



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

## P-062 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NÓDULO TIROIDEO MALIGNO (PRIMARIO VS SECUNDARIO)

Carrillo, María José; Balsalobre, María D.; García, María Aránzazu; Martínez, Álvaro; Torregrosa, Nuria; González-Costea, Rafael; Vázquez, José Luis

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

### Resumen

**Objetivos:** El carcinoma renal (CCR) representa el 3% del total de tumores en los adultos, siendo el de células claras el más frecuente (70- 80%). Se caracteriza por ser muy vascularizado con una progresión clínica impredecible y presenta un alto potencial metastásico por su gran capacidad de diseminación linfática y hematogena, siéndolo más frecuente en pulmón, ganglios linfáticos regionales, raramente en cabeza y cuello. La presencia de metástasis en el tiroides es rara, representando el 1,4-3% de la enfermedad tiroidea maligna, secundaria en el 50% de los casos a CCR. El momento de aparición de metástasis tiroideas secundarias a cáncer renal es muy variable, así en un 75% de los casos se diagnostican posteriormente al diagnóstico del carcinoma renal. Para el diagnóstico diferencial de las metástasis tiroideas la inmunohistoquímica juega un papel importante. Presentamos dos casos de metástasis tiroideas secundarias a CCR en pacientes con un tiempo libre de enfermedad mayor de 5 años.

**Casos clínicos:** Caso clínico 1: varón de 58 años, remitido a consulta por presentar nódulo tiroideo solitario. En los antecedentes destaca nefrectomía, hace 5 años, por carcinoma de células claras T1bN0M0, sin tratamiento adyuvante. En seguimiento se detecta en TAC nódulo pleural derecho, cuya punción es positiva para metástasis de cáncer renal, siendo intervenido. Al mismo tiempo en la exploración física se detecta nódulo tiroideo en lóbulo tiroideo derecho (LTD) de 2 cm, móvil, que se confirma en eco tiroidea. La PAAF del informe de fondo hemático con células de citoplasma claro y núcleos con moderado pleomorfismo, compatible con metástasis de cáncer renal. Se interviene realizando tiroidectomía total. La anatomía patológica confirma el diagnóstico con resultado positivo para CD10 y vimentina, y negativo para tiroglobulina. Caso clínico 2: mujer de 73 años, remitida con el diagnóstico de nódulo tiroideo. Como antecedente quirúrgico refiere nefrectomía hace 15 años por tumor de células claras (T1bN0M0). En el seguimiento los controles de TAC anuales fueron negativos para recidiva vs metástasis. En el último PET-TAC destaca la presencia de una voluminosa glándula tiroidea de discreta localización endotorácica, de 6 cm., cuyo aumento es a expensas de LTD (SUV máx = 3,3). La ecografía cervical informa de BMN con nódulo dominante LTD de 5 cm. La PAAF informa células foliculares (benignas) y grupos epiteliales desordenados de células de citoplasma claro y núcleos con moderado pleomorfismo, sospechoso de malignidad. Se interviene realizando una tiroidectomía total. El informe anatopatológico confirma la presencia de metástasis de carcinoma renal convencional, confirmado por inmunohistoquímica (IHQ). Tras dos años de la tiroidectomía la paciente se encuentra libre de enfermedad.

**Discusión:** Aunque es infrecuente en el caso de pacientes intervenidos de CCR, independientemente del tiempo de evolución y libre de enfermedad; ante la aparición de un nódulo tiroideo único debemos pensar en

la posibilidad de una metástasis tiroidea. El estudio citológico (células de amplios citoplasmas claros y con datos de malignidad) unido al antecedente clínico pueden orientar hacia el diagnóstico. Siendo en estudio anatomo-patológico de la pieza el que nos dará el diagnóstico definitivo (IHQ: vimentina y CD10 positivos, TRG y TTF negativos). El tratamiento en la mayor parte de los casos es quirúrgico, con buen pronóstico, en los casos de metástasis únicas en tiroides.