

Notas clínicas

Hallazgo incidental de carcinoma anaplásico de tiroides con diagnóstico inicial de carcinoma papilar

Incidental finding of anaplastic thyroid carcinoma with an initial diagnosis of papillary carcinoma

García García B, Soler Humanes R, Fernández Serrano JL, Ocaña Wilhelmi LT

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

El carcinoma anaplásico de tiroides es poco común (5-10% cánceres de tiroides) pero se trata de una de las neoplasias malignas más letales. Normalmente se diagnostica de forma tardía siendo en ese momento irreseccable. El diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio histológico. En cuanto al tratamiento, la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia es la que obtiene mejores resultados.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 69 años intervenida de hemitiroidectomía izquierda por nódulo tiroideo inicialmente con PAAF de proliferación folicular y con anatomía patológica definitiva tras la exéresis de carcinoma papilar de tiroides. Se realiza cirugía totalizadora con resultado histológico de carcinoma anaplásico de tiroides.

Palabras clave: carcinoma papilar, carcinoma anaplásico, cirugía, tiroidectomía.

CORRESPONDENCIA

Blanca García García
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29190 Málaga.
blancagg311989@outlook.com

XREF

ABSTRACT

Anaplastic thyroid carcinoma is a rare entity (5-10% thyroid cancers) but it is one of the most lethal malignancies. It is usually diagnosed late and it is unresectable at that time. The definitive diagnosis is realized with a histological study. Regarding treatment, the combination of surgery, radiation therapy and chemotherapy is the one that obtains the best results.

We reported a case of a 69-year-old female patient who underwent left hemithyroidectomy for a thyroid nodule initially with fine needle biopsy of follicular proliferation and with definitive pathology after excision of papillary thyroid carcinoma. Totalizing surgery was performed with a histological result of anaplastic thyroid carcinoma.

Key words: papillary carcinoma, anaplastic carcinoma, surgery, thyroidectomy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma anaplásico de tiroides es una forma de carcinoma indiferenciado. Es el más agresivo y de peor evolución de todos los cánceres tiroideos. Tiene una incidencia que oscila entre el 5 y el 10 % de todas las neoplasias malignas de tiroides, con una sobrevida

CITA ESTE TRABAJO

García García B, Soler Humanes R, Fernández Serrano JL, Ocaña Wilhelmi LT. Hallazgo incidental de carcinoma anaplásico de tiroides con diagnóstico inicial de carcinoma papilar. *Cir Andal*. 2022;33(2):104-106.

menor de 6 meses posterior al diagnóstico, y menos del 10 % de supervivencia a los 5 años¹. Suele aparecer en torno a los 70- 80 años y con una presentación tres veces mayor en mujeres que en hombres. (2) Se caracteriza por una alta agresividad, debido a su crecimiento rápido y capacidad de invasión de tejidos vecinos, así como a una baja respuesta a la mayoría de las terapias actualmente disponibles.

En la mayoría de los casos se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad, siendo ya inoperables y con tasas de respuesta muy bajas a la quimioterapia sistémica¹. Se presenta el caso de una paciente de 69 años, que como dato interesante a destacar es un diagnóstico inicial de carcinoma papilar, que al completar la tiroidectomía, en el lado contralateral a la lesión sospechosa inicial, ya había una desdiferenciación a carcinoma anaplásico.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 69 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipemia. Comienza estudio en otro centro por sensación de cuerpo extraño sin pruebas concluyentes de neoplasia. Posteriormente, consulta por disfonía, realizándose ecografía de tiroides donde se aprecia nódulo sólido de 19x21mm, en lóbulo tiroideo izquierdo, catalogado como TIRADS 4B.

Se realiza punción aspiración con aguja fina con resultado histológico de proliferación folicular, por lo que se decide intervención quirúrgica realizándose hemitiroidectomía izquierda. El resultado anatomopatológico definitivo fue de carcinoma papilar variante folicular, parcialmente encapsulado, de 2x2cm, con invasión linfovascular dudosa y extensa invasión perineural.



Figura 1 Pieza de resección de hemitiroidectomía derecha.

Ante estos hallazgos se indica cirugía completar la tiroidectomía, previa realización de ecografía tiroidea que descarta afectación ganglionar.

Se realiza cirugía totalizadora en nuestra unidad de cirugía endocrina, y el estudio histológico definitivo fue compatible con un carcinoma anaplásico tipo sarcomatoide, de 4.5cm, con afectación de la cápsula tiroidea y con patrón infiltrativo a tejido adiposo. Presencia de invasión linfática, bordes libres, estadio pT3a.

Durante el seguimiento de la paciente, se realiza PET donde se aprecian múltiples nódulos pulmonares de alto incremento metabólico, sugestivos de malignidad. (Figura 2). Se decide iniciar tratamiento con quimioterapia sistémica (lenvatinib 20 mg/día).

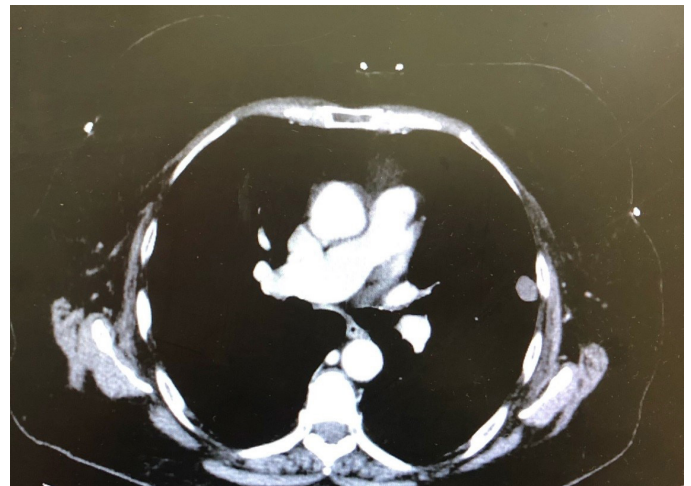


Figura 2 PET-TC donde se observa la afectación pulmonar.

Actualmente la paciente presenta una respuesta parcial al tratamiento.

DISCUSIÓN

El carcinoma de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente. Lo más habitual es que se trate de tumores bien diferenciados y con buena respuesta a tratamiento. El carcinoma anaplásico es raro, pero muy agresivo y con pobre pronóstico³.

Existen algunos factores etiológicos asociados específicamente tales el antecedente de bocio, tanto propio como familiar, pero la mayoría de casos de carcinomas anaplásicos aparecen en nódulos o tumores tiroideos bien diferenciados preexistentes, generalmente foliculares, lo que representaría un proceso de desdiferenciación, caracterizado por la pérdida de cualidades específicas de estas células foliculares, como la expresión de tiroglobulina y la captación de yodo^{4,5}.

Clínicamente suele presentarse como una gran masa palpable de rápido crecimiento que causa síntomas compresivos tales como disfonía, disfagia, disnea y, en casos avanzados, síndrome de la vena cava superior y síndrome de Horner². Las metástasis a distancia están

asociadas a mal pronóstico y en esos casos lo más adecuado es iniciar terapia sistémica⁶.

Histológicamente, puede seguir un patrón de células gigantes, fusiformes o escamosas.

El diagnóstico definitivo generalmente se logra mediante biopsia por aspiración con aguja fina.

La resección quirúrgica es inusual debido a la alta capacidad de invasión de la enfermedad y lo avanzado de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Además por este tipo de tumores no responden al tratamiento convencional con yodo radiactivo⁷.

De acuerdo con las pautas más recientes de la American Thyroid Association (ATA), la combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia permite lograr mayores resultados. Como tratamiento adyuvante, también se utilizan radioterapia y quimioterapia, usando fármacos citotóxicos, como la combinación de paclitaxel y carboplatino, o docetaxel y doxorubicina.

Recientemente, se están explorando cursos de tratamiento que utilizan agentes de dianas múltiples, y los ensayos clínicos han mostrado resultados muy prometedores, como las tasas de supervivencia general, la supervivencia sin progresión y la reducción del tumor^{8,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molinaro E, Romei C, Biagini A, Sabini E, Agate L, Mazzeo S et al. Anaplastic thyroid carcinoma: from clinicopathology to genetics and advanced therapies. *Nat Rev Endocrinol*. 2017 Nov; 13(11):644-660.
2. Guerra Mesa, JL. Carcinoma anaplásico de tiroides. Consideraciones de actualidad. *Rev Cubana Cir* 2001; 40(2):99-105.
3. Kojic SL, Strugnelli SS, Wiseman SM. Anaplastic thyroid cancer: a comprehensive review of novel therapy. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2011;11:387-402.
4. Neff RL, Farrar WB, Kloos RT, Burman KD. Anaplastic thyroid cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2008; 37:525-538.
5. Giuffrida D, Gharib H. Anaplastic thyroid carcinoma: current diagnosis and treatment. *Ann Oncol*. 2000; 11:1083-1089.
6. Pinto-Valdivia M, Ortiz-Torres M, Villena-Chávez J, Chian-García C. Cáncer anaplásico de tiroides. Reporte de Caso. *Rev Med Hered*. 2012; 23(2): 115-118.
7. Tiedje V, Stuschke M, Weber F, Dralle H, Moss L, Fuhrer D. Anaplastic thyroid carcinoma: review of treatment protocols. *Endocr Relat Cancer*. 2018 Mar; 25(3):153-161.
8. Figueiredo AS, Andrea-Ferreira P. New Perspectives Regarding Anaplastic Thyroid Carcinoma Approach Improvement. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2018;18(6):555-564.
9. Saini S, Tulla K, Maker AV, Burman KD, Prabhakar BS. Therapeutic advances in anaplastic thyroid cancer: a current perspective. *Mol Cancer*. 2018 Oct 23; 17(1):154.