

CC021

CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES CON METASTASIS OSEAS E HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: DESAFIO TERAPEUTICO.

FRIGERI Adriana, ORLANDI Ana, FRASCAROLI Genoveva, OLMEDO SOSA María Victoria
Unidad de Endocrinología- Hospital Municipal Dr. T Alvarez. CABA. Argentina

Las metástasis (MTS) óseas ocurren en 10 % de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides (CDT), siendo más frecuentes en el carcinoma folicular (CF). Son causa de mayor morbilidad por fracturas patológicas, compresión medular, deterioro de la calidad de vida y reducción de la sobrevida a menos del 40% a 10 años. Cuando a este contexto clínico se suma un hiperparatiroidismo primario (HPP), el cuadro de por sí poco frecuente (2-13 %) se complejiza más aún, agregando mayor morbi-mortalidad. Hasta la fecha, hay controversia si estas patologías puedan producirse por azar o por factores de riesgo relacionados.

Mujer de 73 años, derivada de traumatología por lumbalgia aguda, impotencia funcional y lesión en parrilla costal izquierda. Por RM: imagen compatible con MTS en L4 y en centellograma (C), áreas hipercaptantes en L4 y extremo anterior de 8° arco costal izquierdo. Historia de bocio que creció rápidamente en los últimos 6 meses.

Inicialmente se realizó cirugía de estabilización de columna lumbar con toma biopsia compatible con MTS de CF y radioterapia local indicada por oncología. Se realizó también PAAF guiada bajo TAC de lesión de pared torácica izquierda: cuadro citológico de neoplasia de origen folicular.

5/15 Ecografía: LD 50x 35x22 mm con proyección intratorácica LI 45x35x33 mm, ambos con múltiples imágenes nodulares, en LD la mayor de 22 mm y en LI de 23mm. Itsmo 31 mm. En sector inferior de LI nódulo de 8x17mm y en región posterior del LD, 2 nódulos de 7 y 8 mm compatibles con aumento de tamaño de paratiroides (PT).

6/15 TSH 0.50 mUI/L T4L 1,79 ug/dl aTg 52,8 UI/ml aTPO < 28 UI/ml Calcitonina <2pg/ml, Ca 11.1 mg/dl, PTH 169 pg/ml, FAL 425UI/L y FAO 56UI/L. Cl creat. 60 ml/min. Valores elevados de Ca y PTH fueron reconfirmados.

PAAF del nódulo en LD e istmo: proliferación folicular. Bethesda IV.

7/15 C de PT: en fase tardía, persistencia de áreas hipercaptantes a ambos lados del cuello compatibles con aumento de PT superiores.

DMO: osteoporosis en cuello femoral y cadera izquierdos, radios ultradistal y 33 % (T score entre -2,6 y -5,4)

8/15: Tiroidectomía total y resección de 3 glándulas PT, con control intraoperatorio de PTH, con normalización de la calcemia.

AP: 1) CF bien diferenciado de 6 x 5 x 4 cm de LD con invasión vascular, capsular y extensión a tejido blando peritiroideo, coexistencia de áreas de carcinoma indiferenciado y 2) proliferación difusa con células principales con gran disminución grasa del parénquima estromal, sin capsula ni reborde parenquimatoso en 2 muestras y 3° fragmento con tejido PT con grasa normal. Diagnóstico presuntivo: Hiperplasia de células principales. Inmunomarcación para p53 del tejido tiroideo: (-). T4NXM1 (AJCC) Alto riesgo de recurrencia por ATA 2009. La paciente recibió 200 mCi de I131 con Tg post quirúrgica > 300 ng/ml y aTg US(-), con RCT (+) en cuello, tórax izquierdo, región lumbar y femoral derechas.

11/15 TAC: derrame pleural izquierdo con estabilidad de imagen sólida de 8x5 cm en pared torácica izquierda (RECIST). Citología del líquido pleural (-) para células neoplásicas.

La paciente presenta Tg >500 ng/ml bajo TSH suprimida y ecografía de cuello (-) en preparación para dosis terapéutica (DT) de 200 mCi I131 bajo corticoides. Dado que se hallaba asintomática y había recibido radioterapia externa en raquis y tratamiento con radioyodo, se decidió postergar la medicación antiresortiva para no interferir con la ganancia ósea post-paratiroidectomía. Sin embargo, posteriores controles tomográficos revelaron nuevas lesiones en fémur e iliaco y fractura de pelvis, por lo que iniciará tratamiento con denosumab 120 mg/mes a posteriori de la DT.

Se presenta un caso clínico en el cual la coincidencia de patologías fragilizantes sobre el hueso junto a un carcinoma folicular con áreas indiferenciadas, constituyen un cuadro de difícil manejo y mal pronóstico, que obliga al enfoque multidisciplinario y a la adecuación minuciosa de cada terapéutica instituida.