

# Cáncer papilar de tiroides progresivo a SNC tratado en el INCan; informe de un caso

## *Papillary thyroid cancer progressive to CNS treatment at INCan: a case report*

Eduardo Olvera-Manzanilla,<sup>1</sup> Daniel Salvador Ruiz-González,<sup>2</sup> Bernardo Cacho-Díaz,<sup>3</sup> Salvador Alvarado Aguilar<sup>1</sup>

### ▷ RESUMEN

Es poco frecuente que el cáncer papilar de tiroides progrese al Sistema Nervioso Central, lo cual supone una larga evolución, variedad de estudios, tratamientos y en ocasiones complicaciones o progresiones, que minan la calidad de vida del paciente. Su valoración y atención psicológica es un recurso fundamental que permite establecer alternativas de tratamiento para paliar su deterioro. Se presenta el caso de una mujer de 59 años, con cuadro clínico de tres años de evolución, caracterizado por hemoptisis, tos y disnea; durante la valoración médica se diagnosticó tumor tiroideo, sometida a exploración cervical más resección parcial de tiroides fuera del Instituto. Durante su seguimiento, acudió a atención inmediata por presentar pérdida del estado de alerta en estudio, a descartar crisis convulsiva de inicio tardío, parcial compleja, además de taquipnea, parestesias en pulpejos, así como labilidad emocional y vértigo, se administró tratamiento sintomático; referida a Neurología, documentándose -con resonancia magnética de cráneo simple y contrastada- lesión prerrolándica derecha, heterogénea hiper e hipointensa con porción sólida y líquida, edema perilesional importante. Llevada a tratamiento

### ▷ ABSTRACT

*Papillary thyroid cancer metastases to Nervous Central System are unusual. A long term disease, it supposes a variety of studies, treatments and complications or progressions that cause an important impairment of quality of life in these patients. Psychological assessment and treatment are a key resource to palliate that impairment.*

*We present the case of a 59 years old woman. Three year evolution disease characterized by coughing, hemoptysis and dyspnea. In medical examination with diagnose Papillary thyroid cancer. It has been practiced cervical exploration plus partial thyroid resection outside INCan. During follow up is seen at immediate attention with a loss of consciousness in study to discount convulsive seizure late onset partial complex, also with tachypnea, paresthesia pads, emotional lability and dizziness. With symptomatic treatment, goes to Neurology, IRM is practiced finding prerolándic injury at the right, heterogeneous hyper-and hypointense, with solid and liquid portion and significant perilesional edema. A neurosurgical intervention is performed with before and after neuropsychological assessment in regards to determinate rehabilitation.*

**Keywords:** *Papillary thyroid cancer, Central Nervous System, Psychooncology, Neuropsychology, Mexico.*

1Servicio de Psicooncología.

2Departamento de Cirugía de cabeza y cuello. Neurocirugía. Servicio de Neurología.

3Servicio de Neurología.

Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Correspondencia: Eduardo Olvera M. Av. Sn. Fernando N°22, Tlalpan. Mex. D.F. 14080. Cel. 044 55 1339 9862. Correo electrónico: eddolvera@hotmail.com

neuroquirúrgico, con evaluaciones neuropsicológicas antes y después del procedimiento terapéutico, para determinar su rehabilitación.

**Palabras clave:** Cáncer papilar de tiroides, Sistema Nervioso Central, Psicooncología, Neuropsicología, México.

## ▷ INTRODUCCIÓN

Debido a lo poco frecuente del desarrollo de metástasis a SNC del cáncer papilar de tiroides, se presenta este caso. En ocasiones, esta situación muestra una buena respuesta al tratamiento, lo que supone la oportunidad para el paciente de una sobrevida mayor, y para el equipo tratante, la idea de ofrecer alternativas para una mejor calidad de vida

El cáncer papilar de tiroides, representa 80% de todos los cánceres de esta glándula en los Estados Unidos. Comienza en las células foliculares y crece lentamente. Si es diagnosticado tempranamente, la mayoría de las personas con cáncer papilar de tiroides pueden ser curadas.<sup>1</sup>

Según Rizo y colaboradores (2007),<sup>2</sup> de 2000 a 2004 en México, el cáncer de tiroides representó aproximadamente 2% de todas las neoplasias, y los de células papilares, aproximadamente 80% de los cánceres de tiroides.

El cáncer papilar de tiroides, anotan Carling y Udelsman (2008),<sup>3</sup> pertenece a la categoría de tumores de tiroides bien diferenciados. De éstos 80% a 85% son papilares, 10% a 15% son foliculares y 3% a 5% son de células de Hürthle. Los carcinomas papilares y foliculares son aproximadamente 2.5 veces más comunes en mujeres que en hombres, y en general son detectados durante la cuarta década de la vida. No se tienen claros los factores de riesgo; sin embargo, se ha detectado la exposición a la radiación como un factor de riesgo importante de mediano a largo plazo.

La gran mayoría de los cánceres de tiroides se presentan como nódulos; detectados ya sea por el paciente o por el médico a través del examen clínico. En general, hay una oportunidad de 5% a 10% de malignidad en estos nódulos, por lo que se deberá correlacionar con la clínica: una historia de crecimiento rápido, disnea, disfagia, disfonía y el desarrollo del síndrome de Horner (miosis, ptosis parcial y anhidrosis hemifacial), si bien no significan cáncer, sí constituyen un hallazgo preocupante.

En la exploración del cuello habrá de tomarse en cuenta la firmeza, movilidad, tamaño de los nódulos, su adherencia a las estructuras que le rodean y la presencia de linfadenopatías. La laringoscopia de rutina, es importante para la valoración de un nódulo tiroideo.

Por último, la biopsia por aspiración con aguja fina, ha demostrado una precisión de 70% a 97%, pero es altamente dependiente de la habilidad tanto del cirujano al tomar la muestra, como del patólogo al interpretarla.

Aproximadamente entre 33% y 61% de los pacientes con cáncer papilar de tiroides, tendrán un evidente involucro de ganglios cervicales al momento del diagnóstico; la incidencia de micrometástasis en los nódulos linfáticos es de hasta 80%;<sup>4</sup> sin embargo, generalmente no progresan o cambian el resultado clínico. Por la vía hematogena, sólo una pequeña minoría de pacientes generan metástasis a distancia.

En la población general con cáncer papilar de tiroides, 20% desarrollarán recurrencias locales y una minoría desarrollará metástasis distantes a los pulmones, huesos e hígado. Deshpande y colaboradores (2009),<sup>5</sup> señalan sólo 3% hacia SNC.

Según la *American Cancer Society*,<sup>6</sup> el tratamiento generalmente es cirugía (tiroidectomía) y se usa en casi todos los tipos de cáncer de tiroides. De manera estándar, se recomienda practicar una cirugía para extirpar el tumor y toda la tiroides remanente. Una variante es la lobectomía, la cual se usa para los cánceres diferenciados y pequeños sin ningún signo de propagación más allá de la tiroides. Se extirparán los ganglios linfáticos cercanos en el cuello, si el cáncer se propagó a éstos.

El yodo radioactivo ( $I^{131}$ ), se usa para destruir cualquier tejido tiroideo que no haya sido extirpado mediante cirugía. Se ha demostrado que la terapia con yodo radiactivo mejora la tasa supervivencia de pacientes con cáncer papilar y folicular.

La terapia de hormona tiroidea, se ha utilizado para mantener el metabolismo normal del cuerpo y para detener el crecimiento de células cancerosas.

La radioterapia, se utiliza cuando un cáncer que no absorbe yodo se ha propagado fuera de la cápsula tiroidea; la radiación externa puede ayudar a tratar el cáncer o podría reducir la posibilidad de que el cáncer regrese después de la cirugía.

Las metástasis que se descubren a lo largo del tratamiento son manifestaciones de prevalencia de la enfermedad. El tratamiento preferido en orden jerárquico son: escisión quirúrgica de la enfermedad locorregional en pacientes potencialmente curables, terapia con  $I^{131}$ , radioterapia y vigilancia cercana en pacientes asintomáticos.<sup>3</sup>

Las metástasis pulmonares, tienden a responder al uso del  $I^{131}$ . El tratamiento puede ser llevado a cabo cada seis o 12 meses mientras la enfermedad continúe respondiendo. De manera similar, para las metástasis cerebrales del cáncer papilar de tiroides, siendo estas muy raras, su frecuencia es del orden de 1% a 1.25%,<sup>7,8</sup> el tratamiento quirúrgico es más eficaz; mientras la radioterapia puede ser considerada en aquellos casos no susceptibles de cirugía.

#### ▷ PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 59 años, que presenta cuadro clínico de tres años de evolución, con hemoptisis, tos y disnea. Durante la valoración, se encontró zona de consistencia pétreo en región de lóbulo derecho de la glándula tiroides, con antecedente de resección incompleta, se inicia su tratamiento con radioterapia y tumorectomía central de cuello, con informe histopatológico positivo a malignidad, continúa enfermedad pulmonar, motivo por el cual es enviada a ablación 100 mCi, con yodo.

Revalorada por presentar diplopia, ptosis palpebral y limitación a la infraducción del ojo izquierdo.

Acudió a atención inmediata por presentar pérdida del estado de alerta en estudio, a descartar crisis convulsiva de inicio tardío, parcial compleja, además de taquipnea, parestesias en pulpejos, así como labilidad emocional y vértigo. Se proporciona tratamiento sintomático y es referida al servicio de Neurología del Instituto determinándose por resonancia magnética de cráneo simple y contrastada (**Figura 1**): lesión prerrolándica derecha, heterogénea hiper e hipointensa con porción sólida y líquida, edema perilesional importante.

Valoración neuropsicológica pre-operatoria que reporta de un índice de ansiedad de siete (normal) y de depresión de nueve (caso probable), según la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y un índice de Barthel de

**Figura 1.**

IRM Pre operatoria, se observa la lesión prefrontal derecha de aspecto quístico.

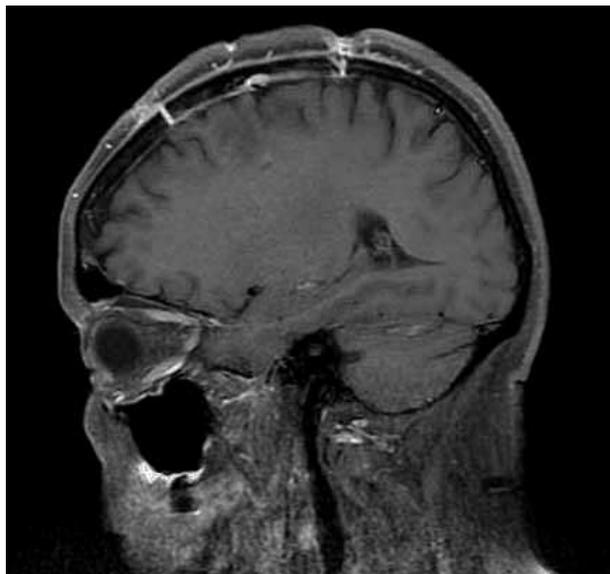


las actividades de la vida cotidiana de 65% (dependencia leve). Este último referido por los familiares de la paciente, ya que este instrumento puede ser auto o hetero aplicado.

Se realizó exéresis de lesión frontal derecha, sin complicaciones. El informe de patología concluye: tejido nervioso central, con metástasis de carcinoma papilar de células altas, compatible con primario en tiroides. Durante el posoperatorio, la paciente cursa con crisis convulsiva motora parcial en relación a manipulación quirúrgica, la cual cede a la administración de anticonvulsivos. Se egresó con un Índice de Karnofsky (IK) de 100% para control en la consulta externa. IRM con cambios posquirúrgicos (**Figura 2**).

Revaloración post-operatoria neuropsicológica a los quince días, encontrándose la mayoría de los parámetros en límites normales, con un ligero deterioro en la función cognitiva;† en cuanto a la ansiedad y depresión, se evidenció inversión respecto de la valoración previa: ansiedad 10 (caso probable) y depresión seis (normal); aumento en el índice de Barthel, que a la valoración fue de 100% (independiente), ésta vez referido por la propia paciente, quien además confirma su situación anterior; mostrando una mejoría en la calidad de vida del paciente. Se indica atención sistemática por psicooncología.

**Figura 2.**  
IRM con los cambios posquirúrgicos.



## ► DISCUSIÓN

La bibliografía mundial sobre la medicina basada en evidencias, demuestra la importancia del tratamiento integral de los signos y síntomas: neuro-psicológicos-psiquiátricos asociados al cáncer y particularmente a las metástasis al SNC, mismos que disminuyen con el tratamiento médico-quirúrgico integral. Dentro de la sintomatología destacan: fatiga, desórdenes del sueño, piel seca, intolerancia al frío. Desórdenes neuropsicológicos y psiquiátricos como bradipsiquia, depresión y ansiedad (Sefik 2006),<sup>9</sup> con deterioro en la calidad de vida. Por otra parte, es bien sabido que al diagnóstico de cáncer el paciente suele asociar dolor, sufrimiento y síntomas amenazadores, así como tratamientos agresivos, mutilantes y prolongados en el tiempo. El concepto de muerte asociado al cáncer es percibido como especialmente doloroso y traumático (Sans 2004).<sup>10</sup>

En el mismo sentido Alvarado (2004)<sup>11</sup> señaló que el cáncer es un padecimiento crónico-degenerativo, que por su evolución agresiva puede acabar con la vida del

huésped y requiere tratamientos oncológicos violentos, como la misma enfermedad, que desencadenan una serie de reacciones psicológicas, psiquiátricas, sociales, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas. Ante ello, es necesaria la atención profesional del personal de salud mental entrenado en oncología (psicooncólogo) que permita y promueva la relación entre el médico, el paciente y su familia.

## ► CONCLUSIONES

Se destaca la importancia del modelo transdisciplinario, en donde la fusión de las diferentes áreas de la medicina oncológica, permite la búsqueda de explicar, entender, promover y proveer una atención integral. En el caso concreto, anular la estigmatización del paciente con cáncer que desarrolla metástasis a SNC, tiene múltiples posibilidades de valoración, tratamiento, rehabilitación y reintegración a su vida cotidiana con buena calidad de vida.

## REFERENCIAS

1. National Cancer Institute. What you need to know about Thyroid Cancer. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Booklet. NIH Publication No. 07-4994. Revised August 2007. Printed September 2007 [version on line] Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/thyroid.pdf> p. 4.
2. Rizo R. Pedro, Sierra C. María I, Vázquez P. Gabriela, et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000-2004. *Cancerología* 2007;2:220-254.
3. Carling Tobias, Udelsman Robert. Thyroid Tumors. En: De Vita Hellman, Rosenberg's. *Cancer. Principles and Practice of Oncology*. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins USA, 2008;pp:1663-1676.
4. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Patterns of nodal and distant metastasis based on histologic varieties in differentiated carcinoma of the thyroid. *Am J Surg* 1996;172:692. Referido por: Carling Tobias, Udelsman Robert. Thyroid Tumors. En De Vita, Hellman & Rosenberg's. *Cancer. Principles and Practice of Oncology*. 8th Edition. Lippincott Williams & Wilkins USA, 2008;pp:1663-1676.
5. Deshpande Kalpana A, Bharambe Bhavana M, Surase Sanjay G. Metastasis of Papillary Carcinoma Thyroid to Central Nervous System: A Report of Two Cases. *Bombay Hosp J* 2009;51;4:496-499.
6. American Cancer Society. Cáncer de Tiroides. Última revisión médica 23/07/2010: [Guía on line] Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002324.pdf>.
7. Salvati Maurizio, Frati Alessandro, Rocchi Giovanni, et al. Single brain metastasis from thyroid cancer: Report of twelve cases and review of the literature. *J Neuro Oncol* 2001;51:33-40.
8. Biswa Mohan Biswai, Chandra Sekhar Bai, Manavjit Singh Sandhu, et al. Management of intracranial metastases of differentiated carcinoma of thyroid. *J Neuro Oncol* 1994;22:77-81.
9. Tagay Sefik. Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Quality of Life Research* 2006;15:695-703.
10. Sanz Jaime, Modolell Elisabeth. *Oncología y Psicología: Un Modelo de Interacción*. *Psicooncología* 2004;1:3-12.
11. Alvarado A. Salvador. *Psicooncología en México. Perspectiva Histórica*. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2004;3:44-47/82-85.

\*Valoración realizada con el COGNISTAT versión en Español, 2ª. ed. (The Neurobehavioral Cognitive Status Examination), donde encontramos puntajes bajos solo en las siguientes categorías: orientación 9/11, repetición de frases 8/11, habilidades constructivas 3/6, memoria 8/11, cálculo 2/4, razonamiento de analogías 3/8; lo cual es indicativo de daño menor.