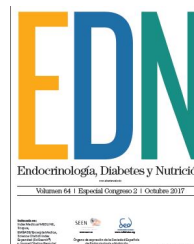




Endocrinología, Diabetes y Nutrición



245 - NÓDULO TIROIDEO TÓXICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES

F.J. Santamaría^a, E. Fernández^a, V. de Diego^a, N. Utrilla^a, I. Martín^b y I. Fernández^c

^aServicio de Endocrinología y Nutrición; ^bServicio de Radiodiagnóstico; ^cServicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Cruces. Vizcaya. España.

Resumen

Introducción: La presencia de hiperfunción tiroidea por un nódulo tiroideo virtualmente excluye la posibilidad de malignidad del mismo. Presentamos el caso de una paciente con hipertiroidismo y un nódulo tiroideo hipercaptador en la gammagrafía que enmascaraba la presencia de un carcinoma anaplásico adyacente al mismo.

Caso clínico: Mujer de 64 años remitida por aparición reciente de bulto en cuello. Refería decaimiento general, nerviosismo y pérdida de 3-4 Kg de peso. A la exploración nódulo tiroideo izquierdo de unos 6 cm, duro. FC 100 lpm, temblor fino distal. Se objetiva hipertiroidismo (FT4 2,8 ng/dL, TSH < 0,01 µU/mL, TSI < 0,1 UI/L). Se realizó gammagrafía tiroidea que mostraba un gran nódulo hipercaptante que ocupa LTI, inhibiendo el resto de la glándula. Debido a las características palpatorias y aparición brusca del nódulo se realizó valoración ecográfica del mismo apreciándose un bocio multinodular con nódulo dominante izquierdo sospechoso de malignidad (masa heterogénea que ocupa el LTI de 52 × 35 mm, con calcificaciones groseras y finas, bordes mal delimitados, con vascularización central y periférica) y adenopatías laterocervicales izquierdas patológicas en nivel IV. Se realizó biopsia del nódulo en la que se apreció infiltración del tejido tiroideo por carcinoma indiferenciado, y similar resultado en adenopatía del nivel IV izquierdo. Se solicitó PET en el que se objetiva LTI multinodular con calcificaciones en su interior, hipometabólico en su porción superior (hipercaptante en la gammagrafía tiroidea) y gran masa hipermetabólica, que prácticamente engloba el anterior nódulo, de elevada intensidad (Suv máximo 15,6) que desplaza cartílago tiroideos y tráquea hacia la derecha, compatible con naturaleza maligna.

Discusión: La coexistencia de estas dos patologías es excepcional, habiéndose descrito previamente un único caso en la literatura. El juicio clínico siempre debe prevalecer sobre la aplicación estricta de los protocolos de estudio de los nódulos tiroideos.