

METÁSTASIS PULMONARES EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES: SOBREVIDA LIBRE DE PROGRESIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS

SCHMIDT Angelica; ABELLEIRA Erika; URCIUOLI Carolina; BUENO Fernanda; PITOIA Fabián
Hospital de Clinicas Jose de San Martin

Introducción. Los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides (CDT) generalmente tienen un pronóstico excelente y alta probabilidad de respuesta excelente con la terapia inicial (tiroidectomía total con o sin ablación con radioyodo). Sin embargo, hay un subgrupo de pacientes (<10%) que evolucionan con metástasis a distancia (1). Durante el seguimiento dos tercios de estos pacientes serán refractarios a la terapia con radioyodo (RAI)(2), y necesitarán recibir inhibidores multikinasa (IMK), por lo cual es importante identificar el momento de progresión estructural para iniciar estos fármacos de manera oportuna.

Objetivo. Describir las características de 31 pacientes con metástasis pulmonares refractarias al RAI con correlato estructural y analizar la supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG) en pacientes tratados con cirugía y RAI, que no hubieran recibido tratamiento previo con IMK.

Sujetos y métodos. Se revisaron 610 historias clínicas de pacientes con CDT, el 9.8% (n=60) presentó metástasis pulmonares, 60% (n=36) sincrónicas y 40% (n=24) metacrónicas. Se excluyeron del análisis final, 29 pacientes: 58.5% (n=17) por presentar metástasis miliariformes difusas o remisión luego del tratamiento con RAI, 27.5% (n= 8) por falta de seguimiento, y 14% (n=4) por presentar variantes histológicas agresivas. Se definió como enfermedad progresiva estructural a: 1) crecimiento de al menos 30% en el diámetro mayor de las lesiones pulmonares mayores a 1 cm o más de 5 mm para aquellas <1 cm, e 2) identificación de nuevas lesiones en otros sitios (huesos, hígado, pleura, cerebro, etc). No se consideró como progresión el aumento de los niveles de tiroglobulina o anticuerpos antitiroglobulina sin correlato estructural, ni la progresión local cervical. El tiempo de progresión desde el diagnóstico de metástasis se dividió en: progresión rápida (5 años).

Resultados. De la cohorte de 31 pacientes incluidos el 64.5% eran mujeres; la edad promedio al diagnóstico fue de 50±17.7 años (mediana 52, rango 11-87 años). Los pacientes fueron clasificados al inicio como bajo (6.5%), intermedio (9.5%) y alto riesgo (81%) de recurrencia de acuerdo al Sistema de Estratificación modificado-ATA 2015(1). Predominó el carcinoma papilar en el 84%, y el 16% restante carcinoma folicular. El tamaño tumoral medio fue de 4.49±3.29 cm (mediana 4 cm, rango 0.5-13.5 cm). El tamaño de las metástasis pulmonares fue menor de 1 cm en el 61% de los pacientes. El promedio de dosis acumulada de RAI fue de 643±436 mCi (mediana 550, rango 150-1800). El seguimiento promedio fue de 84.9 ± 74.5 meses. La SG media fue de 6 años desde el diagnóstico de CDT y 4 años desde el diagnóstico de las metástasis a distancia. La SLP media fue de 3 años desde el momento de detección de las metástasis a distancia. Al comparar entre metástasis sincrónicas y metacrónicas no se observaron diferencias ni en la SG ni en la SLP. El 59% presentó progresión lenta, 23.5% progresión rápida, y 17.5% tardía. Al final del seguimiento, el 55% de los pacientes progresaron y el 46.8% murieron. La SLP fue menor en pacientes de sexo masculino, histología folicular y edad >45 años, sin embargo esta asociación no fue estadísticamente significativa debido probablemente al número de pacientes incluidos. **Conclusión.** La mayoría de los pacientes con metástasis pulmonares con correlato estructural progresan dentro de los primeros 3- 6 años luego del tratamiento inicial. Se debe definir en este período cuándo es el momento más oportuno para el inicio de las terapias sistémicas.

Referencias

1. B. R. Haugen, y cols. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016, 26(1):1-133.
2. Schlumberger M. y cols. Definition and management of radioactive iodine-refractory differentiated thyroid cancer. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(5):356-8.