

CC035

NEOPLASIA FOLICULAR TIROIDEA DE MALIGNIDAD INCIERTA CON T3 TOXICOSIS POR MAYOR CONVERSION DE T4 A T3
 Martel Luciana, Barci Denise, Zunino Anabela, Ilera Veronica, Silva Croome Maria del Carmen ,
 Gauna Alicia
 Hospital Ramos Mejia Capital Federal

Paciente masculino de 80 años, oriundo de Paraguay, consulta el 21/07/14 por bocio de 30 años de evolución con síntomas compresivos e incremento del bocio en los últimos 18 meses. EF: bocio > 100g, con múltiples formaciones nodulares, la > de 8 cm en LD, consistencia pétrea. Signo de Pemberton positivo. Laboratorio: TSH 0,89 mUI/L, T4 <1 ug/dL, T3 231 ng/dL, calcitonina ND, Tg 260.000 ng/dL, ATg negativo, TC de cuello/Tórax: lesión de 85x76x150 mm heterogénea, con áreas hipodensas y calcificaciones que desplaza estructuras vasculares, tráquea y esófago, con extensión al mediastino. RMN abdomen: Hígado: imagen focal en LI de contornos irregulares con centro hipodenso en T1 e hiperdenso en T2 con tinción periférica e irregular con Cte. EV. Biopsia Hepática: hepatocitos reactivos y necrosis. Hepatograma normal. Se realiza PAAF LD: proliferación folicular de alto grado, Bethesda IV→ 1/8/14 tiroidectomía total y traqueostomía profiláctica, probable remanente endotorácico. Anatomía patológica: pieza 21x10x 6,5cm, 300 g. Adenoma folicular de 5x4 cm con delgada capsula fibrocolágena e hiperplasia nodular.TAC POP: nódulo en mediastino superior laterotraqueal derecho (71x65mm), heterogénea con áreas de necrosis, sin plano de clivaje con tráquea, comprime y desplaza VCS. Imágenes nodulillares pulmonares dispersas en Lob superior e inferior D. Hígado: nódulo de 106x80mm, heterogéneo, áreas de necrosis y refuerzo con cte EV. Centellograma con I131 I: masa captante en mediastino superior, tórax superior paramediana D, lóbulo izquierdo del hígado. Inicia LT4. Perfil tiroideo POP (ver tabla). Se replantea naturaleza maligna. Cirugía desestima reintervención. Suspende LT4 →dosis ablativa de 150 mCi de I131 27/02/15. Laboratorio post I131 27/05/15 TSH 2,97mUI/L T4<1ug/dL T3150ng/dL TG 28000 ng/ml Atg <20 UI/ml (Bajo LT4 25 mcg T3 20mcg/d). TAC 7/4/16: formación paratraqueal derecha de 86x73mm. Parénquima pulmonar: múltiples imágenes nodulares de distribución difusa y bilateral (mayor de 13mm) posible secundarismo. Formación en lóbulo hepático izquierdo de 151x100mm. Ultimo laboratorio TSH 0,55 T4L <0,30 T3 183, clínicamente eutiroides.Discusión:

1. Respecto a etiología de base: Si bien la AP fue de adenoma, la imagen hepática y pulmonares observadas en la última TAC, asociado a los valores de tiroglobulina sérica y captación de radioyodo en hígado y pulmón, refuerzan el diagnóstico de malignidad. El Comité de Tumores del Hospital consideró no avanzar en estudios diagnósticos cruentos.

2. Las neoplasias tiroideas ocasionalmente pueden presentarse con tirotoxicosis por producción de HT por el tejido tumoral, lisis del mismo o sobreexpresión de Deiodasa tipo 2 (D2). La D2 cataliza la conversión de T4 a T3 en SNC, tiroides y tejidos periféricos. Se describió sobreexpresión ARNm D2 en tejido metastásico de carcinoma folicular, carcinoma y adenoma folicular 1 y se reportaron pacientes con metástasis de carcinoma folicular que presentaban aumento cociente T3/T4 ante el tratamiento supresivo con levotiroxina2,3.Nuestro paciente presentó una T3 tirotoxicosis (T3 aumentada y T4 baja) previo a la cirugía. Luego de la tiroidectomía desarrolla hipotiroidismo. Tras la administración de LT4, eleva la T3 pero la T4 permanece baja y en ausencia de aporte de T4, la T3 es no dosable, indicando que la fuente de T3 no es secreción directa del tejido tumoral, sino que proviene de la conversión de LT4. Logra el eutiroidismo al suplementar solo T3

Bibliografía:1) J Clin Endocrinol Metab. 2003 Feb;88(2):594-8;2) J Clin Endocrinol Metab. 2008 Jun;93(6):2239-42;3) Thyroid. 2006 Jun;16(6):615-8

Fecha	TSH mUI/L	T4 ug/dL	T3 ng/dL	Tg ng/ml	Atg UI/ml	Tratamiento
3/9/14 (30 d posquirúrgico)	29,6	<1	<40	260.000	<20	Ninguno. Inicia LT4 50 mcg/d
17/09/14 (40 d posquirúrgico)	0,03	4,7	423			LT4 50mcg/d
27/10/14	>75	<1	<40			Ninguno
12/12/14	0,22	<1	470	175000	<20	T4 25mcg
27/12/14	4,7	<1	166			T3 20 mcg