

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO IRRESECABLE TRATADO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA RADICAL

J. Albendea Roch, I. Díaz de Cerio Martínez.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 71 años que, a raíz de un cuadro de disfonía y opresión cervical, es diagnosticada de carcinoma epidermoide del estrecho torácico superior, de origen tiroideo como opción más probable. La singularidad de la histología en esta localización hace difícil filiar la masa, por lo que se plantean dos posibles opciones como origen del tumor primario: carcinoma epidermoide de tráquea versus carcinoma epidermoide primario de tiroides, siendo esta última estirpe extremadamente poco frecuente.

A esta condición se le añade el carácter multidisciplinar en el proceso diagnóstico con la implicación de varias especialidades en el caso y la excelente respuesta al tratamiento no quirúrgico. Se trata de un caso de curación mediante quimio-radioterapia concomitante dada la condición de irreseccable al diagnóstico, con evidente respuesta tanto clínica como radiológica en las sucesivas consultas hasta el momento actual, que continúa en seguimiento.

Palabras clave: Carcinoma, radioterapia, tiroides.

UNRESECCABLE LOCALLY ADVANCED THYROID SQUAMOUS CARCINOMA TREATED WITH RADICAL CHEMIO-RADIOTHERAPY

ABSTRACT

We present the case of a 71-year-old woman who, due to symptoms of hoarseness and cervical oppression, was diagnosed with squamous cell carcinoma of the upper thoracic outlet, of thyroid origin as the most likely option. The singularity of the histology in this location makes it difficult to identify the mass, which is why two possible options are considered as the origin of the primary tumor: squamous cell carcinoma of the trachea versus primary squamous cell carcinoma of the thyroid, the latter being an extremely rare lineage.

To this condition is added the multidisciplinary nature of the diagnostic process with the involvement of various specialties in the case and the excellent response to non-surgical treatment. This is a case of cure by means of concomitant chemo-radiotherapy given the unresectable condition at diagnosis, with an evident clinical and radiological response in successive consultations up to the present time, which continues under follow-up.

Keywords: Carcinoma, radiotherapy, thyroid.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 71 años, valorada en febrero de 2019 por Neumología por cuadro de disfonía y opresión cervical de 3 meses de evolución, que empeora con el movimiento cervical y el habla.

Entre sus antecedentes de interés destaca ser ex fumadora desde hace 8 años con IPA 75 paquetes-año, bebedora de 10 gr OH al día, y un episodio de fibrilación auricular aislada en contexto de cuadro de neumonía en 2014. No otros hábitos tóxicos, enfermedades ni tratamientos.

A la exploración física presentaba buen estado general, con estridor inspiratorio a la auscultación, manteniendo saturación al 97%, sin cianosis ni acropaquias. Se valora radiografía de tórax realizada días previos destacando impronta traqueal izquierda con desplazamiento de la tráquea hacia el lado derecho y ligera estenosis no presente estudio previo de 2016.

Es derivado al servicio de ORL donde a la palpación cervical objetivan adenopatía submandibular izquierda y mediante nasofibroscopia se vislumbra neoformación en comisura anterior, parálisis de cuerda vocal izquierda y estenosis traqueal. Por este motivo se realiza TC cervical (**Figura 1**) que informa de neoformación en región tiroidea (LTI) con infiltración del tercio superior del esófago y de la tráquea con estenosis suboclusiva de la luz.

En este contexto, ingresa una semana después en Medicina Intensiva desde Urgencias por episodio agudo de disnea y estridor, que condicionaron desaturación debido a estenosis suboclusiva del tercio superior traqueal, precisando intervención quirúrgica que se realiza el a comienzos de marzo 2019 de manos de los equipos de ORL y Cirugía Torácica, consistente en dilatación de la estenosis y colocación de prótesis, que se retiró tras la efectividad del tratamiento

Recibido: 16.03.2022 Aceptado: 25.04.2022

Dr. Javier Albendea Roch.
javier.albendea@scsalud.es

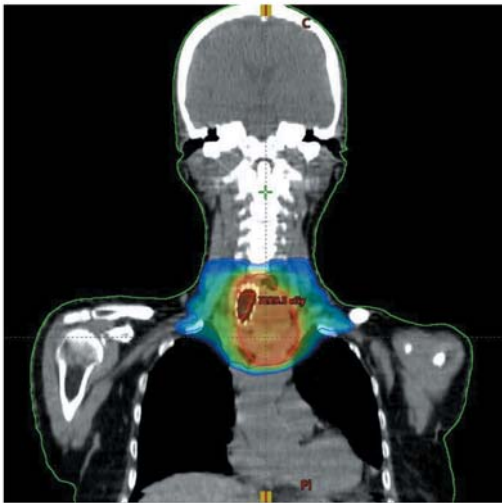


Figura 1: Imagen coronal de planificación del tratamiento, donde se observa la masa cubierta por la dosis radical (color rojo) y los niveles inferiores de cadenas ganglionares cervicales cubiertas a dosis profilácticas (color azul).

En el mismo acto quirúrgico se extirpa el crecimiento endoluminal, vía broncoscopia, con resultado histológico de la pieza extraída (2 x 1,5 x 0,5 cm), mucosa escamosa con focal con displasia de alto grado y biopsia traqueal compatible con carcinoma epidermoide. En el protocolo quirúrgico se informa de: "tumor de tiroides que comprime, desplaza e infiltra la tráquea en una extensión de al menos 3 cm con tejido vegetante endoluminal, que disminuyen la luz traqueal hasta un 90% de la misma". Más tarde se realiza ecoendoscopia por parte del servicio de Digestivo que, objetiva una compresión extrínseca por debajo del esfínter superior, afectando a sus capas más profundas, aunque con mucosa esofágica de características normales que descartan afectación esofágica.

Se realiza PET-TC (**Figura 2**) que objetiva lesión conocida con afectación del lóbulo tiroideo izquierdo y pared traqueal, y captaciones inespecíficas en ganglios mediastínicos.

Con estos hallazgos, se presenta en Comité de tumores Torácicos siendo estadificado como T4 N0 M0, se concluye que se trata de un tumor irreseccable y se plantea tratamiento no quirúrgico con intención radical. En abril 2019 es valorado en consultas de Oncología Médica y Oncología Radioterápica. A la anamnesis presentaba hiporexia y sensación de ocupación gástrica; a la exploración ECOG 2 (*Eastern Cooperative Oncology Group*) con pérdida de 4 kg de peso. Se inicia tratamiento con quimioterapia consistente en Cisplatino (CDDP)-Tegafur.

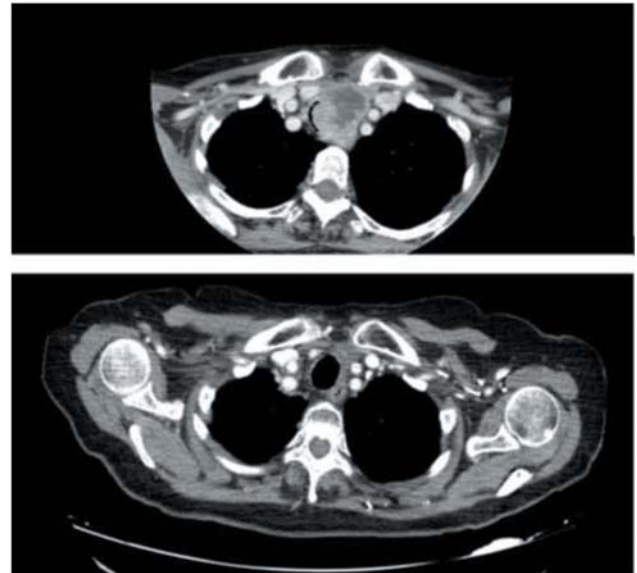


Figura 2: Imágenes de TC axial comparativo. Al diagnóstico (04/03/2019) donde se observa masa abigarrada y heterogénea con paredes y centro hipodenso, probablemente necrótico que se extiende caudalmente hacia el opérculo torácico izquierdo, con desviación traqueal hacia la derecha. En el último estudio (04/01/22) se observa la respuesta completa 2 años y 11 meses después del tratamiento con quimio-radioterapia radical.

Tras valoración en nuestras consultas de Oncología Radioterápica, en abril de 2019 se inicia tratamiento concomitante a dosis radicales sobre tumor primario hasta 68 Grays (Gy) y con dosis profilácticas de 50 Gy sobre niveles ganglionares cervicales inferiores utilizando fraccionamiento convencional de 2 Gy diarios (**Figura 3**).

Durante el tratamiento presentó las siguientes complicaciones: astenia y deterioro general secundario a la enfermedad, un ingreso en abril 2019 por síncope por baja ingesta e hiporexia y diarrea en relación a quimioterapia, y un segundo ingreso por TEP bilateral con resolución completa del cuadro. No pudieron administrarse los últimos 2 Gy por el mencionado ingreso.

A los tres meses finaliza el tratamiento radioterápico y los tres ciclos de quimioterapia. En este momento presentaba astenia G1, radiodermatitis G1, y gran mejoría de disfagia siendo ya de intensidad muy leve, sin odinofagia ni disfonía. Se realiza TC de reevaluación a mediados de Julio que objetiva disminución de tamaño de la masa (2 x 1,3 x 2 cm) en comparación (**Figura 2**) con el TC de diagnóstico sin otros hallazgos destacables. A partir de este momento inicia seguimiento con TAC y consulta en Oncología Médica y Oncología Radioterápica cada 6 meses, permaneciendo en el momento actual en respuesta completa, clínicamente asintomática (ECOG 0) y sin datos de toxicidad tardía.

DISCUSIÓN

El hallazgo de una masa tumoral en el estrecho torácico superior con histología de carcinoma epidermoide supone un reto diagnóstico importante en cuanto al tumor primario que condiciona su estadificación. Debido a la imagen radiológica, la exploración endoscópica y a la impresión del cirujano torácico durante la intervención para la toma de biopsias, este diagnóstico diferencial comprende fundamentalmente el carcinoma epidermoide primario de tráquea y el carcinoma epidermoide primario tiroideo.

En el primer supuesto, nos encontraríamos ante un carcinoma epidermoide primario de tiroides, entidad aún menos frecuente y que estadificaríamos como cT4bN0M0, estadio IV-B. Esta opción se apoya en la primera impresión intraoperatoria de la masa pues, según el protocolo quirúrgico, la catalogaron de tumor primario de tiroides. Comprende menos del 1% de los tumores de tiroides y, según "National Cancer Institute's SEER", se registraron solamente 199 casos entre los años 1973 y 2012¹. Se trata de un tumor de gran agresividad, con una supervivencia a los 5 años del 16% y una mediana de supervivencia al diagnóstico de 9,1 meses, lo cual vuelve a poner en valor el caso presentado al sobrepasar de forma clara esa supervivencia. Se da con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada⁵, y al diagnóstico suele presentarse clínicamente en forma de masa cervical, disnea o disfagia⁶, en concordancia con nuestro caso. Al diagnóstico suele estadificarse como neoformación localmente avanzada, siendo estadificado como T4 en un 70% de las ocasiones frente a T1 únicamente en torno al 5%⁵, lo cual también apoyaría este supuesto. No existe un estándar de tratamiento, aunque los escasos datos apoyan la resección quirúrgica seguida de quimio-radioterapia adyuvante como opción más razonable^{2, 3, 5}.

En cuanto a su origen, tampoco existe un consenso claro. Las dos corrientes más extendidas que explicarían la presencia de células escamosas en el tejido tiroideo serían la presencia de restos embriológicos por el descenso incompleto del conducto tirogloso o la metaplasia celular⁴.

Como segunda opción, estaríamos ante un cT4N0M0, estadio IV y de acuerdo con la estadificación de tumores traqueales "Bhattacharyya"². Los tumores primarios de tráquea comprenden aproximadamente el 2% de los casos, y su diagnóstico suele realizarse en estadios tardíos, por lo que su pronóstico es pobre. La histología escamosa representa en torno al 44% de los casos y tienen peor supervivencia que la segunda estirpe más frecuente, el adenocarcinoma. La pobre supervivencia descrita en la literatura para este tumor en estadios avanzados

(supervivencia a los 5 años media de 23,6 meses y mediana de 9 meses) contrasta con este caso, tratado en Marzo de 2019 y actualmente en remisión completa (más de 35 meses).

CONCLUSIÓN

La participación de un equipo multidisciplinar en el manejo de tumores del estrecho torácico superior permite un diagnóstico adecuado y un manejo terapéutico óptimo, siendo el tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante una opción de tratamiento curativo y con efectos secundarios generalmente bien tolerados para aquellos tumores localmente avanzados e irresecables^{2, 3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joshua K. Au, MD, Jose Alonso, Edward C. Kuan MD et al. Primary Squamous Cell Carcinoma of the Thyroid: A Population-Based Analysis. *Am J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 157(1): 25-29.
2. Neil Bhattacharyya, MD. Contemporary staging and prognosis for primary tracheal malignancies: A population-based analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Nov; 131(5)
3. Sixu Xin, Wei Li, Ning Yuan et al. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid: a case report. *J Int Med Res.* 2021 Apr; 49(4).
4. Zhou XH. Primary squamous cell carcinoma of the thyroid. *Eur J Surg Oncol.* 2002; 28: 42-45.
5. Bhattacharyya N. A matched survival analysis for squamous cell carcinoma of the head and neck in the elderly. *Laryngoscope* 2003; 113: 368-72.
6. Yang S, Li C, Shi X et al. Primary Squamous Cell Carcinoma in the Thyroid Gland: A Population-Based Analysis Using the SEER Database. *World J Surg.* 2019; 43(5): 1.249-55. doi:10.1007/s00268-019-04906-2
7. Cho JK, Woo SH, Park J et al. Primary squamous cell carcinomas in the thyroid gland: an individual participant data meta-analysis. *Cancer Med.* 2014; 3(5): 1.396-1.403. doi:10.1002/cam4.287