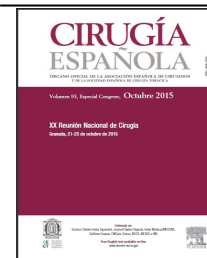




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-060 - TROGLOBULINA GANGLIONAR: FALSO POSITIVO POR TIROIDES ECTÓPICO Y FALSO NEGATIVO EN CARCINOMA PAPILAR POR LINFOMA SINCRÓNICO

de Andrés Olabarria, Unai; Martínez, Amaia; Basáñez, Adolfo; Hernández, Jorge; Pocino, Ricardo; Gómez, David; Alberdi, Igor; Ibáñez, Javier

Hospital de Galdakao - Usansolo, Galdakao.

Resumen

Objetivos: La determinación de tiroglobulina (Tg) en adenopatías cervicales se ha mostrado eficaz para detectar adenopatías metastásicas de cáncer papilar de tiroides. Actualmente la bibliografía admite múltiples valores de corte de Tg en adenopatías, aceptándose > 10 ng/ml, > 1 ng/ml, $>$ la media + 2 DE de Tg ganglios benignos, etc. Es una prueba sencilla, barata y de alta sensibilidad. Sin embargo, pueden existir tanto falsos positivos como falsos negativos. El objetivo del trabajo es demostrar su existencia mediante dos casos clínicos.

Casos clínicos: Primer caso clínico: mujer de 43 años con bocio multinodular bilateral e hipotiroidismo en tratamiento, refiere crecimiento reciente del LTI. La ecografía muestra un BMN bilateral con un nódulo de 25 mm. en LTI, más calcificado, sólido y con vascularización periférica, con PAAF benigna en 2 ocasiones. Además, adenopatías en compartimentos II y III izq. muy heterogéneas, con patrón vascular caótico, PAAF de una de ellas compatible con carcinoma metastásico y Tg en dos tomas: 49.470 ng/ml y 11.576 ng/ml. En sesión conjunta de la Unidad, se entiende como ca. papilar de tiroides y se decide tiroidectomía total, linfadenectomía central (VI) y lateral izq. (II, III y IV). En la cirugía se observa un BMN bilateral y múltiples adenopatías de aspecto reactivo en cadena central-IV y recurrential izq II-III-IV. AP tiroides: BMN por tiroiditis de Hashimoto. AP linfadenectomía: Central, 9 ganglios reactivos. Lateral II-III-IV, 18 ganglios reactivos + 2 nódulos tiroideos ectópicos. Segundo caso clínico: hombre de 48 años que acude para estudio de adenopatía supraclavicular izq. de 1 mes de evolución. En el estudio ecográfico presenta múltiples pequeñas adenopatías cervicales bilaterales y nódulos tiroideos bilaterales de aspecto maligno. Se realiza ECO-PAAF de adenopatía y nódulos más sospechosos con 6 mediciones de Tg-ganglionar, su mediana fue de 1,2 ng/mL y su media de 1,53 ng/mL. La citología de la adenopatía muestra una linfadenitis reactiva y la del nódulo muestra células foliculares con microfolículos y discreta anisocariosis. Se decide realizar una tiroidectomía total. Intraoperatoriamente se biopsia una adenopatía sospechosa, con resultado de metástasis de carcinoma papilar de tiroides. Se decide realizar una tiroidectomía total con linfadenectomía funcional bilateral. AP tiroides: carcinoma papilar bilateral multifocal y proliferación folicular compatible con adenoma folicular. AP linfadenectomía: 38 adenopatías, 5/38 reactivas, 3/38 con metástasis de CPT y 30/38 con linfoma folicular, patrón folicular, grado 1. El primer caso clínico describe una tiroiditis de Hashimoto con Tg-ganglionar de 49.470 ng/ml y 11.576 ng/ml., es decir, es un falso positivo. El segundo muestra un carcinoma papilar metastatizado con un valor Tg-ganglionar de 1,2 ng/mL como mediana y 1,53 ng/mL como media. Se consideraría un falso negativo según el valor de corte empleado.

Discusión: La presencia de nódulos tiroideos ectópicos ha sido la causa del falso positivo en el primer caso clínico de forma que la PAAF se realizó sobre uno de los nódulos ectópicos. En el segundo, la presencia de un linfoma folicular sincrónico ha dificultado la identificación ecográfica de las adenopatías afectadas por el carcinoma tiroideo, provocando un falso negativo.