

CC007

LINFANGITIS CARCINOMATOSA PULMONAR EN PACIENTE CON CARCINOMA PAPILAR CLÁSICO DE TIROIDES
SCANDIZZO, Mariana, RELLA, Noelia, SABÁN, Melina, ROCCATAGLIATA, Gustavo, CAMERON, Adrián, HUME BRAUN, Isabel,
CURRIÁ Marina I.

Hospital Británico de Buenos Aires. Servicio de Endocrinología, Metabolismo, Nutrición y Diabetes; Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello; Servicio de Medicina Nuclear

Introducción: La linfangitis carcinomatosa pulmonar (LCP) es una manifestación usualmente tardía de la enfermedad oncológica avanzada que se asocia a elevada mortalidad, estimándose una supervivencia del 50% a los 3 meses y menor al 15% a los 6. La presentación en carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) es sumamente infrecuente.

Caso Clínico: Mujer de 61 años consulta a Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello por presentar una tumoración progresiva laterocervical bilateral a predominio derecho de 2 años de evolución. Refiere como antecedentes HTA, síndrome depresivo, hipotiroidismo y bocio multinodular. La paciente realizaba controles con ecografía tiroidea sin cambios significativos y 2 PAAF del lóbulo derecho negativas para células neoplásicas (B II) durante los años 2012 y 2015. En el año 2016 consulta por primera vez al Servicio de Endocrinología del Hospital Británico aportando ecografía con tiroides aumentada de tamaño, heterogénea, con extensas áreas ecogénicas bilaterales y múltiples adenopatías yugulocarotídeas. Se indica nueva PAAF siendo positiva para carcinoma papilar (B VI) en ambos lóbulos y en adenopatías cervicales bilaterales. Se realiza TAC que evidencia imágenes micronodulillares de distribución miliar en ambos campos pulmonares, con nódulos de mayor tamaño en las bases, compromiso intracisural por engrosamiento de septos inter e intralobulillares compatible con LCP y adenopatía subcarinal. Se solicita fibrobroncoscopia con biopsia de pulmón y laringe que confirman secundarismo tiroideo. Centellograma óseo corporal total sin afección ósea. Se realiza tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar cervical bilateral radical, laringectomía total, traqueostomía definitiva, con resección de vena yugular interna, nervio recurrente y vago izquierdo. La paciente evoluciona con hipocalcemia transitoria, se realiza AngioTAC con contraste EV por episodio de desaturación y disnea descartándose tromboembolismo pulmonar. La Anatomía Patológica confirma Carcinoma Papilar Clásico de 6 x 5 cm, que reemplaza completamente a la glándula tiroides, con embolias vasculolinfáticas y extensión extratiroidea masiva con compromiso de laringe. Márgenes quirúrgicos libres. Presencia de adenopatías metastásicas cervicales bilaterales, siendo masivas a nivel recurrencial derecho. Estadío IVc (T4a N1b M1). Se discute en comité de tumores y debido al pronóstico de la LCP se decide iniciar tratamiento con sorafenib, a la espera de recuperar la captación de Iodo post contraste. Por presentar registros de HTA persistentes se indica suspender la medicación. En este contexto y con ioduria en descenso, se administran 200mCi I131 bajo TSH recombinante y corticoides EV, con Tiroglobulina >500 ng/ml, ATG 20 UI/ml y rtreo corporal total post dosis positivo en lecho, laterocervical izquierdo, playas pulmonares, mediastino, muslo izquierdo y fosa ilíaca derecha. Hasta la fecha la paciente no ha presentado evidencia de complicaciones, aguardándose respuesta a dosis ablativa.

Comentario: Se comunica este caso dado la inusual forma de presentación de Carcinoma Papilar Clásico de tiroides en estadío avanzado asociado a LCP en paciente con PAAF previas BII. El sorafenib es un inhibidor de tirosina kinasa aprobado para el uso en CDT avanzado refractario al radioyodo o con enfermedad progresiva y/o sintomática que no pueda ser resuelta con una modalidad de tratamiento local. Dado el mal pronóstico a corto plazo de la LCP y ante la imposibilidad de realizar en forma inmediata dosis ablativa se indicó sorafenib a la espera de recuperar la captación de yodo post contraste EV. Presentó HTA persistente como evento adverso. A pesar de no haber alcanzado ioduria óptima, uso de corticoterapia EV y TSH recombinante preablativa la captación del radioyodo fue muy importante.

Bibliografía

- 1 -Haugen et al (2016). ATA thyroid nodule/DTC guidelines .THYROID. 26 (1)
- 2 -Lamot y col. (2014). Carcinomatosis linfática y embolismo tumoral pulmonar. Revista Americana de Medicina Respiratoria, 14 (2), 153-162