



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-146 - METÁSTASIS SUPRARRENAL DE CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES, A PROPÓSITO DE UN CASO EXCEPCIONAL

Bono Puertes, Vicente; Seguí Gregori, Jesús; Zaragoza Zayas, María; Ballester Martínez, Belén; Aguiriano Casanova, María del Mar; Peiró Monzó, Fabián; Díaz del Río, Manuel; García Domínguez, Rafael

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 80 años con antecedentes de HTA, EPOC, SAOS e hipotiroidismo secundario a tiroidectomía subtotal por carcinoma folicular de tiroides en 2011. Inicialmente diagnosticada de bocio multinodular predominante de lóbulo izquierdo, realizándose una PAAF compatible con proliferación folicular, efectuando una tiroidectomía subtotal. El informe anatomopatológico reveló carcinoma folicular, variante de células de Hürthle, de 2 cm, bien diferenciado, encapsulado, con invasión capsular y vascular (número de focos no especificado) y márgenes quirúrgicos libres. Se analizaron dos adenopatías, negativas para metástasis local. No se completó la tiroidectomía total. Posteriormente recibió ablación con I-131 y tratamiento supresor con L-tiroxina. Durante el seguimiento, en 2017 se detectó aumento progresivo de tiroglobulina (Tg) hasta 23 ng/mL, con estudios de imagen cervicales ecográficos y por TC, así como rastreo con I-131, sin hallazgos patológicos. El PET-TAC mostró una lesión hipercaptante en lóbulo superior derecho pulmonar. La PAAF fue inconcluyente, por lo que se resecó el nódulo pulmonar, confirmándose metástasis de carcinoma tiroideo, con márgenes libres. Tras la resección, sucesivas ecografías y TC de control anuales sin evidencia de recidiva y Tg indetectable calificaron a la paciente como libre de enfermedad. Sin embargo, en 2024, la Tg aumentó a 742 ng/mL con TSH de 116 mU/mL. Se realizó PET-TAC 18F-FDG, evidenciando una masa suprarrenal derecha hipermetabólica de 5 cm (SUVmax 32), altamente sugestiva de malignidad. La adrenalectomía laparoscópica confirmó metástasis de origen tiroideo mediante inmunohistoquímica positiva para CK7, TTF-1 y tiroglobulina, y negativa para CK20.

Discusión: El carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) representa menos del 1% de todas las neoplasias, aunque es el tumor endocrino más frecuente, con tasas de supervivencia superiores al 98% a cinco años. La variante folicular, menos común pero más agresiva que la papilar, se caracteriza por diseminación hematógena, principalmente a hueso, pulmón y cerebro. La afectación suprarrenal es extremadamente rara, asociada a errores terapéuticos o variantes histológicas agresivas. Las metástasis adrenales representan el 1,7% del total, generalmente bilaterales y junto a lesiones sincrónicas. El caso descrito es atípico por tratarse de una metástasis única, tardía, en una paciente con Tg indetectable durante ocho años y sin evidencia de enfermedad en controles por imagen. El manejo del carcinoma folicular incluye tiroidectomía (preferentemente total en casos de alto riesgo), radiyodo terapéutico y supresión hormonal con L-tiroxina. La secuencia terapéutica incorrecta aumenta el riesgo de recurrencia y metástasis, aunque variantes agresivas pueden

metastatizar incluso con manejo adecuado. En este caso, la cirugía fue subtotal, como permitían las guías de 2009 para bocio multinodular, pero no se totalizó tras hallarse carcinoma angioinvasivo, lo cual hoy sería criterio relativo. La radioablación se demoró cinco meses. Se logró supresión efectiva de TSH con L-tiroxina. La suprarrenalectomía fue el tratamiento ante metástasis única resecable. La inmunohistoquímica (CK7, TTF-1, Tg y PAX8) confirmó el origen tiroideo de la metástasis suprarrenal. En conclusión, la metástasis suprarrenal de carcinoma folicular de tiroides es anecdótica. Nuestro caso es particularmente excepcional debido a que no hay publicaciones previas con una dilatación temporal entre sucesos tan acusada, incluso caracterizando a la paciente de libre de enfermedad.