



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-064 - CARCINOMA PAPILAR OCULTO: POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS Y DE TRATAMIENTO

de Laguno de Luna, Ágata; Martínez Santos, Cristina; Abitei, Cristina; Villar Puertas, Ana; Verdugo Carballeda, José Manuel; Arias Romano, Alberto; Arcas Martín, Luz María; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

### Resumen

**Objetivos:** El carcinoma papilar de tiroides (CPT) supone el 80% de los carcinomas diferenciados de tiroides. Suele presentarse entre los 30-40 años como un nódulo tiroideo solitario. En un 30-40% de los casos es multicéntrico. Otras manifestaciones clínicas primarias más infrecuentes son: adenopatías metastásicas, masas parafaríngeas, quistes cervicales o metástasis a distancia.

**Métodos:** Presentamos el caso de un varón de 43 años (sin antecedentes de interés) remitido a nuestra consulta por nódulo latero cervical derecho de 3 cm de más de un año de evolución. Se realizó ecografía cervical visualizándose dos lesiones quísticas anteriores a esternocleidomastoideo y laterales a vena yugular interna de 34 y 14 mm compatibles con quistes del 2º arco branquial con citología de células histiocitarias. Se deriva a ORL quien solicita TAC para completar estudio y decide extirpación mediante cervicotomía derecha.

**Resultados:** La AP postoperatoria da como resultado: adenopatías quísticas con focos de carcinoma papilar de tiroides (CPT). Preoperatoriamente el perfil tiroideo es normal, y en otra ecografía cervical dirigida no se visualizan nódulos tiroideos ni adenopatías. Se presentó en sesión multidisciplinar y de acuerdo con el servicio de endocrino, se decidió realizar una tiroidectomía total abierta. Es dado de alta 48 horas después sin complicaciones. El diagnóstico definitivo fue CPT multifocal bilateral con foco mayor de 1,5 cm en LTI con foco que contacta focalmente con margen de resección, estadio III T1aN1M0. Con este resultado se decidió ablación con radio yodo. Actualmente el paciente está en seguimiento por Endocrinología y continua en tratamiento con levotiroxina, sin signos de recidiva ocho meses después de la cirugía.

**Conclusiones:** La aparición de nódulos o masas quísticas latero-cervicales a cualquier edad de la vida suele corresponder con procesos benignos, sin embargo, deben ser estudiados. Frecuentemente el CPT se presenta como masas palpables. Un 10% de los casos de CPT se presentan como una o más adenopatías cervicales metastásicas sin tumor tiroideo clínica o ecográficamente visible y es lo que se conoce como CPT oculto. La presentación primaria de un CPT como metástasis quística cervical es extremadamente raro con muy pocos casos descritos en la literatura. En algunos casos la apariencia del quiste es indistinguible de la de un quiste branquial, conduciendo a un diagnóstico de sospecha erróneo. Ante estos hallazgos se debe proceder a la biopsia escisional. Si como en nuestro caso, la AP demuestra tejido tiroideo de características malignas, lo más probable es que se trate de una extensión ganglionar de carcinoma papilar tiroideo. Una segunda posibilidad descrita en la literatura, aunque improbable, sería el desarrollo de un carcinoma papilar sobre inclusiones epiteliales tiroideas benignas en ganglios linfáticos. En estos casos, ante la imposibilidad de

descartar neoplasia tiroidea, debe llevarse a cabo tiroidectomía total para llegar al diagnóstico definitivo (dada la alta frecuencia de multicentricidad y afectación bilateral).