



P-085 - METÁSTASIS HEPÁTICAS SINCRÓNICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES

Casanova Marqués, Raquel; Abellán Lucas, Miriam; Vallvè Bernal, Marc; Castellote Caixal, Manel; Ferreres Serafini, Joan; Varona Mancilla, Alba; Rodrigo Rodrigo, Marta; Jorba Martín, Rosa María

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: El carcinoma folicular de tiroides (CFT) es una forma diferenciada del cáncer derivado del epitelio folicular cuyo pronóstico es peor que el del carcinoma papilar. La diseminación linfática es rara (7%), sin embargo, presentan metástasis hematógenas principalmente en pulmón o hueso. Las metástasis hepáticas únicamente se dan en el 3-5% de los pacientes implicando un peor pronóstico y una disminución en la supervivencia global.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 79 años con antecedentes de alergia a la penicilina, hipertensión arterial y tromboembolismos pulmonares de repetición anticoagulada con warfarina. Se inició estudio tras hallazgo analítico de anemia ferropénica con colonoscopia y gastroscopia normales. Se amplió estudio con ecografía abdominal donde se objetivaron lesiones hepáticas sospechosas de malignidad por lo que se realizó una tomografía computarizada (TC) que mostró lesiones hepáticas, adrenal izquierda y lesión lítica en cresta ilíaca derecha sospechosas de metástasis con un nódulo tiroideo. Se decidió BAG hepática, compatible con metástasis de origen tiroideo por inmunohistoquímica compatible (positividad para tiroglobulina, TTF-1 y negatividad para calcitonina) pero con representación insuficiente para tipificar el subtipo histológico. Se solicitó ecografía tiroidea que objetiva lesión nodular con calcificación periférica en lóbulo derecho, de 25×20 mm, TIRADS5, realizándose PAAF con resultado compatible con Bethesda 5. Calcitonina sanguínea negativa. Se realiza tiroidectomía total con linfadenectomía cervical central. La anatomía patológica demuestra un carcinoma folicular ampliamente invasivo con inmunohistoquímica positiva para tiroglobulina y TTF-1 y negativa para sinaptotifinina, cromogranina y calcitonina, y un carcinoma micropapilar clásico como hallazgo incidental. Estadificación final: pT2 pN0 (0/11) pM1 (pV1pPn0pL0), estadio IVa, con márgenes quirúrgicos libres. Como complicación posoperatoria la paciente presentó hipoparatiroidismo transitorio con calcemia normal y PTH indetectable. La tiroglobulina sérica posoperatoria fue de 623 ng/ml. Se realizó dosis ablativa con ^{131}I (150 mCi) observando en el rastreo posterior captación anómala en lecho tiroideo a nivel de cartílago cricoides y región traqueal, sugestivos de restos tiroideos. Focos hipercaptantes en lesiones hepáticas bilobares, glándula adrenal izquierda y cresta ilíaca derecha, así como en primera porción duodenal.

Discusión: El carcinoma folicular de tiroides suele darse en mujeres entre la quinta y sexta década de vida. Los más frecuentes son CFT mínimamente invasivos, que implican mejor pronóstico. Sin embargo, en casos de carcinoma altamente invasivo, la mortalidad asociada es del 20% y hasta el 80% de ellos pueden producir metástasis a distancia. En tal caso, el 50% suelen ser pulmonares u óseas (25%) y solo el 3,5% de casos presentan metástasis hepáticas y/o adrenales. Los valores de tiroglobulina en el seguimiento son un marcador

sensible y específico para detectar enfermedad a distancia.