



## P-128 - TRATAMIENTO DE LA AFECTACIÓN REGIONAL DEL CARCINOMA CÉLULAS DE HÜRTHLE

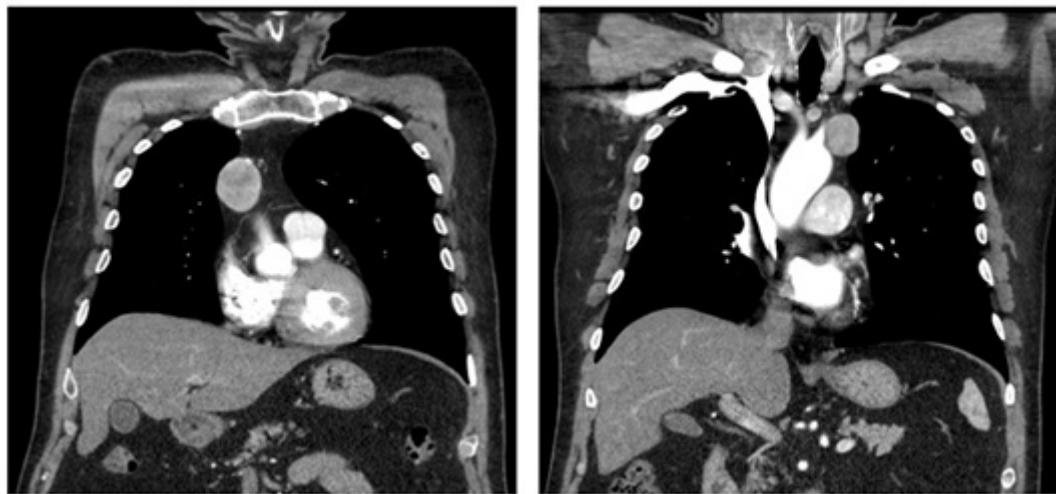
Tébar Zamora, Aída; Medina Rodríguez, Javier; Fraile Alonso, Iñaki; Muñoz Jiménez, Beatriz; Trinidad Borrás, Anna; Malo Corral, Juan Sebastián; Morlán López, Miguel Ángel

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

### Resumen

**Introducción:** El carcinoma de células de Hürthle, recientemente clasificado por la OMS como entidad independiente, es el tercero en frecuencia dentro de los carcinomas diferenciados de tiroides. El objetivo es presentar un caso clínico de carcinoma de células de Hürthle con evolución atípica y valorar por qué recientemente se ha considerado como una entidad aparte.

**Caso clínico:** Varón de 64 años intervenido en 2014 por un nódulo tiroideo derecho categoría IV de Bethesda en la PAAF, realizándose hemitiroidectomía derecha e istmectomía. El estudio anatomo-patológico fue compatible con un adenoma folicular variante oncocítica (células de Hürthle). Acude de nuevo en 2018 por aparición de adenopatías cervicales laterales derechas detectadas de manera casual durante una revisión por sialolitiasis. Se realizó analítica, donde se objetivó cifras de tiroglobulina de 37.000 ?g/l, y estudio de extensión con TC de cuello-tórax que mostró afectación ganglionar cervical bilateral y en mediastino anterior. Se realizó PAAF de las adenopatías cervicales con resultado de: abundantes células oncocíticas (sueltas y agrupadas, sin atipias), Bethesda IV. Estudio genético: BRAF Y TERT negativo. En sesión clínica multidisciplinar, se decide abordaje quirúrgico en dos tiempos: en la primera cirugía se realizó hemitiroidectomía izquierda totalizadora, linfadenectomía del compartimiento central bilateral y linfadenectomía del compartimiento lateral bilateral; En una segunda intervención, esternotomía y resección de las adenopatías mediastínicas, (intraoperatoriamente se observaron dos masas de 6 cm: una de ellas próxima a vena cava superior y otra en el origen de aorta ascendente, las cuales se extirparon junto a tejido linfograso mediastínico anterior). El estudio anatomo-patológico definitivo del hemitiroideo izquierdo mostró una hiperplasia nodular. En el compartimento central derecho se evidenció metástasis en los 12 ganglios aislados de carcinoma de células de Hürthle; en el izquierdo, metástasis en 3 ganglios aislados. En cuanto al vaciamiento lateral derecho, se observaron metástasis en 8 de 27 ganglios aislados y en el izquierdo en 2 de 18. Finalmente, en las dos masas mediastínicas se observó invasión vascular y capsular, compatible con carcinoma de células de Hürthle; en la linfadenectomía mediastínica anterior, metástasis en 4 de 6 ganglios aislados.



**Discusión:** El diagnóstico anatomo patológico entre adenoma y carcinoma supone un reto por la necesidad de identificar invasión capsular y vascular. El carcinoma de células de Hürthle no presenta las mutaciones típicas del folicular (PAX8, PPAR, RAS) y, a diferencia de este, su diseminación linfática es frecuente. A distancia, vía hematogena suele afectar a hueso, pulmón y cerebro. El único tratamiento curativo en el carcinoma de células de Hürthle es la cirugía. Actualmente, existen dudas de que el iodo radioactivo mejore la supervivencia, debido a que, frecuentemente, este tipo de tumores suele ser iodorefractario en comparación con otros tiroideos, lo que le confiere peor pronóstico. En el caso de nuestro paciente, ante lesiones resecables, la cirugía fue nuestro tratamiento de elección.