



Cirugía Española

CIRUGÍA
ESPAÑOLA

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 21-25 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

O-081 - CÁNCER DE TIROIDES EN BOCIO CÉRVICO-MEDIASTÍNICO

M. Galán Martín, E. Ferrero, C. Cobo, L. Brandariz, J.L. Ferrero, B. Cristóbal, F.J. García Borda, J. Perea y M. Lomas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La mayor frecuencia de bocio cérvico-mediastínico (BCM) se da en la quinta y sexta década de la vida, predominando en las mujeres en una proporción 3-4/1. La larga evolución de estos bocios hace que la incidencia de degeneración maligna sea mayor que la encontrada en otros tipos de bocio multinodular (BMN). El objetivo de este estudio es analizar las características anatomopatológicas, el estadio y el tratamiento recibido ante los cánceres tiroideos en el bocio cérvico-mediastínico.

Métodos: En una serie consecutiva de 213 carcinomas diferenciados de tiroides, se estudian 15 BCM (7,04%). Todos los pacientes fueron estudiados con analítica, prueba de función tiroidea, ecografía y TAC cérvico-mediastínico. Fueron hiperfuncionantes 3 de ellos (20%) y 5 asintomáticos (33%). Se precisó intubación por fibrobroncoscopia en 4 pacientes (26,6%) y durante el acto quirúrgico fue preciso la sección de la musculatura pretiroidea en 5 casos (33,3%). En 2 pacientes (13,3%) la prolongación mediastínica fue bilateral, en 4 (26,67%) del lóbulo tiroideo derecho y en 9 pacientes (60%) del lóbulo tiroideo izquierdo.

Resultados: Se clasificaron intraoperatoriamente ante los hallazgos exploratorios como: grado I (6 pacientes, 40%), grado II (6 pacientes, 40%), grado III (3 pacientes, 20%). De acuerdo a su complejidad en: simples, S1 (3 pacientes, 20%), S2 (3 pacientes, 20%); y complejos C1 (2 pacientes, 13,3%), C2 (2 pacientes, 13,3%), C3 (1 paciente, 6,6%), C4 (3 pacientes, 20%). El estudio histológico demostró 10 carcinomas papilares (9G1, 1G2): 4 con patrón folicular y 7 micropapilares (entre ellos 1 fue micropapilar con patrón folicular). En los 5 restantes se evidenció carcinomas foliculares, de los cuales 2 de estirpe Hürtle. El tamaño tumoral medio fue $18,3 \times 15,2$ mm (1-60 mm). Según la clasificación TNM (7ª edición, 2010) obtuvimos los siguientes resultados: 7 pT1aN0M0, 2 pT1bN0M0, 1 pT2N0M0, 3 pT3N0M0, 1 pT4aN0M0, 1 pT4aN1bM0 (estadio I: 8; estadio II: 2; estadio III: 3; estadio IVa: 2). Se realizaron 11 tiroidectomías totales, 2 tiroidectomías ?casi totales?, 2 lobectomías con istmectomías. Durante el seguimiento no se ha observado ninguna muerte relacionada con el tumor, un paciente vive con metástasis pulmonares y 2 fallecidos por causas no relacionadas (carcinoma de cavum y hemorragia cerebral).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes de nuestro estudio corresponden a estadios tumorales precoces e intratiroides en el contexto de un gran BMN. La complejidad del tratamiento quirúrgico del BMN viene dada por la extensión del componente endotorácico, no siendo factible en la mayoría de los casos el diagnóstico preoperatorio de carcinoma diferenciado de tiroides.