



P-080 - CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES: ¿HASTA QUÉ PUNTO EL CIRUJANO PUEDE ACTUAR SOBRE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD?

Sánchez, Ana María; Duque Álvarez, Nayi Xiomara; Cobarrubias Yelo, José Eloy; Macía, José Joaquín; Costa Navarro, David; Gálvez Muñoz, Carlos; Ramírez Ángel, José Manuel; Carrión Tomás, Ana María

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides (CAT) tiene una prevalencia del 1-2% entre los carcinomas tiroideos, se caracteriza por ser altamente agresivo y desarrollarse sobre glándula patológica. En su estadiaje, son clasificados como T4 y IVA si son intratiroideos y IVB si son extratiroideos.

Caso clínico: Mujer, 69 años, con antecedente de tabaquismo y tumorectomía por neoplasia de mama y posteriormente radioterapia. Acude a urgencias por tumoración pétreas en la región cervical anterior de 3 días de evolución, sin clínica asociada. Se realiza ecografía, que informa de nódulo en el lóbulo tiroideo derecho (LTD) TIRADS 5 y adenopatías sospechosas en zona II y IV derechas. La PAAF informa de CAT con metástasis laterocervical derecha, Ki67 del 70% y BRAF v600 negativo. En el TC se observa invasión focal de tráquea y esófago. La fibroscopia visualiza parálisis de cuerda vocal derecha, tratándose de un cT4aN1bM0 (IVB). La paciente es presentada en el comité de cirugía endocrina, donde se decide realización de tiroidectomía total con linfadenectomía central y lateral bilateral, intervención que se realiza en conjunto con el servicio de cirugía torácica, durante la cual se objetiva infiltración de la tráquea que requiere exéresis de la zona afecta y sutura. La neuromonitorización indica pérdida discreta de la señal del nervio vago derecho. El estudio histológico informa de CAT y oncocítico en LTD, carcinoma papilar en lóbulo tiroideo izquierdo (LTI), Ki67 90%, y metástasis yugulares derechas y en área VII. Posteriormente pasa a unidad de cuidados posoperatorios donde requiere realización de traqueotomía percutánea ante la evidencia de fistula traqueal. Posteriormente ya en planta requiere frecuentes aspirados de mucosidad por cánula traqueal por disnea secundaria a taponamientos mucosos. Se realiza fibrobroncoscopia de control, observándose fistula traqueal anterior e infiltrado macroscópicos neoplásicos. Así mismo, presenta secreción de restos alimentarios por orificio de traqueotomía, confirmándose fistula esofágica mediante endoscopia, por lo cual es necesario colocación de PEG para nutrición. Además, se observa tumoración supraclavicular derecha, confirmándose en TC progresión de la enfermedad. Ante la rápida progresión y las múltiples complicaciones añadidas, es valorada por servicio de oncología quienes indican quimioterapia paliativa. Sin embargo, en el día 44 de posoperatorio, la paciente fallece por insuficiencia ventilatoria.

Discusión: El mal pronóstico del CAT se debe a su rápida progresión, baja respuesta al tratamiento quirúrgico y complicaciones asociadas. El diagnóstico e inicio precoz del tratamiento son

fundamentales, este puede ser con inmunoterapia en caso de mutación BRAF V600, o exéresis quirúrgica (con intención curativa o paliativa para disminuir los síntomas). Así mismo, está indicado iniciar radioterapia tras la intervención lo antes posible si no existen contraindicaciones. Por último, destaca la importancia del manejo interdisciplinar médico (cirugía general, torácica, ORL, neumología, endocrinología, oncología, psiquiatría) y enfermería. Con todo ello, se buscará lograr el confort del paciente como objetivo principal.