



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-105 - TUMORACIÓN CERVICAL ANTERIOR ULCERADA Y SANGRANTE QUE PRECISA MULTITRANSFUSIÓN: ¿DE QUÉ SE TRATA?

Díez Núñez, Ana; Pérez Alberca, Carmen María; Álvarez Medialdea, Javier; Mendoza Esparrel, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús María; Campos Martínez, Francisco Javier; Martínez Vieira, Almudena; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso clínico por su rápida evolución y mal manejo del paciente, en la cual se diagnostica de quistes de inclusión cutáneos en paciente con antecedente de cirugía tiroidea.

Caso clínico: Mujer de 85 años de edad con antecedente de bocio uninodular gigante intervenido hace 10 años realizándose tiroidectomía derecha en su hospital de referencia. Le entregan informe oral de normalidad y no realiza revisiones ni toma tratamientos por este motivo. Acude hace 5 años a consulta con su cirujano refiriendo bultoma de 3-4 cm anterocervical derecho. Se le diagnostica de quiste epidérmico sin realización de estudio complementario. Hace 1 año, acude para segunda opinión a nuestro servicio por aumento del tamaño de la lesión ya citada y aparición de nuevas lesiones. A la exploración, presencia de dos grandes lesiones en lado derecho, una de 6 cm, de consistencia gomosa, impresiona de adherida a planos profundos y afectación cutánea. Caudal a ella existe otra lesión de características similares, de unos 2 cm. En el lado izquierdo se identifican dos lesiones de unos 2 cm de características similares. Se realiza estudio completo con ecografía cervical que describe LTI e istmo tiroideo aumentados de tamaño ($12 \times 24 \times 35$ mm LTI y 15 mm istmo) con nódulo de ecogenicidad heterogénea de unos 2 cm. En LTD no es posible explorarlo por interposición de masa cervical. Las masas de menor tamaño son de 31×28 mm, ecogenicidad homogénea similar a glándula tiroidea. La de mayor tamaño presenta estructura heterogénea con formaciones nodulares isoecoicas de gran tamaño en su interior y sus dimensiones son de 150×50 mm. En LTI la PAAF informa de carcinoma papilar con tiroglobulina en aspirado de 35,92 ng/ml. Se obtiene el mismo resultado en la masa cervical derecha. Dada la impresión de componente intratorácico se solicita TC con contraste de cuello que informa de masa de gran tamaño en zona teórica de LTD con extensión intratorácica entre troncos supraaórticos, extensión hacia hioides, seno piriforme derecho e infiltración de espacio retrofaríngeo. Afectación vía aérea. Infiltra parcialmente el LTI. Imagen en suelta de globos en el parénquima pulmonar, compatibles con metástasis, así como en hemisferio cerebeloso derecho y parénquima hepático. Se diagnostica finalmente de carcinoma papilar de tiroides estadio IV por lo que se deriva a Oncología para valoración de tratamiento neoadyuvante que la enferma rechaza. El proceso tumoral continuó progresando, presentando ulceración de la masa cervical anterior y varios episodios de sangrado. Dado el deterioro del estado general, disfagia e intolerancia a vía oral progresiva y anemia por episodios de sangrado concurrentes, se decide ingreso y tratamiento paliativo. La enferma finalmente falleció.



Discusión: Aunque la tasa de estadio metastásico, así como de mortalidad sea baja en la patología tumoral tiroidea, no debemos infraestimar las lesiones cervicales en pacientes con patología tiroidea previa, aunque esta haya sido benigna.