Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes

NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE TIROIDES

Presenta: Dra. Valentina Arbizu
Residente endocrinología, sede Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile
Tutora: Dra. Erika Díaz
Endocrinóloga
GRUPO ÁREA OCCIDENTE

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años, sin comorbilidades conocidas. Historia de aumento de volumen cervical de 6 años de evolución, sin síntomas compresivos. Sin antecedentes de cáncer tiroideo en la familia. Evaluada por endocrinología en HSJD en 2026. Al examen físico: nódulo tiroideo ístmico que se extiende a lóbulo tiroideo izquierdo, firme, que mide aproximadamente 4x5 cm. IMC 33,7. Trae exámenes realizados ambulatoriamente en extrasistema:

- Laboratorio: TSH 1.35, T4L 1.2, Tiroglobulina ultrasensible 5.2, Anticuerpos antitiroglobulina 97 (-)
- Ecografía Tiroidea 2020
  - Nódulo tiroideo derecho hipoecogénico, sólido de 14x7 mm
  - Nódulo tiroideo izquierdo hipoecogénico, bordes lobulados de 34x34 mm
- Ecografía tiroidea 2025
  - Nódulo tiroideo derecho hipoecogénico de bordes definidos de 22 mm
  - Nódulo tiroideo izquierdo/istmo 30 mm
  - Múltiples adenopatías región cervical izquierda, una sospechosa de 7x8x21 mm

Se indica PAAF a Nódulo ístmico/LTI de alta sospecha.
Citología: compatible con carcinoma papilar de tiroides (Bethesda VI)
Ecografía de etapificación: masa sólida hipoecogénica, heterogénea, con microcalcificaciones de istmo y LTI de 43x28x41 mm con extensión extratiroidea. Por anterior reemplaza el plano muscular. Por posterior contacta cartílagos traqueales en toda su extensión con pérdida de definición de la pared traqueal por al menos 20 mm de longitud. No se observa extensión al surco traqueoesofágico. Múltiples adenopatías sospechosas de diseminación tanto supra ístmicas, infra tiroideas bilaterales y paratraqueales; esta última, que es la de mayor tamaño, alcanza 17x10 mm.
En el grupo cervical lateral izquierdo y derecho se identifican adenopatías sospechosas de diseminación en los grupos II, III y IV.

Se complementa con tomografía computada de cuello y tórax: masa tiroidea del istmo, lateralizada a izquierda, que mide 53x33 mm. Extensión extratiroidea: por anterior a músculos pre tiroideos y por posterior a cartílago cricoides y anillo traqueal superior, con una extensión en el eje axial de 10 mm y en el eje céfalocaudal de 12 mm. Múltiples adenopatías paratraqueales altas y cervicales laterales y posteriores izquierdas de aspecto secundario. Nódulos pulmonares bilaterales sospechosos de hasta 6 mm. Se discute multidisciplinariamente en comité de tiroides (endocrinología, cirugía cabeza y cuello, cirugía de tórax, oncología, radioterapeuta, radiología, medicina nuclear), donde se define enfermedad con alta probabilidad R2, con compromiso traqueal por lo que se decide complementar con videobroncoscopía y estudio molecular en plan de evaluar neoadyuvancia.

Videobroncoscopía: a nivel proximal de la tráquea se evidencia lesión eritematosa exofítica. Estudio molecular: mutación BRAFV600E

En resumen: mujer de 38 años con lesión de rápido crecimiento, tiroglobulina baja y compromiso traqueal y a distancia. Se acuerda con oncología neoadyuvancia con dabrafenib / trametinib y posterior cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

• Pitoia F, et al. Neoadjuvant therapy in thyroid cancer: an emerging approach. Endocrine.2026;91(1).
• Bauzon J, et al. Neoadjuvant therapy with multikinase inhibitors for locally advanced differentiated Thyroid cancer: a systematic review. Thyroid. 2025;35(10).
• Qian K, et al. E ect and Safety of Apatinib as Neoadjuvant Therapy in Locally Advanced Differentiated Thyroid Cancer: A Phase 2 Trial. J Endocr Soc. 2024;8(9):bvae132.
• Russell M, et al. Neoadjuvant therapy to improve resectability of advanced thyroid cancer: A real-world experience. Head Neck. 2024;46(10):2496–2507.