



P-088 - METÁSTASIS A DISTANCIA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER DE TIROIDES

L. Tortolero Giamate, P. Luengo Pierrard, M. Cornejo López, M. Coll Sastre, M.V. Collado Guirao, R. Rojo Blanco, A. García-Villanueva y E. Lobo Martínez

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: Las metástasis a distancia son sincrónicas con el diagnóstico primario del cáncer de tiroides (CT) en un 5 a 45% de los pacientes, siendo esta forma de presentación aún más infrecuente en el cáncer diferenciado de tiroides, con una incidencia del 3 al 15%. El CT en estadio avanzado suele tener un mejor pronóstico, cuando las metástasis aparecen como presentación de la enfermedad, que cuando aparecen durante el seguimiento tras la extirpación quirúrgica del tiroides.

Métodos: Revisión de 5 casos de metástasis a distancia como presentación clínica del CT, tratados de forma multidisciplinar en nuestro centro, durante un período de 12 meses (enero-diciembre 2013). Comentamos aspectos clínicos diagnósticos y terapéuticos.

Resultados: De los cinco pacientes, cuatro eran mujeres. La edad media era de 71 años (53-83). En cuatro pacientes, el síntoma inicial fue dolor óseo y en un caso nódulos cutáneos en el cuero cabelludo. El diagnóstico inicial de la patología tiroidea se sospechó tras resultado histológico de la metástasis, siendo carcinoma de origen tiroideo en tres casos, dos de los cuales mostraban un patrón folicular y carcinoma metastásico de origen desconocido en dos casos. Se confirmó la patología tiroidea mediante prueba de imagen y estudio histológico por punción de la lesión tiroidea. El lugar de metástasis más frecuente fue el óseo, en cuatro pacientes, seguido por el pulmonar en tres casos y con menor frecuencia el cerebro, mediastino, hígado, suprarrenal y piel. El tratamiento sobre el tumor tiroideo fue quirúrgico, en todos los casos, con tiroidectomía total en cuatro casos, siendo necesario el abordaje mediante esternotomía en un caso, por bocio intratorácico y tumor de gran tamaño. En el caso restante se realizó lobectomía parcial, por extensa infiltración circundante. En todos los casos se realizó ablación postquirúrgica con radioyodo y supresión de la TSH con hormona tiroidea. La anatomía patológica definitiva mostró carcinoma tiroideo pobremente diferenciado en tres casos, indiferenciado en un caso y diferenciado de tipo papilar sin mutación de BRAF en el caso restante. En todos los casos el tumor media más de 1,2 cm, en el caso del carcinoma papilar, siendo el más grande de 12 cm. Se encontró focos de multifocalidad tumoral en tres de los cinco pacientes. En el seguimiento con rastreo corporal total se evidenció estabilidad de las lesiones metastásicas en dos casos de carcinoma pobremente diferenciado y mejoría en los tres casos restantes.

Conclusiones: De los cinco casos presentados el carcinoma papilar de tiroides es el más raro, dada

la histología y la ausencia de mutación BRAF. En el seguimiento de nuestra serie de pacientes el tratamiento quirúrgico del tiroides y la posterior ablación del tejido tiroideo con radioyodo permitió el control de la enfermedad en todos los casos, consiguiendo mejoría de las lesiones metastásicas en 3 casos y ausencia de progresión de la enfermedad en 2 casos. Sin embargo, se necesita estudiar una serie más grande de pacientes y mayor tiempo de seguimiento para valorar el pronóstico de esta entidad.