

“ROMPIENDO LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA ATA CANCER MEDULAR DE TIROIDES (CMT) 2015 – A PROPÓSITO DE UN CASO”

Presenta:

Dra. Carolina Neumann

Becada Endocrinología Adultos Hospital del Salvador

CASO 1

Paciente de sexo masculino; a los 49 años se realiza PAAF que sugiere CMT, con calcitonina (CTN) sérica preoperatoria de 591 pg/mL. Se realiza tiroidectomía total con disección central y bilateral; biopsia: CMT lóbulo tiroideo izquierdo de 2,6 cm sin compromiso en 29 ganglios examinados. Mutación RET negativa. Evolucionando con CTN indetectable durante 6 años; el 2015 presenta CTN 4.7 pg/mL y CEA 1.2 ng/mL. En tabla adjunta se muestra evolución de marcadores.

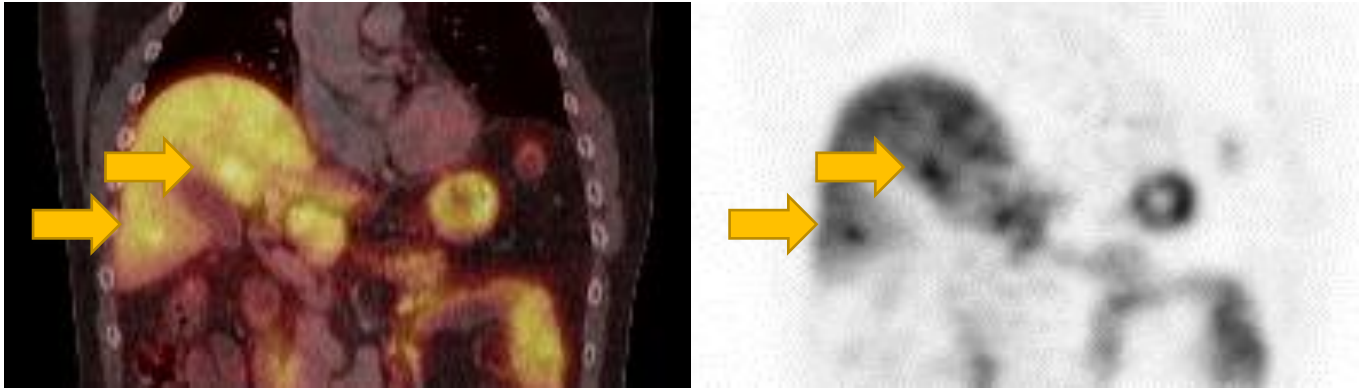
	Mar 15	Oct 15	Ene 16	Jul 16	Nov 16	Ago 17	Jun 18	Nov 18	Mar 19	Nov 19	Mar 20	Jun 20
CTN pg/mL < 2	7,3	16,1	17	17,9	20,7	35,2	42,5	50,7	59,5	80,7	111	105
Pro-CTN Ng/mL < 0,12	0,12	0,15	0,18	0,18	0,33	0,4	0,34	0,57	0,52	0,66	0,8	
CEA ng/mL < 0,1	1,2	0,7	0,5	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	2,3	2,4	2,9	3,1

Junto con el alza de marcadores, ecografía cervical muestra ganglios subcentimétricos en grupo IV derecho e izquierdo. Durante la evolución no aumentan de tamaño y se realizan 4 PAAF de ganglios en distintos centros, que no mostraron elementos de malignidad, acompañado de niveles de CTN indetectables en las muestras.

Cálculo de doblaje de CTN y CEA (marzo 2020): 16 y 51,3 meses respectivamente. Dada ausencia de compromiso cervical y contraviniendo las recomendaciones de CMT ATA 2015, se le solicitan TC de cuello y tórax, RM hepática y cintigrama óseo, a pesar de no presentar niveles de CTN > 150 pg/mL.

RM abdomen muestra 3 lesiones hepáticas hipervasculares, las que se sugiere contrastar con medio hepatoespecífico (ácido gadoxético) para mejorar la caracterización de éstas. Al realizar el examen, se demuestran 4 lesiones focales, la mayor de 10mm, sin retención del medio de contraste, sugiriendo metástasis. PET ⁶⁸Ga-DOTATATE: 2 focos de sobreexpresión de receptores de somatostatina en parénquima hepático, que se correlacionan con las lesiones conocidas, con SUV_{máx} de 6,8 y 7,3 (ver figura). Evaluado por cirujano, se opera en Julio 2020 extirpando 5 lesiones, cuyas biopsias confirmaron metástasis de CMT.

Conclusiones: las guías clínicas, si bien orientan y permiten realizar manejos basados en evidencia, siempre deben estar puestas en contexto del paciente en particular. En este caso, si se hubiese ceñido estrictamente a las normas, no habría sido posible detectar las metástasis hepáticas dentro de una ventana de oportunidad para lograr una resección quirúrgica con intención curativa.



Referencias:

Wells, S. A., Jr, Asa, S. L., Dralle, H., Elisei, R., Evans, D. B., Gagel, et al (2015). Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. *Thyroid* 25(6), 567–610.