

## Notas clínicas

### LATE ANAPLASTIC TRANSFORMATION OF TWO MULTINODULAR GOITERS

Anaplastic thyroid carcinoma is a highly aggressive tumor with a mean survival of 3-7 months. Up to one half of patients have long-standing multinodular goiter and 20-30% have a coexisting differentiated carcinoma. We present two elderly patients under follow-up for multinodular goiters that suddenly showed anaplastic transformation many years after the initial diagnosis. Given the possibility of malignant transformation and the fatal prognosis of this carcinoma, life-long surveillance of these patients is advisable.

*Key words:* Multinodular goiter. Anaplastic thyroid carcinoma. Cervical mass.

## Transformación anaplásica tardía de dos bocios multinodulares

ELENA GARCÍA FERNÁNDEZ, HELENA REQUEJO SALINAS, SHARONA AZRIEL MIRA Y FEDERICO HAWKINS CARRANZA

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

El carcinoma anaplásico de tiroides es un tumor muy agresivo con una supervivencia media de 3 a 7 meses. El 50% se desarrolla a partir de bocios multinodulares de larga evolución y el 20-30% coexiste con carcinomas diferenciados. Presentamos los casos de 2 pacientes ancianas con bocio multinodular en seguimiento durante años que sufrieron, de forma brusca, una transformación anaplásica. Ante esta posibilidad, y dado el pronóstico infausto de este tipo de carcinoma, se aconseja realizar un seguimiento de por vida en estos pacientes.

*Palabras clave:* Bocio multinodular. Carcinoma anaplásico. Masa cervical.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma anaplásico representa el 5% de los tumores tiroideos con una incidencia anual de 2 casos/millón de habitantes<sup>1,2</sup> y una edad media de presentación de 65 años. El 50% se desarrolla a partir de bocios multinodulares de larga evolución.

Presentamos 2 casos diagnosticados de carcinoma anaplásico en el intervalo de un mes, en pacientes en seguimiento por bocio multinodular.

### CASOS CLÍNICOS

El primer caso se trata de una mujer de 79 años, natural de Madrid, diagnosticada de bocio multinodular tóxico, de más de 20 años de evolución, con nódulo dominante derecho de 3 cm de diámetro máximo. Fue tratada con 15 mCi de I<sub>131</sub>, y desarrolló hipotiroidismo postisotópico a los 2 meses de su administración. Se inició tratamiento sustitutivo con levotiroxina sódica, y se mantuvo con una sustitución hormonal adecuada y sin cambios ecográficos significativos en el nódulo dominante durante el seguimiento. A los 3 años, presentó de forma brusca un episodio de estridor e insuficiencia respiratoria aguda. En la exploración física se evidenció un bultoma cervical derecho de gran tamaño, doloroso, pétreo, adherido a planos profundos; adenopatías laterocervicales bilaterales y parálisis re-currencial de cuerda vocal derecha. Entre las exploraciones complementarias destacaban una función tiroidea dentro de la normalidad, positividad de anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina, así como una concentración de tiroglobulina elevada. Ecográficamente se confirmó un

Correspondencia: Dra. E. García Fernández.  
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Av. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid. España.  
Correo electrónico: elenagarciafer@terra.es

Manuscrito recibido el 9-9-2005 y aceptado para su publicación el 13-3-2006.

aumento del tamaño tiroideo a expensas del lóbulo derecho, con múltiples nódulos, el mayor de 5 cm de diámetro máximo, intensamente calcificado, desviación traqueal izquierda y adenopatías laterocervicales bilaterales. La citología del nódulo dominante correspondía a una masa adenopática con patrón de carcinoma tiroideo sólido y papilar focal. El análisis inmunohistoquímico de la muestra fue positivo para tiroglobulina y paraqueratinas y negativo para calcitonina. En la tomografía computarizada (TC) cervicotorácica se comprobó la extensión de la masa cervical derecha superiormente hasta el hueso hioides e inferiormente hasta los troncos supraaórticos, que englobaba las venas yugular y subclavia derecha; asimismo había una invasión por contigüidad de la pared traqueal derecha y metástasis pulmonar. En la gammagrafía ósea con  $^{99m}\text{Tc}$ -MDP se visualizó acúmulos radiactivos en múltiples arcos costales con intensa actividad osteoblástica. Al mes de iniciarse el cuadro clínico, la paciente presentó agravamiento de su dificultad respiratoria y disminución progresiva del nivel de conciencia secundaria a encefalopatía hiperkápnica. Se procedió a la resección tumoral endotraqueal y a la implantación de una prótesis subglótica, con la consiguiente mejoría de los síntomas respiratorios y neurológicos. Posteriormente, se instauró tratamiento con levotiroxina sódica a dosis levemente supresoras; no se consideró indicada ninguna otra modalidad terapéutica, dadas la edad de la paciente y la extensión del proceso neoplásico. Dos meses después de la realización de estas medidas paliativas, la paciente falleció por obstrucción de las vías respiratorias superiores.

La segunda paciente es una mujer de 84 años, natural de Madrid, en seguimiento por un bocio multinodular pretóxico, con un nódulo dominante derecho de 2 cm de diámetro máximo con hipercaptación gammagráfica, que fue tratada con 15 mCi de  $^{131}\text{I}$ . Las concentraciones de hormonas tiroideas se mantuvieron dentro de los límites normales tras el tratamiento isotópico. Al cabo de 3 años de seguimiento periódico sin incidencias, la paciente presentó de forma brusca un cuadro de disfonía, tos seca, anorexia y pérdida de peso. En la exploración física se constató una gran tumoración en el hemicuello derecho, de consistencia pétreo. En la ecografía tiroidea, se objetivó un crecimiento significativo del nódulo dominante derecho (diámetro máximo de 5,5 cm), con calcificaciones groseras no descritas en ecografías previas. La citología de este nódulo resultó compatible con carcinoma tiroideo sin signos de diferenciación ni expresión para tiroglobulina. La función tiroidea se mantuvo normal en todo momento. Se realizó estudio de extensión y se detectó invasión local con desviación traqueal hacia la izquierda y deterioro significativo de la luz traqueal en la TC cervicotorácica (fig. 1). No se confirmó la presencia de metástasis pulmonares, hepáticas ni óseas. Dado el estadio de la enfermedad y la edad de la paciente, se desestimó cualquier actitud terapéutica agresiva: tratamiento quirúrgico y/o quimioterápico. Un mes después del comienzo del cuadro clínico, la paciente falleció a consecuencia de una parada cardiorrespiratoria.

## DISCUSIÓN

Los 2 casos presentados tienen en común un bocio multinodular de larga evolución (más de 20 años) en 2 mujeres ancianas, que de forma brusca sufre una transformación neoplásica indiferenciada.



Fig. 1. Tomografía computarizada cervicotorácica. Masa cervical derecha dependiente del tiroides con calcificaciones en su interior, que ocasiona desviación de la luz traqueal a la izquierda y deterioro de la vía respiratoria.

El carcinoma anaplásico es uno de los tumores más agresivos. Varios estudios indican que se origina a partir de una transformación o de una falta de diferenciación de un carcinoma diferenciado preexistente<sup>3</sup>. Esta observación es debida a la coexistencia muy prevalente (del 20 al 30%) de ambos tipos de tumores (diferenciado y anaplásico) en la misma muestra. Entre los carcinomas diferenciados, el que más frecuentemente puede presentar una transformación anaplásica es el carcinoma papilar, seguido del carcinoma folicular en su variante de células de Hürthle. Sin embargo, parece que este último requiere menos mutaciones que uno papilar para convertirse en anaplásico<sup>3</sup>. En cuanto al comportamiento clínico de los carcinomas anaplásicos surgidos de lesiones tiroideas preexistentes, Nel et al<sup>4</sup> encontraron una menor supervivencia comparados con aquellos que surgen de tiroides previamente sanos. En el primer caso presentado, el análisis histológico revelaba un carcinoma papilar; no obstante, el crecimiento rápido y la invasividad del tumor indican la presencia de un carcinoma anaplásico que coexistía con el anterior. Otros factores de riesgo que favorecen la aparición del carcinoma anaplásico son los antecedentes de bocio, nódulo tiroideo o tumores malignos no tiroideos, residir en un área de bocio endémico, presentar diabetes mellitus y el nivel educacional bajo<sup>5</sup>. Nuestras 2 pacientes, además del bocio de larga evolución, tenían un nivel educacional muy bajo. Entre los factores de riesgo no se incluye los antecedentes de tratamiento con yodo radiactivo. Se está investigando varios genes que podrían estar implicados en la transformación anaplási-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2774563>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2774563>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)