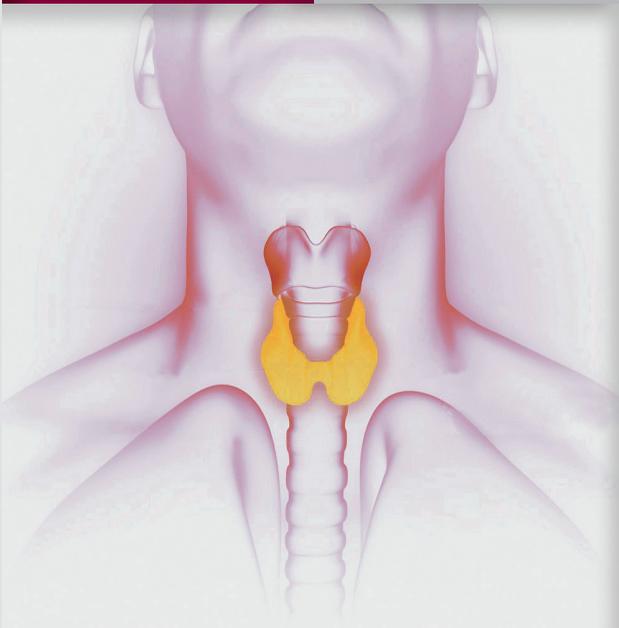


CASOS CLÍNICOS

Cáncer de Tiroides Metastásico



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica



Línea
Especialidades

Caso clínico: Cáncer de tiroides metastásico



Natalia Colombo Berra

Especialista en Clínica Médica y Oncología Clínica; Sanatorio Delta y Hospital Provincial Rosario, Rosario, Argentina

Introducción

Los nódulos tiroideos son muy frecuentes en la población y, en la mayoría de los casos, son benignos. En contraste, el carcinoma de tiroides es poco común. Por ejemplo, para la población de Estados Unidos, el riesgo de ser diagnosticado de carcinoma de tiroides a lo largo de su vida es de 1.2%.¹

La mortalidad es muy baja por esta enfermedad. Los tumores bien diferenciados tienen excelente pronóstico, mientras que el carcinoma tiroideo anaplásico es letal.

Algunos hallazgos tumorales tienen influencia en el pronóstico, por ejemplo, la histología, el sitio primario del tumor, el estado de la mutación *BRAF* v600E, la presencia de metástasis y la invasión vascular.¹

Las metástasis a distancia son la principal causa de muerte por carcinomas papilares y foliculares, y el 50% de estas están presentes al momento del diagnóstico.

La presencia de metástasis pulmonares tiene mejor pronóstico que la presencia de metástasis en otras localizaciones.²

Se debe considerar el tratamiento sistémico para tumores que no sean pasibles de cirugía, que no responden al yodo radioactivo (¹³¹I) ni a la radioterapia externa u otras terapias locales.³

Asimismo, se han evaluado nuevos tratamientos como agentes *multi-target*: lenvatinib, sorafenib, sunitinib, axitinib, everolimus, vandetinib, cabozantinib y pazopanib.

También se evaluaron inhibidores de la mutación *BRAF* v600, como vemurafenib y dabrafenib.

El lenvatinib y el sorafenib son agentes recomendados para el tratamiento de pacientes refractarios a la terapia con ¹³¹I.

El lenvatinib es un inhibidor de la tirosina quinasa *multi-target* oral, que fue aprobado para el tratamiento de esta afección luego que se llevara a cabo un estudio de investigación clínica de fase III (SELECT), para evaluar el tiempo libre de progresión de la enfermedad en pacientes refractarios a ¹³¹I. Los participantes eran aleatorizados a recibir el fármaco en estudio, en comparación con placebo. Como resultado, la mediana de supervivencia libre de progresión fue de 18.3 meses con lenvatinib frente a 3.6 meses con placebo. Este beneficio se observó en todos los tipos histológicos examinados y fue independiente de la existencia de mutaciones *BRAF* o *RAS*.

El lenvatinib también se asoció con un incremento en la tasa de respuestas.⁴

La tasa de respuesta fue del 64.8% en el grupo que recibió lenvatinib, en comparación con el 1.5% en el grupo placebo.

Los efectos adversos más frecuentes en el grupo que recibió lenvatinib fueron hipertensión arterial, tromboembolia, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y fístula gastrointestinal. Los efectos más frecuentes por los cuales se discontinuó el tratamiento fueron astenia e hipertensión arterial, mientras que los efectos más comunes que obligaron a reducir la dosis fueron diarrea, hipertensión, proteinuria y pérdida de apetito.^{4,5}

El lenvatinib aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), según disposición número 226 del 11 de enero de 2018, para su uso en pacientes con diagnóstico de carcinoma diferenciado de tiroides (papilar, folicular o de células de Hurthle) localmente avanzado o metastásico, en progresión, resistente al tratamiento con ¹³¹I.

Presentación de un caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino, de setenta años, quien no manifiesta otros antecedentes patológicos de jerarquía.

En el mes de enero de 2016 consulta a otra institución por dolor y molestias a nivel esternal. En ese momento se realiza una tomografía computarizada de tórax, la cual informa masa lítica esternal y nódulo tiroideo. Se realiza biopsia e inmunomarcación de masa esternal, cuyo resultado muestra factor de transcripción tiroideo-1 (TTF1, *thyroid transcription factor-1*) positivo y tiroglobulina positiva, por lo cual se interpreta como metástasis ósea de un carcinoma tiroideo. Se indica tratamiento con yodo radioactivo.

En enero de 2017 consulta a nuestra institución, donde se realiza tiroidectomía total que arroja como resultado: compromiso de la glándula tiroides por un carcinoma papilar tiroideo multifocal, variante folicular, enmarcado por cápsula fibrosa de 2 cm de diámetro en el lóbulo derecho y 0.6 cm en el lóbulo izquierdo.

Se le administra reemplazo hormonal por endocrinología, y se realiza resección de masa ocupante del espacio esternal más radioterapia externa.

La paciente queda asintomática, en control.

En el mes de noviembre de 2018 comienza nuevamente con dolor esternal y molestias, constatándose progresión por tomografías.

Refiere también cefaleas, por lo que se efectúa centellograma, que informa metástasis óseas en calota, y resonancia nuclear magnética cerebral, que descarta metástasis cerebrales.

En la tomografía de tórax se observa proceso expansivo en proyección esternal, con signos de remodelación ósea, hipervascular, con áreas discretamente hipodensas, necróticas y centrales, así como calcificaciones groseras, difusas, de 57 por 49 por 86 mm, que se interpreta como recidiva, que se extiende en sentido anteroposterior y altera y atrofia los pectorales, y oblitera parcialmente el espacio mediastinal. También se observan lesiones líticas en alerón sacro, compatibles con secundarismo.

Se indica tratamiento con lenvatinib 24 mg por día por vía oral.

La paciente mejora parcialmente de sus molestias a nivel esternal, pero persiste con cefaleas.

Se realiza una tomografía de control en junio de 2019, en la que se constata disminución del tamaño de la masa esternal, de 43 por 47 mm, sin nuevos focos de metástasis.

Pese a esto, en el mes de agosto de 2019 la paciente fallece.

Conclusiones

Mediante la revisión de la bibliografía, se concluye que los tumores tiroideos diferenciados son lesiones de evolución lenta y que, en más del 90% de los casos, los pacientes afectados están vivos a los 10 años del diagnóstico. A pesar de esto, un pequeño porcentaje tiene un curso agresivo y es resistente al ¹³¹I. El lenvatinib es una opción eficaz de tratamiento en estos casos.

En el caso presentado, se realizaron controles pertinentes de presión arterial, así como electrocardiograma, evaluación de electrolitos, hepatograma, función renal y glucosa, sin alteraciones de jerarquía en estos parámetros y sin evidencias de efectos adversos asociados.

Considero que la medicina ha avanzado mucho en el tratamiento de estas afecciones con el advenimiento del desarrollo de nuevas moléculas, que ofrecen perfiles de seguridad aceptables y eficacia demostrada, si bien aún falta un largo camino para ganar la batalla contra el cáncer.

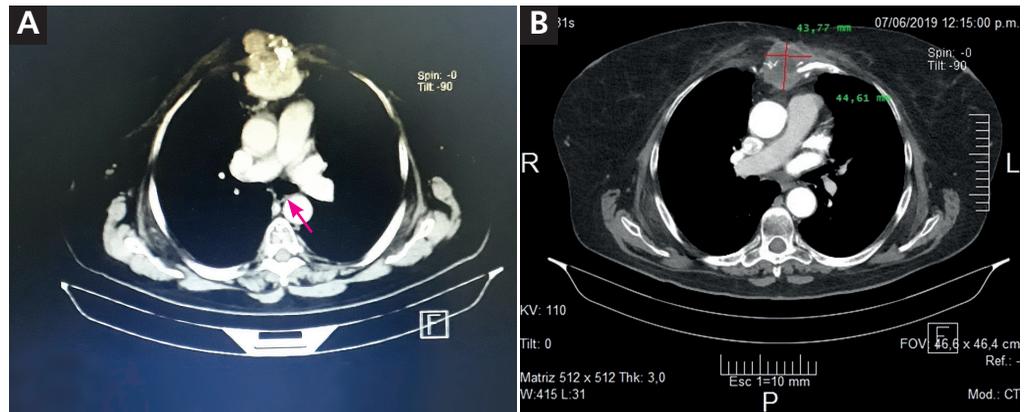


Figura 1. Imágenes correspondientes a las tomografías de la afectada, A) antes y B) después del tratamiento con lenvatinib.

Bibliografía

1. Haddad R, Biscchoff L, Bernet V. NCCN ClinicalPracticeGuidelinesin Oncology. NCCN Guidelines® version 2.20. Julio 15, 2020.
2. DeVita VT Jr, Hellman S, Roseberg SA. Cancer: Principles and practice of oncology. Volumen I, 6ª Edición. Lippincott Williams

- & Wilkins; 2001.
3. Lastiri JM, Kaen D, Chacon M. Tumores de cabeza y cuello. En: Recomendaciones de tratamiento oncológico. Asociación Argentina de Oncología Clínica. 2019-2020.
4. Schlumberger M, Tahara M, Wirth LJ, Robinson B, Brose M, Elisei R, et al. Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory

- thyroid cancer. N Engl J Med 372:621-630, 2015.
5. Haddad R, Schlumberger M, Wirth LJ, Sherman EJ, Sheh MH, Robinson B, et al. Incidence and timing of common adverse events in lenvatinib-treated patients from the SELECT trial and their association with survival outcomes. Endocrine 56(1): 121-128, 2017.