



P-120 - MANEJO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES AVANZADO

Soldevila Verdeguer, Carla; Jiménez Segovia, Marina; Álvarez Segurado, Cristina; Bonnin Pascual, Jaime; García Pérez, José María; Sena Ruiz, Fátima; Pineño Flores, Cristina; González Argenté, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El carcinoma medular de tiroides proviene de las células C productoras de calcitonina. Tumor esporádico en 80% de los casos y como un trastorno de herencia autosómica dominante en 20% restante. Se trata de un tumor infrecuente que supone el 3-5% de las neoplasias tiroideas. Más de la mitad de los casos se manifiestan con metástasis ganglionares al diagnóstico, en muchas ocasiones no abordables quirúrgicamente. La cirugía es el tratamiento de elección para el manejo de estos tumores, siendo la tiroidectomía total la recomendación estándar. No existe actualmente consenso sobre la necesidad y extensión de la disección cervical en estos pacientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 75 años con antecedentes de cuádruple bypass coronario por cardiopatía isquémica y portador de marcapasos, derivado a consultas de otorrinolaringología para valoración de parálisis bilateral de cuerdas vocales. La analítica de sangre evidenció elevación de antígeno carcinoembrionario y calcitonina en suero. El TC cervicotorácico mostró una tumoración laterocervical derecha de 4×2 cm con calcificaciones puntiformes y aumento de tamaño de lóbulo tiroideo derecho (LTD), imagen artefactada por el marcapasos. En la ecografía se observó un nódulo tiroideo hipoecoico mal delimitado con predominio de vascularización central de $1,4 \times 2$ cm y un conglomerado adenopático en territorio V bajo, con adenopatías sospechosas en territorios III y IIA. Se realizó punción y el diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma medular de tiroides. El estudio de extensión fue negativo. Se realizó tiroidectomía total con vaciamiento central y vaciamiento funcional lateral derecho. En el acto quirúrgico se observó un nódulo de unos 2 cm que infiltraba el plano muscular y con adherencias traqueales y esofágicas. Tanto el nervio laríngeo recurrente izquierdo como el derecho, eran afuncionales demostrado por el neuroestimulador intraoperatorio. Se realizó linfadenectomía cervical funcional derecha. En el lado izquierdo no se halló adenopatías. Tras terminar la cirugía con los hallazgos intraoperatorios se decide realizar traqueotomía reglada. El paciente tuvo un buen curso postoperatorio sin complicaciones. Tras el mes y medio de la intervención se realizó el cierre de la traqueotomía. Seguimiento en consultas durante un año hasta la actualidad con buena evolución.

Discusión: Es infrecuente encontrarse con un caso de carcinoma medular de tiroides con una afectación local tan importante, abordable quirúrgicamente y a su vez sin metástasis a distancia. El manejo quirúrgico en estos casos consiste en una tiroidectomía total con vaciamiento central y vaciamiento ganglionar homolateral e incluso bilateral en caso de amplia afectación central. Debido al alto riesgo de recidiva, es importante el seguimiento con monitorización de niveles de calcitonina.