



V-027 - CIRUGÍA RADIOGUIADA EN METÁSTASIS CERVICALES DE CÁNCER DE TIROIDES

Rubio Castellanos, Cristina; Hurtado de Rojas Grau, Cristina; Sacristán Pérez, Cristina; Díaz Rodríguez, Mercedes; Marín Velarde, Consuelo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Los tumores diferenciados de tiroides con frecuencia recidivan, ocurriendo esta recidiva en el 5-25% de los pacientes. En el 75% de los casos se trata de recidivas ganglionares, en el 20% de los casos las recidivas son del lecho tiroideo y en un 5% de los casos en otras localizaciones. Esto supone por tanto un problema de cara a la cirugía de rescate, ya que en muchas ocasiones se realiza a ciegas, enfrentándonos a situaciones atípicas, lesiones de pequeño tamaño, distorsión del campo quirúrgico con lesiones en el nervio laríngeo recurrente, glándulas paratiroides, nervio espinal o incluso en algunas circunstancias dificultada para la localización de las lesiones. La cirugía oncológica de rescate radioguiada supone un puente entre las técnicas de diagnóstico por imagen y la cirugía intervencionista, permitiendo identificar preoperatoriamente pequeños focos neoplásicos y así facilitar la labor del cirujano. Sus principales indicaciones son la recidiva no palpable en pacientes con cirugía tiroidea y/o linfadenectomía previa.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 24 años intervenida de un carcinoma papilar de tiroides con metástasis ganglionares, a la cual se le realizó una tiroidectomía total con vaciamiento del compartimento central y lateral izquierdo incompleto con tratamiento ablativo posterior. Durante el seguimiento, se objetiva a los 7 años, en TC de control, una dudosa imagen de adenopatía cervical baja, por lo que se realiza una gammagrafía de cuerpo entero, sin evidenciar en el rastreo restos en lecho tiroideo, con niveles de tiroglobulina (TG) ligeramente elevados y AC antitiroglobulina despreciables. Se decide ver evolución y a los 6 meses se objetiva elevación de TG por lo que se realiza PET-TC tórax y abdomen donde se aprecia lesión hipermetabólica en lecho tiroideo izquierdo y pequeña lesión/adenopatía en lecho tiroideo derecho, realizándose PAAF sobre cada una de ellas y objetivando en lesión derecha hallazgos citológicos compatibles con neoplasia folicular (Bethesda 4) y en izquierda lesiones benignas (Bethesda 2), con TG en PAAF derecha de 500 ng/ml. Tras valorar el caso en comité de tumores se decide realizar cirugía oncológica de rescate radioguiada con colocación de dos semillas de I125 en lecho tiroideo derecho y en lesión paratraqueal izquierda. La cirugía se realizó de forma satisfactoria, sin incidencias. Exéresis de adenopatía paratraqueal derecha con biopsia intraoperatoria de carcinoma papilar y exéresis de nódulo cricotiroideo izquierdo sin lesiones sospechosas de malignidad.

Discusión: La alteración anatómica cervical tras una intervención quirúrgica supone un reto para el cirujano, un aumento el tiempo quirúrgico y de la morbilidad para el paciente. La precisión en la

localización de las lesiones permite disminuir el tiempo quirúrgico, realizar incisiones más pequeñas y aportar seguridad al paciente, sin aumentar la complejidad ni las complicaciones de la cirugía. La cirugía radioguiada con semilla es una técnica sencilla, segura, bien tolerada por el paciente, reproducible y con baja tasa de exposición a radiaciones.