

CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES Y EMBARAZO

MELGAREJO B (1), GERES A (1), FUX OTTA C (2), MERESHIAN PS de(1)

(1) Servicio de Endocrinología-Hospital Nacional de Clínicas-FCM-UNC. (2) Dpto Endocrinología y Diabetes-HUMyN-FCM-UNC

Introducción: El cáncer diferenciado de tiroides (CDT) es la endocrinopatía maligna más frecuente. Durante el período gestacional es considerado el segundo en frecuencia (14/100.000) después del cáncer de mama .

Objetivos: Determinar si el embarazo produjo cambios en el estado de enfermedad de las pacientes con diagnóstico de CDT. Identificar los resultados perinatales de las pacientes con CDT. Describir las características del CDT diagnosticado durante el embarazo.

Material y método: Estudio de corte longitudinal, descriptivo, considerando 16 pacientes embarazadas con CDT diagnosticado previamente 12 casos (75%) o durante la gestación 4 casos (25%).

Los diagnósticos histopatológicos fueron: Papilares clásicos 7 (44%) y 9 (66%) variante folicular. La media de edad de todas las pacientes fue 28,31 (r=17-42 años). Se consideró:

Persistencia de enfermedad (PE): enfermedad persistente demostrable por estudios de imágenes complementarios (TAC, BCT, ecografía) y/o bioquímicos (Tg >1 ng/ml bajo opoterapia y Tg Ab negativos). Remisión (Rem): sin evidencia tumoral bioquímica y/o de imágenes. Recurrencia (Rec): reaparición de enfermedad bioquímica y/o estructural luego de un período libre de enfermedad.

Consideramos Adecuados para edad gestacional (AEG): los recién nacidos con peso entre P° 10 -90, pequeños (PEG) P° <10 y grande (GEG) >90. Partos a término nacidos en semana ≥ 37-42 y pretérmino <37 semanas. Se utilizó para procesar los datos el programa SPSS 15. Resultados:

Presentamos en tabla 1 adjunta las características y evolución del CDT. El tiempo de seguimiento postparto en la gestacionales fue > 12 meses. En este grupo 2 fueron tiroidectomizadas intra embarazo. De las 16 pacientes los resultados perinatales son: partos término 13 (81%) y 3 pretérmino (19%). AEG 13 (81,25%), PEG 1 (6,25%) y 2 GEG (12,5%). Conclusión: en la mayoría de las pacientes con diagnóstico pregestacional el embarazo no cambió el estado de enfermedad siendo la persistencia bioquímica y/o estructural condicionante de la evolución post parto. Las pacientes con diagnóstico gestacional, en su mayoría mostraron persistencia de la enfermedad luego del tratamiento. Con apropiado manejo multidisciplinario la enfermedad no influye sobre los resultados perinatales.

Bibliografía

- 1- Mazzaferri E. Approach to the pregnant patient with thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96:265-272.
- 2- Moosa M, Mazzaferri EL. Outcome of differentiated thyroid cancer diagnosed in pregnant women. J Clin Endocrinol Metab. 1997; 82: 2862-66.
- 3- Cabezón C, Carrizo L, Costanzo P. Evolution of differentiated thyroid cancer during pregnancy in a community University Hospital in Buenos Aires, Argentina. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013; 57: 307-311.

Tabla1: Características clínicas y evolución del CDT en gestantes:

Diagnóstico	Caso	Edad	Paridad	TNM	Dosis I ¹³¹	ATg	Tg pre Gesta ng/ml	Estado pregesta	Tg post Gesta ng/ml	Estado postgesta
Pre Gestacional	1	17	P ¹	T2 N1 M1	500	(-)	-	Rem	+	Rec
	2	17	P ¹	T3 N1 M1	550	(+)	+	PE	+	PE
	3	22	P ¹	T1 N0 M0	150	(-)	-	Rem	-	Rem
	4	27	S ²	T1 N0 M0	150	(-)	-	Rem	-	Rem
	5	35	M ³	T1 N0 M0	150	(-)	-	Rem	-	Rem
	6	33	P ¹	T1 N0 M0	150	(-)	-	Rem	-	Rem
	7	36	S ²	T1 N0 M0	150	(-)	-	Rem	-	Rem
	8	29	M ³	T2 N1 M0	200	(-)	-	Rem	-	Rem
	9	22	P ¹	T2 N0 M0	100	(-)	-	Rem	-	Rem
	10	27	P ¹	T2 N0 M0	100	(-)	-	Rem	-	Rem
	11	38	M ³	T1 N0 M0	150	(-)	-	Rem	-	Rem
	12	42	M ³	T1 N0 M0	150	(-)	-	Rem	-	Rem
Gestacional	13	30	S ²	T1 N1 M0	200	(+)			+	PE
	14	17	P ¹	T3 N1 M0	150	(-)			+	PE
	15	28	P ¹	T1 N1 M0	200	(+)			+	PE
	16	33	P ¹	T2 N0 M0	100	(-)			-	Rem

Paridad: P¹: primigesta, S²: secundigesta, M³: multigesta. T: tumor, N: metástasis ganglionares, M: metástasis a distancia. Rem: Remisión. Rec: Recurrencia. PE: persistencia de la enfermedad.