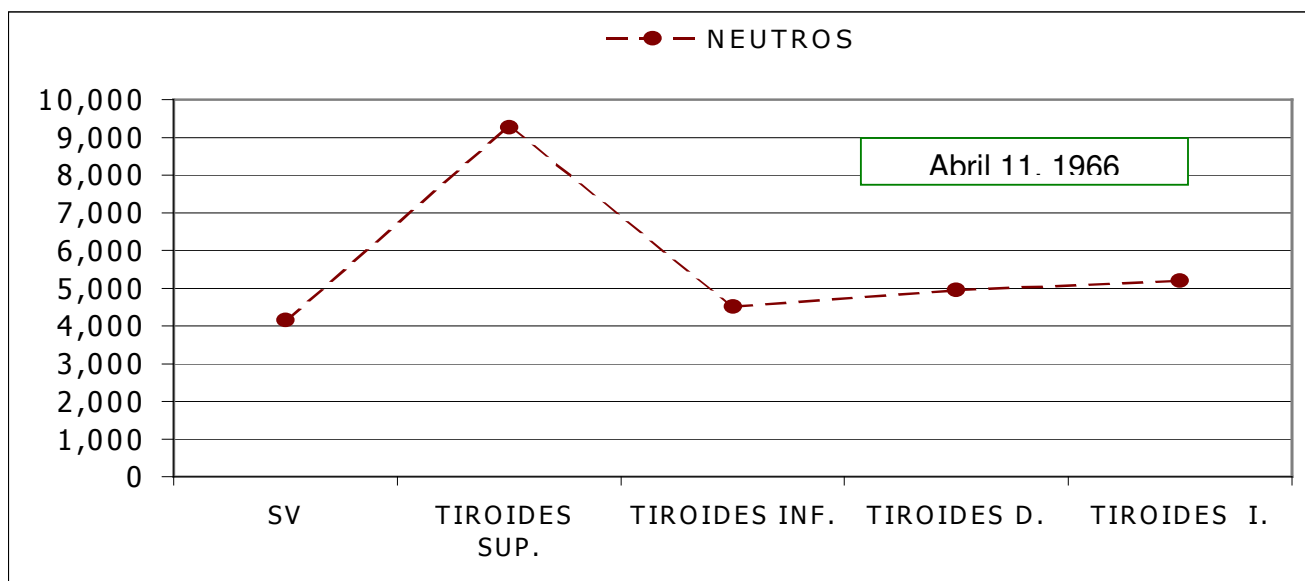
CANCER TIROIDEO



Sra. F.M.R.



Sra. F.M.R.



Paciente con carcinoma papilar, adenoma folicular e hipertrofia de la tiroides, el lóbulo izquierdo de 12 x 8 centímetros con infiltración difusa en su parte posterior y yodo proteico de 5.2 mcgrs. %. en las gráficas anteriores puede observarse que hay una mayor linfocitosis en la toma efectuada en la parte superior de la tiroides. Igualmente hay discreta reacción monocitaria en parte superior de la tiroides. Coincidiendo con los datos encontrados en las otras tomas existe muy ligera neutrofilia en parte superior de la glándula tiroides.

Singh U, y col. presentaron un paciente con carcinoma papilar de la tiroides el cual se presentó inicialmente con una metástasis coroidal y glaucoma no tratable.

El cáncer tiroideo es un crecimiento maligno de las células que conforman la tiroides. La tiroides es una glándula endocrina ubicada en la parte baja del cuello. Tiene una forma un poco similar a una mariposa, con un pequeño cuerpo central (o istmo) y dos "alas" o lóbulos.

Como todas las glándulas endocrinas, la tiroides produce hormonas; químicos que circulan a través de la sangre para dirigir el funcionamiento en otros órganos del cuerpo. La tiroides se conforma por dos tipos de células, células foliculares y células C. Las células foliculares producen hormona tiroides, la cual está involucrada en la regulación de la temperatura corporal, frecuencia cardíaca, y el uso corporal de energía. Las células C producen calcitonina, que está involucrada en el proceso y uso del calcio en todo el cuerpo. La presencia de niveles elevados de Tg luego de la tiroidectomía total y de la ablación de los remanentes normales con radio yodo indican recurrencia de tejido tumoral tiroideo. La administración de dosis terapéuticas de radio yodo a pacientes con niveles elevados de Tg y rastreos corporales totales (RCT) diagnósticos negativos es controvertido. Sin embargo, existe evidencia suficiente que apoya la administración de al menos una dosis elevada de radio yodo para comprobar si la lesión tumoral concentra o no, el yodo radioactivo.

Bakheet Siema M. Y col. mencionan que las metástasis de un cáncer tiroideo diferenciado se ven usualmente en los ganglios linfáticos cervicales o mediastinales, de pulmón o hueso y relatan un caso de cáncer tiroideo papilar que metastatizó a la fisura transversa del hígado (porta hepatis). Ninguna otra metástasis fue aparente durante la exploración de cuello y abdomen en las tomografías contrastadas del cuerpo entero.

En la revisión de la literatura que hacen V. Pointillart, y J. Palussière consideran los distintos estudios publicados a favor y en contra de esta última propuesta y remarcan el papel de otros métodos diagnósticos adicionales para determinar la localización del tejido tiroideo metastático. Aquí cobra mayor interés la utilización del Biotopograma.

Benchekroun A y col. reportan un caso de metástasis renal de un adenocarcinoma tiroideo en un hombre in a 56 años, detectado 3 años después de una istmolobectomía practicada por un carcinoma tiroideo papilar. Los síntomas clínicos predominantes fueron: dolor en la espalda baja, hematuria y deterioro del estado general. La ultrasonografía mostró una masa hipoecóica en el riñón izquierdo de 56 mm de diámetro con una pared engrosada.

Bhatia R., Bahadur S. mencionan en su trabajo que las causas de muerte de los canceres de cuello y cabeza son debidas a las metástasis ganglionares que se presentan tardíamente en la enfermedad.

Blass D.A. y col. citan un hombre de 23 años de edad con hemoptisis secundaria a un carcinoma papilar de la tiroides. Después de 15 años hubo hemoptisis nuevamente que se atribuyó a metástasis en pulmón.

Bose S.M., y col. citan un caso de un carcinoma de tiroides con invasión a la cadena linfática de la yugular interna. En un enfermo con carcinoma primario de la laringe desarrollo una oftalmoplegia progresiva bilateral. Se llegó al diagnóstico después de repetidos estudios de líquido cefalorraquídeo.

Bootz F. y Keiner S. estudiaron a un paciente con carcinoma primario de la laringe quien desarrollo una oftalmoplegia progresiva bilateral. Se llegó al diagnóstico después de repetidos estudios de líquido cefalorraquídeo. La biopsia del seno esfenoidal confirmó el diagnóstico de carcinoma laríngeo metastásico.

Ferlito. A. y col. señalan la investigación de metástasis distales forma parte de un proceso para valorar los tumores primarios o la enfermedad recurrente. El pulmón es el mas frecuente sitio seguido por huesos e hígado. El estadio avanzado de las metástasis cervicales es el mas importante predictor de ocurrencia de ellas. Casi todas las metástasis distantes están asociadas con metástasis al pulmón. Se presenta un caso de la variante esclerosis difusa del carcinoma papilar de tiroides. El interés del mismo radica en ser la primera observación nacional paraguaya de esta variante histológica en la edad pediátrica.

Las metástasis cutáneas cáncer diferenciado de tiroides son raras, con sólo 41 casos descritos en la literatura. Cariou B. y col. publican el caso de una mujer de 57 años de edad la cual fue operada de tiroides encontrándose carcinoma de origen vesicular moderadamente diferenciado con invasión esternal, a los 9 años la paciente desarrollo metástasis en la piel del cuero cabelludo y murió poco después.

Así mismo, Caron P. y col., se refieren a las metástasis cutáneas de un carcinoma folicular de tiroides. De la misma manera se reporta por Chiewvit S, y col. a un enfermo de 62 años con derrame pericárdico difuso y nódulo tiroideo. El estudio patológico de la glándula tiroides reveló un carcinoma folicular, el que constituye un caso único de carcinoma folicular tiroideo metastásico al paladar y al seno maxilar. El diagnóstico de metástasis cerebral de carcinoma tiroideo da un pronóstico muy severo.

Chiu A.C. en su trabajo, analizó la evolución de 47 casos de metástasis cerebrales de cáncer tiroideo durante 5 décadas. Las metástasis cerebrales fueron el hallazgo clínico inicial en el 15% de los casos, se encontraron en el 68% de los enfermos durante el curso de la enfermedad y solamente pudieron ser descubiertas durante la autopsia en el 23% de los casos. Los tumores primarios tiroideos fueron diferenciados en un 68%, anaplásicos en el 23% y medulares en el 9%. Una vez que se diagnosticaron las metástasis cerebrales, la mortalidad específica por el cáncer fue del 78% con una sobrevivencia media de 4.7 meses. La resección de uno o mas focos metastásicos cerebrales mejoró la sobrevida a 16.7%. la importancia de este estudio a la luz de la Hematología Topográfica radica en el hecho de ofrecer a los oncólogos un medio de diagnóstico adicional y precoz. En una mujer de 59 años el tumor primario desconocido, desarrollo dolor e inflamación del párpado superior del ojo izquierdo con exoftalmos, la tomografía computarizada mostró una masa bien circunscrita produciendo lisis del hueso. La coloración inmunohistoquímica fue positiva para tiroglobulina.

La tiroidectomía con resección ganglionar mostró un carcinoma folicular, este caso es publicado por Daumerie C. y col. en febrero de 2000.

Dennington M.L. y col., revisaron los hallazgos de las necropsias en 64 casos de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello en el Hospital de Administración para Veteranos de Denver entre 1967 y 1977. 40% de estos casos presentaron metástasis inferiores en la clavículas durante la autopsia. La incidencia de metástasis se relacionó con el tamaño de la lesión primaria. La correlación con el compromiso ganglionar fue equívoca. La combinación de nuestros datos con los que obtuvieron O'Brien en 1970 y Gowen en 1963 en estudios similares, nos dieron un total combinado de 247 casos de autopsias. El resultado de los hallazgos fue de 47% de metástasis distantes.

J. C. Ferrer y col. dicen que el carcinoma de tiroides metastatiza al pulmón y a los huesos y con menos frecuencia al cerebro, hígado y piel. Fonseca P. encontró focos metastásicos de carcinoma tiroideo en una mujer de 75 años que fue operada de un nódulo pulmonar.

La tiroidectomía fue hecha 47 años antes. Un caso de carcinoma tiroideo con metástasis al riñón en paciente con diseminación tumoral amplia fue reportado en 1999 por Garcia-Sanchis L. y col.

Goolden A.W. y col. mencionan que el cáncer de tiroides rara vez se extiende al cerebro. La resonancia magnética de un paciente mostró una masa solitaria en cerebro asociada con lesión osteolítica focal del hueso temporal, 13 años después de una tiroidectomía por carcinoma folicular. Graham L.D. y Roe S.M., sostienen que el carcinoma papilar es conocido por su naturaleza indolente y conducta errática.

Hadar T. y col. refieren el caso de una mujer de 65 años con tumor de la angina izquierda que a la biopsia mostró metástasis de la tiroides. Una mujer de 78 años de edad con carcinoma folicular de la tiroides desarrollo un nódulo indoloro en la cara, de acuerdo al reporte de Hamilton D. en 1980.

Higashiyama M. y col., a su vez, estudiaron el caso de una mujer de 63 años con carcinoma del pulmón derecho a quien se hizo la lobectomía que al estudio histopatológico indicó micrometástasis de un tumor tiroideo oculto 4 años después de disección radical de cuello. El carcinoma tiroideo metastásico a los senos paranasales es raro.

En el enfermo que reportan Altmana Ken W. y col., el diagnóstico fue hecho por biopsia intranasal endoscópica. El diagnóstico de este tipo de metástasis tiene un mal pronóstico. Horiuchi N. y Tagami H. presentan un caso de carcinoma de la laringe con metástasis cutáneas. El enfermo desarrolló un nódulo subcutáneo en el abdomen. Las metástasis cutáneas de los tumores malignos intestinales no son frecuentes.

Jakobsen J. y col. estudiaron 1,069 pacientes con cáncer laríngeo y faríngeo, el 1% de ellos se presentó como carcinoma laringeoglótico con metástasis primarias en el cuello. Kmucha S.T. y Troxel J.M. presentan un caso en el cual el carcinoma de la fosa piriforme se presentó con metástasis cutáneas.

La metástasis en los ganglios axilares son poco frecuentes en el carcinoma escamoso del tracto digestivo alto en la opinión Koch, W.M. Cada paciente fue inicialmente tratado de su cáncer años antes. Un cáncer recurrente se desarrolló en el tracto digestivo superior antes del desarrollo de metástasis axilares. Se aconseja la vigilancia de dichos ganglios.

Leemans C.R. y col. reportan sobre la incidencia de metástasis distantes de tumores primarios de cabeza y cuello como presentación inicial de ellos, la cual está aumentando debido al mayor control local y regional de la enfermedad. En su estudio, 108 pacientes con tomografía computada y 80 con radiografías de tórax presentaron metástasis en un periodo mayor de 4 años.

Lesur G. y col. hablan de un enfermo con metástasis de un cáncer orofaríngeo en el íleon, estas metástasis son diagnosticadas sobre todo por trastornos hemorrágicos perforativos y oclusivos. Este tipo de complicaciones cancerosas de pronóstico extraordinariamente desfavorable. El hallazgo de metástasis axilares del carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello es usualmente considerado como signo de incurabilidad.

Nelson W.R., y Sisk M. hablan de un paciente que desarrolló nódulos axilares bilaterales, posteriores a la laringectomía total con disección del cuello por un carcinoma de células escamosas. Se efectuó disección axilar bilateral y el paciente permaneció libre de enfermedad por 25 años, muriendo de un ataque cardíaco masivo. Los autores concluyen que la disección axilar radical debe ser considerada en casos seleccionados de carcinoma bien diferenciado en ganglios axilares de un primario de cabeza y cuello controlado y no se encuentran otros signos de diseminación.

Papac R.J., presenta un estudio cuyas conclusiones indican que la frecuencia de la enfermedad metastásica en cuello y cabeza está aumentando, siendo más frecuente el desarrollo por invasión en el pulmón seguido por el hígado, los ganglios mediastinales y huesos.

Casi todas las metástasis distantes se presentan con metástasis pulmonares asociadas. El mejor método para detectarlas es la tomografía axial computarizada. Sumamente infrecuente es la condición que refieren Perez L.M. y col. en un caso de un carcinoma de células escamosas supraglótico de laringe el cual hizo metástasis al pene, ya que estas provienen sobretodo de órganos pélvicos. El paciente cursó con un nódulo doloroso, priapismo, y obstrucción urinaria. En este tipo de tumores Petrovic Z. y col. estudiaron a 161 pacientes con carcinoma laríngeo supraglótico, clínicamente negativo de metástasis. En un 18% se encontró durante la operación primaria metástasis ocultas de los ganglios cervicales.

Pitman K.T. y Johnson J.T. observaron que las metástasis cutáneas de cánceres internos o de la piel son poco comunes y presentan el caso de un paciente con carcinoma de células escamosas laríngeo quien recibió radioterapia después de su operación. Aparecieron en el hombro lesiones unilaterales, agrupadas, de color rojo-café, nódulo-vesiculares 9 meses después de la cirugía. El diagnóstico patológico del nódulo fue el de carcinoma metastásico de células escamosas.

Otro caso muy similar es relatado por Schultz B.M. y Schwartz R.A., quienes presentan a un paciente que tuvo múltiples nódulos cutáneos por carcinoma de células escamosas de la hipofaringe. Trasera J, y col. concluyen que la frecuencia de metástasis remotas de carcinomas de la laringe e hipofaringe fue de 6.7% (52 casos) de un total de 786 pacientes a quienes se siguió por un periodo mínimo de 4 años. Las metástasis se presentan sobretodo en los tumores hipofaríngeos.

Las metástasis cutáneas múltiples son raras y tienen mal pronóstico. En un carcinoma escamoso de la laringe, Veraldi S., menciona que estas precedieron en 5 años a metástasis pulmonares. La frecuencia relativa de las metástasis cutáneas es similar en los tumores primarios de seno y las que aparecen en los melanomas de la mujer así como y los de pulmón, colón y melanoma en el hombre.

Las metástasis cutáneas son con frecuencia el primer signo del cáncer y son mas frecuentemente vistas en los tumores de los pulmones, riñones y ovarios. Las metástasis cutáneas dan la oportunidad para encontrar un cáncer potencialmente tratable antes de toda evidencia. es por este último hecho que nosotros creemos que el Biotopograma es el medio de diagnóstico, para la detección precoz de las metástasis cutáneas en los casos de cánceres de diversa etiología y localización primaria, como se cita en este trabajo, aun cuando el cuadro clínico es silencioso.

Warwick-Brown N.P. y Cheesman A.D. describen un enfermo de metástasis intracraneana originada en un carcinoma laríngeo en el cual también se encuentran múltiple depósitos pulmonares metastásicos. Se reporta así mismo por Yoshihara T. y Yamamura Y., un inusual ejemplo de carcinoma laríngeo con metástasis pequeñas en el intestino delgado, 2 años después de que se practicó la laringectomía.

Las metástasis sinoviales de los cánceres son raras. Younes Mohamed y col. presentan 2 pacientes de monoartritis en la rodilla por metástasis. En uno de ellos la citología del fluido sinovial hizo el diagnóstico. A la fecha solamente se han reportado 28 ejemplos de metástasis sinovial de los tumores sólidos, siendo las rodillas las que mas las sufren. Nosostros señalamos a una enferma con carcinoma de seno, en que el diagnóstico de metastasis fue hecho seis años antes de que los demás estudios demostraran la realidad de la paciente.

Batchelor W.B. y col. señalan que las metástasis cardíacas, clínicamente evidentes, provenientes de neoplasmas malignos son poco comunes. La frecuencia de metástasis cardíacas de origen tiroideo es muy baja. Para nuestro conocimiento en los últimos 20 años solo unos cuantos casos han sido reportados en toda la literatura, la diseminación metastásica cardíaca ocurre mas frecuentemente durante el estadio terminal. Ellos presentan 3 pacientes con cáncer anaplásico de tiroides con diseminación metastásica al corazón, dos de las cuales murieron de problemas cardíacos. La ausencia de síntomas tempranos hace muy difícil el diagnóstico del carcinoma metastásico. Los autores concluyen que el cáncer tiroideo anaplásico es una cáncer agresivo de pronostico oscuro y debe tenerse en mente como fuente de metástasis cardíaca y causa de muerte.

Bonichon Françoise publica que la metástasis de cáncer tiroideo a las vértebras es un evento raro pero particularmente importante ya que del diagnóstico oportuno depende el tratamiento específico. El cáncer de tiroides rara vez se extiende al cerebro. Fujita y col. presentan un caso en que el paciente quien 13 años después de una tiroidectomía por carcinoma folicular, presentó metástasis cerebral. La resonancia magnética mostró una masa solitaria en cerebro asociada con lesión osteolítica focal del hueso temporal. Hefera y col. publican el caso único de carcinoma folicular tiroideo metastásico al paladar y al seno maxilar; y Leong Jern-Lin y col., un carcinoma de tiroides con invasión a la cadena yugular interna, y Relata un caso de carcinoma de tiroides con metástasis al riñón. Liou Miaw-Jene y col. señalan un caso de metástasis tiroideas al riñón. Sinh U. y col. reportan un paciente con carcinoma papilar de la tiroides se presentó inicialmente con una metástasis coroidal y glaucoma no tratable. Con el advenimiento de un mayor control del cáncer ubicado por encima del nivel clavicular las metástasis son vistas mas frecuentemente y están llegando a ser una causa mas común de morbi-mortalidad. La sobrevivencia de los pacientes estudiados por Talmi Y.P. y col. fue de 42 meses, predominando el cáncer de tiroides. La incidencia de metástasis distante de tumores de células escamosas en el estadio terminal fue de 48 %.

Antes de que el tratamiento de neoplasias malignas de cabeza y cuello sea iniciado, debe llevarse a cabo la búsqueda de metástasis a distancia . El objetivo inicial de la revisión realizada por Troell R.J. y Terris D.J., fue determinar la exactitud de las pruebas de funcionamiento hepático, la fosfatasa alcalina, y las radiografías de tórax en su detección. Un análisis de 97 pacientes con carcinomas de células escamosas no cutáneas presentado en 1991 reveló 17 metástasis distantes en 14 pacientes. Hubo 10 metástasis pulmonares, 5 metástasis óseas, y 2 metástasis hepáticas. La sensibilidad de la radiografía de tórax y pruebas de laboratorio, utilizadas actualmente en la evaluación de metástasis distantes, en la mayoría de los centros de cáncer, es decepcionante; estas pruebas deben ser vistas como exámenes de detección masiva.

Cobra particular interés en este ejemplo el aprovechamiento de las enormes ventajas diagnósticas que puede ofrecer el Biotopograma, verdadero monitoreo de cambios biológicos en el paciente canceroso.

BIBLOGRAFÍA CÁNCER DE LARINGE Y TIROIDES

Acosta A., Lembo H., Gutierrez C., Cresseri A. y Chavarria O.
Carcinoma papilar de tiroides variante esclerosis difusa.
Revista de Cirugía Infantil Argentina.
Vol 7, 2; 179-182. Mar. 2003.

Altmana Ken W., Mirzaa Natasha and Philippea Lucien
Metastatic follicular thyroid carcinoma to the paranasal sinuses: a case report and review.
The Journal of Laryngology & Otology.
Vol. 3; 647-651. July 1997.

Bakheet Siema M., Powe John, Hammami Muhammad M., Amin Tariq M., Akhtar Mohammed and Ahmed Mohammed

Isolated Porta Hepatis Metastasis of Papillary Thyroid Cancer.
The Journal of Nuclear Medicine. Vol. 37 No. 6; 993-994

Batchelor W.B., Butany J., Liu P.,

Cardiac metastasis from primary anaplastia thyroid carcinoma: report of three cases and a review of the literature.

Endocrine-related Cancer. Vol. 8; 71-73. 2001.

Benchekroun A, Lachkar A, Alami M, Iken A, Soumana A, Farih MH, Belahnech Z, Marzouk M, Faik M.

Thyroid cancer metastasizing to the kidney. Report of a case
Ann Urol (Paris). 33, 1;51. 1999

Bhatia R. y Bahadur S.

Distant metastasis in malignancies of the head and neck.

J Laryngol Otol. 101,9; 925-8 1987 Sep

Blass D.A., Delaney M., Spagnolo S.V.,

Hemoptysis as the sole presentation of thyroid carcinoma.

J Nucl Med. 1985 Sep;26. 9; 1039-41.

Bonichon Françoise.

Métastases vertébrales des cancers de la thyroïde

Métastases des cancers thyroïdiens. Chapt. 14. 2007.

Bose S.M., Ravindra N. y Girdhar G.,

Clavicular metastasis of insular carcinoma of the thyroid

Clin Nucl Med. Vol. 23, 11; 774-5. Nov 1998.

Bootz F., Keiner S.

Ophthalmoplegia in sphenoidal sinus metastasis

South Med J. Vol. 82, 8; 1051-2. Aug. 1989

Carcangiu Maria Luisa, Zampi Giancarlo, Pupi Alberto, Castagnoli Antonio, Rosai Juan.

Papillary carcinoma of the thyroid. A clinicopathologic study of 241 cases treated at the University of Florence, Italy

Cancer.. Vol. 55, 4; 805 – 828. Jun 2006

Cariou B., Charbonnel B., Heymann M.F.,

Métastase cutanée d'un carcinome

Journal of Cancer Research and Clinical Oncology.

Vol.135, 1; 1432-1335. 2009

-
- Caron P., Moreu-Cabarrot A., Gorguet B.,
Cutaneous metastasis from follicular carcinoma
The Journal of Laryngology & Otology . Vol. 112; 69-72. 1998
- Chiewvit S, Pusuwan P, Chiewvit P, Pleehachinda R, Attanatho V, Mongkharuk J.
Metastatic follicular Carcinoma.
J Med Assoc Thai. Vol. 81, 10;799-802. Oct. 1998
- Chiu A.C., Delpassand E.S. and Sherman S.I.
Prognosis and Treatment of Brain Metastases in Thyroid Carcinoma thyroid
The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism
Vol. 82, 11; 3637-3642. 1997
- Choi Y.S., Yoon Y.K. and Kwak H.Y.
Patellar metastasis from a squamous cell carcinoma of the larynx.
AJR Am J Roentgenol. Vol. 174, 6 ;1794-5. Jun. 2000
- Daumerie C, De Potter P, Godfraind C, Rahier J, Jamar F, Squifflet JP.
Orbital metastasis as primary manifestation of thyroid carcinoma.
Thyroid. Vol. 10, 2; 189-92. Feb.2000
- Dennington M.L., Carter D.R., Meyers A.S.,
Distant metastasis in head and neck epidermoid carcinoma laryngeal
Laryngoscope. Vol. 90, 22; 196-201 Feb. 1980
- Dinneen S.F., Valimaki M.J., Bergstralh E.J.,
Distant metastases in papillary thyroid carcinoma: 100 cases observed at one institution during
5 decades
Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. Vol 80; 2041-2045, 1995
- Ferlito, A .
Distant metastases from head and neck: A Multi-Institutional View
Udine, Italy Vol. 63, No. 4,2001
- Ferrer García J. C., Merino Torres J. F., Ponce Marco J. L. y Piñón Sellés F.
Metástasis poco habituales del carcinoma diferenciado de tiroides.
An. Med. Interna. Vol. 19, 11; 579-582. 2002
- Fonseca P.
Thyroid lung metastasis diagnosed 47 years after thyroidectomy
Ann Thorac Surg. Vol.67;856-857.1999
- Garcia-Sanchis L, Lopez-Aznar D, Oltra A, Rivas A, Alonso J, Montalar J, Mateo A.
Metastatic follicular thyroid carcinoma to the kidney: a case report.
Clin Nucl Med. Vol. 24. 1; 48-50. Jan 1999.

Goolden A.W., MacLaughlin J.E., Valentine AR Solitary cerebral metastases from papillary
Solitary cranial metastasis of thyroid carcinoma 13 years after primary surgery: Report of a case
thyroid

Surgery Today. Vol. 39, 1. Jan. 2009

Graham L.D. y Roe S.M.

Metastatic papillary thyroid carcinoma presenting thyroid

J Dermatol Surg Oncol. Vol. 6, 2; 116-7. Feb. 1980

Hadar T., Mor C. y Har-El G.

Anaplastic thyroid carcinoma metastatic to the tonsil

The Journal of Laryngology & Otology . Vol. 101; 953-956. 1987.

Hamilton D.,

Cutaneous metastases from a follicular thyroid

Journal of Cutaneous Pathology Vol. 12. 2; 103 – 10

Higashiyama M., Kodama K., Yokouchi H.

Mediastinal lymph node involvement as the initial manifestation of occult thyroid cancer in the
surgical treatment of lung cancer: report of a case.

Surg Today.. 29; 670-4. 1999

Hoie J., Stenwig A.E., Kullman G.,

Distant metastases in papillary thyroid thyroid

The Journal of Laryngology & Otology Vol. 111:647-651. 1997.

Horiuchi N., Tagami H.

Skin metastases in laryngeal carcinoma

Clinical and Experimental Dermatology

Vol. 17, 4; 282 – 283. 1999

Howe N.R., lang P.G.,

Squamous cell carcinoma presenting as subcutaneous nodules

Head & Neck. 21. 6; 560 – 565. 1991.

Jakobsen J., Hansen O., Jorgensen K.E., Bastholt L.

Lymph node metastases from laryngeal and pharyngeal carcinomas : Calculation of burden of
metastasis and its impact on prognosis.

Acta Oncol. Vol. 37, 5; 489-93. 1998

Kmucha S.T. and Troxel J.M.

Dermal metastases in epidermoid carcinoma of the head and neck

Arch Otolaryngol Head Neck Surg.

Vol.119, 3; 326-30. Mar. 1993

Koch, W.M.

Axillary nodal metastases in head and neck cancer
Head & Neck Vol. 21, 3; 269 – 272. Mar 1999.

Leemans C.R., Tiwari R. and Nauta J.H.,

Regional lymph node involvement and its significance in the development of distant metastases
in head and neck carcinoma

European Archives of Oto-Rhino-Laryngology

Vol. 263, 10; 1434-4726. Oct. 2006

Leong Jern-Lin, Yuen Heng Wai, LiVolsi Virginia A., Loevner Laurie, Narula Navneet, Baloch
Zubair and Weber Randal S.

Insular carcinoma of the thyroid with jugular vein invasion.

Head & Neck Vol.26, 7; 642 – 646. Jul. 2004

Lesur G., Pelletier G., Fabre M et al,

Metastase ileale d'un cancer de l'amygdale,

Gastroenter.Clin.Biol, 12: 292-293

Liou Miaw-Jene, Lin Jen-Der, Chung Mei-hsin, Liao Chi-Ting, Hsueh Chuen.

Renal metastasis from papillary thyroid microcarcinoma

Acta Oto-Laryngologica, Vol. 125, 4; 438 - 442 Apr. 2005

Nelson W.R., Sisk M.,

Axillary metastasis from carcinoma of the larynx

Journal of Laryngology & Otology. 116, 4; 269-271. 2002

Nunez D., Sutherland C.,

Breast metastasis from a pharyngeal carcinoma laryngeal

The Journal of Laryngology & Otology

103:227-228. 1988.

Papac R.J.,

Distant metastases from head and neck cancer laryngeal

ORL. Vol. 63, No. 4, 2001

Pérez LM., Shumway R.A., Carson C.C.,

Penile metastasis secondary to supraglottic squamous cell carcinoma laryngeal

The Journal of Urology. Vol. 147.1; 157-160 1992

Petrovic Z., Krejovic B., Janosevic S.

Occult metastases from supraglottic laryngeal carcinoma.

Clin Otolaryngol Allied Sci.

Vol. 22, 6; 522-4. Dec 1997

Puri P, Motwani N, Pande M.

Squamous carcinoma of the thyroid metastatic to the choroid: a report
European Journal of Cancer Care
Vol. 10, 1; 63 – 64. Mar. 2001

Pitman K.T., Johnson J.T.,

Skin metastases in squamous cell carcinoma of the head and neck
Dermatology Online Journal. Vol. 9, 5.

Pointillart V., Ravaud A. et Palussière J..

Vertebral metastasis of thyroid cancer.
Vertebral Metástasis
16; 112. Ene. 2002

Rico M. J. y Penneys N. S

Metastatic follicular carcinoma of the thyroid to the skin: a case confirmed by immunohistochemistry
Journal of Cutaneous Pathology.
Vol. 12, 2; 103 – 105. Apr. 2006

Schultz B.M., Schwartz R.A.,

Hypopharyngeal squamous cell carcinoma metastatic to skin
J Am Acad Dermatol. Vol. 12,1; 169-72. Jan 1985

Singh U, Kaushik S, Pandav Surinder S, Dogra Mangat R., Powari M, Das A and Hemachandra M.
Papillary carcinoma thyroid presenting as a choroidal metastasis. Report of a case and brief review of literature.

Indian Journal of Ophtalmology. Vol 51,1; 81-83. 2003.

Talmi Y.P., Cotlear D., Waller A.,

Distant metastases in terminal head and neck cancer patients
The Journal of Laryngology & Otology. Vol. 111 : 454-458. 199

Traserra J., Arias C., Comas J., Sabater F. y Cuchi A.

Distant metastases originating from tumors of the larynx and hypopharynx
Rev Laryngol Otol Rhinol. 110, 3; 267-71. 1989

Troell R.J., Terris D.J.,

Detection of metastases from head and neck cancers
Laryngoscope. 105; 247-50. Mar 1995.

Veraldi S., Alessandra Cantù II, Sala F., Schianchi R., M.D., y Gasparini G.,

Cutaneous metastases from laryngeal carcinoma
Journal of the American Academy of Dermatology . 33, 2 .1995.

Viswanathan P.N., Rangad F. Roul R.K.,
Metastases to the Hand from Carcinoma of the Lower Alveolus
Journal of Hand Surgery Vol. 21, 4; 544-546. 1996.

Warwick-Brown N.P., Cheesman A.D.,
Intracranial metastases from a supraglottic carcinoma; a case report.
J Laryngol Otol. 101; 624-6. 1987

Weinstein G.S., Laccourreye O., Brasnu D., Tucker J. y Montone K.
Reconsidering a paradigm : the spread of supraglottic carcinoma to the glottis
The Laryngoscope. Vol. 105, 10; 1129-1133. 1995

Yoshihara T. y Yamamura Y
An unusual case of laryngeal carcinoma metastasizing to the small intestine.
The Journal of Laryngology & Otology . 111; 575-577. 1997.

Yoshiharaa Toshlo and Yamamuraa Yukie
An unusual case of laryngeal carcinoma metastasizing to the small intestine laryngeal
The Journal of Laryngology & Otology . 111;575-577 1997.

Younes Mohamed , Hayem Gilles, Brissaud Philippe, Grossin Maggy, Kahn Marcel- Francis and
Meyer Olivier.
Monoarthritis secondary to joint metastasis. Two case reports and literature review
Joint Bone Spine. Vol. 69, 5; 495-498. Oct. 2002