



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-020 - BOCIO AMILOIDE ASOCIADO A ENFERMEDAD RENAL

Abellán Lucas, Miriam; Martínez Gómez, Alba; Padilla Zegarra, Erlinda; Castellote Caixal, Manel; Vadillo Bargalló, Jordi; Jorba Martín, Rosa

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

### Resumen

**Introducción:** Los depósitos de amiloide en la amiloidosis secundaria afectan de forma frecuente a la glándula tiroides, pero infrecuentemente dan lugar a un bocio. Presentamos dos pacientes con bocio amiloide secundario y enfermedad renal concomitante.

**Caso clínico:** Paciente 1. Mujer de 59 años con enfermedad renal crónica estadio IVA 3 de etiología no filiada en prediálisis. Hipertensión arterial, miomatosis uterina y fibromialgia. Diagnosticada de bocio multinodular eutiroideo con aumento de tamaño de los nódulos de forma bilateral, punción aspiración con aguja de bocio nodular quístico. Debido a sintomatología compresiva con disnea y disfagia se decide realización de tiroidectomía total. La anatomía patológica mostraba un tiroides de 100 g de peso, consistencia denso-elástica y, al corte, múltiples nódulos de contenido gelatinoso, y áreas homogéneas de coloración gris. La inmunorreactividad para amiloide AA y la hibridación positiva tanto para proteína ligera Kappa como lambda orientan a una amiloidosis secundaria. Paciente 2. Mujer de 72 años con antecedentes médicos de pielonefritis xantogranulomatosa y litiasis renal derecha con múltiples episodios de infección urinaria (pendiente de nefrectomía derecha tras tiroidectomía). Antecedentes de bocio multinodular de 30 años de evolución, eutiroideo. Refiere clínica compresiva con disfagia, disfonía y disnea. A la exploración física, tiroides de consistencia blanda y con gran aumento de tamaño. Ecografía cervical: tiroides de localización normal, aumentado de tamaño de forma bilateral con parénquima marcadamente heterogéneo con patrón pseudonodular y, alguna calcificación grosera sin llegar a delimitarse claras nodulaciones. PAAF: tiroiditis linfocitaria. TC cervical: la glándula tiroidea presenta extensión retrofaríngea bilobar, engloba la tráquea (eje transversal menor de 8 mm) y el esófago (comprimido en origen en su eje laterolateral por el tejido tiroideo). Se realiza tiroidectomía total y la anatomía patológica muestra tiroides que pesa 432 g. Ambos lóbulos presentan serosa gris y consistencia tensoelástica. Al corte seriado, múltiples nódulos coloideos, unos de aspecto hemorrágico, que se alternan con áreas homogéneas grisáceas. Al examen con rojo-Congo la sustancia intersticial resulta positiva para amiloide. Inmunorreactividad positiva para proteína P y amiloide A.; las tinciones para Kappa y Lambda han resultado no valorables. Tras alta por Cirugía ambas pacientes se deriva a la consulta de enfermedades autoinmunes para estudio.

**Discusión:** El bocio amiloide se caracteriza por el depósito de proteína amiloide A (AA) en la glándula tiroides asociada a atrofia folicular. En la mayoría de casos se tratan de bocios de gran tamaño con sintomatología compresiva de disnea, disfagia y disfonía. Existen condiciones predisponentes como tuberculosis, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, o insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. El diagnóstico preoperatorio es complejo ya que prima la sintomatología local tiroidea a la sintomatología sistémica por amiloidosis, además las pruebas de imagen y las punciones con aguja final del tiroides no son

concluyentes. Habría que sospecharlo en pacientes con bocio bilateral multinodular y antecedentes de patología autoinmune y/o enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis.