



P-119 - NEOADYUVANCIA CON LENVATINIB PARA EL CÁNCER LOCALMENTE AVANZADO DE TIROIDES: CASO CLÍNICO

Pulido Roa, Isabel; Ramos Muñoz, Francisco; Jiménez Mazure, Carolino

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El lenvatinib ha demostrado su eficacia como tratamiento adyuvante en el cáncer diferenciado de tiroides refractario a I131 con progresión de enfermedad; sin embargo su papel en la neoadyuvancia aún no está protocolizado.

Caso clínico: Varón de 41 años con antecedentes de seminoma en la infancia tratado con cirugía y quimioterapia. Presenta clínica de sensación de masa cervical con disfonía de aparición súbita, disfagia y disnea. A la exploración se objetiva una masa pétrea con márgenes mal definidos y adenopatías bilaterales. En la analítica destaca la tiroglobulina (TG) elevada (3.132 ng/ml). La ecografía objetiva un tiroides aumentado de tamaño, con áreas mal definidas y adenopatías patológicas bilaterales. El TC añade medialización de la cuerda vocal izquierda (CVI) y LOEs hepáticas. La PAAF tiroidea es benigna con una TG elevada (4.729 ng/ml). La PAAF ganglionar no evidencia población linfoide. La laringoscopia objetiva una parálisis de la CVI. La fibroscopia objetiva granulomas en la pared traqueal con biopsia que confirma infiltración. La endoscopia describe una dudosa infiltración esofágica sin poder confirmar con histología. Se presenta en Comité de Tumores decidiéndose neoadyuvancia con lenvatinib con intención de rescate quirúrgico. Se inicia tratamiento presentando el paciente buena tolerancia al fármaco. El paciente presenta una respuesta parcial: A la exploración la masa disminuye de tamaño haciéndose móvil respecto al plano muscular. Bioquímicamente se aprecia una disminución de la TG sin normalizarse (rango 748-852 ng/ml). En el TC se objetiva una disminución del tamaño tumoral, mejoría de la estenosis traqueal y disminución de las LOEs hepáticas. Se repite la BAG tiroidea confirmando cáncer papilar de tiroides. En la fibroscopia persiste la parálisis de la CVI y disminución de las lesiones endoluminales (3) confirmando de nuevo la infiltración traqueal de menor extensión. Se presenta en Comité de Tumores ante la respuesta parcial clínica, bioquímica y radiológica; decidiéndose cirugía de rescate. Se realiza intervención en H. Virgen del Rocío: Tiroidectomía total con necesidad de resección de vena yugular interna izquierda y resección traqueal, vaciamiento radical y traqueostomía temporal. La anatomía patológica describe un ca papilar de alto grado, no anaplásico, multifocal y bilateral con adenopatías metastásicas (pT4aN1b). El posoperatorio es favorable con traqueostomía en proceso de cierre y síndrome de Horner derecho como secuela. La TG ha descendido (305 ng/ml) sin normalizarse. Actualmente el paciente ha reiniciado lenvatinib y está pendiente de revisión oncológica.

Discusión: La neoadyuvancia con lenvatinib puede permitir en el caso del cáncer diferenciado de tiroides localmente avanzado convertir tumores irresecables en resecables, optimizando al paciente para afrontar una cirugía con intención R0 o mejorando los resultados de la misma. Además, podría disminuir las complicaciones locales de la evolución natural de estos tumores. No hay que olvidar los efectos adversos del

fármaco ni las potenciales secuelas de estas cirugías radicales. Estas situaciones clínicas requieren de equipos multidisciplinares y comités oncológicos. Concluimos que la neoadyuvancia con lenvatinib con intención de rescate quirúrgico es una herramienta a tener en cuenta en el cáncer diferenciado de tiroides localmente avanzado.