



P-079 - EMBOLIZACIÓN DE ARTERIA TIROIDEA COMO TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA CERVICAL ESPONTÁNEA DE ORIGEN TIROIDEO

Duque Álvarez, Nayi Xiomara; Cobarro Yelo, José Eloy; Sánchez, Ana María; Cuenca Fresneda, Marina; Gómez Giménez, Ismael; Costa Navarro, David; Ramia Ángel, José Manuel; Carrión Tomás, Ana María

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La incidencia de nódulos tiroideos ha aumentado debido al incremento de realización de pruebas diagnósticas por otros motivos. La mayoría de los nódulos son de aspecto benigno y no necesitan tratamiento adicional. Sin embargo, se ha descrito la hemorragia espontánea como una complicación infrecuente pero que puede poner en riesgo la vida del paciente al presentar compromiso de estructuras vitales como la vía aérea y que por tanto exige tratamiento inmediato. Existen algunas características que se asocian a mayor riesgo de sangrado espontáneo como son la vascularización abundante y el contenido espongiiforme del nódulo tiroideo.

Caso clínico: Mujer de 82 años, HTA, fibrilación auricular anticoagulada, hipertiroidismo secundario a Amiodarona con nódulo sólido tiroideo con focos quísticos estable ecográficamente desde hacía dos años con dos PAAF no valorables. Acude a servicio de urgencias por tumoración laterocervical dolorosa de 4h de evolución que dificulta deglución sin dificultad respiratoria. Presenta hematoma cervical izquierdo doloroso a la exploración, sin tumoración definida con aumento del diámetro cervical, estable hemodinámicamente, eupneica, SO₂ 98%. Valorada por ORL que realiza nasofibroscoopia sin objetivar compromiso de vía aérea. Analítica: leucocitosis con hemograma normal. En TC se observa gran masa heterogénea en lóbulo tiroideo izquierdo 5,7 × 4,4 × 4,9 cm, desplaza la laringe, comprime la tráquea, en relación con quiste tiroideo hemorrágico complicado con extensión intra-extracapsular con signos sangrado activo. Se decide de forma conjunta intervención endovascular embolizando de vena tiroidea inferior y media con pegamento diluido en lipiodol obteniendo control de la hemorragia. Es extubada a las 24 horas y recibe alta hospitalaria al tercer día tras TC de control sin complicaciones. Reingresa a los 15 días por dolor local y febrícula, es tratado con antibioterapia durante 5 días y tras laringoscopia y TC cervical normal es dada de alta. Control dos meses después con hematoma resuelto.

Discusión: Se estima que aproximadamente la mitad de la población tiene nódulos tiroideos, sin embargo, solo el 5-10% tienen nódulos palpables. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con las neoplasias ya que su forma de presentación puede ser similar. El tratamiento dependerá principalmente de la sintomatología y del diagnóstico citológico, que puede ser desde seguimiento con ecografía hasta la exéresis quirúrgica. Una de las posibles complicaciones del nódulo tiroideo es la hemorragia que se puede ser secundario a la realización de una biopsia o, de manera más infrecuente, espontánea. Las hemorragias suelen ser autolimitadas y ceden con la compresión, sin

embargo, ciertos casos con hemorragias de mayor cuantía presentan hematomas expansivos con compromiso de la vía aérea que requieren intubación de manera urgente, diagnóstico y tratamiento inmediato. El tratamiento puede ser quirúrgico o por parte de radiología intervencionista si el paciente se encuentra estable y si se identifica el punto de sangrado activo en las imágenes diagnósticas. El diagnóstico y tratamiento oportuno marcarán la diferencia en el desenlace de esta complicación infrecuente de los nódulos tiroideos.