

RESUMENES DE CASOS CLINICOS ENAEF 2015

**Viernes 10-12.30 hs: 4 casos**

**CASO 1: M. M**

Mujer de 55 años de edad.

Oriunda de Paraguay.

Sin antecedentes familiares ni personales de riesgo para Ca T.

MC: bocio nodular LD por ECO nódulo heterogéneo hipoeoico con microcalcificaciones y bordes poco definidos de 19 mm. No se observa compromiso ganglionar al momento del examen.

PAAF: compatible Carcinoma Papilar Bethesda VI

ECO cervical pre quirúrgica sin sospecha de compromiso ganglionar.

LCI: movilidad de CV SP

BRAF en PAAF negativo

20/3/15 Tiroidetcomia Total sin vaciamiento.

Diferida:

CARCINOMA PAPILAR variante clásica

Tamaño: 20 mm

ETE presente mínima

Invasión vascular presente

Ganglios adyacentes al tejido tiroideo 0/2 (características reactivas)

*Cómo clasificaría a la paciente según riesgo de recurrencia? Es suficiente el informe AP para poder clasificarla en R.R.?*

*Tiene indicación de dosis ablativa? Qué dosis?*

*Es correcta la conducta quirúrgica tomada? Porqué?*

**CASO 2: P.A.**

Mujer de 66 años de edad.

AP: IRC en plan de diálisis trisemanal

MC: evaluación de incidentaloma tiroideo hallado en el estudio de hiperparatiroidismo 3º.

ECO: se observa en LI nódulo sólido de 13\*9 mm con calcificaciones, ecoestructura heterogénea, bordes pocos definidos, con flujo periférico (aspecto proliferativo).

No se observan ganglios patológicos.

PAAF:3/2013 Bethesda I insuficiente.

Dado Cx programada de paratiroidectomía se sugiere realizar Lobectomía diagnóstica.  
28/6/13

Congelación: Microcarcinoma Papilar → Completan la Tiroidectomía

Sin vaciamiento central, por tamaño y cNO.

**AP Diferida:**

LD: 55\*32\*9 mm

**Microcarcinoma Papilar de 1 mm**

Sin ETE

márgenes no comprometidos.

Sin invasión vascular

LI: 50\*20\*12 mm

**Microcarcinoma Papilar Vte mixta de 9 mm**

Sin ETE

Márgenes no comprometidos

no capsulado.

Sin invasión vascular

**T1am NO M0 Estadío I**

*Que utilidad tiene la congelación en el Ca de Tiroides?*

*Ablación? Tiene indicación?*

*Criterios Consenso Intersocietario y ATA*

Control a los 6 meses:

*bajo Levotiroxina 137 mcgr*

TSH: 0.22 Tg: 0.37 Tg Abs: negativos.

ECO 6 meses negativa.

Control 15 meses:

TSH 0.11 Tg: 0.18 Tg Abs: negativos

ECO se observa ganglio yugular medio nivel III de 13 mm con aspecto secundario (quistificado).

PAAF ganglionar con Tg en lavado de aguja:

Citología negativa para atipías.

*Tg en lavado de Aguja 457 ng/dl*

10/2014 se realiza vaciamiento niveles IIa, III, IV, Vb izquierdos (VLCI y VCB).

Diferida: 3/34 ganglios positivos para metástasis de Carcinoma Papilar mayor de 2 cm con extensión extranodal en los mismos.

*Como reestadificarían a esta paciente?*

*A qué tiempo debe realizarse la reestadificación?*

*Cuál es la utilidad de la misma?*

*Que conducta terapéutica tomarían luego de esta Cx.?*

### CASO 3: V.A.

Paciente femenina de 62 años de edad.

Antecedentes de Adenocarcinoma endometroide de utero operado en el 2008, con radioterapia local y braquiterapia.

2012 en Screening Onco le detectan bocio nodular en LD.

ECO 2012 nódulo de 12 mm en LD sólido hipoecoico. (no informan otra característica) .

Eutiroidea con ACS negativos.

PAAF 2012 Bethesda II compatible con hiperplasia nodular.

Queda en control

2013 TC control con metástasis pulmonares bilaterales recibiendo QMT desde 1/2013 a 10/2014 decidiendo la paciente suspender QMT ante enfermedad pulmonar estable. Realizando tratamiento alternativo.

Seguimiento de nódulo tiroideo sin cambios clínicos ni ecográficos.

PAAF 2014 Bethesda I

ECO se observa en LD nódulo sólido de 13\*7\*11 mm sin halo con bordes poco definidos sin flujo al doppler.

PAAF 2015 Bethesda V sospechoso de carcinoma medular. (Células plasmocitoides, poligonales, algunas fusiformes, con prolongaciones citoplasmáticas, núcleos pleomorficos. citoplasma granular, basófilo.)

Laboratorio 3/2015

Calcitonina sérica: 322 pg/mL (<11.5) CEA 9.7 (<5)

Calcemia 9.8 PTH i : 50

Adrenalina 21.7 ug/24 h\* (0.5-20) NA 36.4 (15-80) MN 49.6 (7-58) Normetanefrina 40.1 (3-43) DA 158 (150-650) VAM 5.1 (0.2-8)

Se indica Tx Total y biopsia de lesión pulmonar. La paciente acepta la tiroidectomía pero no la biopsia pulmonar.

Se realizó Tx total + VCbi y VLC bilateral.

*Qué estudios diagnósticos son importantes en el bocio nodular?*

*En el contexto de bocio nodular con conducta quirúrgica qué estudios son necesarios?*

*Ante sospecha de un carcinoma medular que estudios solicitaría en el prequirúrgico y que utilidad tienen los mismos desde el punto de vista terapéutico?*

#### **CASO 4: O.L**

Paciente 62 años

Oriunda de Perú

Niega antecedentes familiares de Ca de T.

No radiaciones.

MC: bocio nodular eutiroideo, según refiere de varios años de evolución.

PAF 2013 Bethesda III.

EF: nódulo de 2 cm en LD indurado no adherido no se palpan adenopatías.

ECO aspecto proliferativo sólido con calcificaciones y bordes poco definidos.

PAAF Bethesda III AUS/FLUS

Ante dos Citología Categoría III de Bethesda se solicitan estudios preCx.

ECO para evaluar cadenas ganglionares, Laboratorio con CT, Calcio y EFT.

ECO sin signos de compromiso ganglionar.

Calcitonina 692

TSH 1.74 T4 libre 1.30 ATG neg ATPO neg

Tiroidectomía total + VCbi y VLC bi

Ante el valor de Calcitonina se solicita TC de torax y cuello, catecolaminas para descartar feocromocitoma, es derivada al hospital de Niños para estudio de mutaciones del RET.

Catecolaminas en orina normales.

Laringoscopia sin compromiso de CV.

TC de cuello y tórax que muestra nódulo de 16 mm en LD, ganglios en rango no adenomegálicos a predominio yugulo carotídeo derecho.

Cirugía: Tiroidectomía Total + VCBI y VLCDcho.

AP:

Carcinoma Medular de Tiroides en LD de 24 mm

Microcarcinoma Papilar de Tiroides de 3 mm.

Márgenes libres

Vaciamiento:

Recurrencial: 2 ganglios con metástasis de carcinoma papilar.

Laterocervical derecho: 0/24 ganglios negativos.

*Cuál es la indicación del dosaje de CT en los nódulos tiroideos?*

*Qué recomendación surgen de las distintas guías y consensos al respecto?*

*Qué utilidad tiene el valor de la CT pre Cx?*

*Ante el hallazgo de una adenopatía sospechosa pre Qca en este paciente que conducta tomaría?*

*Cómo seguiría en el tiempo a esta paciente?*

**Viernes de 15.30-18.00 hs 4 Casos:**

**Caso 5 C.L.**

13 años, evaluación tiroidea (pase de pediatría por tumoración en cuello)

Medicación: no

AF: no refiere tiroideopatía familiar

AP: cesárea a término, PN: 3.340 kg .

Convulsiones febriles

Cx por fimosis.

Clínica:

Nota crecimiento de una tumoración en cuello en las últimas dos semanas.

Episodio de CVAS en los últimos 3 días.

Ecografía tiroidea: 06/10/14:

LD 78\*30\*33 ecoestructura heterogénea, se observan 2 nódulos isoecogénicos con halo periférico hipoeoico que mide 14,8\*11,2 mm (escasa vasculariz central y perif) y otro nódulo de 21.5\*11,7 mm (no vascularizado), resto del parénquima se observan microcalcificaciones dispersas en todo el lóbulo. Aspecto ecográfico proliferativo. istmo 11,3 mm heterogéneo.

LI 57\*20\*21 mm heterogéneo, con múltiples imágenes compatibles con microcalcificaciones en forma difusa, sin nódulo definido..

Ecografía Cervical: múltiples adenopatías bilaterales algunas de las mismas quistificadas se destacan en cadena yugulocarotídea dcha 2 adenopatías de 17,4 \*8,2 y 18,4\*8,5 mm.

EF: P49;500 (p75-90) T156 (P50-75)

FC 80\* min

Clínicamente eutiroides

Se palpa bocio tiroideo indurado de 60 gr aproximadamente a expensas de LI, no se palpaba adenopatías.

Niega síntomas de hipo o hipertiroidismo.

Laringoscopia: cavum libre, epiglotis de estructura y movilidad conservada, cuerdas vocales de estructura y movilidad conservada, senos piriformes libres.

PAAF nódulo tiroideo: Compatible con Carcinoma Papilar impresionado vte esclerosante. Categoría VI de Bethesda.

PAAF ganglio laterocervical derecho e izquierdo + para metástasis de CP.

Tg sérica: 9,38

Tg en lavado de aguja de adenopatía cervical derecha. 531 ng/ml. Adenopatía izquierda: 1250 ng/ml.

lab 8/10/14 Hto 39 Hb 13,5  
GB 10400 fal 253  
TSH 16,24 T4 7,31 T4I 0,76 T3 135  
ATPO >1000 ATG 5500

TC: 9/10/14

Se observa glándula tiroides aumentada de tamaño con microcalcificaciones dispersas en toda la glándula que se extiende a opérculo torácico.

Disminución del calibre lateral de la vía aérea.

Múltiples adenopatías laterocervicales y en triángulo posterior todos homogéneos sin calcificaciones.

Tórax:

Se observan imágenes micronodulillares en:

- Segmento anterior del LSD
- Segmento anterior del LSI en contacto con pleura.
- Segmento apical del LII.

*Cuál es la estadificación prequirúrgica? TNM? Qué utilidad tiene la misma?*

Operado 23/10/14 : Tiroidectomía Total y VCBi y VLCBi (II,III;IV y V) Hospital Garrahan.

Diferida: CARCINOMA PAPILAR VTE ESCLEROSANTE DIFUSA en ambos lóbulos.  
Tamaño mayor 50 mm  
Extensión Extra Tiroidea positiva en tejido peritiroideo.  
Ausencia de Invasión Vascular

VLC Bilateral: Ganglios 13/46 + para metástasis CP tamaño mayor 25 mm, ENE negativa.  
VC Bilateral: Ganglios 4/16 + para metástasis de CP tamaño mayor 18 mm, ENE negativa.  
T3 N1b Mx

*Cual es la estadificación post quirúrgica y el Riesgo de Recurrencia?*

Se indica Ablación con 150 mCi de I131, en estado hipotiroideo.  
RCT a la semana positivo en cuello tres focos y captación a nivel pulmonar derecho.

Actualmente en tratamiento con levotiroxina a dosis supresiva de TSH en plan de reevaluación.

*Cuál es el objetivo de TSH de este paciente?*

*Cuál es el pronóstico de sobrevida y recurrencia?*

*La edad en casos de niños es un factor de mayor mortalidad o de peor pronóstico?*



## **CASO 6 SA:**

MC: adenopatías cervicales.

2001: Edad consulta: 11 años.

Refiere la familia que comienza 4 años previos a la consulta con ganglios en cuello, consultando a pediatras y otorrinolaringólogos sin diagnóstico por lo que la madre pide consulta con endocrinología del hospital.

Al examen se detecta nódulo en LI indurado de 3 cm y adenopatías bilaterales induradas.

PAAF: nódulo tiroideo izquierdo positivo para Carcinoma Papilar

PAAF ganglio: positivo para metástasis de CP.

Se realiza estudios prequirúrgicos ECO, LCI, TC.

Detectándose imágenes micronodulillares en ambos pulmones.

CX: Tiroidectomía total + VCBi y VCLBi.

Diferida:

CARCINOMA PAPILAR VTE CLÁSICA BILATERAL MULTIFOCAL

Sin ETE, Sin invasión vascular .

Tamaño foco mayor 38 mm.

Ganglios: Centrales 3/12 positivos para metástasis (no informan tamaño ni ENE)

Laterocervicales:

Dchos 2/9 positivos para metástasis (no informan tamaño ni ENE)

Izq. 3/7 positivos para metástasis de CP (no informan tamaño ni ENE)

Dosis Ablativa: 160 mCi 13/12/01

RCT a la semana: positivo en cuello 3 focos y captación pulmonar difusa bilateral.

Centellograma óseo negativo 18/11/02

*Cuál es la estadificación TNM y Riesgo de Recurrencia?*

*Qué información nos aporta el RCT post DT?*

Fecha	TSH	TG	ATG	Observación	Conducta	
9/12/01	123	145	negativos	Pre Ablación T4 off.	DA 160 mCi	RCT positivo en cuello y pulmón.
5/5/02	0,01	2,14	negativos	T4 on		
6/8/02	88	60	negativos	T4 off pre DT	DT 200 mCi	RCT positivo en cuello negativizó pulmón.
5/6/03	100	54	negativos	T4 off pre DT	DT 130 mCi	RCT positivo en cuello
30/7/04	100 3er día	26,9 5to día	negativos	rhTSH	DT 200 mCi	RCT positivo en cuello
8/11/05	0,76	1,42	negativos	T4 on		
30/6/06	198 3er día	39,1 5to día	negativos	rhTSH post DT	DT 200 mCi	RCT positivo en cuello
5/12/06	0,23	1,11	negativos	T4 on		
6/2/07	272	21,1	negativos	T4 off pre DT	DT 200 mCi Dosis Acumulativa 1090 mCi	RCT positivo en cuello GB normales
11/4/08	47,9	11,9	negativos	T4 off	RCT 4 mCi PET positivo Cuello	
20/8/08	0,10	7,1	negativos	T4 on	PAAF ganglio neg TG paaf neg	
20/3/09	0,96	0,64	negativos	T4 on		
10/2/10	0,16	0,21	negativos	T4 on		
16/4/10	67,9	6,47	negativos	rhTSH	PET + ganglio carotídeo derecho	PAAF ganglio citología negativa y TG lavado negativa
7/8/12	121	5,64	negativos	T4 off	PET negativo RCT 4 mci positivo en cuello escaso	Dosimetría interna con buena recuperación
17/5/13	0,04	0,20	negativos	T4 on	ECO cervical negativa	Conducta Expectante
7/2/14	0,10	0,14	negativos	T4 on	ECO cervical negativa	Conducta Expectante
7/4/15	0,10	0,23	negativos	T4 on	ECO cervical negativa, TC cuello y torax negativa	Conducta Expectante

*Observando la tabla de la evolución qué tipo de persistencia tiene la paciente?*

*Tiene indicación de recibir Yodo nuevamente como tratamiento?*

**CASO 7 PZ:**

Mujer 54 años

No antecedentes familiares de Ca de T.

Niega radiaciones previas

Consulta por el hallazgo en chequeo clínico de nódulo ecográfico

ECO con nódulo de aspecto proliferativo en LD de 11 mm (hipoecoico, calcificaciones y bordes irregulares).

PAAF: compatible con CP Bethesda VI

Estudios prequirúrgicos:

ECO cervical sin compromiso ganglionar.

LCI: SP

Estadío pre CX: T1N0 M0

Se realiza Tiroidectomía Total sin vaciamiento por ser cN0.

Diferida:

- CARCINOMA PAPILAR VARIANTE CLASICA
- Multicéntrico
- Tamaño foco mayor 10 mm
- Intratiroideo
- Sin invasión vascular

T1as N0M0

*Cuál es el riesgo de recurrencia de la paciente?*

*Requiere dosis ablativa? Porqué?*

*De indicar ablación que dosis recomendaría?*

*Tiene indicación de rastreo pre dosis?*

## **CASO 8 CH:**

Varón 33 años

Antecedentes negativos de importancia: (no fiar con Ca de T. no radiación previa)

23/09/2014

Ecografía:

Nódulo en lóbulo derecho 2,2 x 1,3cm heterogéneo de contornos irregulares con pequeñas áreas de aposición cálcica en su interior, vascularización central y periférica, técnica elastográfica de consistencia dura). Consistente con el hallazgo palpatorio a nivel de la cadena laterocervical derecha se visualiza voluminosa formación nodular de 3,5 x 1,9 cm hipoecogénica heterogénea con áreas anecogénicas en su interior, atribuible a estructura ganglionar en el rango adenomegálico con posibles áreas necróticas en su interior. Se visualizan múltiples imágenes de similares características pero menor tamaño a nivel de ambas cadenas laterocervicales como así en los espacios supraclaviculares todas ellas en rango adenomegálico y de similares características ecoestructurales.

PAAF nodulos y ganglios positiva para Carcinoma Papilar.

Se realiza Tiroidectomía y vaciamiento ganglionar central bilateral y Laterocervical bilateral.

### INFORME ANATOMOPATOLOGICO

LD carcinoma papilar variante clásica y folicular de 2,5x2x1,5 cm con invasión capsular y angiolinfática.

Ll: carcinoma papilar variante clásica y folicular de 0,7x0,7 cm con invasión capsular y angiolinfática.

Lesiones asociadas a tiroiditis de Hashimoto.

Ganglios (todos con ruptura capsular): 10/12 peritiroideos derechos (el mayor de 1,5cm), 6/7 peritiroideos izquierdos (el mayor de 1,2 cm), 12/19 cervicales derechos (el mayor de 3,5 cm), 11/13 cervicales izquierdos (el mayor de 3 cm), 2/3 nivel I cervical derecho (el mayor de 1,2cm).

TOTAL 41 GANGLIOS POSITIVOS (todos con ruptura capsular).

*Cuál es la estadificación de riesgo por TNM de este paciente?*

*Cómo lo clasificaría según riesgo de recurrencia del Consenso Intersocietario 2014?*

18/12/2014

TSH: 132 uUI/ml -Tiroglobulina mayor de 300 ng/ml-AcAT menor de 20 UI/ml (h 40 UI/ml)

22/12/2014

RCT-SPECT/CT 0,5 mCi

Captación en cuello: 2%

Captación en nódulo laterocervical derecho inferior: 4,4%

INFORME:

Lecho tiroideo: un área focal medial superior con extensión hacia el sector lateral izquierdo de la tráquea, laterocervical izquierdo superior (muy leve), lecho inferior izquierdo (anterolateral a la tráquea).

Fuera de lecho: foco de importante avidéz (significativamente más que los focos de lecho) en región laterocervical inferior derecha que co-registra con lesión de partes blandas, nodular de 27,6 mm en topografía del grupo ganglionar IIIb y otro en región laterocervical superior derecha de menor avidéz y tamaño.

Captación leve en ambos campos pulmonares.

*Qué información le aporta la Tg predictiva?*

*Cuál es la utilidad del rastreo pre dosis? Qué diferencia existe entre este caso y el anterior?*

*Cuál es la dosis ablativa para este paciente según su criterio?*

### **CASO 9: H.M**

Paciente mujer de 62 años.

AP: BMN; autoinmunidad tiroidea, HTA.

Cirugía por Carcinoma Papilar de Tiroides (T1N0M0)

Ingresa a Hospital por cuadro psiquiátrico.

Paciente que recibe 6 semanas previo al ingreso 100 mCi de I 131 como Dosis Ablativa por carcinoma papilar de tiroides estadio I (T1N0M0), en estado hipotiroideo 4 semanas sin tratamiento. Por razones desconocidas no inicia el tratamiento luego de la dosis ablativa.

Presenta el día previo a la consulta cuadro de conducta inapropiada, alucinaciones visuales y auditivas, autoagresión y agresión a familiares.

#### **Examen físico:**

TA 140/70 mmHg, FC 62 lpm Tº 36°C

Facies abotagada, Macroglosia, Edema bipalpebral, Piel fría e hipohidratada, Edemas en miembros inferiores.

#### **Exámenes Complementarios:**

Rutina de laboratorio, Tomografía Computada de Encéfalo, Resonancia Magnética de Encéfalo, Electroencefalograma, Punción Lumbar. **Dentro de parámetros normales**

Evaluada por el Servicio de Psiquiatría: Cuadro de psicosis aguda.

Tratamiento: Haloperidol 2.5mg IM por única vez. Continuando con Haloperidol 2.5mg/d VO. Lorazepam 2.5mg/d VO. Levomepromazina 12.5mg/d VO.

Parámetro	Al ingreso	1er semana	Mes	6 meses Alta por psiquiatría
TSH	<b>62.9 mU/l</b>	<b>39.4 mU/l</b>	<b>16.1 mU/l</b>	<b>&lt; 0.03 mU/l</b>
T4	<b>&lt;1 ug/dl</b>	<b>10.4 ug/dl</b>	<b>13.9 ug/dl</b>	
T4 libre	<b>&lt;0.35 ng/dl</b>	<b>1 ng/dl</b>	<b>1.8 ng/dl</b>	<b>1.76 ng/dl</b>
T3	<b>70 ng/dl</b>	<b>190 ng/dl</b>	<b>90 ng/dl</b>	
Tratamiento	Levo 200 mcgr en bolo, luego T4 100 VO y T3 20mcgr /día VO	Levotiroxina 100 mcg/d + T3 20 mcg/d VO	Levotiroxina 150 mcg/d VO	Levotiroxina 150 mcg/d VO

*Cuál es la dosis actual indicada en estos pacientes?*

*Cómo seguiría a esta paciente?*

*Qué alternativas existen para realizar el primer follow up?*



**Sábado 10.00-12.00 hs. 4 Casos**

**Caso 10: S.C**

Paciente de 36 años sin antecedentes familiares de Ca T.

Consulta 2010:

Clínica de disfonía

Parálisis de CV

Bocio nodular al examen físico.

Citología sospechosa de CMT

Laboratorio:

Calcitonina 870 pg/ml

CEA 254 ng/ml

Catecolaminas normales

9/2010 TIROIDECTOMÍA TOTAL + Vaciamiento Central Bilateral y Vaciamiento Latero Cervical Bilateral.

Anatomía Patológica:

CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES

Tamaño 4 cm

Infiltra esófago

Vaciamiento:

Central 6/12 ganglios positivos para metástasis

Latero cervical izquierdo: 8/30 ganglios + para metástasis.

Latero cervical derecho: 0/37 ganglios negativos.

**T4a N1b Mx: Estadío IV A**

**Estudio de RET en sangre periférica:**

**NEGATIVO PARA FORMAS FAMILIARES**

(Polimorfismo de Gly 691 Ser en exón 11, Leu 769 leu en exón 13 y Ser 904 ser en exon 15 del protooncogen RET.).

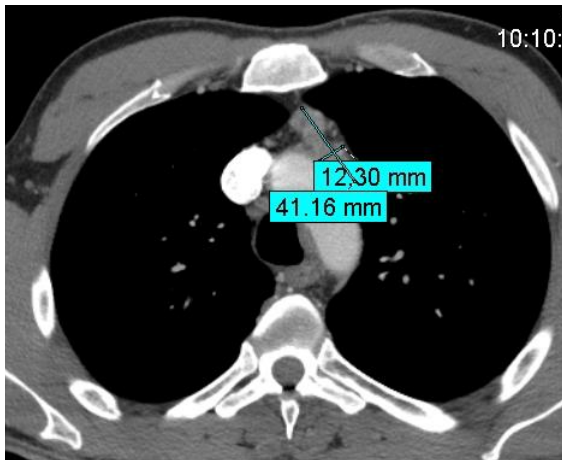
*Radioterapia local 30 sesiones (6000 cGy)*

*3 Cirugías posteriores (2011-2013) por recaída local resección ganglionar cervical en dos de las cirugías y recidiva paratraqueal.*

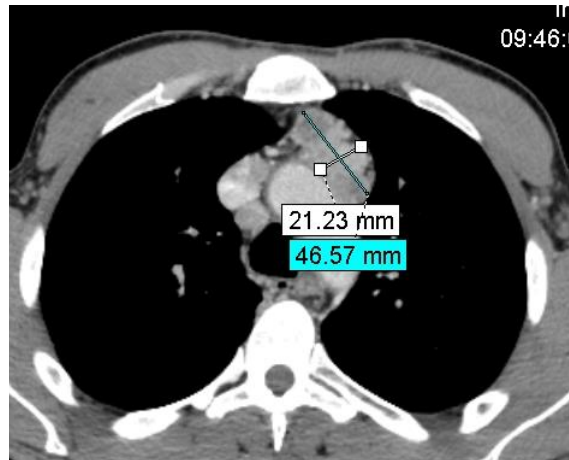
*6/2013 comienza con diarreas acuosas y flushes por lo que recibe Octetride (Sandostatin® LAR) 20 mg. Con buena respuesta.*

FECHA	CT pg/ml <0.7-5	CEA ng/ml <5	
8/2010 pre Cx.	870	254	
1/2011 90 d post Cx.	114	9,7	2da Cx. Resección ganglio cervical peri carotídeo
3/2011 30 d Post 2da Cx	16	2,7	
11/2011	88		3ta Cx. Resección recidiva paratraqueal Radioterapia 6000 cGy
6/2012	39,5		
10/2012	28,3		4ta Cx. Resección ganglio supraesternal 5/2013
9/2013	299		
2/2014	440	38	Tiempo Duplicación CT: 0,75 años.

7 noviembre 2013



13 de marzo 2014



TC con progresión de la lesión mediastinal en 4 meses y presencia de múltiples imágenes pulmonares bilaterales la mayor de 11 mm.

*2/2014 Estudio de Mutación del RET en muestra del tumor: en Exón 16 mutación 918 (met-tir).*

*5/2014 Comienza con disfagia*

Paciente con Carcinoma Medular de Tiroides Avanzado con imágenes mediastinales y pulmonares, con progresión de las imágenes en mediastino, disfagia por compresión sintomática.

*Qué utilidad tiene el tiempo de duplicación de la Calcitonina?*

*Cuál sería la conducta a seguir en este paciente?*

### **CASO 11: FM**

Paciente sexo femenino de 45 años.

Consulta por nódulo tiroideo de reciente aparición de 3 cm, duro elástico móvil sin adenopatías cervicales.

En la ecografía se describe un nódulo de 30x23mm sólido hipervascularizado de bordes irregulares.

Se realiza PAAF del nódulo: citología compatible con carcinoma papilar.

PAAF adenopatía yugular derecha: disposición papilar, tiroglobulina en lavado de aguja 548 ng/dl.

Fibrolaringoscopia: parálisis de cuerda vocal derecha.

En enero del 2010 se realiza tiroidectomía total con, vaciamiento laterocervical derecho (II, III, IV, V), y compartimento VI bilateral, *shaving* traqueal, resección muscular esofágica.

#### Informe anatomopatológico:

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES VARIANTE CLÁSICA

Tamaño 47mm.

Compromete cápsula glandular.

Embolias vasculares, linfáticas.

Ganglios: 6/37 ganglios positivos para metástasis de CP con ruptura capsular. Invasión tumoral en grasa periganglionar del grupo central.

TAC de torax sin contraste: múltiples imágenes pulmonares nodulares bilaterales.

Centellograma óseo negativo.

#### **Estadío IV C (T4a-N1b-M1).**

Recibe Dosis ablativa: 250mCi de I131 previa administración de corticoides y litio, a fin de estimular la retención de yodo y evitar las complicaciones por radiación.

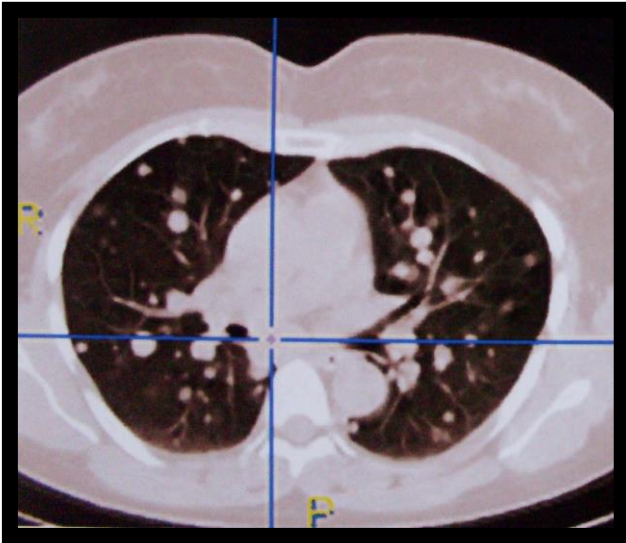
Rastreo corporal total post dosis ablativa en abril 2010, informa captación medial en cuello con prolongación clavicular izquierda y retroesternal, negativo en pulmón.

Mayo 2010:

Tiroglobulina: 145 ng/dl. ATG negativos.

PET-TC con FDG post rhTSH: que describe compromiso retro y pretraqueal bilateral, cervical, supraclavicular, mediastinal y múltiples focos pulmonares.

En noviembre se realiza dosimetría y se administra 200mci de I131 con rastreo posterior negativo y sin respuesta clínica favorable.



La misma presenta disnea ante mínimos esfuerzos.

*Cómo clasificaría a este paciente en este momento?*

*Qué opciones terapéuticas tiene esta paciente?*

CASO 13: N.M

Paciente de 86 años en la actualidad.

Antecedentes:

Reemplazo valvular aórtico con mediastinitis posterior.

2009: Tiroidectomía total + Vaciamiento nivel VI bilateral a los 80 años. Hematoma sofocante posterior.

AP: CARCINOMA PAPILAR VTE CLASICA Y FOLICULAR de 45 mm de tamaño mayor.

Multicéntrico, limitado a la tiroides.

Ganglios negativos.

Estudios pre ablación: Tg predictiva: 1820 ATG us. Negativos TSH 62

Dosis Ablativa: 100 mCi con RCT a la semana positivo en cuello 3 focos.

MC: seguimiento de su carcinoma tiroideo a los 6 meses de la cirugía.

Examen físico: se palpa ganglio yugular izquierdo de 3 cm duro no adherido.

Estudios efectuados:

ECO cervical compatible con secundarismo cervical.

PET/TC con imagen captante coincidiendo con la lesión palpable, aumento de la captación en hígado, otras imágenes no captantes de FDG a nivel pulmonar menores de 1 cm.

Dado la edad, M1 y los antecedentes no se realiza resección del ganglio cervical. Se decide en conjunto con el médico de cabecera y la familia conducta expectante.

Recibe al año de la Cx. DT de 200 mCi post rhTSH positivo en cuello, no captación en pulmón ni hepática.

Lleva 6 años de la cirugía con persistencia de imágenes por PET/TC sin progresión de las mismas.

Asintomático bajo tratamiento con levotiroxina.

*Cuál es la conducta que debemos tomar con este paciente?*

*Qué objetivo de TSH proponen?*

*Qué diferencias encuentran con la paciente anterior?*