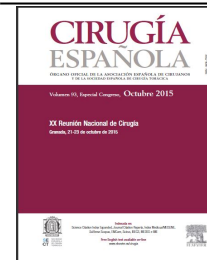




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-109 - Carcinoma folicular de tiroides con metástasis pulmonares y pleurales

Martínez Torres, Beatriz; Medina García, Manuel; Acín Gándara, Débora; Pereira Pérez, Fernando; Hernández García, Miguel; López Fernández, Pedro; Rodríguez, Juan Martín; Rihuete Caro, Cristina

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: El carcinoma folicular es el segundo tipo de cáncer tiroideo más frecuente después del cáncer papilar de tiroides. En el momento del diagnóstico presentan metástasis alrededor del 7-15% de los pacientes, y las desarrollan en su seguimiento alrededor del 19%. En el carcinoma folicular, las metástasis más frecuentes son pulmonares y óseas, aunque un tercio de los pacientes desarrolla metástasis en otras localizaciones.

Caso clínico: Varón de 74 años, fumador y sin comorbilidades conocidas, derivado desde el servicio de otorrinolaringología por tumoración cervical de gran tamaño que no produce síndrome compresivo, de 4 años de evolución y con crecimiento progresivo en el último año. En la exploración se palpaba una masa dura y fija, dependiente del tiroides de más de 10 cm. En las pruebas complementarias realizadas se objetivó una gran tumoración tiroidea izquierda (con PAAF de proliferación folicular oncocítica) con extensión endotorácica y metástasis pulmonares y pleurales. Tras decidir intervención quirúrgica en un comité multidisciplinar de tumores endocrinológicos, se realizó tiroidectomía total mediante cervicotomía y esternotomía, por un tumor tiroideo de $13,6 \times 8,1 \times 7,5$ cm, con extensión retrotraqueal y mediastínica, con adherencias a los grandes vasos mediastínicos, la tráquea y el esófago. El resultado de la anatomía patológica fue de carcinoma folicular extensamente invasivo limitado al tiroides pT3LV1R0. Tuvo una evolución postoperatoria tórpida, complicada con infección de la herida quirúrgica, parálisis de cuerda vocal izquierda, bacteriemia por *S. aureus* multisensible, insuficiencia respiratoria multifactorial, neumonía basal izquierda y de lóbulo superior derecho, derrame pleural bilateral, anemia microcítica normocrómica, taquicardia auricular multifocal, malnutrición postoperatoria, infección del tracto urinario y toxicodermia. Posteriormente se ha administrado una dosis ablativa de I-131, y el paciente permanece en la actualidad con un aceptable estado general, con la enfermedad controlada y con una parálisis recurrencial izquierda como única secuela importante.

Discusión: El uso de los comités multidisciplinarios es esencial para la toma de decisiones en el manejo de cualquier paciente oncológico y más en pacientes críticos como éste. La tiroidectomía y posterior ablación con I-131 persiste como tratamiento de elección en el cáncer folicular de tiroides, aun cuando exista enfermedad extratiroidea. En este caso, la cirugía de las metástasis no fue posible por ser múltiples y bilaterales. El cáncer folicular de tiroides puede tener un crecimiento lento e insidioso en algunas ocasiones, lo que podría justificar la indicación quirúrgica paliativa en los casos en los que la sintomatología local sea grave. La cirugía del carcinoma folicular de tiroides avanzado implica la tiroidectomía, pero debe considerarse previamente la posibilidad de invasión local de estructuras anatómicas adyacentes, metástasis ganglionares o a distancia, con el consecuente aumento de la morbilidad. Además, hay que tener en cuenta

que el acceso al mediastino por esternotomía media se ve acompañado de mayor morbilidad postoperatoria, pero puede ser la única forma de asegurar el control vascular en tiroidectomías con un gran componente torácico.