



P-111 - MANEJO DE LA VALVULOPATÍA CARCINOIDE PREVIO A LA CIRUGÍA TIROIDEA

Maqueda González, Rocío; Muñoz de Nova, José Luis; Monguió Santin, Manuel Emilio; Lahera Vargas, Marcos; Orts Rodríguez, María Mar; Lopesino González, José María; Torres Mínguez, Emma; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome carcinoide se presenta en tumores neuroendocrinos en un 8-10%. Es más frecuente en los ileales con metástasis hepáticas asociadas (72%) seguido de pulmón, colon, páncreas, apéndice y ovario. La enfermedad cardiaca carcinoide es una manifestación rara, afectando al 15-20% de los pacientes con síndrome carcinoide y con mayor frecuencia a las válvulas derechas (65% válvula tricúspide y 20% válvula pulmonar). El diagnóstico es habitualmente posterior al diagnóstico del TNE y síndrome carcinoide pero su diagnóstico temprano es fundamental ya que supone una importante causa de morbilidad. Su manejo está bien descrito de forma previa a la cirugía de las metástasis hepáticas, sin que hasta el momento se haya descrito respecto a la cirugía tiroidea en nuestro conocimiento.

Caso clínico: Mujer de 66 años en seguimiento por bocio multinodular con nódulo izquierdo dominante de $37 \times 25 \times 40$ mm, Bethesda 2, que recibió radiofrecuencia en septiembre de 2015 por sintomatología asociada, dado que la paciente rechazaba la cirugía. Tras la misma se constató una reducción del 50% del volumen, asociado a una importante mejoría sintomática. En diciembre de 2017, la paciente es intervenida por una tumoración ovárica derecha diagnosticada de forma incidental, realizándose histerectomía con doble anexectomía. El diagnóstico anatomo-patológico fue de un tumor carcinoide ovárico de 14 cm de patrón insular con un Ki67 2%. Se completó el estudio con PET-TC donde se aprecia depósitos de FDG en ambos lóbulos tiroideos, a pesar de encontrarse la paciente eutiroidea. Se realizó un TC toracoabdominal en el que se aparecieron adenopatías significativas pretraqueales e hilares derechas, crecimiento biauricular e imágenes nodulares y pseudonodulares pulmonares inespecíficas, sin apreciar metástasis hepáticas. Se realiza ecocardiograma y se objetiva afectación posiblemente carcinoide con insuficiencia masiva de la válvula tricúspide e insuficiencia severa de la válvula pulmonar, con una importante sobrecarga retrógrada del sistema venoso. En la ecografía cervical se aprecia crecimiento de nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo bien definido, heterogéneo de $18 \times 20 \times 32$ mm con vascularización mixta y calcificaciones en su interior, ecográficamente indeterminado, siendo la PAAF del mismo categorizada como Bethesda 4. Se completa estudio con Octreoscan que presenta depósito de radiotrazador en lóbulo tiroideo izquierdo. Clínicamente destacan datos sugerentes de *flushing* episódico así como insuficiencia cardiaca congestiva, siendo el ácido 5-hidroxiacético en orina normal. Se plantea realizar tiroidectomía total pero ante la enfermedad cardiaca, con un teórico riesgo aumentado de sangrado cervical, se decide realizar la intervención cardiaca en primer lugar. Previamente a la intervención cardiaca y durante la misma realizo profilaxis con somatostatina para prevenir crisis carcinoides. Se realizó recambio bivalvular con válvula biológica y biopsia de adenopatías (estudio anatomo-patológico: adenopatía reactiva). La evolución postoperatoria fue favorable. Tras 3 meses de anticoagulación se realiza tiroidectomía total sin incidencias.

Discusión: La patología cardiaca propia del síndrome carcinoide con sobrecarga de las cámaras derechas presenta una elevada morbilidad, incluyendo un aumento teórico de las complicaciones hemorrágicas en la cirugía tiroidea. Las potenciales complicaciones por sangrado en esta cirugía hacen fundamental optimizar las condiciones preoperatorias incluyendo la cirugía cardiaca, siempre que la patología tiroidea permita tal demora.