



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-009 - CASO CLÍNICO: CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES RECIDIVADO. TORACOSCOPIA PARA EXÉRESIS DE ADENOPATÍA METASTÁSICA

Haro, Carmen<sup>1</sup>; Núñez O'Sullivan, Sara<sup>1</sup>; García Virosta, Mariana<sup>1</sup>; Hernández O'Reilly, María<sup>1</sup>; Sánchez-Cabezudo Noguera, Fátima<sup>1</sup>; Vaquero Pérez, M<sup>a</sup> Antonia<sup>1</sup>; Picardo Nieto, Antonio Luis<sup>1</sup>; Torres García, Antonio J.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Caso clínico:** Mujer de 50 años sin antecedentes de interés diagnosticada de carcinoma papilar de tiroides con múltiples adenopatías en el compartimento central y otra metastásica en el compartimento lateral izquierdo confirmada por PAAF. Se realiza una tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar del compartimento central y lateral izquierdo. Como única incidencia durante el posoperatorio presenta hipocalcemia que se corrige con calcio oral. Al año de la cirugía presenta dos focos de recidiva diagnosticados por captación de I-131 y SPECT-TC, una adenopatía en la cadena laterocervical y otra mediastínica paratraqueal derecha claramente patológica sospechosa de malignidad de 14 mm de diámetro, la cual se intenta biopsiar sin éxito. Se decide entonces tratamiento quirúrgico de los dos focos de recidiva. Durante la cirugía se realiza exéresis de dos adenopatías de la cadena laterocervical izquierdas localizadas por ecografía intraoperatoria. Posteriormente se reabre la cervicotomía y se progresa la disección hasta localizar la adenopatía de mediastino anterior, de la que solo se palpa su extremo craneal, localizada lateral a la tráquea y posterior y distal a la arteria innominada. No se consigue su abordaje con seguridad, ya que está adherida a la cara posterior del tronco arterial, por lo que se desestima la exéresis para intentar su abordaje desde el tórax. Se realiza una toracoscopia con la paciente en decúbito lateral izquierdo, se introducen tres trócares en la cavidad torácica. Con ayuda del neumó el pulmón se colapsa y conseguimos campo de visión, no se emplea intubación selectiva. Al dirigir la cámara hacia el ápex pulmonar se transparentan a través de la pleura los grandes vasos. Se localiza la adenopatía y se abre entonces la pleura parietal para comenzar su disección que se completa con ayuda del bisturí ultrasónico. Se extrae la pieza en bolsa y se realiza hemostasia. El resultado de la anatomía patológica fue metástasis por carcinoma papilar de tiroides.

**Discusión:** El carcinoma papilar de tiroides es el cáncer de tiroides más frecuente y suele tener un pronóstico excelente. La vía de diseminación más frecuente es la linfática. La edad se considera el factor pronóstico más importante y el impacto de las metástasis ganglionares sobre el pronóstico depende también de la edad, en menores de 45 años hay estudios que demuestran que no se modifica la supervivencia, mientras que en mayores de 45 años el riesgo de mortalidad aumenta en un 46%. En este caso clínico se exponen distintos abordajes para conseguir la exéresis completa de distintos focos de recidiva de cáncer papilar de tiroides.