

CC018

INUSUAL COMPORTAMIENTO DE UN CARCINOMA TIROIDEO CON METÁSTASIS ADRENAL

QUINTERO, María Lorena; RENDÓN, Matilde; BATULE, María Sol; SALOMON, Martín; DAMILANO, Roxana; CAGLILOLO, Mariela; MARQUEZ, María Eugenia; SURRACO, María Elena
Sección Endocrinología. Hospital San Roque. Córdoba

Introducción: Las Mtts adrenales son poco habituales en la historia natural del cáncer tiroideo. Son frecuentemente asintomáticas y descubiertas durante los estudios de estadificación. Hay escasos reportes de las mismas y se han descrito en todos los tipos de carcinomas.

Caso Clínico: Pte femenina, 58 años, consulta en 07/2012 por tumoración cervical progresiva 2 meses de evolución, indolora, sin clínica compresiva. A la palpación: nódulo tiroideo izquierdo de 3.5cm, móvil, no doloroso, sin adenopatías. Eco Tiroidea: Lób. Izq con varios nódulos mixtos, 1 posterior con calcificación y zonas hipocogénicas de 43x32mm. PAAF guiada: Compatible con Adenoma folicular

09/2012. Tiroidectomía total. A. Patológica: Lob. Izq infiltrado por proliferación de cél epiteliales atípicas, de núcleos hiper cromáticos, grandes, algunos pleomórficos con nucleolo prominente, otros vesiculosos, con figuras de mitosis y citoplasma eosinófilo intenso, en nidos sólidos, trabéculas y folículos. Extensas áreas de necrosis. Tumor infiltra cápsula con compromiso peri-vascular, invasión vascular en un corte. Dx: Carcinoma de Células Hürthle.

11/2012: Dosis Ablativa 200mCi I131 + BCT: Intensa hiper captación en remanentes tiroideos, TSH: 99, Tg: 7.76, Ac Tg: (-).

07/2013: Eco cervical: S/P

09/2013: BCT 4mCi: Leve acumulación retroesternal. TSH: 86, Tg: 1, AcTg: (-).

11/2013: Dosis I131 150mCi + BCT: Leve acumulación retroesternal. TSH: 59, Tg: 1, AcTg: (-).

04/2014: Eco Cervical: Adenopatías infiltrativas: yugulo-carotídeas izq de 14x10mm y supraesternal de 33x8.9mm. Se reestadifica con TAC Cuello y Tórax: 2 adenopatías infiltrativas pre-traqueales de 10 y 15mm, lesión expansiva en adrenal derecha de 65mm. Centello óseo: (-). Se solicita: TAC Abdomen y Pelvis con contraste: Adrenal derecha con imagen nodular, de 50x45mm, pre-contraste 33UH, post-contraste: 55UH (Implante 2río). Perfil adrenal: normal y Biopsia adrenal guiada por TAC: Masa adrenal con neoplasia maligna pleomórfica de estirpe a definir. IHQ: (+) para AE 1/AE 3 y VIM, focal (+) para inhibina, totalmente (-) para Tg y TTF1. Descarta origen tiroideo, probable origen primario adrenal.

TSH: 0.01, Tg: <1, AcTg (-).

02/2015: Adrenalectomía derecha. A. Patológica: Tejido adrenal infiltrado por proliferación similar a biopsia de 09/2012, infiltra cápsula. Dx: Mtts de Carcinoma Cél Hürthle. IHQ: TTF1 (-) Tg (-) Melan A (-) Inhibina (-) Ki 67: 30%: Descarta origen primario tiroideo. Ante estos hallazgos se solicita PET-CT 18 FGD: importante masa hipermetabólica en mediastino antero-superior con desplazamiento traqueal y compromiso vascular. Ganglio yugulo-carotídeo izq. hipermetabólico. Se presenta a Cirugía Vascul y Tórax para valorar resección. Solicitan AngioTAC: Extensa masa sólida infiltrante en mediastino superior, permeación del tronco venoso innominado, efecto de masa sobre estructuras vasculares rodea 360° el tronco braquiocefálico.

07/2015 Se solicita IHQ de tiroidectomía: TTF1 (-) Tg (-) HMB 45 (-) CT (-) CK 7 (+) Ki67 30%.

Estos hallazgos y la histomorfología vinculan la lesión con Carcinoma Anaplásico.

10/2015: Pte totalmente asintomática. TSH: 0.01, Tg: 7.9, AcTg: (-).

01/2016: Ante irreseabilidad tumoral se inicia quimioterapia: Doxorubicina 100 + Cisplatino 150, recibe 3 ciclos con buena tolerancia, en TAC Cuello y Tórax: no se observan conglomerados ganglionares, sugiere respuesta completa, cumple 2 ciclos más.

06/2016: Pte asintomática, sustituida con LT4. TSH: 0.01, Tg: 1, AcTg: (-).

Comentario: Reportamos este caso debido a la discordancia encontrada entre la histopatología y la inmunomarcación, a la presencia de Mtts adrenal sin evidencia de compromiso óseo ni pulmonar, la ausencia de sintomatología ante la magnitud del compromiso mediastinal. Destacamos además que no presenta el curso clínico esperable para un cáncer anaplásico sumado a la excepcional respuesta a la quimioterapia convencional.