

# CASOS CLÍNICOS

Respuesta rápida  
y sostenida con  
lenvatinib en el cáncer  
diferenciado de tiroides



Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica



Línea  
Especialidades

# Caso clínico: Respuesta rápida y sostenida con lenvatinib en el cáncer diferenciado de tiroides



## Luciano Piazzoni

Médico oncólogo, especialista en Medicina Interna, Centro Oncológico Integral (COI) Patagonia Norte, Neuquén, Argentina

## Introducción

El cáncer diferenciado de tiroides incluye como formas histológicas a los carcinomas papilares y foliculares. Generalmente, requiere un tratamiento quirúrgico de inicio y la administración posterior de terapia con yodo radioactivo ( $^{131}\text{I}$ ), cuando tiene indicación.

Luego de la cirugía, los pacientes a menudo continúan en control con médicos endocrinólogos.

Cuando progresa una enfermedad metastásica, el  $^{131}\text{I}$  puede ser curativo en una minoría de pacientes, y el tratamiento con hormona tiroidea que inhibe la hormona estimulante de la tiroides (TSH) puede ayudar a enlentecer el avance de la enfermedad.

Algunos pacientes pueden beneficiarse de la radioterapia externa.

Las opciones de tratamiento para los pacientes con enfermedad metastásica que recibieron los tratamientos convencionales incluyen observación, inhibidores de quinasas para bloquear vías de señalización oncogénica, quimioterapia citotóxica y, menos frecuentemente, inmunoterapia.

Se describe el caso de un paciente con gran respuesta clínica al tratamiento con lenvatinib en monoterapia, con enfermedad metastásica y refractario a los tratamientos convencionales. Los efectos adversos presentados con el tratamiento incluyeron el abordaje del paciente en forma conjunta con cardio-oncología.

## Caso clínico

Se presenta a consulta, el 19 de septiembre de 2019, un sujeto masculino de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y sobrepeso. Como antecedentes tóxicos, es exabajaquista, con consumo de 20 paquetes de cigarrillos/año.

Antecedentes familiares: hermano fallecido por cáncer, primario desconocido.

Medicación habitual: 200µg de T4, citrato de calcio, vitamina D y losartán. En 2016 se realizó tiroidectomía total con adenopatía positiva por carcinoma papilar de tiroides, y recibió tratamiento con  $^{131}\text{I}$  en dosis de 150 mCU. Anticuerpos anti-tiroglobulina (TG) 10TG 0.1.

En 2018 presenta recidiva local de carcinoma papilar. Se realiza una segunda cirugía más tratamiento con  $^{131}\text{I}$  (dosis de 150 mCU). El último barrido fue el 14 de diciembre de 2018, y resultó no captante.

En marzo de 2019 se observa masa laterocervical asociada con disfgia. Se realiza biopsia del carcinoma papilar. Consulta en oncología del COI (Figura 1).

En 2019 se lleva a cabo resonancia magnética nuclear (RMN) basal. Se destaca imagen nodular paraesofágica a la derecha, en el nivel de la unión cervicodorsal, con realce en secuencias posgadolinio, de 20 x 23 mm. No presenta un adecuado plano graso de clivaje con el esófago. Esta ocasiona un abombamiento anterior de la pared posterior de la luz traqueal al mismo nivel, que podría estar relacionada con la enfermedad de base del paciente. Se destaca otra imagen nodular en el sector anterior del espacio carotídeo derecho, con realce posgadolinio, de 15 mm de diámetro máximo, y otra imagen de similares características de localización paratraqueal a la izquierda, de 21 x 13 mm en sentido anteroposterior y transverso, respectivamente, y probablemente en relación con la misma etiología. A nivel pretraqueal, se destacan micronódulos, que no superan los 5 mm, con realce posgadolinio. Se observan adenomegalias en grupo IV a derecha e izquierda, de 23 y 25 mm de diámetro (Figuras 2A-2C).

En 2019 se efectúa tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) basal. Se observa recidiva-remanencia hipermetabólicas de la *lodje* tiroidea, asociada

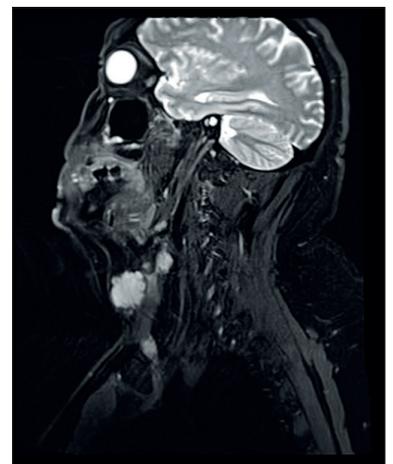


Figura 1. Resonancia magnética nuclear (RMN) basal.

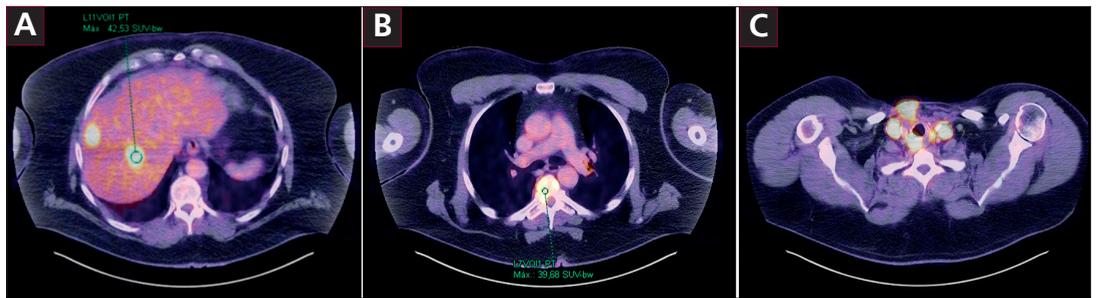


Figura 2. Tomografía por emisión de positrones - Tomografía computarizada (PET-TC) basal.

con adenopatías con elevada actividad metabólica de la fluorodesoxiglucosa (FDG) (en grupos cervicales, supraclavicular e infraclavicular derechos, y en hilio pulmonar izquierdo). Secundarismo pulmonar bilateral, con elevado consumo patológico de FDG en el lóbulo superior derecho (LSD). Secundarismo óseo multifocal y secundarismo hepático múltiple.

Como conclusión, se establece recidiva local y metástasis a distancia de carcinoma diferenciado de tiroides, con carga tumoral importante; iodo refractario.<sup>1</sup> Se discute en comité y se decide comenzar con lenvatinib en dosis de 24 mg/día, que registra buena tolerancia, con mejoría de la disfagia. Disestesias palmoplantar GI.

En diciembre de 2019 se realiza control con TC + RMN (Figura 3) que muestra gran respuesta de todas las lesiones.

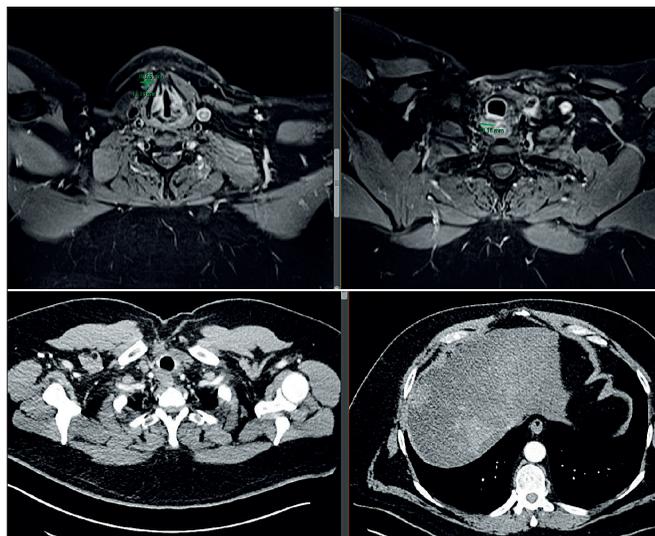


Figura 3. Control con TC + RMN.

Fuente: Captura de pantalla, programa MEET-institucional, COI Patagonia Norte.

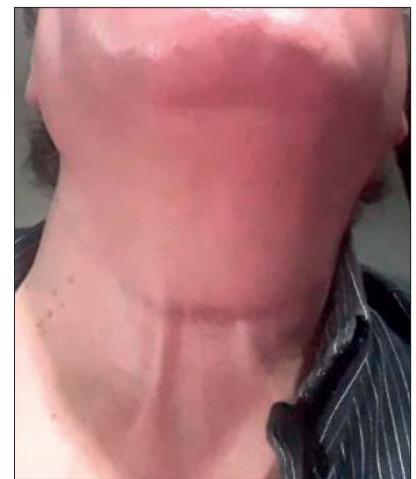


Figura 4. Control por telemedicina.

El paciente presenta episodios de hipertensión arterial, por lo que recibe modificación de la dosis de antihipertensivos (losartán + hidroclorotiazida [HCT]). Posteriormente, manifiesta hipocalcemia sintomática<sup>2</sup> con astenia GI. Se indica suspensión de la HCT, disminución de la dosis de lenvatinib 20 mg/día, con excelente evolución y tolerancia. Continúa en respuesta clínica. Tiempo libre de progresión: 10 meses.

En junio de 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se lleva a cabo control por telemedicina. El paciente continúa con respuesta clínica (Figura 4).

## Bibliografía

1. Schlumberger M, Tahara M, Wirth L, Robinson B, Brose M, Elisei R, et al. Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory thyroid cancer. *N Engl J Med* 372:621-630, 2015.

2. U.S. Department of Health and Human Services. CTCAE v5.0. Common Terminology Criteria for Adverse Events. Nov 2017.