



P-018 - REMISIÓN METABÓLICA Y PATOLÓGICA EN CARCINOMA ANAPLÁSICO TIROIDEO METASTÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

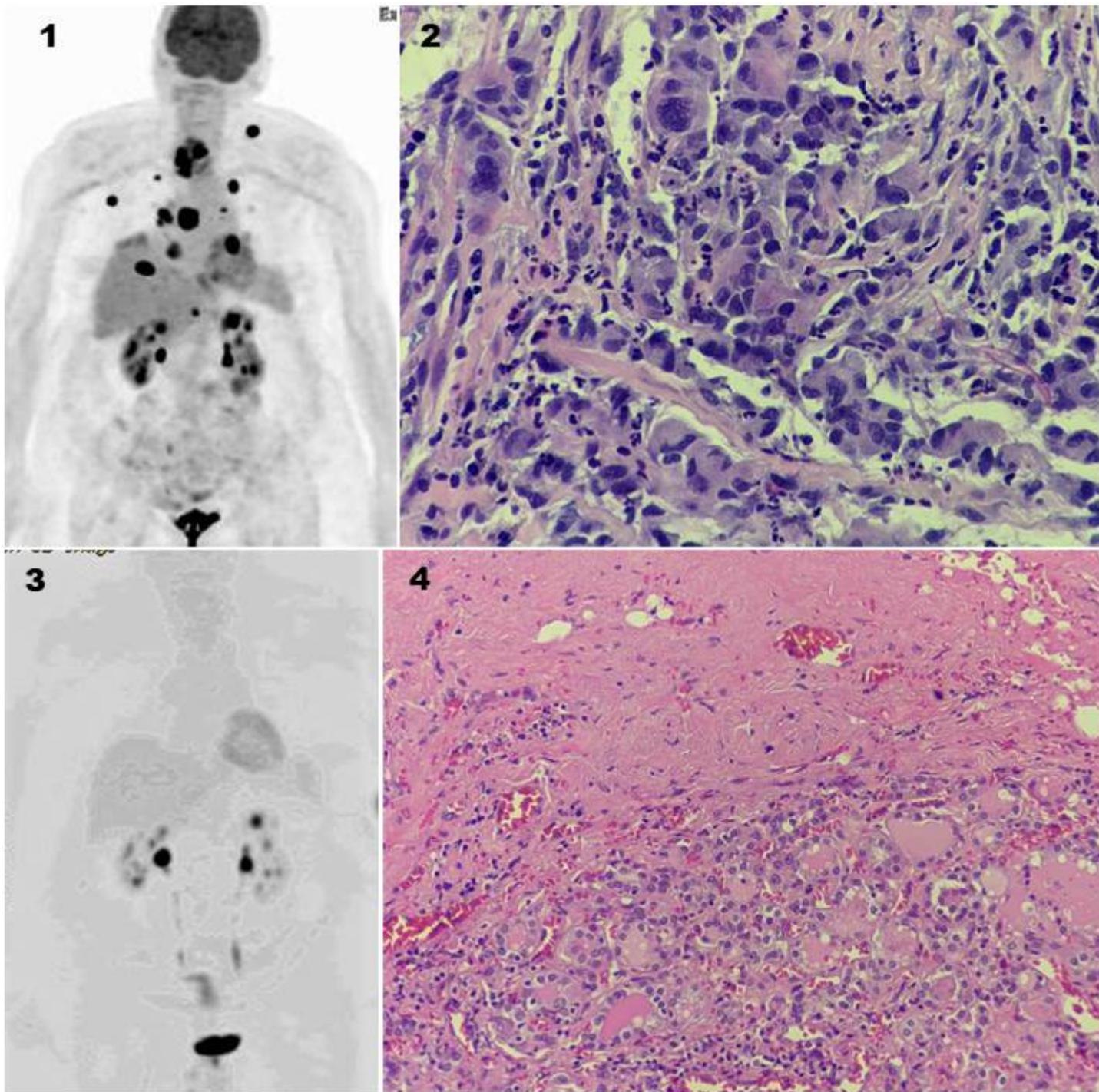
García Gil, José Manuel; Herranz Antolín, Sandra; de la Fuente Escobar, Juan Pablo; de la Plaza Llamas, Roberto; Gemio del Rey, Ignacio Antonio; Picardo Gomendio, María Dolores; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: El carcinoma anaplásico es una variedad indiferenciada extremadamente agresiva e infrecuente (1,3-9,8% de neoplasias tiroideas). En un 90% de los casos se presenta con afectación ganglionar o distante, lo que explica su letalidad y consideración inicial como estadio IV. Su diagnóstico de confirmación es histológico y la detección de BRAF^{V600E} mutado tiene implicaciones terapéuticas relevantes. Presentamos un caso de remisión completa de carcinoma anaplásico metastásico con el tratamiento oncológico y realizamos una revisión bibliográfica. **Caso clínico:** Mujer de 76 años con antecedente de hernia hiatal, que presentó disfagia para sólidos y disnea rápidamente progresiva y fue traída a Urgencias en UVI móvil. TA 190/120 mmHg a 135 lpm, SatO₂ basal 65%. Precisó intubación, ingreso en UCI y se realizó TAC urgente, que descartó tromboembolismo pulmonar y mostró masa hipodensa heterogénea con calcificaciones, de 43 × 34 × 44 mm, dependiente de lóbulo tiroideo derecho con invasión traqueal posterolateral derecha y desplazamiento contralateral sin adenopatías evidentes. ORL realizó traqueostomía quirúrgica y se inició NE por gastrostomía percutánea radiológica. El PET evidenció masa tumoral cervical derecha (SUVmax de 28,5), con metástasis pulmonares bilaterales, adenopatías supraclavicular derecha y axilar izquierda, implantes musculares y en aurícula derecha (fig.). La BAG obtuvo tejido constituido predominantemente por necrosis y focos de células con abundante citoplasma y núcleos periféricos (2) con inmunohistoquímica positiva para PAX8, TTF1 (leve) y CD56, siendo negativa para tiroglobulina, calcitonina, sinaptofisina y cromogramina, todo ello compatible con carcinoma anaplásico. A la espera del análisis molecular para BRAF^{V600E} recibió dos ciclos de carboplatino y paclitaxel más radioterapia. Realizamos búsqueda en PubMed sin límites actualizada a 14/4/23 con la estrategia: ((Thyroid Carcinoma, Anaplastic) OR (Anaplastic Thyroid Carcinoma)) AND ((Complete Remission) OR (Total Remission) OR (Remission Induction)). Con la detección de mutación BRAF^{V600E}, se iniciaron inhibidores de BRAF y MEK (drabafenib 300 mg y trametinib 20 mg diarios) y tras once meses presentó mejoría clínica y resolución metabólica completa de la masa cervical y metástasis en PET (3). Mes y medio después se practicó tiroidectomía total, sin incidencias inmediatas, aunque precisó reingreso durante tres días por fiebre posoperatoria por probable neumonía basal derecha, resuelta con antibioterapia empírica. ORL retiró definitivamente la cánula de traqueostomía. La AP informó tiroides con áreas de fibrosis sin neoplasia residual (4). Transcurridos 33 meses del inicio del tratamiento, la paciente permanece en remisión completa. La búsqueda obtuvo 38 referencias y en la revisión por abstract ninguno describió el tratamiento con drabafenib y trametinib, de elección según las guías actuales en estadios IVb irrecesables y IVc con BRAF mutado. Se seleccionaron 3 para su lectura completa. Un caso no metastásico (IVb) presentó respuesta patológica completa en pieza de autopsia tras radioterapia y

docetaxel. El mismo tratamiento tras tiroidectomía R1 logró remisión radiológica 12 meses en un paciente con metástasis pulmonares. Tras progresión con terapia multimodal (cirugía, radio y quimioterapia), pembrolizumab y lenvatinib obtuvieron respuestas metabólicas completas prolongadas en casos BRAF negativos.



Discusión: La combinación de inhibidores BRAF y MEK en pacientes con carcinoma anaplásico diseminado BRAF positivo, puede lograr excepcionalmente la curación completa.