



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. Abril 2008; 12(1):

PRESENTACIÓN DE CASO

Carcinoma anaplásico. Presentación de un caso

Anaplastic Carcinoma. A Case Report

Gladys Iglesias Díaz ¹

Dra. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesora auxiliar. Hospital General Docente "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

RESUMEN

A la consulta especializada de cirugía del tiroides acude un paciente joven por presentar en el breve tiempo de una semana aumento de volumen del lateral izquierdo del cuello acompañado de tos, disfonía y disfagia, sintomatología común en el carcinoma anaplásico. Con el propósito de exponer las características del carcinoma anaplásico en una edad poco usual, su evolución y pronóstico, así como el tratamiento aplicado en este caso se efectuó una tiroidectomía total y tratamiento oncológico con radioquimio-terapia. Se realiza un análisis de las características clínicas, anatomopatológicas y tratamiento en relación con este caso, y se compara con lo reportado en la literatura consultada.

Palabras clave: Carcinoma, cirugía, diagnóstico, neoplasmas

ABSTRACT

A patient who attended to the specialized medical office for the surgery of thyroid gland presented, in a short period of time (a week), an enlargement in the left part of the neck associated with other common symptoms in the presence of anaplastic carcinoma: cough, dysphonia and dysphagia. This paper was aimed at explaining the characteristics of the anaplastic carcinoma in an uncommon age, its natural history, prognosis and the treatment in this case: a total Thyroidectomy and Radiotherapy. An analysis of the clinical and pathological features, as well as the treatment applied was carried out. This case was compared with other cases reported in the medical literature.

Key words: Carcinoma, surgery, diagnosis, neoplasms

INTRODUCCIÓN

Las primeras comunicaciones sobre el carcinoma de la glándula tiroides se relacionan al final del siglo XVIII, Leber en 1862 fue el primero que describió las alteraciones histológicas en el bocio maligno.¹

El cáncer de tiroides es el más frecuente de todos los cánceres endocrinos (90 %), pero constituye solo el 2% de todos los cánceres del mundo, es uno de los pocos cánceres cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, anualmente este aumento se refleja en un 2% por cada 100 000 personas, incluyendo las cutáneas.²

Todo nódulo puede ser un cáncer, aceptamos que el 4 % de la población tiene un nódulo de tiroides, por tanto en Cuba, país con más de 12 millones de habitantes, existen 4800 nódulos tiroideos por estudiar, de ahí la necesidad de establecer un diagnóstico, siempre que sea posible.^{3,4}

Según la clasificación de la OMS⁴ existen varios tipos de cáncer de tiroides: papilar, folicular, medular, anaplásico y otras variedades, pero específicamente la variedad indiferenciada, incluye las variedades:

- Fusiformes.
- Gigante.
- Pequeñas.

El gen involucrado en la carcinogénesis tiroidea del carcinoma indiferenciado es el p53.⁵

Su pronóstico de sobrevida es de 4 a 11 meses y sólo un 1% logra sobrevivir unos 3 años.⁶

Según algunos autores como Mazzaferri^{5,6} el número de casos con cáncer de tiroides va en aumento mundialmente.

Las indicaciones precisas para intervenir los nódulos de tiroides, según la Guía de diagnóstico y tratamiento del instituto de oncología y radiodiagnóstico, en 1996:³

1. Presencia o sospecha de carcinoma a la CAAF.
2. Nódulo en pacientes menores de 20 años y nódulo sólido en CAAF que informa atipias en un paciente de más de 60 años , quien debe ser evaluado estrechamente aunque no se manifieste la atipia.
3. Masa tiroidea con hallazgos sugestivos de enfermedad maligna, tumor duro, fijo, parálisis de las cuerdas vocales, invasión de tejido regional.
4. Metástasis a ganglios cervicales comprobados por CAAF.
5. Metástasis a distancia de un carcinoma tiroideo.
6. Nódulo hiperfuncionante en un paciente joven.
7. Miedo incontrolable al cáncer de tiroides en pacientes, independientemente de la negatividad demostrada.

Se pretende con este trabajo exponer las características del carcinoma anaplásico en una edad poco usual, su evolución y pronóstico, así como el tratamiento aplicado en este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente P.R.C. de 38 años de edad, del sexo masculino y color de la piel blanca, historia clínica 226087, casado y trabajador del MININT, ingresa el día 27 de Noviembre del 2007 por presentar tos, aumento de volumen del lateral izquierdo del cuello y disfonía en ocasiones, por lo que fue valorado en la consulta central de tiroides y se realizó estudios previos. Como antecedentes patológico familiar presenta una prima con una tiroiditis crónica de Hashimoto.

Al examen físico se recoge como dato positivo, aumento de volumen del lateral izquierdo del cuello, donde se palpa tumoración de más o menos unos 2 centímetros de diámetro, no dolorosa y de aspecto sólido, sin adenopatías asociadas (**fig.1**).



Fig. 1 Nódulo de tiroides

Ultrasonido de cuello T mixta del lóbulo izquierdo de unos 2 cm. de diámetro, con calcificaciones en su interior, resto de la glándula normal.

BAAF de tiroides. Tumor mesenquimatoso.

Radiografía de tórax. Negativa.

Exámenes de laboratorio normales.

Ante la posibilidad de un cáncer de tiroides, el enfermo es intervenido quirúrgicamente el día de su ingreso (cirugía ambulatoria), practicándosele una tiroidectomía total, durante la intervención se localiza y extrae nódulo que ocupa todo el lóbulo izquierdo ligeramente adherido al músculo, que resultó fácil liberar, el resto de la glándula (lóbulo derecho) de aspecto normal (**fig.2**).La biopsia por congelación realizada durante la intervención informó, esperar parafina (**fig.3**).



Fig. No.2 Carcinoma Indiferenciado de la Glándula Tiroides.



Fig.3 Tiroidectomía total.

Fue egresado al siguiente día con muy buena recuperación del acto quirúrgico, no hubo complicaciones.

El examen final anatomopatológico informa:

- Carcinoma anaplásico del tiroides, fusocelular del lóbulo izquierdo del tiroides **unicéntrico**, sin componente bien diferenciado residual.
- No encapsulado.
- Con extensión fuera de la cápsula del tiroides.
- Ganglios linfáticos no resecables.
- Actividad mitótica alta.
- Necrosis tumoral focal.
- Invasión vascular ausente.
- Tejido tiroideo vecino no invadido.
- T.N.M. T4a Nx Mx.
- Estadio clínico IV.

Es enviado al enfermo a la consulta de oncología con un resumen de historia clínica y el resultado de su biopsia, donde será sometido, luego de su consentimiento a tratamiento oncológico.

DISCUSIÓN

La edad media de presentación del carcinoma anaplásico es de más de 50 años.²⁻⁴ La incidencia es mayor en mujeres que en hombre.²⁻⁶

El cáncer anaplásico de tiroides constituye una enfermedad que se manifiesta como una tumoración sólida de crecimiento rápido lo cual se corrobora en este caso., los síntomas compresivos están representados en la clínica por disfonía, disfagia y disnea, puede existir además infiltración de los órganos vecinos,⁷⁻⁹ lo que contraindica la realización de una tiroidectomía total,¹⁰ como proceder quirúrgico. La BAAF¹¹ y el ultrasonido de cuello orientaron correctamente la necesidad de un proceder quirúrgico por posible presencia de un proceso anarcoproliferativo, pero no fue lo suficientemente precisa para decidir si era necesario o no el tratamiento oncológico previo.

El diagnóstico emitido en la biopsia aspirativa, el crecimiento rápido y el aspecto macroscópico de la tumoración hicieron posible tomar la decisión de realizar una tiroidectomía total.

El pronóstico de sobrevida recogido en las literaturas revisadas¹²⁻¹⁷ es de 4 meses a 1 año y solo el 1% sobrevive 3 años, el órgano que más frecuentemente metastiza es el pulmón.

El tratamiento del carcinoma anaplásico del tiroides, esta dada por:⁴

1. Cirugía para crear abertura en la tráquea, para aquellos tumores que bloquean las vías respiratorias (traqueotomía).

2. Tiroidectomía total, para reducir síntomas si el tumor esta únicamente en el área tiroidea.
3. Radioterapia de haz externo.
4. Quimioterapia.
5. Ensayo clínico de quimioterapia y radioterapia, más tiroidectomía total.
6. Ensayo clínico en las que se evalúan nuevos métodos de tratamiento para el cáncer.

El tratamiento adecuado para este proceso anarcoproliferativo no es muy preciso, lo cierto es que la evolución es funesta y constituye el tumor sólido más agresivo del organismo, y en la mayoría de los casos es irresecable la tumoración al momento del diagnóstico por su tamaño y fijación en el cuello, además de tener con frecuencia metástasis . No hay un tratamiento sistémico efectivo, pues es resistente a radioterapia, quimioterapia y al Yodo 131(no capta yodo).¹⁸⁻¹⁹

Por lo dramático del hecho y la rareza de este caso al presentarse esta afección en un hombre y de solo 38 años, se realiza la presentación del caso, como una alerta de vigilancia ante un aumento de volumen acelerado de la glándula tiroides.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Underwood EA, Singer CH. Breve historia de la medicina. México Ediciones Guadarrama; 1961
2. Fuentes Rodríguez M. Cirugía del tiroides, ¿Método terapéutico en decadencia? Rev. cubana Endocrinol.2004; 15(1):15-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100011&lng=es.
3. Cassola JR. Fleitas G. Cáncer de tiroides .Guía de diagnóstico y tratamiento. Instituto nacional de oncología y radiobiología. Edición 3ra Ciudad de la Habana. Norma.1996.
4. Cassola Santana JR. Tratamiento del cáncer tiroideo bien diferenciado. Rev. Cubana Endocrinol. 2004; 15(1):15-17 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100012&lng=es.
5. Mazzaferri EL, Chiang SM.Long term impact initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer,Am J Med.1994;97(5):418-28.
6. Mazzaferri El ,Massoll R. Management of papillary and follicular (differentiated)thyroid cancer, now paradigms using recombinant human thyrotropin Endocrin Related Cancer.2003;17(5):227-247.

7. Ain KB. Anaplastic thyroid carcinoma : a therapeutic challenge. *Semin Surg Oncol* 1999; 16:64-69.
8. Austin JR, Naggar AK, Goepfert H: Thyroid cancer. II. Medullary, anaplastic, lymphoma, sarcoma, squamous cell. *Otolaryngol. Clin North Am.* 2003; 29:611-27.
9. Kapp DS, Volsi VA, Sanders MM: Anaplastic carcinoma following well-differentiated thyroid cancer: etiological considerations. *Yale J Biol Med.* 1982; 55:521-8.
10. Shaha A. Thyroid Cancer: Extent of Thyroidectomy. *Cancer Control.* 2000; 7(3):240-5.
11. Irizok M L, Spitole LG, Godoy G, Canga C. Punción aspiración ecoguiada con aguja fina de tiroides: Algoritmo diagnóstico. *Rev Fac C Med.* 2004; 58 (1): 76 - 86.
12. Valenciaga J, Galán Y, Turcios SE, Piña Y, Navarro D, Barroso O. Cáncer de tiroides en Cuba. Estudio de 14 años. *Rev Cubana Endocrinol:* 2005; 16(3):48-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532005000300002&lng=es.
13. González R, Infante A, López MV, De Dios J. Protocolo de diagnóstico y tratamiento del cáncer de tiroides. *Rev Cubana Cir.* 2004; 43(2): 60-69 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932004000200001&lng=es.
14. Coronal LM, Hankin JA, Wilkens LR. An epidemiology study of thyroid cancer in Hawaii. *Cancer causen control.* 2003; 1: 223-234.
15. Carling T, Udelsman R: Thyroid tumor. *Cancer Principles and Practice of Oncology.* 7th Philadelphia, Pa: Lippincott William & Wilkins, 2005, pp 1502-19.
16. Thomas V. McCaffrey, MD, PhD. Evaluation of the Thyroid Nodule. *Medscape.* May-June 2000; 5(2):105-106.
17. Mirnezami R, Sahai A, Symes. Day-Case and Short -Stay Surgery: The future for Thyroidectomy?. *Int J Clin Pract.* 2007; 61(7):1216-1222.
18. Thomas V. McCaffrey, MD, PhD. Thyroid cancer in the new millennium. *Medscape.* May-June 2000; 7(3): 200-206.
19. Kin ES, Gong G, Hong GJ, Kim WB. Postoperative findings and risk for maligners in thyroid nodule with cytological diagnosis of the so - called follicular neoplasm. *Korean J Intern. Med* 2003; 18 (2): 94- 97.

Recibido: 4 de marzo de 2008

Aprobado: 8 de septiembre de 2008

Dra. Gladys Iglesias Díaz. Hospital provincial clínico quirúrgico "León Cuervo Rubio".
Carretera central. Pinar del Río. Cuba. Teléfono 754443