

PRESENTACIÓN DE CASO

Carcinoma anaplásico de tiroides

Anaplastic thyroid cancer

Javier Martínez Navarro*, José Alberto Puerto Lorenzo**, Lisanka Fumero Roldán*

*Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". **Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba. **Correspondencia a:** Javier Martínez Navarro, correo electrónico: javiermn@jagua.cfg.sld.cu.

Recibido: 3 de septiembre de 2017

Aprobado: 13 de octubre de 2017

RESUMEN

El carcinoma anaplásico de tiroides es uno de los tumores sólidos más agresivos que se conocen y constituye una forma rara, pero muy letal de cáncer. La sintomatología que lo caracteriza, al ser inespecífica, con frecuencia suele retrasar el diagnóstico, haciendo que la mayoría de los pacientes se diagnostiquen en fases avanzadas. Se presenta el caso de una paciente femenina de 66 años de edad con presencia de masa palpable en la región anterior del cuello, de rápido crecimiento que se acompaña de disfagia, disnea, anorexia y pérdida de peso. La punción aspirativa con aguja fina permitió el diagnóstico de un carcinoma anaplásico de tiroides. Se decide intervenir quirúrgicamente. En la cirugía se observa una gran masa tumoral tiroidea que infiltraba y estenosaba macroscópicamente tráquea y esófago. Se realiza excéresis de la tumoración y la paciente resuelve su disfagia de forma transitoria. Reaparece el aumento de volumen en la región anterior del cuello, así como disfagia y disnea más acentuada. Se le realiza traqueostomía de urgencia, manteniéndose inestable por cinco días. Fallece a los doce días de intervenida, después de una parada cardiorespiratoria, de la cual no logró recuperarse.

Palabras clave: CÁNCER TIROIDEO; CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES; PAAF.

Descriptor: NEOPLASIAS DE LA TIROIDES; CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES.

SUMMARY

Anaplastic thyroid cancer (ATC) is one of the most aggressive solid tumors ever known and it is a strange but very lethal form of cancer. The symptomatology that characterizes it is not specific, so it usually retards the diagnosis leading to the fact that most of the patients are diagnosed in advanced stages. This study presents the case of a 66-year-old female patient with a palpable mass in the front part of the neck, which grew very quickly and was accompanied by dysphagia, dyspnea, anorexia and weight loss. The fine-needle aspiration puncture allowed the diagnosis of an anaplastic thyroid carcinoma and surgical intervention was decided. On surgery a great thyroidal tumoral mass was observed, which macroscopically infiltrated the trachea and the esophagus making them stenosed. Exeresis of the tumor was performed and the patient recovered from dysphagia temporarily. The volume growth in the front part of the neck reappeared, as well as augmented dysphagia and dyspnea. Emergency tracheostomy was conducted keeping the patient unstable for five days. Twelve days after surgery the patient died, after suffering from a cardiorespiratory arrest of which she never recovered.

Key words: THYROID CANCER; ANAPLASTIC THYROID CANCER; FINE-NEEDLE ASPIRATION PUNCTURE.

Descriptors: THYROID NEOPLASMS; THYROID CARCINOMA, ANAPLASTIC.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de tiroides es el carcinoma endocrino más común, aunque solo represente el 1 % del total de tipos cáncer. Su incidencia parece aumentar un 4 % cada año y es tres veces más frecuente en mujeres

que en hombres. Se presenta en un amplio rango de edades, entre los 25 y 65 años. Puede originarse a partir de células foliculares o de células parafoliculares, en función de lo cual se definen dos tipos: a) con origen en el epitelio folicular: carcinoma

Citar como: Martínez Navarro J, Puerto Lorenzo JA, Fumero Roldán L. Carcinoma anaplásico de tiroides. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2017; 42(5). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1177>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

papilar, folicular y anaplásico; y b) con origen en las células parafoliculares: carcinoma medular. (1)

El carcinoma anaplásico del tiroides (CAT) constituye el menos común de todos los cánceres tiroideos, representando del 1 al 2 % de todos ellos; a pesar de esto, es el más agresivo, causando la mayor parte de las muertes, las que ocurren entre el 14-50 %, con una incidencia anual ajustada por edad de 1-2 casos por millón. (2)

La sobrevida media es de cinco meses, menos del 20 % de pacientes sobreviven después de un año de diagnosticados. A pesar de los avances en el tratamiento multimodal, que incluye quimioterapia, radioterapia y cirugía, la sobrevida no ha mejorado. (3)

Todos los pacientes desde su diagnóstico se clasifican como estadio IV, basado en su histología y comportamiento biológico. Por tanto, el reconocimiento precoz de la enfermedad es esencial para permitir el inicio temprano del tratamiento. Aunque infrecuente en la práctica clínica, resulta de extraordinario interés, dado su comportamiento agresivo y mal pronóstico. El presente trabajo tiene como objetivo mostrar a la comunidad médica un caso con diagnóstico de esta entidad desde la perspectiva anatomopatológica, teniendo en cuenta que la misma constituye una rareza en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años de edad, blanca, de procedencia urbana y con antecedentes patológicos personales de padecer de diabetes mellitus de 9 años de evolución, para lo cual llevó tratamiento con glibenclamida de 5 miligramos (mg) tres veces al día. Hipertensión arterial desde hace 8 años, para lo cual consumió captopril, 25 mg cada 8 horas. Hacía aproximadamente dos meses que comenzó con aumento difuso de la región anterior del cuello que le provocaba disfagia, tanto a los alimentos líquidos como a los sólidos, además, estos síntomas se acompañaron de anorexia y toma del estado general con pérdida de peso, referida de aproximadamente 30 libras en los últimos tres meses. Se examina y se decide su ingreso en sala de Cirugía General.

El examen físico mostró una paciente con una glándula tiroidea (GT) aumentada de tamaño difusamente, no dolorosa a la palpación y adherida a planos profundos. El lóbulo derecho (LD) de mayor tamaño permitía palpar un nódulo de aproximadamente 2,5 centímetros (cm), duro, poco móvil. No se palparon adenopatías en el cuello. El resto del examen físico resultó normal.

Se indican estudios analíticos, imagenológicos y punción aspirativa con aguja fina (PAAF).

Estudios analíticos

Hemoglobina: 106 g/l.
Hematocrito: 0,32 vol/%.
Eritrosedimentación: 43 mm/h.
Glicemia: 8,27 mmol/l.

Creatinina: 92 umol/l.

Transaminasa glutámico-pirúvica: 29,3 U/L.

Transaminasa glutámico-oxalacética: 18,4 U/L.

Colesterol: 4,84 mmol/l.

Triglicéridos: 1,34 mmol/l.

Hormonas: T3: 2,1 pmol/L, T4:102 nmol/L, TSH: 1,8 mU/L.

Estudios imagenológicos

Ultrasonido de tiroides: masa no homogénea que afecta toda la GT, de bordes irregulares e infiltrantes de 58 x 45 x 42 milímetros (mm). En la proyección del LD se observó imagen hiperecogénica redondeada que medía 22 x 25 mm con presencia de calcificaciones. No se observaron adenopatías en las regiones laterales ni anteriores del cuello.

Rayos X de tórax: sin alteraciones.

Electrocardiograma: normal.

PAAF de tiroides: positivo de células malignas. Extendido hiper celular con fondo hemático y coloide escaso. Hay sábanas tridimensionales de células foliculares, que muestran atipia y pleomorfismo marcado; categoría Bethesda V.

Se decide intervenir quirúrgicamente. En la cirugía se observó una gran masa tumoral tiroidea que infiltraba y estenosaba macroscópicamente tráquea y esófago. Se realizó excéresis de la tumoración y se envió la misma al departamento de Anatomía Patológica para su estudio.

La paciente resolvió su disfagia de forma transitoria, pues a los 7 días de operada aparece nuevamente aumento de volumen en la región anterior del cuello, así como disfagia y disnea más acentuada. Se le realizó traqueostomía de urgencia. Se mantuvo inestable los siguientes cinco días. Falleció a los 12 días de intervenida después de una parada cardiorespiratoria, de la cual no logró recuperarse. Los familiares no autorizaron la autopsia clínica.

Resultado de la biopsia por parafina de la pieza enviada a Anatomía Patológica

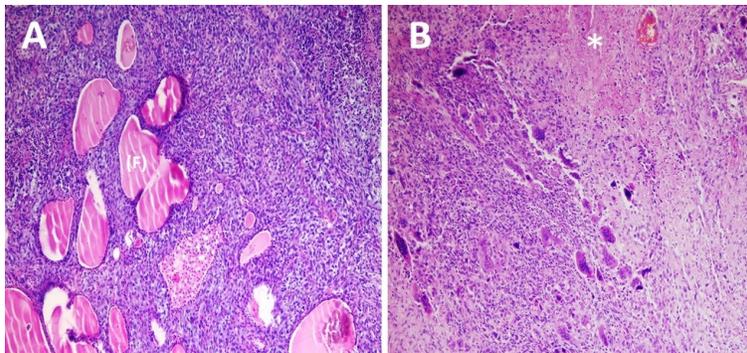
Descripción macroscópica: pieza quirúrgica correspondiente a GT, irregular, que midió 59 x 45 x 43 milímetros en sus diámetros mayores, con evidente deformación de su anatomía clásica y superficie parda clara. En el LD hacia su porción central se palpó zona dura, siendo el resto blando, cuya superficie de corte mostró un nódulo fibrocalcificado redondeado de 23 mm de diámetro y duro al tacto, rodeado de tejido grisáceo con áreas blanquecinas reblandecidas. El lóbulo izquierdo grisáceo con áreas blanquecinas reblandecidas (**imagen 1**).

Diagnóstico microscópico: carcinoma anaplásico o indiferenciado del tiroides, rico en células gigantes tipo osteoclastos. Se observó presencia de émbolos tumorales endolinfáticos y endovasculares. Lesión tumoral que interesó la totalidad de la glándula e infiltró la cápsula del órgano. Nódulo fibrocalcificado en LD. Hemorragia escasa y necrosis en moderada cuantía (**imagen 2**).

IMAGEN 1. Anatomía macroscópica del LD tiroideo; nótese la deformación anatómica del mismo y nódulo fibrocalcificado en la superficie de corte



IMAGEN 2. Aspecto microscópico del tumor: a) zona tumoral con patrón sarcomatoide. Se observan algunos folículos tiroideos (F) atrapados en dicha zona; b) zona tumoral con presencia de células gigantes tipo osteoclastos y necrosis



DISCUSIÓN

El CAT es un tumor indiferenciado de tiroides que deriva de su epitelio folicular. En marcado contraste con los tumores diferenciados de este órgano, los carcinomas anaplásicos son extremadamente agresivos, con crecimiento muy rápido que puede provocar síntomas locales muy severos debido a su crecimiento infiltrativo. Usualmente, para el momento del diagnóstico, están en estadios avanzados. La supervivencia es pobre y solo un 10 % sobreviven cinco años. Los pacientes mueren a consecuencia del crecimiento infiltrativo del tumor. Las pruebas de la función tiroidea suelen ser normales. Es más común en mujeres que en hombres. (4, 5) En este caso llama la atención el rápido crecimiento del tumor, el cual fue detectado por la paciente dos meses antes de acudir al médico, provocando masa palpable en el cuello, disnea intensa y disfagia, como síntomas principales sin variación en la dosificación serológica de hormonas tiroideas.

En el examen físico inicial el 58 % presenta un nódulo solitario, 36 % bocio multinodular, 24 % compromiso bilateral de la glándula o una lesión tiroidea firme y adherida a planos profundos en el 75 % de los casos. (3)

Metastatiza por vía hematogena afectando sobre todo a los pulmones, presentando metástasis en el

momento del diagnóstico en 50 % de los casos. (5) En el caso de nuestra paciente, en el momento del diagnóstico se objetivaba una masa cervical en región anterior del cuello profundamente adherida. Esta masa correspondió a glándula tiroides tumoral con infiltración macroscópica a esófago y tráquea, provocando estenosis parcial de la misma. No se demostró clínicamente metástasis a distancia.

La GT puede ser estudiada con diversas técnicas de imagen como: la gammagrafía, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN); sin embargo, el método más utilizado es el ultrasonido (US). La valoración ultrasonográfica previa a cualquier otra intervención es de fundamental importancia para tratar de definir la naturaleza de la lesión tiroidea y, en la mayoría de los casos, guiar la toma de muestra para la PAAF. Constituye una técnica de primera línea, que permite evaluar la estructura interna y la vascularización y es, además, útil en la detección de lesiones muy pequeñas. (6) Existen características ecográficas sugerentes de malignidad o benignidad. Entre las primeras se describen: imagen hipocogénica, halo periférico incompleto y denso, márgenes irregulares, microcalcificaciones internas y aumento de la estructura vascular interna; entre los segundos: contenido quístico, imagen hipocogénica, halo fino regular, márgenes bien definidos, calcificaciones densas y estructura vascular periférica. (7) En UTS

practicado a esta paciente se describen algunas de estas características.

La PAAF ha mejorado el manejo clínico de las afecciones tiroideas. Ha permitido disminuir a menos de la mitad el número de intervenciones quirúrgicas, y es considerada en la actualidad el procedimiento diagnóstico de primera elección. (8) Es un procedimiento seguro, rápido, útil y rentable. El resultado se toma en cuenta para determinar la técnica quirúrgica de la cirugía. (9) Sus resultados son superiores a los de la biopsia por congelación, porque existe mejor concordancia en sus resultados con la biopsia por inclusión en parafina. (10) La PAAF del CAT se caracteriza por una abundante celularidad, con células aisladas y amontonadas, con células fusocelulares, gigantes y epidermoides, con claras características nucleares de malignidad con núcleos grandes pleomórficas, irregulares con macronucleolos, mitosis atípicas y necrosis. (11) Este examen fue practicado en este caso evidenciando un frotis muy celular con sábanas tridimensionales de células foliculares que exhibían anaplasia y pleomorfismo severo.

Macroscópicamente es un carcinoma grande, voluminoso, con extensa infiltración glandular. Al

cortar la superficie es suave, lobulada con áreas de necrosis, hemorragia y degeneración quística. La histopatología varía ampliamente de tumor a tumor e, inclusive, en el mismo tumor. Se han descrito tres patrones clásicos: el de células gigantes, fusiforme y escamoide. Uno de estos tres patrones suele predominar, sin embargo, la combinación es frecuente. El tipo de células gigantes se caracteriza con un crecimiento sólido, pleomorfismo, células grandes con uno o múltiples núcleos bizarros y un nucléolo prominente. Las mitosis se observan comúnmente. El citoplasma es variable. El escamoide presenta células largas, poligonales, que se asemejan al carcinoma escamoso pobremente diferenciado. Las células son más uniformes, con un citoplasma más eosinofílico. El patrón fusiforme se asemeja de gran forma al sarcoma de tejidos blandos, compuesto por células pleomórficas fusiformes con un núcleo bizarro. (12) Algunas de estas características estuvieron presentes en el estudio anatomopatológico de este caso.

En conclusión, el CAT es una neoplasia poco frecuente en nuestro medio, con un pronóstico muy malo y sin una terapéutica efectiva, donde, a pesar de practicar la tiroidectomía total, no se mejora la pobre sobrevida de los pacientes con esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Galeano Tenorio Á, Torres Ajá L, Puerto Lorenzo J. Cáncer de tiroides. Caracterización en la provincia de Cienfuegos (2006-2010). *Revista Finlay* [revista en internet]. 2012 [citado 7 de octubre 2017]; 2(2). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/109>.
2. Lo TE, Jimeno CA, Paz Pacheco E. Anaplastic Thyroid Cancer: Experience of the Philippine General Hospital. *Endocrinol Metab* [revista en internet]. 2015 [citado 7 de octubre 2017]; 30(2). Disponible en: <https://doi.org/10.3803/EnM.2015.30.2.195>.
3. Pinto Valdivia M; Ortiz Torres M; Villena Chávez J, Chian García C. Cáncer anaplásico de tiroides: Reporte de caso. *Rev Med Hered* [revista en internet]. 2012 [citado 7 de octubre 2017]; 23(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200007&lng=es&nrm=iso.
4. Pedraza Alonso NE, Ferrer Pérez A, Falcón Alonso B, Pérez de Alejo Rodríguez M, Casuso Hernández PO, Valdés Leiva L. Carcinoma anaplásico del tiroides. *Acta Médica del Centro* [revista en internet]. 2016 [citado 7 de octubre 2017]; 6(1). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/716>.
5. Erro Iribarren M, Girón Moreno R, Marcos MC, Zamora García E, Milián Goicochea H, Roca Noval A. Carcinoma anaplásico de tiroides con invasión traqueal. *Rev Patol Respir* [revista en internet]. 2016 [citado 7 de octubre 2017]; 19(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/ibc-157183>.
6. Infante Amorós A, Rodríguez Obret Z, Ramos Duarte R. Características clínicas, ultrasonográficas y anatomopatológicas de pacientes operados por sospecha de malignidad tiroidea. *Rev Cubana Endocrinol* [revista en internet]. 2014 [citado 7 de octubre 2017]; 25(2): 35-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532014000200001&lng=es.
7. Manso García S, Velasco Marcos MJ. Valor actual de la ecografía en la caracterización de los nódulos tiroideos. Revisión de las últimas guías clínicas de actuación. *Radiología* [revista en internet]. 2015 [citado 7 de octubre 2017]; 57(3). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833814000587>.
8. Marrero Rodríguez MT, Sinconegui Gómez B, Cruz Cruz A. Marcadores moleculares en el cáncer de tiroides. *Rev Cubana Endocrinol* [revista en internet]. 2015 [citado 7 de octubre 2017]; 23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000100008&lng=es.

9. Grageda Soto T, Sandoval CJ, Huarachi Loayza M, Grageda García L, Grageda García A. Cirugía en patología tiroidea, 20 años de experiencia en el Hospital Elizabeth Seton. Rev. Cient. Cienc. Méd [revista en internet]. 2015 [citado 7 de octubre 2017]; 18(1). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100007&lng=es.
10. Sierra Fonseca RM, Escalona Veloz R, Galano Stivens E, Cogle Duvergel YY, Medina Tola J. Comparación entre los resultados citológicos e histológicos de pacientes con afecciones tiroideas. Medisan [revista en internet]. 2014 [citado 7 de octubre 2017]; 18(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san13614.htm.
11. Pinto Blazquez J, del Valle Manteca A, Solera Arroyo JC, Cuesta Martínez L, Ursúa Sarmiento I, Baizán García MJ. Sistema Bethesda en el diagnóstico citopatológico de la patología de tiroides [revista en internet]. 2014 [citado 7 de octubre 2017]; 5(8): 66-74. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4756769>.
12. Elizondo Cerdas A. Histopatológica del cáncer de tiroides. Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica [revista en internet]. 2014 [citado 7 de octubre 2017]; 71(610). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=219&IDARTICULO=51251&IDPUBLICACION=5220>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento - No Comercial - Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.