



P-096 - NÓDULO PARASÍTICO TIROIDEO EN PACIENTE CON BOCIO MULTINODULAR TÓXICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Déniz Ramírez, Ariadna María; Gutiérrez Giner, M^a Isabel; Bueno Ortiz, Pablo Miguel; Rodríguez Rodríguez, Fructuoso; Hernández Hernández, Juan Ramón

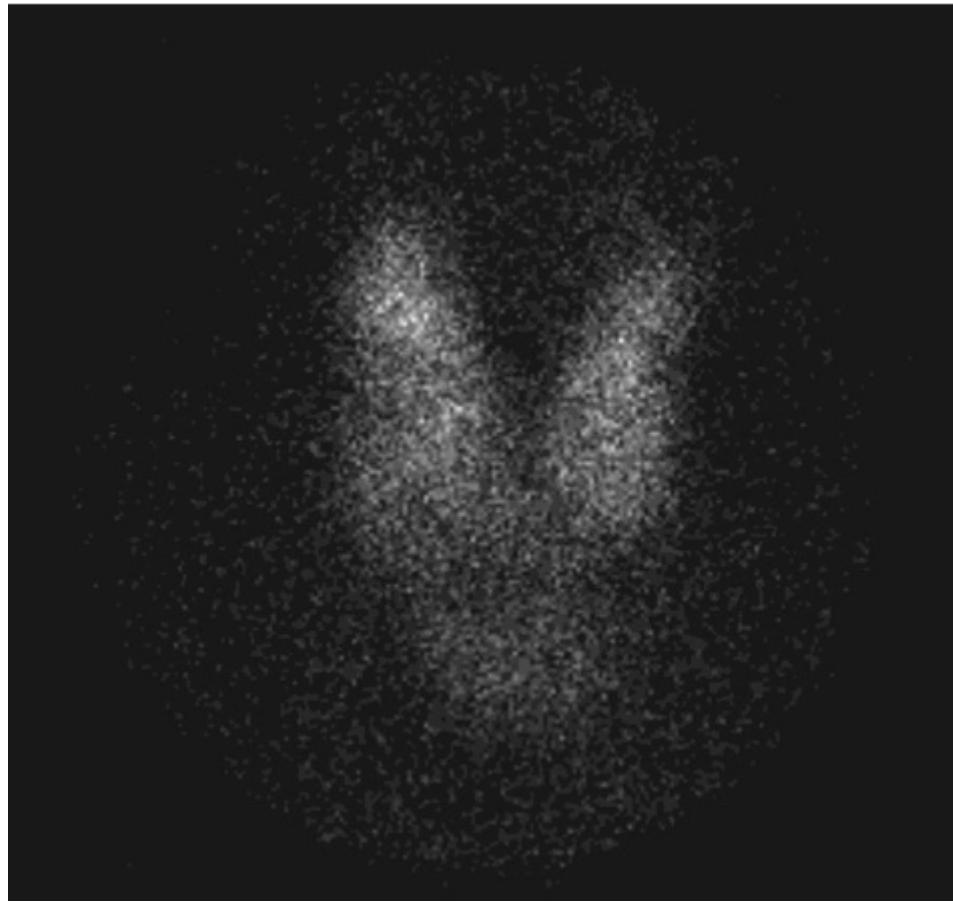
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: Los nódulos parasíticos tiroideos, son nódulos satélites visualizados a nivel histológico, en los bocios multinodulares de tipo tóxico, que no suponen la existencia de un proceso neoplásico subyacente. Presentan un crecimiento nodular y extracapsular separados de un bocio nodular preexistente. Se objetivan de forma incidental tras resultado de anatomía patológica tras tiroidectomía en pacientes con diversas afecciones tiroideas, como también la enfermedad de Graves-Basedow. El diagnóstico erróneo de estos nódulos con adenopatías metastásicas de carcinoma de tiroides, pueden conllevar gran trascendencia tanto terapéutica como pronóstica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 56 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipertiroidismo en tratamiento con sumial y tirodril. Acude a consultas externas de cirugía general, por aumento cervical anterior en los últimos 6 meses previos, además de disfagia y disfonía. Ecografía realizada con una glándula tiroidea aumentada de tamaño a expensas del LTI sin poder visualizar por completo dicho lóbulo por extensión intratorácica del mismo. Ecogenicidad glándula heterogénea. Istmo visible de 9 mm sin nódulos en su interior. El lóbulo tiroideo izquierdo se extiende de forma infraclavicular sin poder objetivar el polo inferior, visualizándose nódulo isoecoico con mínima vascularización periférica de 37,45 × 27,83 × > 38,81 mm. En lóbulo tiroideo derecho se visualiza en tercio medio nódulo dominante predominantemente quístico con componente sólido de bordes bien definidos y vascularización periférica que mide 22,42 × 15,49 × 22,81 mm. No adenopatías laterocervicales de aspecto patológico. Tras presentación en comité multidisciplinar, se realiza tiroidectomía total con vaciamiento cervical central bilateral. En la cirugía se visualiza bocio nodular bilateral. Hemitiroídes izquierdo aumentado de tamaño, polinodular a predominio de su mitad inferior. Nódulo en polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo de 2 cm de diámetro y consistencia pétreas, bien delimitado. Lo que en el TAC correspondía a la prolongación endotorácica del lóbulo tiroideo izquierdo se corresponde con lo que impresiona de paquete de adenopatías vs. tumoración independiente del lóbulo tiroideo izquierdo en compartimiento central izquierdo, de aspecto y consistencia quísticas, de diverso tamaño siendo la más grande de 3 cm de diámetro, que se extendían allende el reborde clavicular y se introducían en el mediastino. Hemitiroídes derecho aumentado de tamaño, con múltiples nódulos. Tumoración de aspecto quístico, de 2 × 1 cm de diámetro, adyacente al polo superior del lóbulo tiroideo derecho independiente del mismo. Múltiples adenopatías en compartimiento central derecho, la mayor de 2 cm de diámetro pétreas. La paciente evoluciona favorablemente en el posoperatorio con leve disfonía sin signos de sangrado ni disnea y analítica sanguínea al alta con calcio corregido 8,2 mg/dL y PTH 3,7 pg/mL. La anatomía patológica con hallazgos compatibles con nódulos denominados "parasíticos" de tejido tiroideo, hallazgo que se puede observar en los bocios multinodulares de tipo tóxico. Tejido tiroideo que no muestra

características nucleares de carcinoma papilar.



Discusión: Los nódulos parasíticos tiroideos son una entidad poco frecuente en nuestro medio y de carácter benigno. La correcta identificación histológica de la pieza tras cirugía y diagnóstico diferencial del carcinoma de bien diferenciado de tiroides, va a ser el determinante del tratamiento final que reciba el paciente.