

## Caso Clínico:

Paciente mujer de 66 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos, afecta de hipertensión arterial en tratamiento con tres fármacos (enalapril, lercanidipina e hidrosauril), diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes orales y dislipemia.

En septiembre de 2003 fue diagnosticada de bocio multinodular. La ecografía mostró un lóbulo tiroideo derecho de 32 x 37 mm, que en la cara inferior presentaba una masa ecodensa bien delimitada de 31 x 41 x 53 mm; el lóbulo tiroideo izquierdo medía 17 x 20 mm y presentaba un nódulo isoecogénico de 10 mm. La gammagrafía mostraba en el LTD una zona hipoactiva en la porción inferior y el LTI normal. La citología mediante PAAF de la masa del LTD fue compatible con patrón folicular.

Se procedió a tiroidectomía total bilateral en mayo de 2004. La histología fue de carcinoma folicular de 6 cm en el lóbulo derecho, mínimamente invasivo en cápsula, con invasión vascular (pT3 NxMx).

En noviembre de 2004, la Tg era de 4.61 ng/ml. Se procedió a tratamiento ablativo con 125 mCi de  $I^{131}$  observándose en el control al séptimo día un depósito del trazador a nivel cervical.

En julio de 2005, el control de eficacia con 5 mCi de  $I^{131}$  no mostraba acumulaciones patológicas del trazador, únicamente una dudosa actividad muy ligera a nivel anterior. La Tg estimulada era de 4.4 ng/ml.

En junio de 2006, la ecografía detectó, a nivel del tercio inferior del LTD, una lesión nodular, sólida, de aproximadamente 2 x 1.5 cm, hipervascularizada que parecía corresponder a una recidiva tumoral. A nivel laterocervical derecho, también se visualizaba una adenopatía de 3 cm sin signos ecográficos sugestivos de malignidad. El rastreo con 5 mCi de  $I^{131}$  confirmaba la recidiva tumoral tiroidea y laterocervical derecha. La Tg era elevada.

En octubre de 2006, se procede a vaciamiento ganglionar derecho. La anatomía patológica mostró metástasis de carcinoma probablemente diferenciado (patrón insular y trabecular) en uno de los 9 ganglios resecaados.

En febrero de 2007, se administran 150 mCi de  $I^{131}$ , (dosis acumulada 285 mCi). En ese momento la Tg basal era de 0.20 ng/ml y la estimulada de 0.37 ng/ml, sin observarse en el RCT depósitos al séptimo día.

En noviembre de 2007, el control de eficacia con  $I^{123}$  mostró depósito a nivel cervical, restroesternal y mediastino anterior, siendo los niveles de Tg de 8 ng/ml, tanto basales como estimulados.

Por persistencia de enfermedad, se presentó en el Comité Médico-Quirúrgico en enero de 2008 y se decidió nueva administración de 150 mCi de  $I^{131}$  (dosis acumulada 440 mCi). La Tg basal era de 22 ng/ml y la estimulada de 27 ng/ml. El rastreo al séptimo día mostraba pequeño depósito cervical.

En septiembre de 2008, se realiza el control de eficacia con  $I^{123}$  sin observarse depósitos anómalos del radiotrazador, pero con niveles de Tg elevados (125 ng/ml basal y 191 ng/ml estimulada).

En noviembre de 2008, se realiza un PET-CT que objetiva adenopatías parafaríngeas derechas y un nódulo cervical anterior, sin evidencia de lesiones hipermetabólicas sugestivas de actividad neoplásica en otras localizaciones. Se decide nuevo re-vaciamiento ganglionar laterocervical derecho, con ecografía de control que no observa nódulos ni adenopatías. La anatomía patológica mostraba infiltración del carcinoma pobremente diferenciado en las cuatro adenopatías resecaadas, de características superponibles a las extirpadas en 2006.

En febrero de 2010, se realiza otro PET-CT que muestra una adenopatía submaxilar derecha con leve actividad metabólica, también objetivada mediante ecografía. Los niveles de Tg basales fueron de 22.4 ng/ml. Un TAC toraco-cervical evidencia nódulos pulmonares bilaterales de hasta 9 mm sugestivos de M1 pulmonares, sin alteraciones relevantes en lecho quirúrgico. Se decide seguimiento y conducta expectante.

En junio de 2011, se realiza un PET-CT que muestra un aumento de tamaño de los nódulos pulmonares, con aparición de actividad metabólica patológica.

En octubre de 2011, presentado el caso en Comité, se decide tratamiento ablativo con 150 mCi de  $I^{131}$  (dosis acumulada 590 mCi), siendo la Tg basal de 59 ng/ml y estimulada de 54 ng/ml. El control al séptimo día no mostraba depósitos patológicos del trazador.

En mayo de 2012, el rastreo de eficacia a los seis meses resultó negativo pero la Tg basal era de 59 ng/ml y la estimulada aumentaba hasta 71 ng/ml. El PET-CT puso de manifiesto un aumento de captación de las adenopatías laterocervicales y de los nódulos pulmonares.

Ante persistencia analítica de enfermedad, ausencia de captación en el rastreo  $I^{123}$ , PET positivo, en paciente reintervenida en dos ocasiones y con una dosis acumulada de  $I^{131}$  de 590mCi, se presenta la paciente en Comité de tumores para tratamiento fuera de protocolo.

Estrella Diego, R4 endocrino

Hospital Universitari Vall d'Hebron