CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO

Dra De Miguel
Servicio de Endocrinología. HCSC

ANTECEDENTES PERSONALES

- EDAD 74 AÑOS
- Natural de Rusia. Actualmente vive en España con sus hijos.
- CA DE COLON intervenido en 1998 en Rusia. Portadora de colostomía. Completo tratamiento adyuvante con QT en España. En remisión desde 2002.

- **ACUDE A NUESTRO CENTRO TRAS DIAGNÓSTICO DE CA DE TIROIDES EN OTRO CENTRO DONDE SE HA DESETIMADO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

HISTORIA ACTUAL

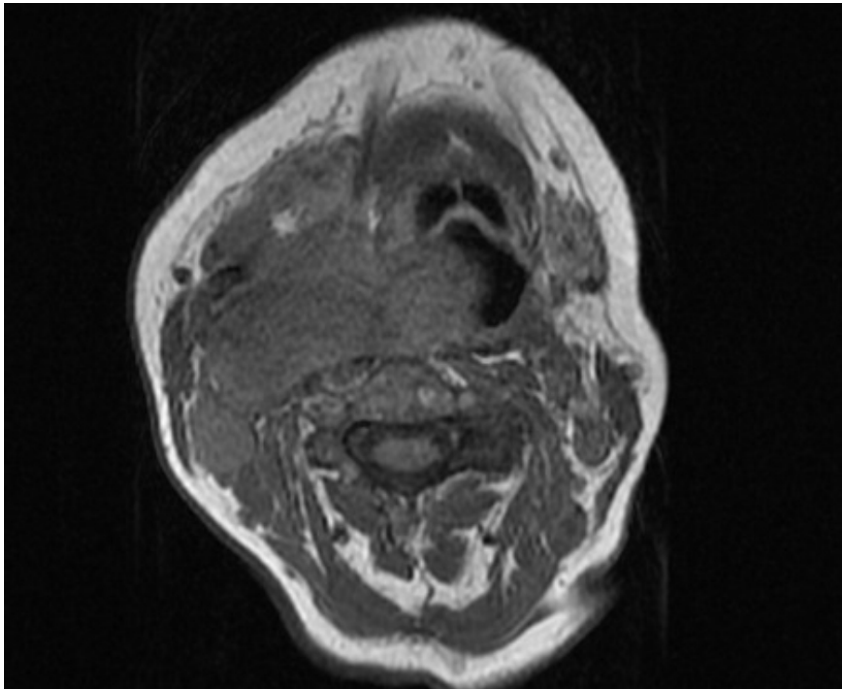
- En marzo de 2018 comienza con disfagia, disfonía y atragantamiento frecuente.
- No consulta hasta junio de 2018 en Moscu y según refieren los hijos tras el estudio desestiman tratamiento (no aportaba ningún informe)
- Sus hijos la traen a España en Julio de 2018 e inician estudio en un centro de Madrid.
- En ese momento ya refería mucha dificultad para la ingesta oral y había perdido 5 Kg en los últimos 2 meses.

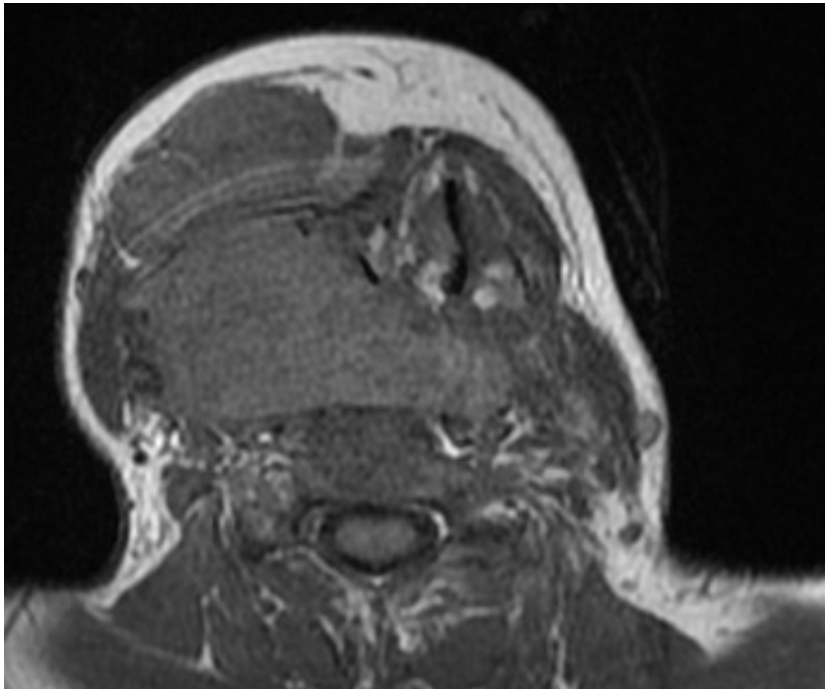
PRIMEROS ESTUDIOS

- **ECO CERVICAL:.**
  - Voluminoso **conglomerado de nódulos sólidos y quísticos incontables, de aprox 9x5 cm en probable relación con bocio multinodular derecho.** El lóbulo izquierdo parece normal, con ecoestructura homogénea y contornos lisos ocupado por pequeños nódulos de aspecto benigno. Adenopatias inespecíficas laterocervicales

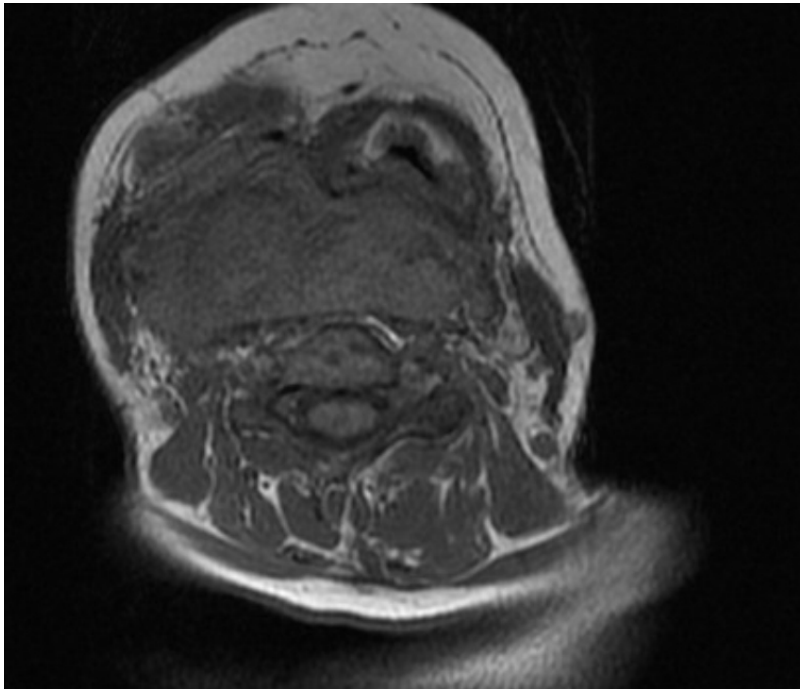
- **ECO-PAAF- COMPATIBLE CON METASTASIS GANGLIONAR DE CA PAPILAR DE TIROIDES**

RESONANCIA MAGNÉTICA

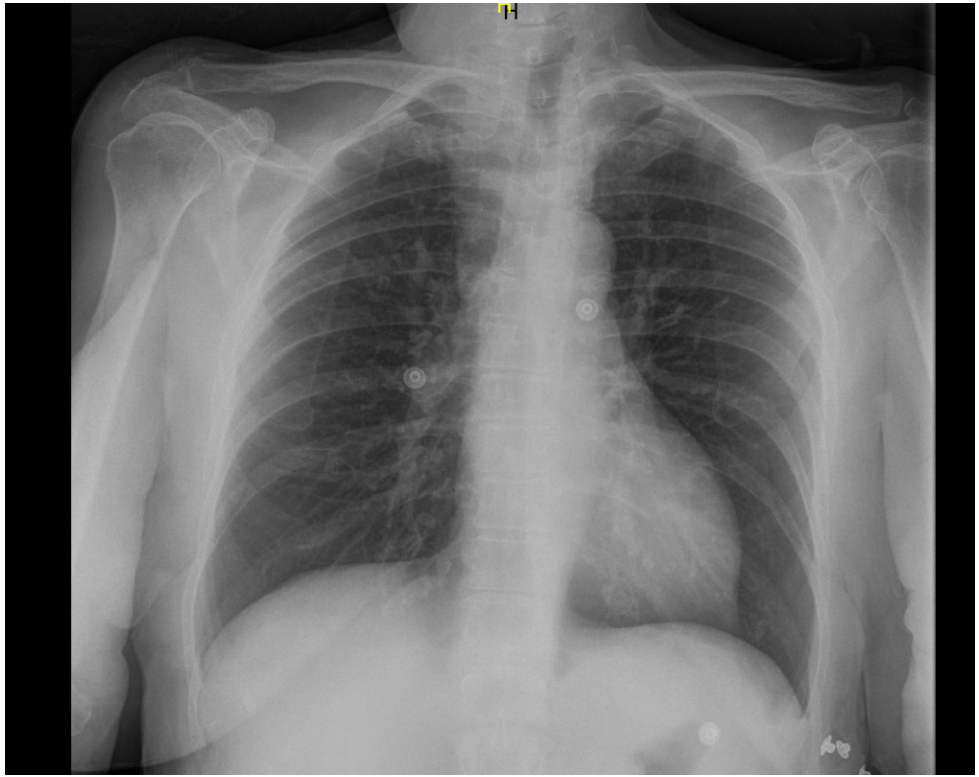




RESONANCIA MAGNÉTICA



- **RM:**
  - **Masa voluminosa laterocervical derecha** formada por la confluencia de múltiples formaciones nodulares que se extienden **desde la región para y retrofaríngea derecha hasta mediastino** en el eje cráneo-caudal. **La lesión de mayor tamaño afecta el espacio retrofaríngeo derecho condicionando desplazamiento de la vía aérea e invasión de la misma ocupando la luz laríngea a nivel de la epiglotis. La luz residual es de 1x0,6 cm.**
  - Probable masa de origen tiroideo que afecta los niveles ganglionares II y III derechos así como VI, IB y V tb derechos y III y V izquierdos



PLAN INICIAL

- VALORADA POR CIRUGÍA SE PLANIFICA TTO Q PERO CONTACTAN TELEFONICAMENTE CON LA HIJA Y LA COMUNICAN QUE TRAS SESIÓN MULTIDISCIPLINAR LO DESESTIMAN.

- EN OCTUBRE DE 2018 ES TRAIDA A URGENCIAS DE ESTE CENTRO POR EPISODIO DE ATRAGANTAMIENTO SEGUIDO DE TOS PERSISTENTE Y DISNEA

EVOLUCIÓN

- La paciente se estabiliza--□ CONSULTA DE ENDOCRINO Y ONCOLOGÍA

- SE DISCUTE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:
- OPCIONES:
    - 1-EL CASO ES INABORDABLE Y ASI SE INFORMA A LOS FAMILIARES
    - 2-SE VALORA DE NUEVO LA POSIBILIDAD DE CIRUGÍA.
    - 3-SE DESETIMA LA CIRUGÍA Y SE DECIDE RT LOCAL
    - 4-SE PAUTA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.

EVOLUCIÓN

- SE DISCUTE EN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y SE DECIDE INGRESO PARA VALORAR COLOCACIÓN DE SNG/PEG Y EXPLORACIÓN ORL.
- **VALORACIÓN ORL: .**
  - Sat O2 98%
  - Disfagia para para líquidos. Perdida de peso en 4 meses de 8 Kg
  - **FIBROSCOPIA:** Disminución del calibre supraglótico con paso aéreo suficiente y leve hemiparesia derecha por gran masa submucosa derecha
  - No hay retención de secreciones ni aspiración basal en la deglución
  - Hay aspiración con líquidos con tos eficaz que no corrige con maniobras compensatorias.
  - Pudín sin alteraciones. Nectar con penetración que se soluciona con maniobra de rotación y flexión anterior.

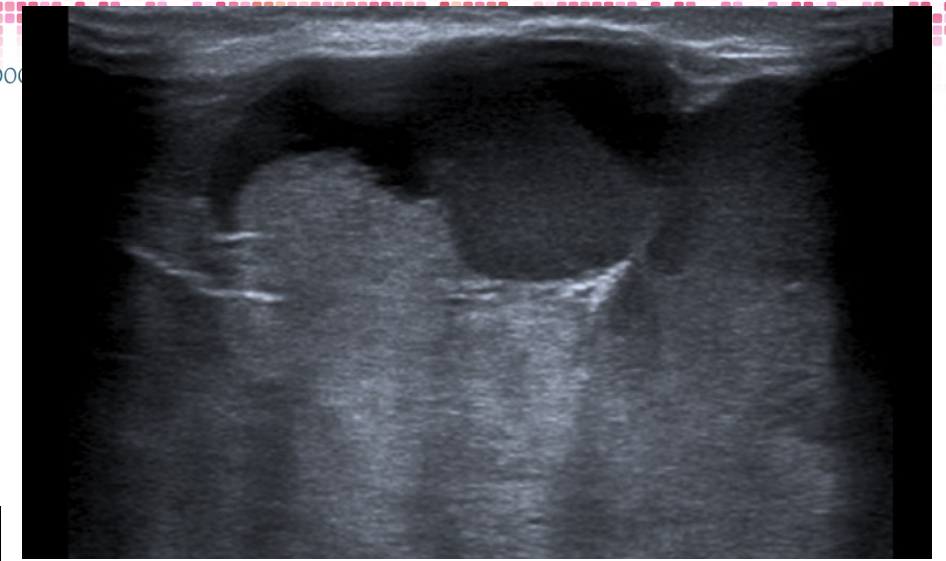
EVOLUCIÓN

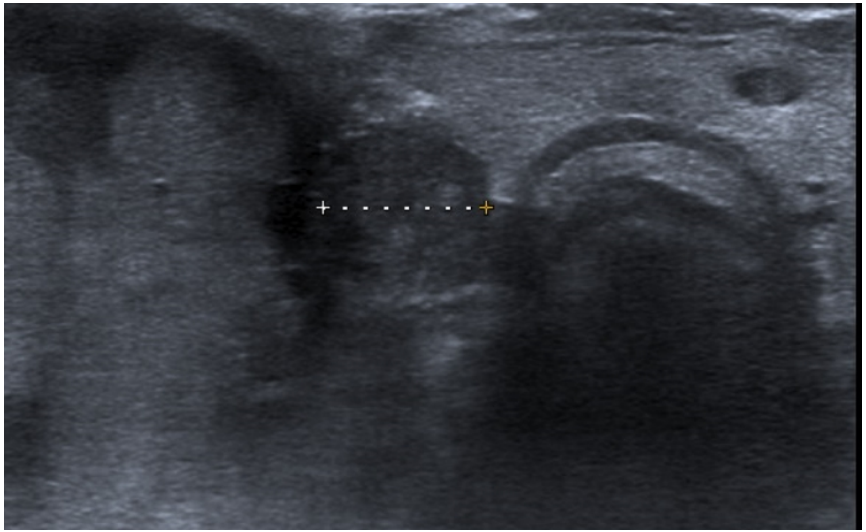
- VALORADA POR NUTRICIÓN
  - ANALITICA: HT NORMALES. Cr 0,45. Alb 3,7g/dl. Urico 3,5 Electrolitos normales salvo P de 4,7 mg/dl. Linfos 1200. anemia microcítica. Perfil hepático normal. Col 171. Tg 64
  - DESNUTRICIÓN MODERADA-GRAVE CALÓRICA.
  - SE DAN ESPESANTES Y LISTADO DE SUPLEMENTOS ORALES Y SE LA EXPLICAN MANIOBRAS ADECUADAS PARA LA DEGLUCIÓN.

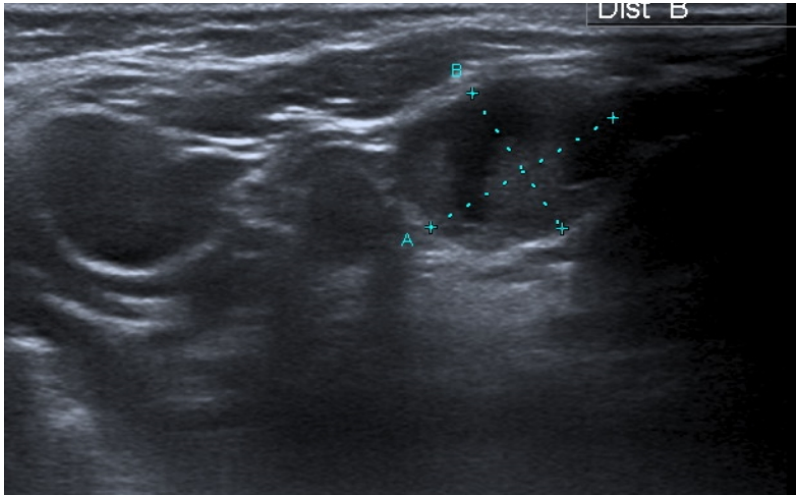
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- **Diagnóstico radiológico:**
- Masa cervical + BAG + PAAF.
- **Comentario radiológico:**
- Se realiza estudio ecográfico de región cervical.
- En región laterocervical cervical, adyacente al lóbulo tiroideo derecho, se observa una masa de aspecto mixto, **multilobulada, de unos 5 x 4.5 cm** de diámetros anteroblicuos, con contenido de aspecto mamelonado en su interior, en probable relación con conglomerado adenopático.
- Se procede a realizar **BAG de la lesión con aguja 16 G** con dos pases y se envía material para estudio histológico. Asimismo se realiza PAAF, un pase, con aguja 26 G para estudio citológico.
- En LTD se observa un nódulo de aspecto sólido hipoecoico de 1 cm (AP x T1), y otros más pequeños de aspecto mixto con algunas calcificaciones en su interior.
- Se identifican múltiples adenopatías sospechosas laterocervicales en todas las cadenas ganglionares ipsilaterales, asi como también otras más pequeñas de aspecto reactivo

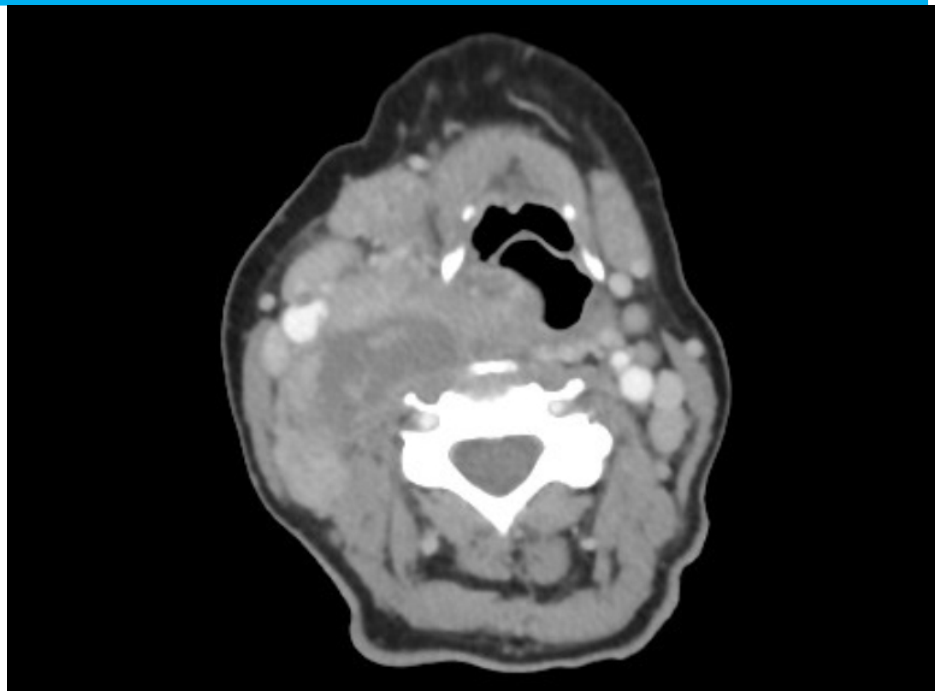
PAAF COMPATIBLE CON CA PAPILAR DE TIROIDES.






Dist B
B
A

TAC



- Las imágenes obtenidas muestran un **gran masa de partes blandas de región laterocervical derecha con unos diametros aproximados de 7x8 cm. La lesion tiene márgenes bien definidos y superficie lobulada con áreas de degeneración quística, compatible con conglomerado adenopático** metastasico. Lateralmente desplaza la carótida y la engloba parcialmente sin comprimirla y produce colapso de la vena yugular en su tercio medio. **No infiltra sin embargo músculo esternocleidomastoideo que tambien esta está en desplazado lateralmente.**

- **Medialmente infiltra el lobulo tiroideo derecho y cruza línea media por detrás de la laringe que está desplazada hacia adelante condicionando una marcada disminución del vestibulo laringeo con estenosis severa de la via aerea**. Parece infiltrar el margen inferior del cartílago cricoides y desplaza lateralmente el esófago cervical sin aparente infiltración del mismo.
- **No parece infiltrar la musculatura prevertebral.**

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

- SE VALORA TODO EL ESTUDIO Y EN COMITÉ SE DECIDE OPERAR
- SE INTERVIENE EL 10 DE DICIEMBRE 2019
  - SE HACE LO QUE SE PUEDE…RESECCION R2
  - DEJA SIN TOCAR EL HEMITIROIDES IZQUIERDO…
  - DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGIA: Cervicotomia transversa amplia. Disección y separación de la masa derecha que engloba adenopatías de gran tamaño. El bloque tumoral va infiltrando la vena yugular, músculos pretiroideos, hipofaringe, fascia vertebral y en la unión traqueotiroides y con retracción del esófago que se libera. SE RESECA EN BLOQUE. Precisa esternotomia para control vascular de la yugular derecha. Linfadenectomia mediastina.
  - Sección del recurrente incluido en la masa.
  - Linfadenectomia no selectiva en ganglios palpables anclados a la masa.

EVOLUCIÓN POSTQUIRÚRGICA

- PostQ en UCI. Se puede extubar sin complicaciones.
- Hace un Síndrome de Horner que posteriormente recupera.
- Se realiza fibroscopia para descartar lesión de tubo digestivo proximal- Sin alteraciones.
- Se inicia dieta oral sin problemas.

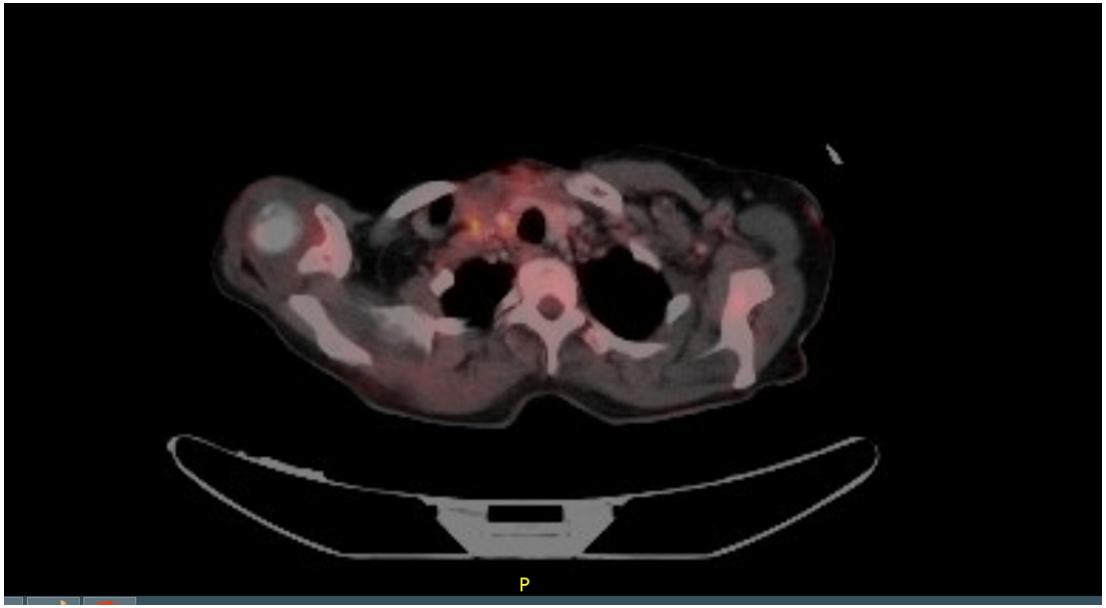
EVOLUCIÓN

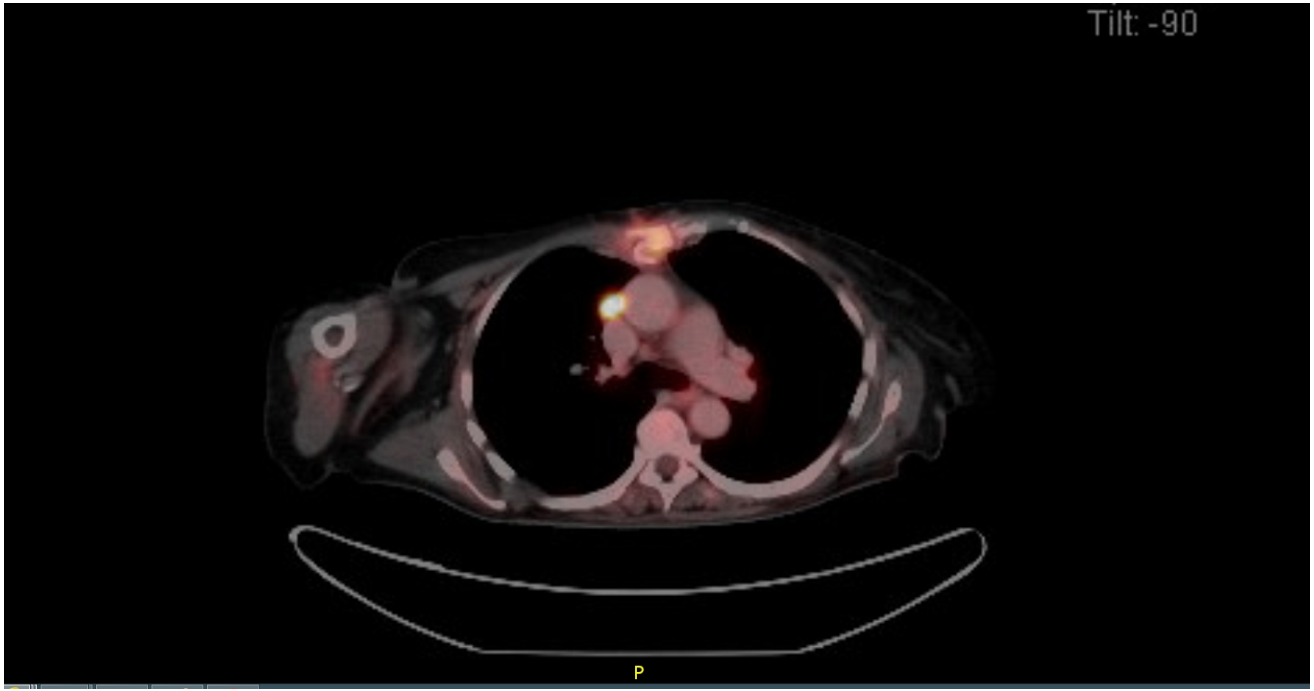
- **AP:**
- **Pieza de tiroidectomía derecha: Carcinoma papilar, variante clásica**
- **- TNM: pT3b pN1b**
- **- Otros hallazgos: Tiroiditis crónica**
- **Descripción:**
    - Tipo de pieza: hemitiroidectomía derecha más nivel II derecho, adenopatía mediastínica y adenopatías laterocervicales

DESCRIPCIÓN AP MICOSCOPIA.

- Mayor diámetro tumoral: **8,5cm**
- Focalidad: unifocal
- Tipo histológico: **Carcinoma papilar, variante clásica**
- **Márgenes: afectos** por infiltración de carcinoma papilar
- **Invasión linfovascular: presente**
- Invasión perineural: no identificada
- Número de ganglios linfáticos examinados: 20
- **Número de ganglios afectos: 5**
- **Diámetro máximo del depósito tumoral: 4cm**
- **Extensión extranodal: presente**
- **TNM: pT3b pN1b**
- Otros hallazgos: tiroiditis crónica
- Nota: A **nivel microscópico se evidencia infiltración del músculo esquelético por tumor, sin poder determinar si hay infiltración tumoral más extensa (T4**

PET-TAC ENERO 2019




Tilt: -90
P

PET-TAC ENERO 2019

- **Adenopatías con captación patológica de FDG cervical nivel II y V bilateral, y III izquierdo, de tamaño significativo:**
  - Nivel II izquierdo de 11 x 14 mm con **SUVmax 37** .
  - En espacio V alto derecho de hasta 2 x 1,5 cm con **SUVmax 27.**
- Extenso **defecto de repleción en la vena yugular interna derecha, compatible con trombo.**
- Cambios postquirúrgios en región cervical anterior baja y región supraclavicular **con resección parcial del tiroides , persistiendo lesión de atenuación partes blandas y bordes mal definidos con al menos dos focos con captación significativa, uno posterior a la carótida común derecha y otro en adenopatía supraclavicular de 5 mm .**

PET-TAC ENERO 2019

- **Adenopatía de 14 mm anterior a la vena cava superior , con intensa captación metabólica (SUVmax 31) sugestiva de malignidad.**
- Se identifican otras adenopatías cercanas al centímetro subcarinal y en hilio pulmonar derecho con discreta captación metabólica (SUVmax 4,3), inespecíficas .
- Consolidación lineal paramediastínica LM con leve actividad metabólica que probablemente corresponde a atelectasia..
- Se identifica algún nódulo pulmonar puntiforme, de aspecto inespecífico.

PLAN DE TRATAMIENTO

- QUEDA EL HEMITIROIDES IZQUIERDO Y EL RESTO DE LESIONES DESCRITAS..
- QUE HACEMOS AHORA???

1- RADIOYODO
2-RADIOTERAPIA
3-TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

PLAN DE TRATAMIENTO

- SE PROPONE TRATAMIENTO CON LENVATINIB QUE ES ACEPTADO

- TOLERANCIA EXCELENTE.
- EFECTO 2º HTA BIEN CONTROLADA
- MEJORA MUCHO LA DISFAGIA

EVOLUCIÓN

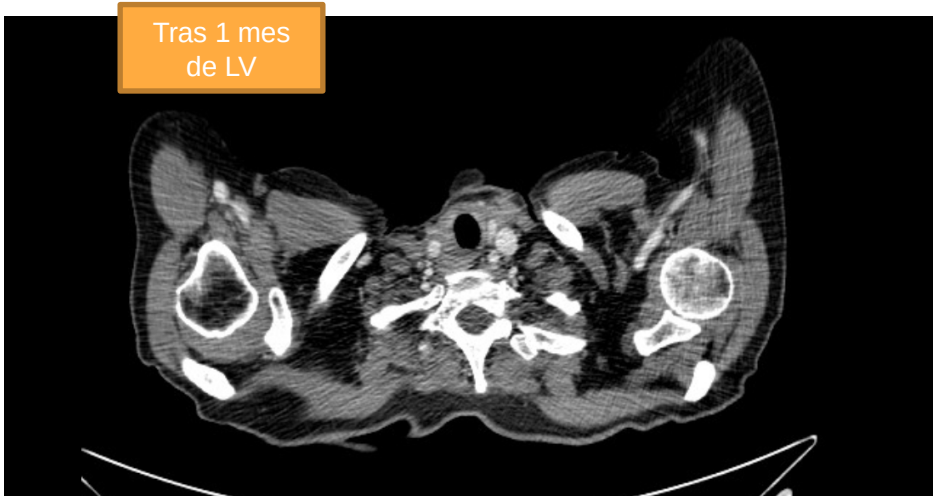
- En tto con LT4
- Niveles de Tg:
- POSTQ: **56,9 ng/ml** Ac antiTg 69,3 UI/ml (0-150)

- AL MES DE INICIAR LENVATINIB: **3,6 ng/ml**

Y AHORA??

- SE HA REPETIDO TAC MARZO 2019 tras 4 SEMANAS DE LENVATINIB.
- GRAN MEJORIA.

preQ
-109.00


Tras 1 mes
de LV

TAC MARZO 2019

- Cambios postquirúrgicos.
  Disminución del tamaño de adenopatía prevascular derecha.
  Pequeña lesión focal hepática no claramente visible en estudio de noviembre de 2018.
  Cambios postquirúrgicos de hemitiroidectomía derecha y probable ausencia postquirúrgica de vena yugular derecha.

  - **No se observan adenopatias mediastínicas ni axilares de tamaño patológico en el momento actual.**

  - **Se aprecia disminución del tamaño de adenopatía prevascular derecha, midiendo ahora 8 mm de eje corto**.
    Cambios postquirúrgicos de esternotomía media.
    Calcificaciones coronarias.
    Se identifican algunos micronódulos pulmonares de aspecto residual.
    Atelectasias subsegmentaria en lóbulo medio.
    Cambios pleuroparenquimatosos apicales izquierdos.

    Pequeña lesión hepática indeterminada en la región posterior del lóbulo hepático derecho, de unos 9 mm , indeterminada, no claramente visible en estudio previo de noviembre 2018

PLAN

- REINTERVENIR PARA QUITAR HEMITIROIDES IZQUIERDO
- I131….

- SE HA INTERVENIDO EL DIA 19 DE JUNIO SIN COMPLICACIONES

  - PENDIENTES DE AP
  - SE REMITE A PUERTA DE HIERRO PARA TRATAMIENTO CON I131…