



P-075 - CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE TIROIDES CALCITONINA-NEGATIVO (NO MEDULAR). A PROPÓSITO DE UN CASO

González Alcolea, Natalia; Artés Caselles, Mariano; Laiz Diez, Beatriz; Jiménez Cubedo, Elena; Calvo Espino, Pablo; González Plo, Daniel; Rivera Bautista, José Ángel; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de carcinoma neuroendocrino de tiroides calcitonina-negativo (no medular), entidad descrita en 2011.

Caso clínico: Varón de 71 años, hipertenso, diabético y cardiópata en el que se diagnostican nódulos pulmonares bilaterales en una radiografía de tórax realizada por tos persistente. Ante dichos hallazgos se realiza TC de tórax en el que se objetiva una masa cervical que impresiona depender del tiroides, y múltiples metástasis pulmonares. Se completa el estudio con ecografía tiroidea, que muestra un tiroides multinodular con componente intratorácico, biopsia pulmonar por broncoscopia, con resultado de mucosa bronquial con carcinoma neuroendocrino (no células pequeñas) que expresa sinaptofisina, negativo para calcitonina; y PET, en el que se aprecia captación en tiroides, nódulos pulmonares y adenopatías cervicales sugestivos de malignidad, a descartar carcinoma de tiroides como primera posibilidad. Se decide realizar PAAF de tiroides, siendo los hallazgos compatibles con carcinoma neuroendocrino superponible a la biopsia pulmonar. La tiroglobulina sanguínea está elevada (5.813 ng/ml) y la calcitonina es normal. Ante la duda sobre el origen de la tumoración inicial (tiroidea frente a pulmonar metastásico) se decide realizar tiroidectomía. La pieza quirúrgica revela la presencia de un carcinoma neuroendocrino de tiroides con áreas de desdiferenciación, de 6 × 3,5 × 2,5 cm, sobrepasando la cápsula ganglionar, con afectación ganglionar e invasión linfovascular; apoyando el origen tiroideo la distribución de adenopatías peritiroideas, la positividad parcheada para tiroglobulina y la negatividad para napsin A (propia del pulmón). El patrón inmunohistoquímico, negativo para calcitonina, descarta el diagnóstico de carcinoma medular de tiroides o carcinoma de células de Hürthle. Así, el tumor es encuadrable en el grupo recientemente descrito de carcinomas neuroendocrinos “calcitonina-negativos” (no medulares). Posteriormente se realiza tratamiento con I131 tras Thyrogen® y quimioterapia.

Discusión: Las neoplasias primarias del tiroides incluyen el carcinoma papilar, folicular, anaplásico, medular y linfoma. Además, el tiroides puede ser asiento de metástasis. Clásicamente, el único tumor neuroendocrino descrito en el tiroides era el carcinoma medular, dependiente de las células parafoliculares, productoras de calcitonina; y los raros casos en los que no se encontraba positividad para este marcador, se interpretaba como metástasis de un tumor neuroendocrino de otra localización, aunque no se hallase el tumor primario. Sin embargo Chernyavsky et al en 2011 propusieron clasificar estos tumores como una nueva entidad a la que se denominó “tumores neuroendocrinos de tiroides calcitonina-negativos o no medulares”. El diagnóstico diferencial entre carcinoma medular y este “nuevo” tumor neuroendocrino es un reto, ya que ambos tienen características morfológicas similares, son positivos para cromogranina A, sinaptofisina, y ocasionalmente CEA. Se debe sospechar que se trate de un tumor neuroendocrino no medular de origen tiroideo cuando

carezcan de calcitonina y sin embargo sean positivas para tiroglobulina (marcador de células folicular de tiroides), difiriendo por tanto, en el origen del tumor. Además, se deben incluir otros marcadores inmunohistoquímicos que lo diferencien de metástasis de otras neoplasias (pulmón, melanoma, ganglioneuroblastoma, carcinoma córtico-suprarrenal, feocromocitoma, etc.). Esta distinción puede ser importante, ya que el tratamiento y pronóstico podrían diferir, aunque son necesarios más estudios.