



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/721 - NÓDULO TIROIDEO CON DEBUT ANÓMALO

N. Bellet Lafarga<sup>a</sup>, A. Bonaplata Revilla<sup>b</sup>, M. González Sánchez<sup>b</sup>, M. Bautista García-Verd<sup>b</sup>, I. Blasco Gallardo<sup>b</sup> y L. Siles Suárez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Pozuelo de Alarcón. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Abrantes. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Urgencias. SUMMA 112. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 29 años sin antecedentes personales de interés. Durante una urografía intravenosa (UIV), aparece una tumefacción no dolorosa en cara anterior cuello. Se descarta patología ORL y se inicia estudio en AP. El paciente no presentaba cervicalgia, no disfagia, no disfonía, no clínica compresiva, no clínica de hipo o hiperfunción tiroidea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: AP: tumoración cara anterior cuello. Eco cuello: nódulo tiroideo único, 19 mm diámetro máximo con microcalcificaciones puntiformes, adenopatía cadena ganglionar laterocervical izquierda. Exploración ORL: normal. Eco PAAF: nódulo tiroideo con carcinoma papilar y metástasis ganglionares. Analítica: TSH, T3 y T4 y AcTg normales, tiroglobulina 65,1 ng/ml, calcitonina 2 pg/ml, PTH normal, vit D 23,7 ng/ml. A.P. exéresis: carcinoma papilar hemitiroides izquierdo y focos en hemitiroides derecho. Afectación ganglionar múltiple. Estudio inmunohistoquímico: B-raf (+).

**Juicio clínico:** Carcinoma papilar de tiroides multifocal pT1b N1b B-raf positivo.

**Diagnóstico diferencial:** Procesos benignos: tiroiditis de Hashimoto, tiroiditis subaguda, adenomas hiperfuncionantes, bocios endémicos. Procesos sospechosos: neoplasia folicular, neoplasia de células de Hürthle. Procesos malignos: carcinoma papilar, carcinoma medular, carcinoma anaplásico, linfoma.

**Comentario final:** El carcinoma papilar es la neoplasia maligna tiroidea más frecuente con mayor incidencia en mujeres, de 30-50 años. El hallazgo casual como tumoración en cara anterior de cuello por hipercaptación de contraste yodado en el transcurso de una UIV permitió el estudio por su médico de cabecera. Se realizó una tiroidectomía total, linfadenectomía central y lateral y tratamiento ablativo con 100 mCi I-131 tras estímulo con Thyrogen. El rastreo gammagráfico y SPECT cervical posterior mostraban restos de tejido tiroideo normofuncionante. Se inició tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea ajustando dosis con analíticas seriadas. Se mantiene seguimiento por alto riesgo de recurrencia por metástasis ganglionares.

### Bibliografía

1. Haugen BR, Said S. Solitary Thyroid Nodule. En: Wondisford FE, ed. Clinical Management of Thyroid Disease, Saunders; 2009. p. 349-59.
2. Busaidy NL, Kloos RT. Papillary Thyroid Carcinoma. En: Wondisford FE, ed. Clinical Management of Thyroid Disease. Saunders; 2009. p. 361-81.
3. Salvatore D. Nontoxic diffuse goiter, Nodular Thyroid Disorders and Thyroid malignancies. En: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, eds. Williams Textbook of Endocrinology ,13<sup>th</sup>

ed. Elsevier; 2016. p. 449-88.

**Palabras clave:** Nódulo tiroideo. Neoplasia de tiroides.