

424/2676 - CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES

R. Hernández González¹, C. Gómez Sánchez², D. Aguilar Pérez³ y C. Alonso Benito⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jose Luis Santamaría. Burgos. ²Médico de Familia. Centro de Salud Jose Luis Santamaría. Burgos. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Agustín. Burgos. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 42 años en tratamiento con Eutirox tras tiroidectomía total hace 3 años por carcinoma folicular de tiroides invasivo, pendiente de recibir tratamiento con radioyodo por elevación de tiroglobulina en seguimiento posquirúrgico. Acude a consulta refiriendo gonalgia izquierda y astenia de dos meses de evolución que le impide salir a correr. Niega traumatismos, hiporexia y pérdida de peso. Dado los antecedentes del paciente, se decide realizar radiografía de rodilla para descartar metástasis a dicho nivel y se pauta tratamiento analgésico. Ante los hallazgos radiográficos se deriva al paciente a Traumatología donde confirman el diagnóstico de recidiva ósea de carcinoma folicular de tiroides.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general: normal salvo leve induración sobrelevada en extremo distal de fémur izquierdo no dolorosa a la palpación. Analítica: normal. Tiroglobulina 8.558. Radiografía rodilla izquierda: lesión lítica en fémur distal izquierdo. Rastreo con I-131: escasa captación en fémur distal izquierdo, compatible con metástasis yodorefractaria. TAC y RM rodilla: compatible con lesiones metastásicas. TAC body: recidiva locorregional, metástasis óseas, pulmonares y ganglionares laterocervicales y mediastínicas. Biopsia distal de fémur izquierdo: anatomía patológica compatible con metástasis de carcinoma primario de tiroides.

Orientación diagnóstica: Dados los antecedentes personales del paciente, el mal control postquirúrgico del carcinoma folicular de tiroides y la ausencia de traumatismo previo sobre la rodilla, tenemos que descartar una posible recidiva ósea del carcinoma de tiroides.

Diagnóstico diferencial: Tumoración ósea primaria. Recidiva ósea. Gonalgia.

Comentario final: El carcinoma folicular es un tipo de carcinoma diferenciado de tiroides que representa el 15-20% de los tumores tiroideos. Anatomopatológicamente se asemeja al epitelio tiroideo normal y se caracteriza por la invasión capsular. A pesar de presentar un crecimiento lento, se propaga rápidamente por vía hemática pudiéndose ver metástasis óseas (osteolíticas), pulmonares y a nivel del sistema nervioso central fundamentalmente. Dado las características del tumor primario que presenta el paciente y la clínica con la que acude a consulta, habría que descartar recidiva ósea tumoral.

Bibliografía

1. Ríos A, Rodríguez JM, Ferri B, Martínez-Barba E, Torregrosa NM, Parrilla P. Prognostic factors of follicular thyroid carcinoma. Endocrinol Nutr. 2015;62(1):11-8.

Palabras clave: Carcinoma folicular. Recidiva ósea. Gonalgia.