



P-072 - CEFALEA HIPERTENSIVA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CÁNCER DE TIROIDES AVANZADO

Guadarrama González, Francisco Javier; Bernal Tirapu, Julia; Moreno Barguerias, Alejandro; Martínez Pozuelo, Almudena; Gutiérrez Andreu, Marta; Pastor Altaba, Daniel; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El cáncer diferenciado de tiroides es el tumor endocrino más frecuente, con una prevalencia en nuestro país de 3,4 por 100.000h. Su presentación clínica habitual es la de nódulo a nivel cervical anterior. Sin embargo, en muchas ocasiones, es asintomático y se diagnóstica incidentalmente en estudios radiológicos (ecografía o CT) realizados por *screening* o por otras indicaciones médicas. En muy pocas ocasiones el cáncer de tiroides debuta con sintomatología poco habitual, como disfonía o dificultad para la deglución y aún más raramente, como cefalea secundaria a hipertensión venosa por estenosis de vena yugular interna.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 21 años que acude a su médico de atención primaria por cefalea intensa, resistente a analgesia habitual, como única sintomatología. En la exploración física sin embargo, se evidencian nódulos adenopáticos submandibulares y supraclaviculares izquierdos, por lo que se realiza CT cervicotorácico en el que se descubre la presencia de un nódulo tiroideo izquierdo de 3 cm de diámetro y múltiples adenopatías en ambas cadenas yugulares junto con múltiples nódulos subcentimétricos pulmonares; todos estos hallazgos radiológicos compatibles con enfermedad diseminada de neoplasia de origen tiroideo. Se procede a estudio histológico mediante punción aspiración con aguja fina tanto del nódulo tiroideo como de las adenopatías laterocervicales izquierdas dando como resultado histopatológico cáncer papilar de tiroides con metástasis ganglionares. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar se propone comenzar terapia con la realización de tiroidectomía total más linfadenectomía central y lateral bilateral. Durante la cirugía, se constatan adenopatías metastásicas en prácticamente todos los niveles cervicales, formando, en los niveles 2 y 3 izquierdos, un conglomerado adenopático. Su exéresis descubre la presencia de una estenosis de la vena yugular interna a dicho nivel con normalización de su calibre distalmente. Durante la linfadenectomía lateral derecha se observa que la vena yugular interna derecha presenta un calibre mucho mayor del esperado por compensación de la estenosis contralateral. El estudio anatomo-patológico fue informado como estadio tumoral: pT2N1b.

Discusión: La oclusión de la vena yugular interna en el cáncer de tiroides se puede observar en imágenes preoperatorias con ecografía o CT (particularmente con contraste) o durante la disección ganglionar, intraoperatoriamente. Se conocen cuatro causas diferentes de oclusión de la vena yugular interna asociada a neoplasia de tiroides: trombosis venosa asociada con un estado de hipercoagulabilidad, trombo tumoral en la vena, compresión o invasión por enfermedad tiroidea o metástasis en los ganglios linfáticos, como el caso que presentamos, y secundaria a colapso fibrótico durante la disección lateral del cuello. Que la vena yugular interna esté colapsada por compresión de adenopatías metastásicas, provoca un tipo de estenosis localizada que la diferencia de la producida por las otras causas expuestas. Por tanto, es necesario conocer y diferenciar

cada una de estas causas de oclusión venosa, fundamentalmente de forma preoperatoria, como signo de extensión tumoral, a la hora de abordar este tipo de intervenciones.