

# CARCINOMA ANAPLÀSTIC DE TIROIDE

**ML Surrallés; X.Morlius; F.García; M.Pérez; C.González; J.López; M.Riera; X.Tarroch.**

*Hospital Universitari Mútua Terrassa; Terrassa.*

## INTRODUCCIÓ

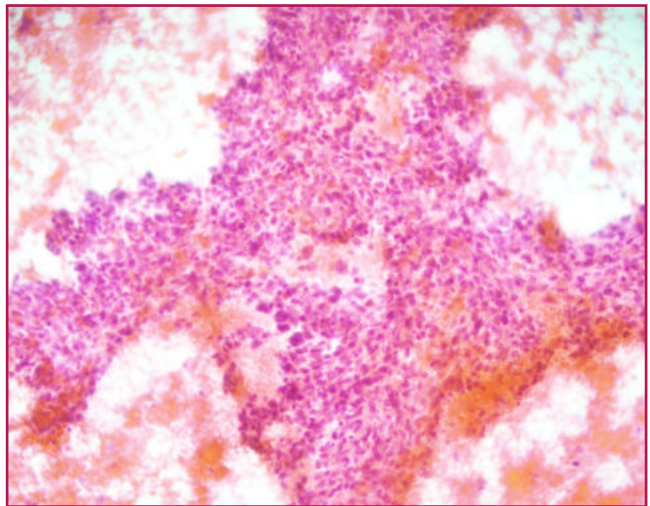
El carcinoma anaplàstic de tiroide és una neoplàsia molt indiferenciada, poc freqüent, ja que representa entre el 1-2 % del total de neoplàsies de tiroides, amb un pronòstic fatal, ja que la supervivència està entre els 6-12 mesos, i la majoria dels pacients acaben morint. El diagnòstic citològic pot ser difícil degut a la dificultat per obtenir cel·lularitat representativa, i per la pèrdua de marcadors d'immunohistoquímica propis del tiroides.

## CAS CLÍNIC

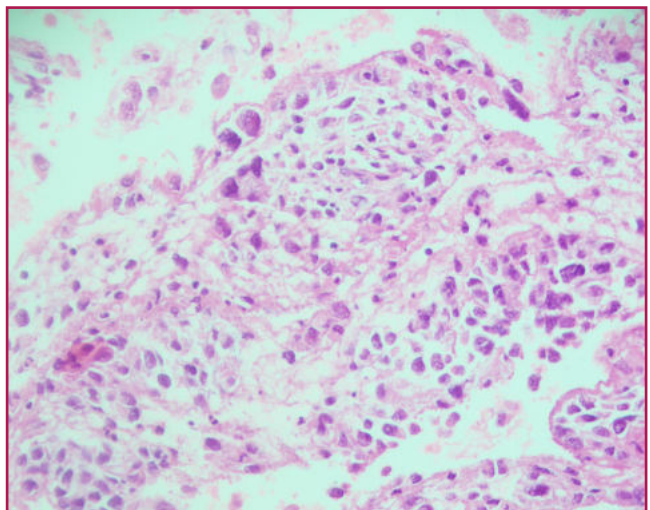
Presentem el cas d'una dona de 78 anys, amb uns antecedents d'adenocarcinoma de sigma amb metàstasis pulmonars i implants al sacre, diagnosticat fa 16 mesos. Va fer quimioteràpia neoadjuvant, que no va poder completar per progressió de la malaltia. En TAC de control al cap d'un any s'observa un nòdul tiroïdal dret de 8x4x5 cm de creixement ràpid, amb desplaçament de la tràquea i extensió intratoràcica amb compressió de l'arteria caròtida i la vena jugular. Es practica PAAF del nòdul tiroïdal.

Les extensions mostraven un fons hemàtic amb presència d'abundant cel·lularitat pleomòrfica disposada de forma aïllada i en grups desordenats i poc cohesius, alguns amb estructura fol·licular. Les cèl·lules mostraven nucli gran, irregular, hipercromàtic i citoplasma clar, de contorn mal definit (Figura 1). Es va obtenir un bloc cel·lular (Figura 2) on es van fer tècniques immunohistoquímiques, que mostraven positivitat per Vimentina i GATA3; EMA positivitat focal; Tiroglobulina, Calcitonina, PTH, CK7, CK20, CKAE1-AE3, CAM5.2, p40, Receptors d'estrògens, Receptors de Progesterona, Mamaglobina, Calretinina, Cromogranina, Sinaptofisina, SOX10, MELAN-A, HMB45, PAX8, CDX2, WT1, TTF1, S100 i SATB2 negatius. Ki67 mostrava una activitat proliferativa del 10 %. Amb aquestes troballes citològiques i immunohistoquímiques es va fer el diagnòstic de Carcinoma anaplàstic de tiroide (Bethesda VI).

La pacient va presentar empitjorament de la disfàgia i mal estat general, i va començar una forta davallada, sent èxitus al cap de 15 dies del diagnòstic.



**Figura 1:** Grups cel·lulars amb atípic, marcat pleomorfisme i necrosi (PAP, x40)



**Figura 2:** Bloc cel·lular amb abundant cel·lularitat amb atípic citològic (HE, x20)

## DISCUSSIÓ

El carcinoma anaplàstic de tiroide és una entitat rara, amb una incidència de 1-2 casos per milió d'habitants. Es tracta d'una neoplàsia molt indiferenciada i molt agressiva, que apareix entre la sexta i setèima dècada de la vida, amb predomini del sexe femení. Es presenta com una massa sòlida a la zona central del coll, de creixement ràpid, que envaeix estructures adjacents causant disfonia i paràlisi vocal (77 % casos), disfàgia (56 % casos) i adenopaties (54 % casos). Les troballes citològiques són variables amb una cel·lularitat polimorfa, que pot ser escassa, amb presència de cèl·lules epitelioides, escamoides, fusiformes, gegants multinucleades, marcat pleomorfisme nuclear, mitosis, i un fons necròtic i hemorràgic.

Es important recordar que no expressen les tincions immunohistoquímiques habituals dels tumors de tiroides com són el TTF1, Tiroglobulina i Calcitonina,

poden no expressar o fer-ho molt focalment citoqueratines, EMA i CEA, i expressar Vimentina, PAX8 i altres marcadors aberrants. Són tumors amb un alt índex mutacional, i podem observar mutacions de TP53 (30-70 %), mutacions de TERT, de la família RAS, i altres, sent poc freqüents les mutacions de BRAF (20 %).

Per tot això, el diagnòstic definitiu, s'ha de fer en molts casos per correlació amb les dades clíniques i radiològiques.

El tractament d'elecció és la cirurgia, però en molts casos ja són irreseccables en el moment del diagnòstic, i malgrat una tiroïdectomia total no augmenta la supervivència dels pacients.

El diagnòstic diferencial s'ha de fer entre carcinoma insular, carcinoma medul·lar, sarcomes, limfomes i metàstasis. ■

### Bibliografia

1. Robert C Smallridge , Kenneth B Ain, Sylvia L Asa, Keith C Bible, et al. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid*. 2012 Nov;22(11):1104-39.
2. Chan Kwon Jung , Andrey Bychkov , Kennichi Kakudo. Update from the 2022 World Health Organization Classification of Thyroid Tumors: A Standardized Diagnostic Approach. *Endocrinol Metab* 2022 Oct;37(5):703-718.
3. C Christofer Juhlin, Ozgur Mete , Zubair W Baloch. The 2022 WHO classification of thyroid tumors: novel concepts in nomenclature and grading. *Endocr Relat Cancer* 2022 Dec 22;30(2):220293.