CIR ESP. 2024;102(S2):S70

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-011 - AFECTACIÓN METASTÁSICA ESTERNAL EN CONTEXTO DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Alejandro Gañán Boscá[1], Clara García Bautista[1], Luis Ocaña Wilhelmi[2], Roberto Mongil Poce[1], Rocío Soler Humanes[2] y Ricardo Arrabal Sánchez[1]

[1]Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; [2]Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente siendo el más frecuente el subtipo papilar. Los tumores diferenciados (papilar o folicular) son sumamente tratables. Los tumores poco diferenciados (medular o anaplásico) son de peor pronóstico. A continuación presentamos el caso de un paciente con carcinoma papilar tiroideo con afectación metastásica esternal.

Caso clínico: Paciente en seguimiento por hematología por gammapatía monoclonal con incidentaloma tiroideo sin disfonía ni ronquera. Derivado a cirugía endocrina por masa cervical y masa en zona esternocostal independientes sugestivas de tejido tiroideo. TC de tórax: aumento de lóbulo tiroideo derecho con desplazamiento traqueal. Masa con densidad de partes blandas en región esternoclavicular derecha con insuflación y destrucción de manubrio esternal. Hallazgos compatibles con implante tumoral metastásico. PAAF de lesión condroesternal: tejido tiroideo con patrón folicular. Tras estudio se decide intervención multidisciplinar por cirugía general, cirugía torácica y traumatología. En decúbito supino y con el cuello hiperextendido se realiza cervicotomía de Kocher ampliada y esternotomía media. Tiempo tiroideo: Tiroides de aspecto tumoral, adherido a musculatura pretiroidea, esófago y nervio laríngeo recurrente (NLR) derecho. Se prepara colgajo superior y acceso por línea media. Disección de masa tiroidea derecha. Durante la separación del NLR derecho se produce pérdida de neuromonitorización, por lo que inicialmente se reseca el LTD, istmo y pirámide. Tiempo torácico: tumoración ósea que afecta a cabeza de clavícula derecha en unión a mango esternal y primera costilla derecha. Se reseca con márgenes macroscópicamente sanos, con sección en tercio proximal de clavícula derecha, resección esternal preservando tercio izquierdo y unión costoesternal izquierda y sección transversal del esternón a nivel de 2º espacio intercostal junto con resección de extremos y unión costoesternal de 1ª y 2ª costilla derechas con extracción en bloque. Se repara defecto con placa esternal y 3 barras costales que se fijan a 2ª costilla bilateralmente y 1ª costilla derecha. Se fija clavícula derecha con arpones a placa esternal. Se fija mango esternal izquierdo a placa esternal con arpones. Se coloca drenaje torácico en cavidad pleural derecha. Tras tiempo torácico, se recupera señal del NLR derecho y se completa tiroidectomía total. No incidencias durante el posoperatorio. Retirada de drenaje el 3º día posoperatorio y alta al 6º día posoperatorio. Anatomía patológica: tiroides (hemitiroidectomía derecha): carcinoma papilar con patrón folicular de 9,8 cm. Hueso (exéresis de manubrio esternal): carcinoma papilar de patrón folicular de 5,6 cm de diámetro que infiltra tejido óseo y muscular con borde libre de resección. Imágenes de invasión vascular. Tiroides (hemitiroidectomía izquierda): Enfermedad nodular folicular tiroidea. Valorado posteriormente en consultas de endocrinología quien ante diagnóstico de metástasis pauta tratamiento con I-131 a dosis terapéuticas. Valorado en enero de 2024 sin hallazgos en pruebas de control.

0009-739X © 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

Discusión: Es importante ante la afectación tumoral de múltiples estructuras pertenecientes a distintas ramas quirúrgicas un abordaje en el que participen diversas especialidades que permitan la realización de técnicas quirúrgicas complejas, así como la preparación de la misma en función de las necesidades de cada especialidad.

0009-739X © 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados