



V-073 - SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR (VCS) SECUNDARIO A CARCINOMA FOLICULAR DIFERENCIADO DE ALTO GRADO DE TIROIDES METASTÁSICO CON TROMBOSIS TUMORAL DE VCS

Díaz Vico, Tamara; García Muñoz-Najar, Alejandro; Aldamiz-Echevarría del Castillo, Gonzalo; Navas Clemente, Iván; Grao Torrente, Irene; Castellón Pavón, Camilo José; Durán Poveda, Manuel

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial y adenocarcinoma acinar de próstata en vigilancia activa, que acude por edema facial, cervical y palpebral de cuatro meses de evolución, sin respuesta a tratamiento con corticoides ni antihistamínicos. La exploración física revela únicamente una masa cervical dependiente del lóbulo tiroideo derecho (LTD). Una ecografía cervical identifica un nódulo hipoecogénico de 32 × 51 × 55 mm clasificado como TIRADS-4, con una PAAF inicial compatible con tiroiditis. La radiografía de tórax muestra una masa mediastínica bien delimitada, lo que motiva la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) cervico-toraco-abdominal, que confirma una masa mediastínica sólida de 45 × 58 × 78 mm, asociada a un bocio multinodular con componente endotorácico, así como una trombosis tumoral crítica suboclusiva de la vena cava superior (VCS) y la vena yugular interna derecha, sin invasión mural evidente (signo del anillo positivo). El paciente es ingresado e inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular y dexametasona. Se realiza biopsia del LTD y punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecoendoscopia de la masa mediastínica, ambas con hallazgos compatibles con carcinoma folicular bien diferenciado de tiroides (positivo para TTF1, tiroglobulina y PAX8). Dada la amenaza vital por posible embolismo tumoral pulmonar, se indica intervención quirúrgica programada, tras consenso en Comité Multidisciplinar. El abordaje comienza con tiroidectomía total mediante incisión de Kocher, visualizando y preservando ambos nervios laríngeos recurrentes. La masa tiroidea se mantiene anclada a la VCS para su posterior exéresis en bloques. Se completa la intervención quirúrgica mediante esternotomía con apoyo del equipo de Cirugía Cardíaca. Se lleva a cabo la resección de la masa mediastínica bajo circulación extracorpórea normotérmica. Se realiza atriotomía y cavotomía, identificando infiltración de la VCS, lo que obliga a su resección parcial y posterior reconstrucción con sutura primaria reforzada con parche de pericardio bovino. La ecocardiografía transesofágica posoperatoria confirma la ausencia de masas residuales. El paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones, y es dado de alta a los 10 días, pendiente de tratamiento con radioyodo. El estudio histopatológico confirma un carcinoma folicular de tiroides diferenciado de alto grado, con invasión vascular extensa, extensión extratiroidal y márgenes quirúrgicos libres (pT4b). La masa mediastínica es compatible con metástasis infiltrativa del tumor tiroideo. La inmunohistoquímica muestra positividad para TTF1, PAX8 y TG, Ki67 del 8-10%, y ausencia de mutaciones RET.

Discusión: Este caso representa una presentación inusual y grave de carcinoma tiroideo, con manifestación inicial como síndrome de VCS secundario a trombosis tumoral extensa. La clasificación OMS 2022 incluye este subtipo dentro de los carcinomas de alto grado derivados de células foliculares, de pronóstico intermedio, con características histológicas específicas como alto índice mitótico y ausencia de diferenciación anaplásica. La detección precoz y el abordaje quirúrgico multidisciplinar fueron claves para evitar complicaciones fatales.