



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

## 482/744 - LA CLÍNICA POR ENCIMA DE TODO

A. Valdor Cerro<sup>1</sup>, S. López Santos<sup>2</sup>, Y. Rodríguez González<sup>3</sup> y D. Simarro Díaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.<sup>2</sup> Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.<sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D<sup>a</sup>. María Fernández Pérez. Los Corrales de Buelna. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 70 años, con AP pólipos colónicos en seguimiento por digestivo desde hace años. Acude a la consulta para control analítico rutinario. Asintomática desde el punto de vista digestivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración abdominal y tacto rectal normal. SOH negativo. Se solicita analítica rutinaria- hemograma, bioquímica con perfil de hierro, y niveles de CEA, que resultan elevados. Cito de nuevo a la paciente en 3-4 meses en la consulta y repito niveles de CEA manteniéndose en 25 ng/mL. Cuando le estoy explicando los resultados, la paciente refiere molestias faríngeas, sobre todo al tragar o tumbarse, desde hace meses. En exploración: Faringe normal. Palpación cervical donde impresiona de nódulo tiroideo izquierdo de aproximadamente 2 cm, adherido a planos profundos. Solicito nueva analítica con: TSH 1,2 mUI/L, T4 1,9 ng/dL, tiroglobulina normal, calcitonina 433 pg/mL. CEA 27 ng/mL. Solicito ecografía tiroides y derivo a Endocrinología.

**Orientación diagnóstica:** Nódulo tiroideo sugestivo de carcinoma medular de tiroides. Se deriva a la paciente al servicio de Endocrino previa realización de ecografía tiroidea: nódulo sólido de 25 mm, hipoeocoico, con calcificaciones en su interior, mal delimitado, en LTI. TIRADS 4. Se realiza PAAF sugestiva de carcinoma medular de tiroides. La paciente fue intervenida, realizando tiroidectomía total, con resultado en AP de carcinoma medular de tiroides que respeta capsula.

**Diagnóstico diferencial:** Dados los AP de la paciente y los niveles persistentemente elevados de CEA, la paciente estaba en seguimiento por Digestivo por sospecha de neoplasia colorrectal oculta y acudió a la consulta de primaria para hacer analítica de rutina. Tras la exploración física cervical de la paciente y mi nueva sospecha diagnóstica, oriento el caso a patología tiroidea, considerando como primera opción carcinoma medular, ya que aumenta tanto los niveles de calcitonina y CEA.

**Comentario final:** El carcinoma medular de tiroides deriva de las células c secretoras de calcitonina. Por lo tanto, el marcador principal de este tipo de tumores es la calcitonina. Otro marcador que eleva en este tipo de tumores es el CEA. Por lo que cabe destacar que ante este tipo de alteraciones, pensemos en la posibilidad de patología tiroidea subyacente.

### Bibliografía

1. Burman KD, Wartofsky L. Thyroid nodules. N Engl J Med. 2015;373(24):2347-56.
2. Morales Martín G. Carcinoma medular de tiroides: consenso. Cir Andal. 2020;236-41.

3. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison principios de Medicina Interna, 20<sup>a</sup> edición. Ciudad de México, McGraw-Hill, 2018.

**Palabras clave:** CEA. Calcitonina. Medular.