

Carcinoma papilar de tiroides. Enfermedad metastásica y gestación tras inseminación intrauterina

Papillar thyroid carcinoma. Metastatic disease and pregnancy after intrauterine insemination

Ródenas JJ, Olmo I, Martín-Cortés A, Monzó A, Romeu A.

Servicio de Ginecología (Reproducción Humana). Hospital Universitario La Fe. Valencia

Resumen

El carcinoma papilar de tiroides es una neoplasia que, por afectar con mayor frecuencia a mujeres en edad reproductiva, puede diagnosticarse coincidiendo con una gestación. No obstante, este es el primer caso a nuestro conocimiento, en el que se produce una gestación tras inseminación artificial en una mujer con un carcinoma papilar metastásico tratado quirúrgicamente y con radioterapia con enfermedad residual. Se describe el caso clínico en que la gestación no tuvo ningún efecto sobre la evolución de la enfermedad ni sobre el feto.

Palabras clave: cáncer de tiroides. Inseminación intrauterina. Gestación

Recibido el 10-04-01

Aceptado el 15-06-01

Correspondencia: Dr. Alberto Romeu

Hospital Universitario La Fe

Servicio de Ginecología (Reproducción Humana)

Avda. Campanar, 21.

46009, Valencia

e-mail: romeu_alb@gva.es

Summary

Papillar thyroid cancer may be coexistent with a pregnancy. Nevertheless, this is the first case, as the best of our knowledge, in which a pregnancy following intrauterine insemination was presented in a patient suffering metastatic papilar carcinoma and residual disease. A clinical case in which the pregnancy did not have adverse effects on maternal or child health is described.

Key words: Thyroid cancer. Intrauterine insemination. Pregnancy

INTRODUCCIÓN

El cáncer de tiroides representa el 1% de todas las neoplasias (1), con una relación mujer/hombre de 3 a 1 y con un predominio de presentación durante la edad reproductiva. Esto hace que hasta un 10% de los cánceres tiroideos que aparecen durante la edad reproductiva sean diagnosticados durante la gestación o un año después del parto (2, 3).

De las variedades histológicas en que se clasifican los carcinomas tiroideos, las más frecuentes son las formas bien diferenciadas derivadas del epitelio tiroideo (papilar y folicular). De éstas, en casi todas las series es más frecuente la variedad papilar, pero la proporción relativa varía ampliamente de unas regiones a otras (4).

El carcinoma papilar de tiroides tiene un curso evolutivo relativamente benigno por su lenta velocidad de crecimiento y su gran diferenciación. Esto hace que en algunas ocasiones se plantee diferir su tratamiento definitivo en los casos en que se presenta coincidiendo con una gestación. No obstante, algunos cánceres tiroideos son dependientes de la TSH y, puesto que durante la gestación se produce un aumento fisiológico de esta hormona, se ha planteado la posible progresión de la enfermedad en relación con el embarazo (5, 6).

En este trabajo se describe la evolución de una gestación por inseminación artificial homóloga (IAH), en una paciente con carcinoma papilar metastásico de tiroides, con persistencia de enfermedad residual tras tratamiento quirúrgico y radioterápico con I131, destacando los controles realizados de la enfermedad residual, de la gestación y del hipoparatiroidismo asociado que presenta por el tratamiento que recibió de su neoplasia.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años de edad, diagnosticada de car-

cinoma papilar de tiroides a los 32 años, tras la detección de un nódulo cervical derecho a nivel tiroideo, realizándose una tiroidectomía total con linfadenectomía cervical, mostrando la anatomía patológica un carcinoma papilar de tiroides con metástasis en ganglios cervicales.

Tras rastreo corporal con I 131 se evidenció la existencia de captación cervical derecha y niveles circulantes de tiroglobulina (TG) superiores a 500 ng/ml (normal < 20 ng/ml), realizándose una nueva intervención, en la que fueron extirpadas 2 adenopatías, cuyo estudio anatomopatológico confirmó su afectación por metástasis del carcinoma.

Recibió terapia metabólica con I 131, un total de 500 mCi, repartido en tres fases, observando un descenso progresivo de TG.

En el control con rastreo corporal realizado tras la segunda fase de terapia con I 131 se evidenció captación en región laterocervical derecha y difusa en ambos campos pulmonares. El estudio cervical y torácico mediante tomografía computarizada fue normal, por lo que se practicó una nueva intervención cervical encontrándose en la anatomía patológica una infiltración intersticial y linfática por el carcinoma.

Desde la tiroidectomía la paciente recibió hormonoterapia sustitutiva supresora con 250 microgramos diarios de L-tiroxina, salvo en los momentos de control isotópico y terapia con I 131, manteniéndose clínicamente estable, con niveles de TG < 20 ng/ml y la persistencia de captación cervical y pulmonar difusa, a pesar de la tercera fase de terapia con I 131.

Transcurridos 2 años desde el diagnóstico y tratamiento anteriormente expuestos, la paciente consultó en el M.D. Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas, en Estados Unidos, donde fue informada de la existencia de una enfermedad residual mínima que no requería intervención quirúrgica, indicándole que debía seguir el tratamiento supresor con L-tiroxina y suplemento con 2 g/día de carbonato cálcico, por hipoparatiroidismo iatrogénico tras la cirugía. Considerando que el tiempo transcurrido desde la

administración de yodo radiactivo era suficiente, la nuliparidad y la estabilidad de la enfermedad, no se consideró contraindicado el inicio de una gestación.

La paciente quedó gestante espontáneamente sufriendo un aborto a las 8 semanas de gestación, por lo que fue remitida al servicio de reproducción de nuestro hospital seis meses después, donde tras evaluar la situación reproductiva, se indicó iniciar una estimulación ovárica monofolicular con 75 UI/día de FSH e inseminación artificial homóloga. La paciente quedó gestante en el 2º ciclo de tratamiento.

A las 8 semanas de gestación se inició el control de la misma por el servicio de obstetricia y endocrinología de nuestro centro.

El tratamiento hormonal supresor se mantuvo con 250 microgramos diarios de L-tiroxina, 2 g/día de carbonato cálcico y resto de suplementos alimentarios habituales para una gestación normal. Se realizaron controles periódicos del metabolismo del calcio, fósforo y hormonas tiroideas; los controles fueron normales a lo largo de todo el embarazo, con una TG siempre inferior a 20 ng / ml.

Los controles obstétricos mensuales hasta la semana 37 de gestación fueron normales, con un desarrollo fetal adecuado, aunque presentó un desfase ecográfico positivo de 2 semanas en los parámetros biométricos a partir de la semana 20. El estudio anatómico fetal fue normal. El aumento ponderal de la paciente al final de la gestación fue de 14 Kg, con controles analíticos y médicos normales.

En la semana 37 se inició el control de bienestar fetal en régimen de hospital de día obstétrico. Estos controles, a intervalos de 5 días hasta la semana 39 de gestación, fueron normales. En la semana 39 se decidió finalizar la gestación, programándose una cesárea electiva debido a que en las últimas 2 semanas la paciente había presentado intensas algias osteotendinosas y el índice de Bishop era menor de 3.

La cesárea cursó sin incidencias. Nació un varón de 4.150 g, con índice de Apgar 10/10; los pH en arteria y vena umbilicales fueron, respectivamente, de 7.26 y 7.36. La placenta pesó 1.050 g y presentaba un cotiledón aberrante.

Durante el postoperatorio inmediato fue controlada en la unidad de cuidados intensivos recibiendo un tratamiento por vía parenteral con L-tiroxina, calcio y vitamina D y manteniéndose estable.

La paciente y el neonato no presentaron ninguna complicación. Tras 7 días de estancia hospitalaria, fue dada de alta junto a su hijo, en estado eutiroideo, con metabolismo de calcio y fósforo normal y cursando un puerperio sin incidencias.

La paciente actualmente sigue controles por el

servicio de endocrinología, siendo los mismos normales hasta la fecha.

COMENTARIOS

Aunque han sido publicadas algunas series de pacientes en las que se diagnosticó un carcinoma de tiroides previo o coincidente con una gestación (1-6), a nuestro conocimiento este es el primer caso publicado de gestación en una paciente previamente diagnosticada y tratada de carcinoma papilar de tiroides metastático con persistencia de enfermedad.

Aunque actualmente existe consenso en el hecho de no contraindicar una gestación en una mujer que ha padecido un carcinoma de tiroides, después de tiroidectomía y nunca antes de un año tras tratamiento con I 131 (7, 8) es difícil tomar la decisión de no contraindicarla en casos de persistencia de enfermedad residual.

En el caso presentado, respetando el deseo reproductivo de una paciente correctamente informada y conocedora de la situación, tras una valoración minuciosa, se consideró la posibilidad de gestación pese a presentar evidencias de enfermedad residual, consiguiéndose un control clínico y analítico adecuado que permitió llevar a cabo una gestación a término, que cursó sin ninguna repercusión aparente para la paciente ni para el feto.

A pesar de que en su día fue desaconsejado el embarazo en pacientes con enfermedad residual (9), probablemente en la actualidad deba prevalecer la voluntad de la paciente.

No obstante, es necesario el análisis de mayor número de casos para poder establecer conclusiones en cuanto a la conducta a seguir y a la posible repercusión de la gestación en la evolución de la enfermedad residual de estas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Cancer Society.:** Cancer Facts and Figures. Atlanta, GA: American Cancer Society, 1992.
2. **Lambe M, Ekbom A.:** Cancers coinciding with childbearing: delayed diagnosis during pregnancy? *BMJ* 1995; 311: 1607-1608.
3. **Rosen IB, Korman M, Walfish PG.:** Thyroid nodular disease in pregnancy: current diagnosis and management. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40(1):81-9.
4. **Grebe SKG, Hay ID.:** Follicular thyroid cancer. En: Burman, K.D. *Thyroid cancer. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1995.

5. **Preston-Martin S, Bernstein L, Pike MC, Maldonado AA, Henderson BE.:** Thyroid cancer among young women related to prior thyroid disease and pregnancy history. *Br. J. Cancer* 1987; 55: 191-195.
6. **Roser IB, Walfish PG.:** Pregnancy as a predisposing factor in thyroid neoplasia. *Arch Sur* 1986; 121: 1287-1290.
7. **Pomorski L, Bartos M, Narebski J.:** Pregnancy following operative and complementary treatment of thyroid cancer. *Zentrabl Gynakol* 2000; 122: 383-6.
8. **Ayala C, Navarro E, Rodríguez JR, Silva H, Venegas E, Astorga R.:** Conception after iodine-131 therapy for differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 1998; 6: 1009-11.
9. **Asteris GT, DeGroot LJ.:** Thyroid cancer: Relationship to radiation exposure and to pregnancy. *J Reprod Med* 1976; 17: 209-16.