

CIRUGÍA ENDOCRINA

POSTERS

P-197. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN CAMERÚN: BOCIO MULTINODULAR DE GRAN TAMAÑO

J. Páramo Zunzunegui, J. Herrador Benito, M.V. Collado Guirao, I. Hidalgo García, M. Ontañón Ledesma, M. Toledano, C. Vázquez Ordoñez, M.J. López Rodríguez, T. Gallardo Doménech y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Presentar la experiencia en tratamiento de bocio multinodular de gran tamaño realizado en un hospital de Bamenda, Camerún, con escasez importante de recursos materiales y humanos, durante un periodo de 12 días.

Pacientes y métodos: Se realiza la revisión prospectiva del tratamiento quirúrgico de bocio multinodular de gran tamaño. En todos los pacientes se realizó la cirugía tras diagnóstico clínico, analítico (hemoglobina, hemostasia, glucosa y función tiroidea), así como test de VIH. Se realizaron medidas antisépticas habituales con povidona yodada y profilaxis antibiótica con ceftriaxona.

Resultados: Se realizaron 11 tiroidectomías (4 hemitiroidectomías izquierdas, 1 hemitiroidectomía derecha, 6 tiroidectomías subtotales). El tiempo quirúrgico medio fue de 3,5 horas. El promedio de días de hospitalización fue de 4,5 días. Un paciente precisó cirugía urgente por sangrado abundante a través de drenaje, con hallazgo intraoperatorio de aspiración de pedículo tiroideo superior a través de uno de los orificios del tubo. No hubo lesión de nervio recurrente, ni hipoparatiroidismo en ninguno de los casos. A pesar de que el 80% de los pacientes presentaban una notable desviación traqueal, únicamente dos de ellos precisaron maniobras de intubación difícil con GIO. La analgesia pautada durante el ingreso fue metamizol de 575 mg e ibuprofeno de 400 mg. La tolerancia se inició a las 24 horas de la intervención quirúrgica. No hubo incidencia de infección de herida quirúrgica.

Conclusiones: La hemitiroidectomía y tiroidectomía subtotal son dos técnicas seguras en manos expertas para el tratamiento del bocio multinodular en el tercer mundo, y permite una calidad de vida óptima sin necesidad en la mayoría de los casos de tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea.

P-198. CIRUGÍA POR CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO: PRECAUCIONES

C. Martínez Santos, R. Hiller Rondón, F. Martín Carvajal, J.M. Verdugo Carballeda, M.A. Picot, J. Díaz Jiménez, J. Bercedo Martínez y N. Gándara Adán

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Objetivos: A pesar de que se intenta evitar la cirugía programada de tiroides durante el embarazo, en algún caso puede estar indicada y por ello revisamos las recomendaciones establecidas acerca del momento de la cirugía y medidas profilácticas.

Caso clínico: Paciente de 35 años, con exéresis de dermatofibrosarcoma protuberans en espalda, cesárea y miomectomía previas. Enviada desde Dermatología en la semana 14 de embarazo tras hallazgo incidental en ecografía, de lesión tiroidea. En la ecografía dirigida se observa un nódulo quístico de 20 mm en LTI (PAAF: ca papilar) y adenopatías en los niveles III- IV (la ma-

yor de 25 mm en el IV con PAAF de ca papilar). Laringoscopia normal. Calcemia y perfil tiroideo normales.

Resultados: Se consulta la revisión de 2009 de la guía ATA sobre el manejo del cáncer diferenciado de tiroides en la que se recomienda diferir la cirugía tras el parto por no haber evidencia de que esto afecte al pronóstico. Tras discutir el caso en sesión multidisciplinar y consultar riesgos con los servicios de Obstetricia y Anestesia, se informa a la paciente de la posibilidad de cirugía tras el parto o en el segundo trimestre. A petición de la paciente se interviene en la semana 18 de gestación. Se realiza anestesia general utilizando fármacos de categoría A y B de la FDA en el embarazo. Técnica de secuencia rápida con maniobra de Sellick y rocuronio a 0,6 mg/kg para la inducción. Posición con desplazamiento uterino izquierdo 15°. Mantenimiento con anestesia intravenosa total, monitorización anestésica convencional (evitando hipotensión e hipoxia) así como de relajación neuromuscular y profundidad anestésica (Entropy). Se practica una tiroidectomía total con vaciamiento central y lateral funcional izquierdo de los compartimentos II-IV con monitorización de recurrentes sin incidencias. En la sala de recuperación se comprueba la viabilidad fetal. El postoperatorio transcurre de forma favorable siendo dada de alta a las 48 horas sin disfonía, calcio iónico de 1,14 mg/dl, y herida con buen aspecto. En la AP definitiva se describe un ca papilar variante folicular, multifocal (foco mayor de 8 mm) sin evidencia de extensión extratiroidea. Se aíslan 6/10 ganglios metastáticos en el compartimento central y 2/11 en el compartimento lateral (pT1pN1). Actualmente los niveles de hormona tiroidea y calcio son normales y el embarazo transcurre con normalidad.

Discusión: Aunque el aumento del riesgo de teratogénesis y de aborto debido a la cirugía y la anestesia no está probado, en gestantes con ca diferenciado de tiroides se recomienda cirugía diferida tras el parto. La paciente debe ser informada y en caso de cirugía en el embarazo, se recomienda durante el segundo trimestre. Es importante analizar el caso en una sesión multidisciplinar para coordinar las medidas, donde los anestesiólogos adaptarán la técnica anestésica a los cambios fisiológicos de la gestante evitando especialmente hipotensión, hipoxemia y trombosis y evitarán medicación no recomendada. Los ginecólogos deberán planificar la monitorización del feto antes y después de la cirugía.

P-199. APLICACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PANORÁMICA EN LA VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA

A. Rivo Vázquez¹, A. Rodríguez Lorenzo², J.E. Rivo Vázquez¹ y P. Gil Gil¹

¹Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo; ²Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

Introducción: La ecografía convencional se ha convertido en una prueba diagnóstica imprescindible en la valoración de la patología tiroidea. Se trata de un estudio inocuo y barato que aporta imágenes con una alta resolución. La ecografía panorámica añade a estas propiedades el incremento del campo de visión, permitiendo obtener imágenes en las que se pueden identificar ambos lóbulos tiroideos. Estos estudios se obtienen con ecógrafos convencionales de alta gama realizando un barrido con el transductor sobre la zona a explorar. Un software específico realiza la reconstrucción de las imágenes.

Materiales y métodos: Presentamos 4 imágenes de ecografía panorámica que recogen distintas patologías tiroideas.

Resultados: Imagen 1: se aprecia un tiroides normal así como su relación con las estructuras cervicales vecinas: músculos pretiroideos, esófago, vasos cervicales... Imagen 2: cáncer de tiroides de 7 mm y adenopatía metastásica. Imagen 3: cáncer de tiroides en lóbulo derecho y signos de infiltración de los músculos preti-



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

roideos. Imagen 4: nódulo de predominio quístico en lóbulo izquierdo.

Conclusiones: La ecografía panorámica permite incluir ambos lóbulos tiroideos en una única imagen, facilitando una mejor interpretación de los estudios por parte del clínico así como una mayor precisión en la valoración de las dimensiones de la glándula.

P-200. MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DEL LINFOMA TIROIDEO COMO URGENCIA MÉDICA

J.L. Muñoz-Nova, A. Rodríguez Sánchez, J. Gómez Ramírez, E. Larrañaga Barrera, J.M. Bravo Lifante, J. Auza Villegas, E. Torres Mínguez, M. Posada González, S. Salido Fernández y E. Martín-Pérez

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: El linfoma tiroideo (LT) es una patología poco frecuente que constituye menos del 2% de las neoplasias tiroideas y el 2% del total de linfomas. Presentamos el caso de un paciente con clínica compresiva y compromiso de la vía aérea secundaria a un LT de gran tamaño y revisamos el manejo adecuado de estos pacientes.

Caso clínico: Mujer de 45 años en seguimiento por bocio multinodular con hipotiroidismo subclínico con anticuerpos antitiroideos negativos, que presenta un cuadro de rápido crecimiento del tamaño de la glándula tiroidea, llegando a causar disfonía, disfagia para líquidos y disnea al adoptar decúbito, motivo por el que acudió a Urgencias. En la tomografía computarizada cervical (TC) se apreció una masa tiroidea de gran tamaño ($12 \times 13 \times 8,5$ cm), con predominio de lóbulo tiroideo izquierdo, que desplazaba y comprimía faringe, esófago y tráquea, con disminución marcada de la luz traqueal (6 mm); asimismo se apreció el denominado "signo del donut" al envolver la masa por completo la tráquea, signo característico de esta patología. En la ecografía cervical se aprecia masa lobulada hipocogénica y avascular, con áreas de necrosis quística. Se intentó realizar fibrobroncoscopia para control de vía aérea sin éxito, por lo que se inicia tratamiento con esteroides, oxigenoterapia y colocación del cabecero de la cama a 45° . Ante la sospecha de patología tumoral tiroidea se realizó PAAF tiroidea sugestiva de linfoma no Hodgkin. Para una adecuada caracterización anatomopatológica del posible linfoma se decidió biopsia tiroidea abierta, con resultado anatomopatológico de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes; tras el estudio de extensión se estatificó como estadio

IV-A, con un Índice Pronóstico Internacional de III. Basado en este diagnóstico se inició tratamiento quimioterapéutico según el esquema ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona y rituximab (CHOP-R), con lo que se obtuvo una rápida mejoría de la clínica compresiva. A los tres meses se apreció que, a pesar de una importante disminución del tamaño tumoral, existía persistencia de enfermedad, principalmente en localización extratiroidea, por lo que se cambió a un esquema quimioterapéutico con ifosfamida y etopósido más rituximab (IFE-R), con lo que se logró una importante mejoría. Además se realizó radioterapia de consolidación sobre el lecho tumoral. A los 9 meses, en control con TC se mostraba la desaparición casi completa de la tumoración tiroidea.

Discusión: El linfoma tiroideo es una patología más frecuente en mujeres, cuya variante histológica más frecuente es un linfoma no Hodgkin de células B grandes, con un grado variable de malignidad. Suele caracterizarse por un bocio de rápido crecimiento con clínica compresiva que en ocasiones obliga a actuar de forma urgente, primando el control de la vía aérea y un diagnóstico lo más rápido posible en el que basar un esquema quimioterapéutico específico. Para ello puede ser necesario efectuar una biopsia abierta en la que se obtenga una pieza representativa de la masa. La pauta quimioterapéutica más empleadas es CHOP-R. El pronóstico suele ser bueno en los estadios I y II, aunque en el estadio IV la supervivencia a 5 años es del 15-35%.

P-201. SISTEMA BETHESDA EN CITOPATOLOGÍA TIROIDEA. NUESTRA EXPERIENCIA

M.C. Artigas Marco, A. M. Subirats Gómez, A. Azueta Etxebarria, X. Matías-Guiu Guía, L. Córdoba Oriz, B. Martínez Casado, P. Buetas Cosculluela, J.A. Baena Fustegueras, S.E. Ros López y J. Olsina Kissler

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción: La prevalencia de la patología nodular tiroidea en nuestro medio supone un 20,8% de la población total, siendo un 5,4% de los mismos un hallazgo casual. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es un método seguro, de bajo coste, con una sensibilidad de un 98,6% y una especificidad del 94,3% a efectos de diagnóstico preliminar. El sistema Bethesda (octubre 2007) surgió como para poder estandarizar el informe citopatológico nodular tiroideo.

Diseño: El sistema Bethesda original establece 6 categorías en cuanto a resultados de PAAF: I. Insatisfactorio/no diagnóstico, II. Benigno, III. Lesión/atipia folicular de significado indeterminado, IV. Sospechoso de neoplasia folicular, V. Sospechoso de malignidad, y VI. Maligno. Dicho sistema fue modificado en las siguientes categorías con objeto de dar respuesta a las necesidades y características de nuestro medio: A. No representativo o insuficiente. B. Representativo; esta categoría incluye: 1. Benigno, 2. Indeterminado, 3. Potencialmente neoplásico, 4. Sospechoso de neoplasia, 5. Neoplásico.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, donde se han incluido las 81 piezas resultantes de exéresis quirúrgica realizadas entre el 1 de enero de 2010 y 31 de diciembre de 2010. Se ha establecido una correlación descriptiva entre el diagnóstico citológico preoperatorio y el resultado anatomopatológico definitivo.

Resultados: Sobre la casuística de 81 resultados destacan: 1 caso benigno, 61 hiperplasias, 6 adenomas y 13 carcinomas papilares. Sobre la muestra estudiada, 27 fueron diagnosticadas PAAF benignas, 30 indeterminadas, 4 casos potencialmente neoplásicos, 4 casos sospechosos de neoplasia, 1 caso carcinoma papilar, 8 fueron no representativos o insuficiente y 7 casos carecen de punción previa. Aplicando el análisis de χ^2 , se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre la PAAF preoperatorio y la Anatomía Patológica definitiva.

Conclusiones: El sistema Bethesda es un método seguro que permite una correlación fiable y estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en citopatología tiroidea. El estudio ha sido realizado en un equipo multidisciplinar compuesto por patólogos, citotécnicos, endocrinos y cirujanos.

P-202. MORBILIDAD POSTIROIDEOTOMÍA POR CÁNCER PAPILAR

R. Smilevska, A. García Marín, A. Compañ Rosique, M. Gil Santos, M. Ruiz-Piqueras Lecroisey, F. Orts Micó, S. Pérez Bru, E. Soliveres Soliveres, M. Mella Laborde, M. Morales Calderón y S. García García

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: La cirugía tiroidea por cáncer papilar tiene como principal finalidad la curación con la menor tasa de morbilidad posible. El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia hospitalaria entre los servicios de Cirugía General y Otorrinolaringología.

Material y métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo de una serie de 40 cirugías tiroideas por carcinoma papilar, realizadas en un período de 15 años (1994-2009), escogidas al azar, 20 por cada servicio. La principal variable independiente en este estudio fue la presencia de complicaciones post-quirúrgicas, que fue analizada como variable categórica. Los datos fueron obtenidos mediante revisión de las historias clínicas e incluyeron: edad, sexo, antecedentes de cirugía tiroidea, técnica quirúrgica empleada, realización o no de linfadenectomía, días de estancia hospitalaria post-operatoria, tamaño de la tiroidea por anatomía patológica, servicio responsable de la intervención, presencia o no de complicaciones, incluyendo hipoparatiroidismo transitorio o permanente, lesión del nervio laríngeo recurrente transitorio o permanente, hemorragia, tormenta tiroidea, y otras. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 15.0 for Windows, empleando el test de χ^2 y exacto de Fisher para las variables cualitativas y el test de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

Resultados: De los 40 pacientes evaluados, 32 fueron mujeres (80%) y 8 varones (20%) con una media de edad de 46,1 años (desviación típica de 17,1). Cinco pacientes (12,5%) tenían antecedentes de cirugía tiroidea previa. El tratamiento consistió en la realización de hemitiroidectomía derecha / izquierda (12 casos, 30%) de primera instancia o de segunda instancia para completar una tiroidectomía total o una tiroidectomía total de entrada (28 casos, 70%) asociado a una linfadenectomía (9 casos, 22,5%). La media del tamaño de la pieza quirúrgica fue de 6,8 cm (desviación típica de 2,7). La distribución por los estadios de la clasificación TNM fue: Estadio I - 65,8%, Estadio II - 18,4%, Estadio III 5,3%, Estadio IV A - 7,9%, Estadio IVB - 0%, Estadio IVC - 2,5%. Se presentaron complicaciones en 12 de ellos (30%), que fueron hipoparatiroidismo transitorio (5 casos, 12,5%) y permanente (1 caso, 2,5%), lesión transitoria del nervio recurrente (1 caso, 2,5%) y permanente (3 casos, 7,5%), hematoma cervical (1 caso, 2,5%). Otras complicaciones fueron una crisis hipertensiva (1 caso) y una parálisis del nervio hipogloso (1 caso). La suma de las complicaciones es superior al número de pacientes porque un paciente presentó 2 complicaciones. Solamente uno de todos los factores estudiados se asoció de manera estadísticamente significativa con la presencia de complicaciones - la extensión de la cirugía - en este caso la realización de tiroidectomía total ($p = 0,007$) (tabla a inicio página siguiente).

Conclusiones: La tasa global de morbilidad de nuestra serie fue superior a la de otras debido a que se trata de cirugía oncológica, con necesidad de linfadenectomía asociada y reintervenciones en un segundo tiempo, mientras que las diferentes tasas de

	Complicación No	Complicaciones Sí	Significación
Varones/Mujeres	5/23	3/9	0,658
Antecedentes de cirugía tiroidea no/sí	23/5	12/0	0,563
Hemitiroidectomía/total	12/16	0/12	0,007
Linfadenectomía asociada no/sí	23/5	8/4	1
Servicio Cirugía/ORL	15/12	5/7	0,731
Edad (años)	48,58	45,07	0,434
Días de ingreso post-operatorio	3,50	3,00	0,269
Tamaño tiroides (cm)	7,75	6,39	0,208

las complicaciones por separado fueron similares a las de otras series. No se demostraron diferencias entre los dos servicios en términos de morbilidad. El único factor predictor estadísticamente significativo de morbilidad postoperatoria fue la extensión de la cirugía (la realización de tiroidectomía total, se asoció a mayor morbilidad). Se realizará un estudio prospectivo con mayor tamaño muestral para detectar diferencias y se seguirá investigando sobre los factores de riesgo de complicaciones modificables.

P-203. CORRELACIÓN DE LA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) Y LA ECOGRAFÍA TIROIDEA CON EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO POSTOPERATORIO DEL TIROIDES

L. Carrión Álvarez, M. Medina García, A. García Muñoz Nájara, M. Durán Poveda, P. López Fernández, F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, P. Artuñedo Pe, A. Rivera Díaz, F.J. de la Torre González y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivos: Análisis de la sensibilidad y especificidad del estudio preoperatorio citológico (PAAF) y de imagen (ecografía) en los casos de patología tiroidea intervenidos en la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital de Fuenlabrada mediante la comparación con el resultado anatomopatológico postoperatorio.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los casos de patología tiroidea estudiados en la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital de Fuenlabrada durante el periodo comprendido entre 2004-2010 a los que se ha sometido a pruebas complementarias preoperatorias (PAAF y ecografía) y que posteriormente han sido intervenidos quirúrgicamente para el tratamiento de su patología tiroidea.

Resultados: Se han realizado 2.423 PAAF de tiroides en 1626 pacientes, de los cuales 470 tienen estudio histológico posterior. Se ha observado una discordancia cito-histológica en 11 casos (3,4%). La sensibilidad obtenida de la PAAF es del 88,9% y especificidad del 98,1%. A 428 pacientes intervenidos se les ha realizado Ecografía preoperatoria, obteniéndose una discordancia entre la prueba de imagen y el estudio histológico en 49 casos (17,4%). La sensibilidad de la ecografía es del 72% y su especificidad del 77%.

Conclusiones: La PAAF y la ecografía preoperatorias ayudan a la aproximación diagnóstica en el estudio de la patología tiroidea, siendo su sensibilidad y especificidad aceptables y comparables a los resultados publicados en la literatura.

P-204. SÍNDROME DE COWDEN: ¿TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA?

A. Vílchez, J. Jorge, J.M. Villar, N. Muñoz, J.I. Arcelus y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: La tiroidectomía profiláctica se realiza en diferentes entidades hereditarias que predisponen a patología

neoplásica tiroidea. Entre ellas destacan los MEN IIA y MEN IIB, y el síndrome de Cowden, caracterizado por potencial afectación tumoral de múltiples órganos, entre ellos el tiroides. Presentamos los casos de dos hermanas atendidas en nuestro servicio y discutimos sobre la idoneidad de la cirugía preventiva.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 45 años de edad con antecedentes familiares de madre fallecida por cáncer de tiroides. Antecedentes personales de anexectomía izquierda por teratoma en 1997, lesiones hamartomatosas y hemangiomas a nivel frontal y en hemisferio derecho diagnosticadas en 2002. En 2003, mastectomía bilateral por carcinoma ductal infiltrante bilateral, asociada a linfadenectomía axilar unilateral. Pólipos hamartomatosos de colon sigmoideo y transverso resecaados en 2006. En seguimiento desde 2003 por hipotiroidismo, en 2006 se detectó un nódulo tiroideo realizándose PAAF (citología benigna). En ecografía se visualizó un bocio multinodular. Dado el crecimiento de los nódulos constatado en ecografía se indicó cirugía, siendo sometida a tiroidectomía total en 2010. En la pieza de resección se hallaron nódulos de características coloides. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones. Actualmente se encuentra asintomática sin evidencia de enfermedad. Caso 2: mujer de 49 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, fibropapiloma lingual tratado, pólipo hamartomatoso endometrial resecaado y leucomas corneales. Tumorectomía por carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda pT2 con quimioterapia adyuvante en 2002. En 2003 se le realizó una tiroidectomía total por bocio multinodular de años de evolución, ante los hallazgos familiares y personales de síndrome de Cowden y cáncer de tiroides. El estudio anatomopatológico descartó la presencia de tumor en la pieza de tiroidectomía. Al año siguiente se le realizó nefrectomía derecha por una neoplasia mixta de células claras y granulares. En 2006 se le detectó recidiva de la enfermedad neoplásica mamaria y otra tumoración en la mama contralateral. Se le practicó mastectomía bilateral, asociando vaciamiento axilar izquierdo por axila positiva, con radioquimioterapia posterior. En 2010 se le detectaron metástasis en la pared torácica izquierda, mediastino y lóbulo inferior de pulmón derecho. A raíz de ello se realizó una endoscopia digestiva alta donde se objetivó una lesión gástrica en curvatura menor, resultando su biopsia compatible con adenocarcinoma. Actualmente se encuentra en tratamiento paliativo.

Discusión: El síndrome de Cowden es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por distintas mutaciones en el gen PTEN, que determinan una proliferación celular, favoreciendo el desarrollo de neoplasias. Las más frecuentes son el carcinoma de mama, cáncer de tiroides y las lesiones mucocutáneas hamartomatosas. También se pueden asociar tumores gastrointestinales, urinarios y cerebrales. El tratamiento de estos tumores no difiere del habitual en cada proceso. La exéresis preventiva tiroidea actualmente es un concepto controvertido. La prevalencia de patología tiroidea es de 75%, con un potencial de malignización que oscila entre el 3 al 10%. El diagnóstico precoz, basado en la historia familiar y personal del paciente es la base para aumentar su supervivencia.

P-205. CARCINOMA PAPILAR VARIANTE CRIBIFORME-MORULAR

J.M. Martos Martínez, C. Méndez García,
R. Jiménez Rodríguez, M. Pérez Andrés, I. García González,
A. Razak Muchref y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La poliposis familiar hereditaria es una enfermedad de carácter autosómico dominante con penetrancia del 100%, que se caracteriza por la presencia de múltiples adenomas colónicos (> 100) de aparición temprana. Se hereda un alelo APC mutado de la línea germinal del padre afectado. Tiene alta incidencia de neoplasias extracolónicas y el 2 al 60% se asocia a ca. de tiroides.

Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedentes de madre fallecida por cáncer de colon, con bocio nodular no estudiado, y abuela fallecida por tumor en región cervical (desconoce si tiroideo o no). Diagnóstico de APC con colectomía subtotal y anastomosis íleo-rectal hace 17 años, con mutación en el gen APC. Ampulectomía en 2006 por pólipo adenomatoso papilar, con recidiva ampular con aparición de pólipo con displasia severa. Tumor desmoide mesentérico y tumor desmoide de pared abdominal intervenidos en 2009. Es remitida por su endocrino por bocio multinodular con sospecha de neoplasia tiroidea. La ecografía muestra múltiples nódulos bilaterales y ausencia de anopías, y la PAAF es sugestiva de ca. papilar. Se realiza tiroidectomía total con vaciamiento central. La biopsia se informa como Carcinoma papilar cribiforme y morular de la poliposis adenomatosa familiar, multifocal, bilateral y exclusivamente intratiroideo, cuyo nódulo mayor mide 3,5 cm. TTF-1, citoqueratinas y beta catenina positivos; calcitonina, tiroglobulina, EMA, cromogranina, enolasa, S-100 y CEA negativos. Se presentan los datos iconográficos más relevantes.

Discusión: La variante cribiforme-morular (VCM) del carcinoma papilar de tiroides (CPT) es un subtipo histológico poco frecuente que fue descrito originalmente en pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) (Cameselle-Teijeiro y Chan, 1999), aunque más tarde fue encontrado también en pacientes sin poliposis. La prevalencia publicada es menor al 1% entre todos los CPT. Las características clínicas incluyen pacientes jóvenes, de sexo femenino, con tumores circunscritos, bilaterales o múltiples, sin metástasis ganglionares, y generalmente de evolución favorable, similar a la variante convencional. La histopatología del Carcinoma papilar variante cribiforme-morular debe despertar la sospecha de la PAF, en especial si son tumores múltiples. Este hallazgo puede conducir a la detección precoz del cáncer de colon en casos índice.

PAAF tiroideas. Los diagnósticos diferenciales que se manejan ante una "proliferación folicular" en la PAAF son diversos: hiperplasia uni o multinodular, tiroiditis, adenoma folicular y oncocítico, carcinomas (papilar, folicular, medular, metástasis, etc.). La malignidad de los nódulos tiroideos con PAAF de proliferación folicular varía del 20 al 40%. La mayoría de las guías clínicas recomiendan la cirugía para los nódulos incluidos en la categoría "proliferación folicular". Existen datos clínicos que orientan hacia malignidad en patología tiroidea: Relacionados con el paciente: edades extremas (menor de 20, mayor de 60 años), antecedentes de irradiación cervical, antecedentes familiares de cáncer tiroideo, sexo masculino. Relacionados con la lesión: un nódulo de consistencia dura, que provoca síntomas compresivos, asociado a adenopatías cervicales palpables. Relacionados con las pruebas complementarias: los hallazgos ecográficos sugestivos de malignidad son: nódulo sólido, hiperecogénico, con márgenes irregulares, microcalcificaciones, vascularización anormal y adenopatías aumentadas de tamaño. Teniendo en cuenta que sólo una proporción de las proliferaciones foliculares por PAAF corresponden a un carcinoma, y que la cirugía tiroidea es fuente de posibles complicaciones (lesión del nervio laríngeo recurrente, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, hematomas, complicaciones de la herida), nos planteamos la necesidad de buscar más datos (de la historia clínica, exploración física, pruebas complementarias) que nos ayuden a predecir qué pacientes tienen una mayor probabilidad de padecer un cáncer tiroideo.

Material y métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo de los pacientes con un diagnóstico inicial por PAAF de proliferación folicular en el servicio de Cirugía General de nuestro hospital en el período comprendido entre 1995 y 2010. Se incluyeron para el estudio 88. Se analizaron 24 variables.

Resultados: De los 88 pacientes analizados, 76 eran mujeres (86,4%) y 12 varones (13,6%) con una mediana de edad de 45 años (36; 58). En nuestra serie, la mediana de edad fue superior en pacientes con patología maligna que la de aquellos con patología benigna no alcanzando la significación estadística. En nuestra serie el riesgo relativo de malignidad en varones es 1,7 con respecto a las mujeres. En nuestra serie, los nódulos benignos eran más grandes que los malignos (3 cm frente a 2,8), sin significación estadística. El análisis de los demás factores dependientes del paciente y de aquellos dependientes de la lesión no mostró resultados concluyentes. El análisis individual de los hallazgos ecográficos no mostró diferencias estadísticamente significativas. Si agrupamos aquellos pacientes con 3 o más características ecográficas sospechosas, encontramos un 37,5% de malignidad.

Conclusiones: Las variables estudiadas no se han mostrado como factores de riesgo de malignidad.

P-206. ANÁLISIS DE LAS PROLIFERACIONES FOLICULARES EN PAAF DE TIROIDES: ¿EXISTEN VARIABLES PREDICTORAS DE MALIGNIDAD?

C. Nofuentes Riera, M. Mella Laborde, E. Soliveres Soliveres,
S. Pérez Bru, A. García Marín, A. Compañ Rosique
y S. García García

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Introducción: Los nódulos tiroideos constituyen un hallazgo clínico muy frecuente con una prevalencia entre 3 y 7% en la población general. La importancia clínica de los nódulos tiroideos es, en primer lugar, la exclusión de lesiones malignas, que constituyen el 5% de todos los nódulos. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es la prueba gold standard para la detección de malignidad en patología tiroidea. El resultado de "neoplasia-proliferación folicular" constituye el 7-12% de todas las

P-207. METÁSTASIS TIROIDEA POR MELANOMA

A.J. Pérez Alonso, T. Gallart Aragón, M. Corominas Cishek,
I. Machado Romero, R. Molina Barea, M. González Martínez,
E. Gómez Valverde, P. Torne Poyatos y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: El diagnóstico de metástasis en la glándula tiroidea suele ser un hallazgo casual, tanto por la baja frecuencia de metástasis de un tumor primario en dicha zona, como por la clínica tan insidiosa que presenta este proceso. El melanoma metastatiza en la glándula tiroides en menos del 1% de los casos, siendo su diagnóstico un acto difícil en la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Presentamos a paciente mujer de 57 años de edad, con antecedentes personales de tumorectomía de nó-

dulo benigno en mama izquierda y hermana y madre intervenidas por cáncer folicular de tiroides. La paciente es estudiada por presentar una clínica de hipotiroidismo que no responde a tratamiento médico. Se realiza PAAF, cuyo resultado es cáncer folicular de tiroides.

Resultados: Se realiza ante los hallazgos citados tiroidectomía total de forma programada. El postoperatorio, cuya duración fue de tres días, transcurre sin incidencias. Los resultados de anatomía patológica informan de cáncer folicular de tiroides (tamaño tumoral de 2,5 cm, mínimamente invasivo) acompañado de metástasis de melanoma. Ante estos resultados se realiza un estudio de extensión: encontrándose en resonancia magnética craneal melanoma corioideo de ojo izquierdo. Como tratamiento se realiza radioterapia holocraneal posradiocirugía.

Conclusiones: Las metástasis sobre la glándula tiroides presentan una frecuencia de 3-24%, es muy variable, ya que la mayoría se diagnostican en autopsias de pacientes con patología tumoral maligna diagnosticada. Los nuevos estudios preoperatorios que se están realizando exponen una frecuencia de esta patología de 5.5- 7.5%, pero en el caso de metástasis de melanoma, no se supera el 1% en esta localización glandular.

P-208. SCHWANOMA INTRANODAL SUPRARRENAL

S. Hernández Domínguez, J.M. Mugüerza, M. Díez, Á. Rodríguez, T. Ratia, R. San Román, G. Guadalix, C. Medina, R. Díaz y F.J. Granell

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Objetivos: Presentamos un caso de schwannoma intranodal de localización suprarrenal. Esta situación es muy inhabitual en este tipo de tumores por lo que el caso tiene un interés especial.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 42 años a la que se descubrió una masa retroperitoneal asintomática en un estudio por hipertensión arterial. Tras realizar el estudio hormonal suprarrenal, que fue normal, se realizaron pruebas de imagen (TC y RM) donde se descubrió una masa en la glándula suprarrenal derecha de 8 cm de diámetro. Con el diagnóstico de masa suprarrenal derecha no funcionante se realizó adrenalectomía laparoscópica sin incidencias con objetivo tanto diagnóstico como terapéutico. El postoperatorio discurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta a las 48 horas de la intervención.

Resultados: Se obtuvo una pieza de adrenalectomía de 8 × 5 × 4,5 cm que constaba de la glándula suprarrenal sin alteraciones histológicas significativas, y de una lesión nodular sólida de 37 mm compatible con ganglio linfático infiltrado por una proliferación mesenquimal con características histológicas e inmunofenotipo (S100 positivo) compatibles con schwannoma intranodal de localización suprarrenal. En la bibliografía solamente hay descrito un caso de schwannoma intranodal suprarrenal. Se trata de una neoplasia desarrollada a partir de las células de Schwann del sistema nervioso autónomo. Tiene un comportamiento clínico benigno, con crecimiento progresivo, sin invasión local y asintomática. El diagnóstico definitivo se realiza tras el estudio histológico postoperatorio. La extirpación por vía laparoscópica es la técnica de elección debido a su limitada morbilidad postoperatoria y a la existencia de buenos planos de delimitación de la tumoración.

Conclusiones: El schwannoma intranodal suprarrenal es una neoplasia poco frecuente, pero que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones retroperitoneales.

P-209. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL GANGLIONEUROMA SUPRARRENAL: REVISIÓN DE 3 CASOS

G. Housari Martín, J. Pérez de Oteyza, L. Latorre Marlasca, R. Latorre Fragua, M. González Zunzarren, L. Tortolero y A. Sanjuanbenito Dehesa

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El ganglioneuroma es un tumor embrionario del sistema nervioso simpático que asienta en la glándula suprarrenal en un 15% de los casos. Es infrecuente, benigno y no funcionante. Afecta en el 80% a menores de 40 años. Su tratamiento es quirúrgico cuando supera los 6 cm por el riesgo de malignización, y en manos expertas, el mejor abordaje es laparoscópico. Aquí revisamos 3 casos de ganglioneuroma suprarrenal intervenidos por vía laparoscópica en nuestro centro.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente un total de tres casos de ganglioneuroma suprarrenal intervenidos en nuestro centro. En todos los casos el abordaje se realizó con éxito por vía laparoscópica.

Resultados: En todos los casos el hallazgo fue incidental. Se realizaron estudios hormonales para descartar funcionalidad y se completó el estudio con TC abdominal y punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión que descartó malignidad. Se realizó abordaje laparoscópico por vía transabdominal lateral sin complicaciones dándose el alta a los 2-3 días de la intervención. En la anatomía patológica se confirmó el diagnóstico de ganglioneuroma y los tamaños de las lesiones oscilaron entre 5 y 12 cm.

Conclusiones: Los ganglioneuromas son lesiones de presentación muy infrecuente. Cuando es necesario intervenirlos el mejor método es la laparoscopia, en caso de lesiones de gran tamaño ésta vía de abordaje supone mayores dificultades técnicas, por lo que ha de ser realizada por cirujanos laparoscopistas expertos.

P-210. FEOCROMOCITOMATOSIS: UN RIESGO TRAS LA CIRUGÍA DEL FEOCROMOCITOMA

A. Boscà Robledo, J.L. Ponce Marco, T. Belda Ibáñez, M.F. Meseguer Anastasio, C. Gómez Gavara, R. Navarro Milla, M. Caballero Soto, Y. Sosa Quesada, M. Saurí Ortiz, M. Trallero Anoro y M. de Juan Burqueño

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: El feocromocitoma es un tumor procedente de las células cromafines del sistema nervioso simpático que sintetiza y libera catecolaminas. Tiene una incidencia de 0,1% en la población hipertensa, siendo malignos menos del 1%. En la mayoría de los casos la recurrencia va ligada a su malignidad. No obstante, pueden existir otras causas responsables de las recidivas como es la inadecuada resección o incapacidad de visualización del tumor durante la primera intervención, el desarrollo de una segunda neoplasia primaria en la glándula contralateral o en localización ectópica. Existe poca bibliografía sobre este tema y han sido pocos los casos descritos de recidivas de feocromocitomas benignos con implantes en el campo quirúrgico tras su ruptura o manipulación excesiva, lo que se conoce como feocromocitomatosis iatrogénica. Ver tabla a inicio de página siguiente.

Material y métodos: Presentamos dos nuevos casos de recidivas de feocromocitomas benignos tratados en el Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Resultados: El examen anatomopatológico de ambas piezas fue positivo para tumor de células cromafines. El postoperatorio de ambas pacientes cursó sin problemas. Los análisis de catecolaminas y metanefrinas en orina fueron normales y no han presentado clínica catecolaminérgica durante el seguimiento.

	Caso 1	Caso 2
Sexo	Mujer	Mujer
Edad	40	43
Antecedentes personales	No	Men 2a
Síntomas	Sudoración	No
Recurrencia (meses)	156	96
Metanefrinas en orina	483 µg/24h	925,5 µg/24h
Normetanefrina en orina	1.504,5 µg/24h	916,5 µg/24h
TC	Normal	-
¹²³ I MBG	3 focos hipercaptantes	3 focos hipercaptantes
RMN	3 lesiones	2 lesiones
Abordaje quirúrgico	Incisión subcostal derecha	Laparoscopia convertida a laparotomía media
Hallazgos	Múltiples nódulos entre 3 cm y escasos mm	Múltiples nódulos entre 3 cm y escasos mm

Conclusiones: La implantación intraoperatoria de tumores benignos ha llevado a la recurrencia tras años de seguimiento, independientemente de la vía de abordaje que se utilizó en cada una. El tratamiento de la feocromocitomatosis iatrogénica es quirúrgico y es recomendable utilizar la vía abierta para el abordaje, ya que se consigue de esta forma una mejor exposición de toda la zona para intentar reseccionar todos los restos posibles. Como ocurrió en nuestros casos, en la cirugía se suelen visualizar más lesiones de las que detectan las pruebas, siendo éstas de escasos milímetros. Una vez se ha finalizado la cirugía, no se debe olvidar que existe riesgo de nueva recurrencia debido a que restos microscópicos se hayan podido quedar en el campo. Por ello, sigue siendo importante el seguimiento a largo plazo con niveles de metanefrinas en orina.

P-211. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE CUSHING POR SECRECIÓN ECTÓPICA DE ACTH: SUPRARRENALECTOMÍA BILATERAL LAPAROSCÓPICA

M. Cea Soriano, J.A. Rivera Bautista, M. Artés Caselles, J. González González, A. Gil Pérez, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, L. de Gregorio Muñoz, N. Farhangmehr Setayeshi, K. Cuiñas León, A. García Pavía y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos. Revisar el tratamiento de los pacientes con síndrome de Cushing (S.C) por secreción ectópica de ACTH. Se ha propuesto la suprarrenalectomía bilateral en los pacientes con secreción ectópica de ACTH y mal control sintomático pese al tratamiento médico o con diseminación hepática. Esta técnica ofrece buen control del hipercortisolismo y una baja morbilidad, especialmente si se realiza un abordaje mínimamente invasivo. Presentamos dos casos intervenidos en nuestro centro y una revisión de la literatura.

Material y métodos: Caso 1: paciente de 46 años sin antecedentes de interés. Cuadro de S.C ACTH dependiente con ausencia de supresión de cortisol. Asocia hipergastrinemia. En las pruebas de imagen (TC y ¹¹¹I-octreoscan) se evidencia LOES hepáticas múltiples con captación patológica. No evidencia de tumor primario. PAAF hepática: Carcinoma endocrino. Se realizó suprarrenalectomía bilateral laparoscópica transabdominal. Postoperatorio sin complicaciones. Caso 2: paciente de 45 años sin antecedentes de interés. Cuadro de S.C ACTH dependiente con ausencia de supresión de cortisol. En las pruebas de imagen (TC), tumoración de 25 mm en cuerpo-cola pancreática y LOES hepáticas múltiples sospechosas de metástasis. PAAF y biopsia hepática: Carcinoma endocrino bien diferenciado. Se realizó suprarrenalectomía bilateral laparoscópica transabdominal. Complicación postoperatoria: hematoma subcapsular hepático.

Resultados. La suprarrenalectomía bilateral en el S.C por secreción ectópica de ACTH está indicada para el control del hipercortisolismo cuando fracasa el tratamiento médico con inhibidores de la esteroidogénesis. Se consigue control sintomático aceptable. Con el abordaje laparoscópico se ha descrito un tiempo de recuperación más corto, menor demanda de analgésico y menor incidencia de infección de herida, respecto a la técnica abierta. La técnica más extendida es la lateral transabdominal.

Conclusiones: La suprarrenalectomía bilateral en el S.C por secreción ectópica de ACTH consigue un buen control sintomático cuando fracasa el tratamiento médico. El acceso laparoscópico ofrece ventajas frente al abierto.

P-212. SÍNDROME FEOCROMOCITOMA-PARAGANGLIOMA FAMILIAR

A.B. Apio Cepeda, C. Villodre Tudela, J. Espinosa, M. Sánchez-Pacheco, S. Serrano, O. Moreno, A.M. Carrión Tomás, P. Sansó Vergeli y F. Lluís Casajuana

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: En el síndrome de paraganglioma familiar coexisten feocromocitomas y paragangliomas múltiples. Se asocia a una mutación germinal en la enzima succinato deshidrogenada (SDH). Es una enfermedad autonómica dominante, con *imprinting* materno (la enfermedad se expresa cuando la mutación es transmitida por el padre) y de la que sólo se han descrito unos 300 casos en la literatura.

Caso clínico: Varón de 65 años con síndrome constitucional en los últimos 6 meses, episodios de cefalea con palpitaciones, sudoración y nerviosismo de años de evolución. Padre fallecido con tumoración cervical no diagnosticada. Hija con paragangliomas cervicales en estudio. Hace 15 años, al paciente se le efectuó resección quirúrgica de dos paragangliomas carotídeos; el derecho recidivó y se trató con radioterapia hace dos años. Mediante TAC y RNM se identificó masa suprarrenal izquierda de 2,6 cm, y otra suprarrenal derecha de 1,9 cm, así como tumoración interaortocava de 4,3 cm con centro necrosado. Durante su estancia hospitalaria, presentó crisis hipertensivas paroxísticas. Se detectó elevación de cromogranina A en sangre (1.904 ng/ml), metanefrinas (> 1.000 µg/24h) y noradrenalina en orina (544 µg/24h). Pruebas de imagen funcionales: 1) gammagrafía con meta-iodo-benzyl-guanidina (MIBG), con captación en ambas suprarrenales y en la tumoración interaortocava; 2) Octreoscan ¹¹¹In-octeótrido, que identificó lesiones timpánica derecha, carotídea derecha, mediastino y paravertebral lumbar. Ante la sospecha de síndrome paraganglioma-feocromocitoma se solicitó estudio genético, positivo para la mutación de la SDH tipo D (SDHD, c.197G > A/p.W66X). Tras alfa-bloqueo y expansión de volumen vascular se realizó suprarrenalectomía bilateral, exéresis de paraganglioma inte-

raortocava (lesiones funcionantes, MIBG +). En el postoperatorio remitió la clínica adrenérgica, y se normalizaron los valores de metanefrinas, noradrenalina en orina y cromogranina A plasmática.

Discusión: Los tumores extra-adrenales secretores de catecolaminas (paragangliomas) oscilan entre 15-20% del total de tumores de células cromafines. Pueden ser esporádicos o asociarse a varias enfermedades genéticas (neurofibromatosis, von Hippel-Lindau, MEN-2, o paraganglioma familiar). El paraganglioma familiar se asocia a la mutación SDH (tipos A, B, C y D), siendo la D la más frecuente (299 casos en la literatura). El 80% de paragangliomas familiares se localiza en cabeza y cuello y el 20% en abdomen. La MIBG es la prueba funcional de elección para lesiones adrenales, mientras que el Octreoscan es útil cuando se sospecha enfermedad extrarrenal o metastásica.

Conclusiones: El síndrome feocromocitoma-paraganglioma es una entidad rara, que origina hipertensión secundaria, curable mediante exéresis quirúrgica. El diagnóstico bioquímico se realiza con metanefrinas en orina, el genético con determinación de la mutación SDH y el de localización mediante TAC o RMN, gammagrafía-MIBG y Octreoscan para localización extraadrenal. Para el seguimiento se utiliza la determinación de metanefrinas en orina y cromogranina A.

P-213. RECIDIVA DE CARCINOMA SUPRARRENAL TRAS ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, N. Farhangmehr Setayeshi, K. Cuiñas León, A. Sánchez Ramos, J.A. Rivera Bautista, M. Artés Caselles, J.L. Lucena de la Poza, J. González González, J. García de Sola Arriaga, V. Rojo Blanco y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: El carcinoma suprarrenal es un tumor poco frecuente de comportamiento agresivo. La mayoría de los carcinomas suprarrenales son secretores o funcionantes. Aunque el tratamiento de base es la cirugía, la laparoscopia está contraindicada por el riesgo de siembra tumoral intraoperatoria.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 78 años con antecedentes de carcinoma funcionante de la corteza suprarrenal intervenido fuera de nuestro servicio en 2009, realizándose suprarrenalectomía derecha laparoscópica multifragmentada. Se completa el tratamiento con radioterapia del lecho quirúrgico y mitotane.

Resultados: Un año tras la cirugía la paciente es derivada a nuestro centro por recidiva tumoral en la fosa hepatorenal, evidenciada en ecografía y TC y confirmada por PET. Se realiza en ese momento laparotomía exploradora a través de una incisión subcostal derecha ampliada, extirpándose tres lesiones de aspecto neoplásico, la mayor de ellas de más de 7 cm de diámetro. La anatomía patológica es "compatible con carcinoma suprarrenal". Tras una evolución postoperatoria satisfactoria la paciente es dada de alta a domicilio con tratamiento corticoideo de mantenimiento. En el PET de control a los seis meses se objetiva "persistencia-recidiva de enfermedad tumoral a nivel subhepático". Se reinicia tratamiento quimioterápico con mitotane y la paciente es reintervenida. Se extirpan en esta ocasión 2 lesiones de unos 2-3 cm de diámetro situadas lateralmente al hilio hepático. Buena evolución postoperatoria excepto por hematoma

subcutáneo en probable relación con la alteración de la coagulación producida por el mitotane. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, pendiente de completar el tratamiento adyuvante y de seguir evolución.

Conclusiones: La evidencia científica ha permitido observar un incremento de implantes tumorales peritoneales en aquellos casos de carcinoma suprarrenal intervenidos por laparoscopia, sobre todo cuando la glándula se fragmenta durante la intervención quirúrgica. Por este motivo hoy en día se aconseja un abordaje abierto y probablemente anterior, ya sea por laparotomía subcostal o laparotomía media, en aquellos pacientes con alta probabilidad carcinoma suprarrenal (lesión suprarrenal funcionante de más de 6 cm de diámetro). El mitotane u op-D-D es el quimioterápico de elección para el tratamiento adyuvante, sin estar contrastado su efecto como terapia neoadyuvante.

P-214. SUPRARRENALECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS MANOASISTIDAS: UNA BUENA OPCIÓN

I. García-Sanz, J. Gómez Ramírez, F.E. Viamontes Ugalde, J. Auza Villegas, I. Rubio Pérez, J.L. Muñoz de Nova, E. Colmenarejo, J. Delgado Valdueza, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La adrenalectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de la glándula suprarrenal. Existe controversia en lo que respecta al tamaño que puede contraindicar el acceso laparoscópico. En nuestro equipo el tamaño no se considera una contraindicación para el abordaje laparoscópico, ya que defendemos la suprarrenalectomía laparoscópica manoasistida en grandes tumoraciones suprarrenales.

Objetivos: Revisar nuestra experiencia en adrenalectomías laparoscópicas manoasistidas por vía lateral transperitoneal.

Pacientes y métodos: Se incluyen todos los pacientes intervenidos entre mayo de 1998 y abril de 2010 por suprarrenalectomías laparoscópicas. En nuestro hospital todas las intervenciones se han realizado a través de un abordaje lateral transperitoneal. De forma habitual se colocan cuatro trócares en el lado derecho y tres en el lado izquierdo. Se analizan de forma retrospectiva las suprarrenalectomías laparoscópicas manoasistida realizadas en nuestro centro.

Resultados: 69 pacientes fueron intervenidos entre 1998 y 2010. En 4 casos (5,8%) la cirugía fue mano-asistida desde un inicio (en todos los casos indicada por tamaño mayor a 10 cm), en 4 (5,8%) fueron reconvertidos a manoasistida (dos por dificultad en la disección, uno por sangrado y otro por esplenectomía asociada) y 3 (4,3%) fueron reconvertidos a cirugía abierta (en todas las ocasiones por sangrado durante la disección). La relación entre el tamaño y el tiempo quirúrgico en minutos se refleja en la tabla, objetivando una clara reducción en el tiempo quirúrgico en aquellas lesiones de 10-12 cm (127 ± 33 min), con respecto a las lesiones de 8-10 cm (210 ± 42 min) y equiparable a las de 4-6 cm y 6-8 cm (121 ± 47 y 121 ± 48 min, respectivamente). Ver tabla a pie de página.

Conclusiones: La adrenalectomía laparoscópica manoasistida es una opción en aquellas lesiones mayores de 10 cm o ante incidencias hemorrágicas durante la cirugía como recurso previo a la conversión a cirugía abierta.

Tamaño cm	0-2	2-4	4-6	6-8	8-10	10-12
Número pacientes	12	18	21	12	2	4
Tº quirúrgico	87 ± 21	107 ± 55	121 ± 47	121 ± 48	210 ± 42	127 ± 33

P-215. NIVELES ALTOS DE KI67 SE RELACIONAN CON ALTOS NIVELES PREOPERATORIOS DE SUV 18 PET-TAC FDG EN CARCINOMAS SUPRARRENALES

L. González, V. Medina-Arana, L. Delgado, A. Bravo, H. Díaz, E. Salido, J.J. González-Aguilera y A.M. Fernández-Peralta

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Introducción: El diagnóstico preoperatorio de malignidad de los carcinomas suprarrenales es difícil. Recientemente la utilización del PET-TAC con 18 FDG se ha mostrado eficaz para diferenciar las masas suprarrenales benignas de las malignas en los pacientes con un cáncer conocido. Por otro lado los altos niveles de expresión de Ki-67 se han mostrado relacionados con malignidad, (frente a los adenomas), y peor pronóstico en los carcinomas suprarrenales.

Objetivos: Valorar la relación entre el PET-TAC 18 FDG (cuantificado con SUV) y los niveles de Ki-67 en el carcinoma suprarrenal, relación ya demostrada en otras neoplasias malignas.

Material y métodos: análisis de un caso de carcinoma suprarrenal en paciente portador de una mutación genética para síndrome de Lynch con incidentaloma suprarrenal.

Resultados y conclusiones: El estudio histopatológico del tumor, que había revelado un SUV preoperatorio de 14 (límite de corte > 3), mostró un nivel de Ki 67 de 15% asociado a un índice de Weiss > 5. Por lo tanto, la correlación encontrada entre el índice de Ki-67 y FDG SUV sugiere que la captación de FDG -expresada en SUV- puede ser utilizada para identificar no sólo malignidad de los tumores suprarrenales, sino también los pacientes que tienen un peor pronóstico. Estos pacientes podrían ser tratados de manera más agresiva (adrenalectomía radical con linfadenectomía completa)

P-216. FALLO MULTIORGÁNICO COMO PRESENTACIÓN DE UN FEOCROMOCITOMA GIGANTE

S. Salido Fernández, G. Fernández-Díaz, I. García Sanz, E. Mata, E. Bermejo Marcos, J. Gómez Ramírez, N. Mula Rey, A. Rodríguez Sánchez, J. Auza Villegas, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El feocromocitoma es una entidad neoplásica infrecuente que deriva de las células cromafines procedentes de la cresta neural. Dentro del gran espectro clínico del feocromocitoma éste se puede presentar como un grave cuadro de crisis hipertensiva con isquemia coronaria, edema agudo de pulmón (EAP) y fallo multiorgánico (FMO) debido a la masiva secreción de catecolaminas al torrente sanguíneo. Esta entidad cursa con gran morbilidad y el correcto y rápido diagnóstico condicionan en gran medida el éxito terapéutico. Presentamos el caso de un paciente con un feocromocitoma gigante que debuta con una grave crisis hipertensiva con EAP y FMO.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedentes de diabetes tipo 2, HTA esencial y dislipemia que es enviado a nuestro centro de manera urgente ante la sospecha de síndrome coronario agudo asociado a disfunción ventricular severa (FEV: 25%), descompensación hiperglucémica con acidosis, edema agudo de pulmón e insuficiencia renal aguda. A su llegada el paciente se encuentra arreactivo, con pupilas midriáticas y una TAS 200 con NTG a 40 ml/h. A la AP se evidencia hipofonésis en hemitórax derecho. Durante las maniobras de estabilización se evidencia gran labilidad de la TA con cifras oscilantes entre 220/110 y 55/40. El ecocardiograma revela una FEV del 30% y una ecografía abdominal demuestra una gran masa en fosa renal derecha. En la analítica destaca una acidosis metabólica y una creatinina

de 7 mg/dl. Se realiza TC abdominal: neumotórax derecho a tensión de probable causa iatrogénica, masa suprarrenal derecha de 13 cm e infarto renal derecho. Se coloca un tubo de tórax para drenar el neumotórax. Con el diagnóstico de presunción de feocromocitoma se inicia el control de la TA con fentolamina y fenoxibenzamida. En orina de 24h destaca una eliminación de adrenalina cinco veces superior a los valores normales y de noradrenalina dos veces superior. Se inicia también la repleción de volumen. Dada la errática hemodinámica inicial (crisis hipertensiva con baches hipotensivos de 55/40) se llega a plantear posibilidad de realizar intervención quirúrgica urgente que es desestimada dada la alta mortalidad asociada a la ausencia de preparación farmacológica del paciente.

Discusión: Debido a la gran mortalidad que supone una extirpación urgente (alrededor del 80%) únicamente se debe plantear una intervención ante un paciente que, a pesar de los intentos médicos de estabilización, continúa con inestabilidad hemodinámica y FMO. Además en los feocromocitomas predominantemente secretores de adrenalina el manejo farmacológico se plantea aún más complicado debido a los baches hipotensivos a los que se asocian. Varios autores se han planteado la cuestión de intervenir un feocromocitoma sin preparación previa con resultados dispares en cuanto a la mortalidad. En nuestro caso decidimos no intervenir debido al paulatino control hemodinámico del paciente. Es importante, máxime en una situación de amenaza vital para el paciente, saber indicar la abstención quirúrgica en espera del mejor momento en la situación basal del paciente, ya que decisiones precipitadas pueden conducir a un desenlace fatal.

P-217. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL

S. Pérez Bru, C. Nofuentes Riera, M. Mella Laborde, E. Soliveres Soliveres, A. García Marín, M. Gil Santos, R. Smilevska, F. Orts Micó, M. Ruiz-Piqueras, A. Compañ Rosique y S. García García

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: Evaluar la experiencia en cirugía de la glándula adrenal mediante abordaje laparoscópico y abierto.

Material y métodos: Estudio analítico, retrospectivo de suprarrenalectomías realizadas en un período de 16 años (1992-2008). Las variables cuantitativas fueron definidas por la mediana (P_{25} ; P_{75}) mientras que las variables cualitativas lo fueron por frecuencia y porcentaje. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS, empleando para las variables cuantitativas la prueba de Mann-Whitney y para las cualitativas el test de chi cuadrado. Se considera que el resultado es estadísticamente significativo cuando la $p < 0,05$.

Resultados: Nuestro estudio incluyó 43 pacientes (22 mujeres, 51,2% y 21 varones, 48,8%) con una mediana de edad de 54,5 años (42; 66). El principal motivo de consulta fue el diagnóstico de incidentaloma (22 pacientes, 51,2%) seguido por dolor lumbar (8 pacientes, 18,6%), hiperaldosteronismo (7 pacientes, 16,3%), y la crisis adrenérgica (5 pacientes, 11,6%). Las pruebas complementarias empleadas fueron la tomografía abdominal (40 pacientes, 93%), ecografía (23 pacientes, 53,5%) y resonancia magnética (12 pacientes, 27,9%). La localización de la lesión fue derecha en el 48,8% e izquierda en el 51,2%, con un tamaño mediano de 6 cm (3,7; 8,1). El abordaje abierto se empleó en 31 casos (72,1%) y laparoscópico en 11 casos (25,6%) mediante una vía transperitoneal lateral con una reconversión secundaria a múltiples adherencias y esplenomegalia, observándose un mayor empleo del abordaje laparoscópico en los últimos 2 años del período estudiado. La mediana de tiempo fue de 160 minutos (120; 190) teniendo en cuenta tanto la técnica abierta como la-

paroscópica. El tiempo empleado en cirugía laparoscópica fue de 180 minutos (120; 190) y en cirugía abierta 157 minutos (120; 200). $p = 0,756$. El tiempo transcurrido hasta la realimentación oral en cirugía laparoscópica fue de 24 horas (24; 48) y en abierta 48 horas (24; 72). $p = 0,143$. La estancia hospitalaria fue de 2 días en laparoscópica (2; 5) y 5 días en abierta (4; 7,2), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$). El resultado anatomopatológico fue benigno en 31 casos (72,1%) y maligno en 12 (27,9%). Entre las lesiones benignas corresponden 12 casos a adenomas suprarrenales (38,7%), 6 mielolipomas (19,3%), 5 feocromocitomas (16,1%), 4 hiperplasias suprarrenales (12,9%) y 2 pseudoquistes (6,4%). De las lesiones malignas, 7 son metástasis (58,3), 3 carcinomas suprarrenales (25%) y 2 feocromocitomas malignos (16,6%).

Conclusiones: El abordaje laparoscópico favorece una mejor recuperación postquirúrgica que en el abierto y una menor estancia hospitalaria. Aunque la tolerancia oral fue más precoz en el abordaje laparoscópico, no se alcanzó significación estadística. Se ha observado un aumento de las suprarrenalectomías laparoscópicas en la parte final del período de estudio.

P-218. PARAGANGLIOMA DE VENA CAVA PRODUCTOR DE NORADRENALINA

N. Aguado Suárez, L. Diego García, A. Blázquez Martín, A. López García, I. Lasa Unzué, J. Martín Fernández, R. Gómez Sanz, A. Gutiérrez Calvo y J. Granell Vincent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Objetivos: Presentación de un caso clínico de paraganglioma de vena cava productor de NA, asintomático hasta su manipulación quirúrgica.

Material y métodos: Paciente de 52 años, fumadora de 10 cig/día, con nódulos pulmonares < 1 cm en seguimiento por servicio de neumología, derivada a consultas de cirugía por hallazgo casual en TC tóraco-abdominal de masa adyacente a duodeno-páncreas. Buen estado general, asintomática. Exploración sin hallazgos. Analítica y marcadores tumorales normales (CEA 1.4; Ca 19.9 < 2.50). En TC abdominal, RM y colangiograma, masa pseudonodular de 6 × 5,5 × 5,9, heterogénea, con áreas de degeneración hemorrágica, componente quístico y pared engrosada e irregular, que impronta en cabeza de páncreas; dudosa pérdida de plano graso sin atrofia pancreática. Wirsung, vía biliar intrahepática y extrahepática desplazados por la lesión, manteniendo calibres normales. A descartar neoplasia papilar de páncreas, cistoadenoma seroso, pseudoquiste o GIST duodeno-gástrico. EGD con buen paso de contraste objetivándose compresión nodular extrínseca. En ecoendoscopia masa con zona hipocóica compatible con necrosis hemorrágica que contacta en algún punto con estómago, compatible con GIST de estómago u otro asa. Se realiza PAAF durante el estudio obteniéndose fondo proteínico hemorrágico contaminado con epitelio gástrico. Con el diagnóstico de sospecha de GIST se decide intervención quirúrgica. Intervención: tumoración de aspecto quístico retroduodenal y retropancreática que tras maniobra de Kocher se observa íntimamente adherida a pared anterior de vena cava a nivel de desembocadura de venas renales. Al iniciar la movilización de la masa la paciente presenta cuadro hipertensivo junto con FV, precisando interrupción de la intervención hasta estabilización. Se extrae analítica de sangre para determinación de catecolaminas durante dicho episodio presentando NA > 1.646 pg (adrenalina y dopamina normales). Se realiza extirpación de la masa con pastilla de pared de cava anterior y sutura longitudinal de vena cava. Histopatología: paraganglioma extraadrenal quístico de 6 cm de diámetro, que expresa cromogranina y sinaptofisina y muestra escasas células sustentaculares (S-100 +). Atipia celu-

lar con índice de proliferación Ki 67 5% (bajo), sin observarse rotura capsular. Evolución: favorable siendo dada de alta en el 9º día postoperatorio, tras 48h en reanimación para control de HTA paroxística y alteración del ritmo cardíaco desarrollado durante la cirugía.

Conclusiones: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos raros (2-8 casos por millón de habitantes y año) secretores de catecolaminas, originados a partir del tejido enterocromafín extra-adrenal del SNA. En localización intra-abdominal pueden simular neoplasias de órganos retroperitoneales provocando dolor abdominal, masa palpable o hipertensión. No obstante, aproximadamente el 50% de los casos cursan con episodios de hipertensión paroxística e incluso normotensión. Nuestra paciente presentaba un paraganglioma de vena cava secretor de noradrenalina, que no produjo síntomas ni aparente liberación de catecolaminas hasta su manipulación operatoria, debutando con cuadro hipertensivo y de FV.

P-219. TUMORACIÓN ABDOMINAL DE ORIGEN INCIERTO. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y SECUENCIA DIAGNÓSTICA

M. Arana de la Torre, A. de la Quintana, M.A. Ulacia y A. Colina

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: Los pseudoquistes suprarrenales constituyen una rara entidad, siendo las lesiones quísticas más frecuentes de la glándula suprarrenal. Las opciones terapéuticas incluyen observación periódica, drenaje del quiste y resección quirúrgica. En este caso presentamos dos pacientes con pseudoquistes suprarrenales derechos no funcionantes y asintomáticos.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 48 años controlado por Gastroenterología por masa suprarrenal derecha durante 9 años. En principio se etiquetó de quiste hidatídico en segmento VI-VII hepático, realizándose pruebas de imagen (TAC-RNM) y analítica cada 6 meses, permaneciendo el paciente asintomático y sin modificación de dicha tumoración. En los dos últimos años el diagnóstico se orientó hacia masa de origen suprarrenal, siendo remitido al Servicio de Cirugía ampliándose el estudio. Pruebas diagnósticas: TAC (2000): lesión quística en segmento VI-VII que desplaza el riñón derecho de 8 × 6 cm. Posible hidatidosis. RNM (2008): imagen quística de 9,7 × 5,3 × 5,4 cm con tabiques y calcificaciones en su interior. Posible hematoma suprarrenal. RNM (2009): gran masa quística compleja, con múltiples septos y paredes gruesas, dependiente de la glándula suprarrenal derecha. Analítica (2009): orina 24 horas (bioquímica y hormonas): anodina. Sangre (bioquímica, hormonas y serología): anodina. Tras completar el estudio se decide programar la quirúrgica, hallándose una tumoración suprarrenal derecha de 9 cm, calcificada, ocupando la totalidad de la glándula. Anatomía patológica: pseudoquiste suprarrenal (10 cm, 234 g). Postoperatorio favorable. Caso 2: mujer de 55 años remitida a Cirugía por hallazgo casual en RNM de masa suprarrenal derecha. Clínicamente sólo refería discreta astenia, con analítica anodina. Se completó el estudio con TAC, hallándose una masa suprarrenal derecha de 5 cm, siendo el tamaño de la lesión lo que motivó la cirugía. Se realizó suprarrenalectomía derecha por laparoscopia. Anatomía patológica: pseudoquiste suprarrenal (8 cm, 50 g). Evolución favorable.

Discusión: Los pseudoquistes suprarrenales son una entidad infrecuente cuya incidencia varía entre 0,064% y 0,18%, generalmente diagnosticados en las autopsias debido a la poca sintomatología que producen. Cuando son sintomáticos es debido a la compresión de estructuras vecinas o al sangrado intraquístico. En cuanto a su histología, carecen de capa endotelial de revestimiento, siendo su origen más probable el sangrado supra-

renal espontáneo con posterior reorganización (extravasación, necrosis, licuefacción y encapsulación). Los métodos más utilizados para su diagnóstico son la ECO y el TAC, realizándose punción-aspiración en caso de duda diagnóstica. Los avances en los métodos de imagen han aumentado el diagnóstico de estas lesiones como incidentalomas; sin embargo, no existen criterios realmente claros de diferenciación en cuanto a su etiología benigna o maligna, lo que provoca discusión en el momento de decidir la terapia más adecuada. Solamente el 7% son malignos o potencialmente malignos. Las características que hacen sospechar malignidad son la heterogeneidad en los estudios de imagen, el tamaño superior a 7 cm, las calcificaciones en el interior de la lesión y la presencia de una pared gruesa (> 0.5 cm).

P-220. ADENOCARCINOMA PAPILAR SEROSO DE ORIGEN RETROPERITONEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Gasz, D. Gambí Pisonero, F. Garrido Menéndez, J.M. Molina de la Sierra, R.M. Canto Lozano y E. Sancho Calatrava

Hospital Santa Bárbara, Puertollano.

Introducción: El adenocarcinoma papilar seroso es un tumor frecuente en el ovario, trompa, endometrio y peritoneo. Es bien conocido su mal pronóstico, comportamiento agresivo y alto riesgo de metástasis y recurrencias. La localización retroperitoneal es extremadamente rara y son escasos los casos publicados en la literatura médica.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con un adenocarcinoma papilar seroso primario de localización retroperitoneal (APSPR) por su rareza y su elevado interés clínico.

Material y métodos: Caso clínico de una paciente de 54 años con antecedentes de retraso mental moderado remitida por su médico de atención primaria para el estudio de una tumoración abdominal diagnosticada mediante ecografía durante un estudio ginecológico de rutina. La paciente no refiere síntomas abdominales ni alteraciones del tránsito intestinal. En la exploración física se observa edema en ambos miembros inferiores por éxtasis venoso. Analíticamente presenta hemoglobina de 8,2 g/dl y hematocrito de 25,6% sin leucocitosis ni desviación izquierda. Se completa el estudio con la tomografía computerizada y resonancia magnética nuclear donde se observa una tumoración de localización abdominopélvica ubicada en flanco y fosa iliaca izquierda de aspecto sólido con bordes mal definidos. La paciente es intervenida con la sospecha inicial de carcinoma de ovario observándose una gran tumoración retroperitoneal sólida bilobulada firmemente adherida a planos profundos que se resecta con dificultades técnicas en la disección de los planos profundos. Macroscópicamente los riñones, útero y ovarios presentan características normales. Dado los hallazgos morfológicos y los resultados inmunohistoquímicos (positividad para citoqueratinas AE1/AE3, 8/18, 7, EMA y CD15 y negatividad para TTF-1, alfa-inhibina, CK 20, CEA CD10, y vimentina), el diagnóstico anatomopatológico, por exclusión, fue de APSPR. La paciente fallece en su domicilio a los tres meses de la intervención por fallo multiorgánico.

Conclusiones: El APSPR es una neoplasia extremadamente rara caracterizada por su presentación en forma de masa heterogénea retroperitoneal, sin afectación ovárica. Debido a los pocos casos descritos en la literatura, se considera que el comportamiento biológico se asemeja al carcinoma papilar quístico de ovario pero con peor pronóstico. Histológicamente se asemeja a los tumores epiteliales del ovario. Debido a que el APSPR tiende a propagarse a lo largo de la pelvis y el abdomen, a menudo es difícil determinar su verdadero lugar de origen y

puede resultar difícil de diferenciar de aquellas formas similares de nacimiento ovárico. Los síntomas son inespecíficos como el dolor abdominal, náuseas, vómitos y alteraciones en el tránsito intestinal. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con criterios oncológicos de resección seguida de quimioterapia similar a la administrada en el cáncer papilar de ovárico. Debido a los pocos casos descritos en la literatura la información sobre su pronóstico es limitada aunque se sugiere que éstos tengan un peor pronóstico que los ováricos. Según la literatura no existen protocolos específicos de tratamiento que permitan inclinarse por un régimen terapéutico adyuvante en particular. La determinación de los niveles de CA-125 basal y seriados durante el seguimiento puede ser de utilidad en la evaluación del tratamiento realizado.

P-221. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PARAGANGLIOMA FUNCIONANTE

M. Cea Soriano, J.A. Rivera Bautista, J. González González, M. Artés Caselles, L. de Gregorio Muñoz, N. Farhangmehr Setayeshi, K. Cuiñas León, A. García Pavía, A. Gil Pérez, A. Colás Vicente y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: El paraganglioma o feocromocitoma extraadrenal es un tumor secretor de catecolaminas y representa alrededor del 10% de los feocromocitomas. Presentamos un caso de feocromocitoma extraadrenal, y revisamos el manejo de este tipo de neoplasias.

Material y métodos: Varón de 36 años sin antecedentes de interés en estudio por hiperhidrosis. Entre las exploraciones complementarias, se evidencia elevación metanefrinas y catecolaminas en orina. Se realizan pruebas de imagen para localizar la lesión (TC y gammagrafía con ^{131}I -MIBG) encontrándose lesión retroperitoneal de unos 6 cm de diámetro localizada en el surco interaortocava sin evidencia de lesiones hepáticas sospechosas. Se realiza preparación ambulatoria mediante bloqueo α con fenoxibenzamina y bloqueo β con propranolol. Se realiza laparotomía exploradora y exéresis completa del tumor. Postoperatorio inmediato sin complicaciones. Anatomía Patológica: paraganglioma extraadrenal intraabdominal, de 61 g de peso y $6,7 \times 5 \times 3,9$ cm de máximas dimensiones, de patrón alveolar y trabecular. Se observan aisladas imágenes de invasión vascular sanguínea (venosa) y de infiltración perineural pero no de invasión vascular linfática. No se observa infiltración del tejido linfoide situado en el espesor de la pseudocápsula. Se identifican áreas de esclerosis y calcificación distrófica del estroma de la neoplasia pero no depósitos de amiloide. No se observan áreas de necrosis coagulativa. El recuento mitótico es de 1/30 cga. El perfil inmunohistoquímico de la neoplasia es: CD56, positivo difuso e intenso; cromogranina, positivo difuso e intenso; sinaptofisina, positivo; calcitonina, positivo difuso e intenso; somatostatina, positividad focal; glucagón, positivo; insulina, positividad focal; serotonina, negativo; VIP, negativo; PP, negativo; ACTH, negativo.

Resultados: Los paragangliomas son tumores extraadrenales cuya localización más frecuente es el órgano de Zúckerkandl en la región paraaórtica cerca de la salida de la arteria mesentérica inferior. Clínicamente no difieren de los feocromocitomas; la triada de sudoración, palpitaciones e hipertensión tiene elevada sensibilidad en el diagnóstico. El diagnóstico bioquímico se realiza la determinación de catecolaminas y metanefrinas. La localización preoperatoria se hace habitualmente mediante TC o RMN; además la gammagrafía con ^{131}I -MIBG ayuda a localizar la lesión y a descartar lesiones a distancia. Está recomendado el bloqueo α y β preoperatorio. La intención del tratamiento es la exéresis completa de la tumoración.

ración con una manipulación mínima y con ligadura precoz del drenaje venoso. Aproximadamente el 20% de los paragangliomas de esta localización son malignos; en esos casos puede estar indicada la quimioterapia o radioterapia postoperatoria.

Conclusiones: El manejo preoperatorio del paraganglioma no difiere del feocromocitoma suprarrenal. El tratamiento es quirúrgico y su objetivo la exéresis completa del tumor.

P-222. TUMORACIÓN CERVICAL DE CRECIMIENTO LENTO. QUISTE BRONCOGÉNICO DEL ADULTO

M. Arana de la Torre, A. de la Quintana, M.A. Ulacia y A. Colina

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: El quiste broncogénico es una malformación de la porción ventral del intestino primitivo, que ocasiona una alteración en el desarrollo del árbol traqueobronquial. Se dice que se trata de una yema pulmonar ectópica con estrecha conexión con el árbol traqueobronquial. Por su localización, se dividen en mediastínicos (86%) y parenquimatosos, y por su proximidad con la vía aérea pueden causar síntomas respiratorios crónicos (tos, estridor, sibilancias, dificultad respiratoria e infecciones recurrentes), presentándose principalmente en el niño pequeño.

Caso clínico: Mujer de 37 años que presenta nódulo cervical izquierdo de más de 10 años de evolución, etiquetado de bocio y sin controles posteriores, que acude por aumento del tamaño del nódulo cervical, con sensación de dificultad respiratoria, sin disfagia ni disfonía. Se realiza una ecografía que informa de quiste en lóbulo tiroideo izquierdo de 38 x 18 mm y un TAC que muestra una lesión quística de 5,3 x 2,6 x 2,5 cm detrás del lóbulo tiroideo izquierdo, desplazándolo anteriormente. PAAF: quiste branquial. Se realiza intervención quirúrgica programada, hallándose un quiste de 4 cm retrotiroideo, con buen plano de clivaje y pedículo ascendente que llega a cara posterior de carótida. Paredes finas con líquido transparente en su interior. Se extirpa en su totalidad y se liga la posible fístula en su origen. Anatomía patológica: quiste simple broncogénico. Evolución postoperatoria favorable.

Discusión: El quiste broncogénico está englobado como malformación torácica compleja y es debido a alteraciones del desarrollo embrionario del árbol traqueobronquial entre la quinta y decimosexta semanas de gestación. Representa el 14-22% de todas las malformaciones congénitas pulmonares y el 10% de las masas mediastínicas en los niños. Los quistes pueden ser únicos, múltiples o multiloculados, con un tamaño medio de 2 a 4 cm, el cual puede aumentar debido a un proceso infeccioso. La localización cervical es poco usual y las manifestaciones clínicas se deben a razones compresivas o infecciosas. El diagnóstico de elección es el TAC y su tratamiento es quirúrgico, aún en pacientes asintomáticos, debido a que su pronóstico sin cirugía tiene una mortalidad elevada.

P-223. DESCUBRIMIENTO DE PSEUDOHERMAFRODISTISMO MASCULINO EN PACIENTE AÑOSA A RAÍZ DE CIRUGÍA ELECTIVA DE HERNIA INGUINAL

A. Palliser Lloveras, J. Rey, Francisco L. Ortiz de Zárate, V. Fernández-Trigo, J. Mas, M. Jimeno, I. Moiset y R. Jorba

Hospital General de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El embrión humano es sexualmente ambiguo hasta la 8ª semana de gestación, época en que, sin la influencia del gen SRY del cromosoma Y el embrión tiene tendencia a de-

sarrollarse como mujer. Para una diferenciación masculina se requiere además la producción testicular de la hormona anti-mülleriana (HAM), que induce la regresión de las estructuras müllerianas (2/3 superiores de la vagina, útero y trompas) y la secreción de testosterona que permite que los conductos de Wolf progresen formando los vasos deferentes, epidídimos y vesículas seminales y se desarrollen las estructuras genitales externas. El pseudohermafroditismo implica la presencia de unos genitales externos no acordes con el sexo genético.

Material y métodos: Paciente de 80 años con antecedentes de HTA e intervención ginecológica hace años que no recuerda, que se interviene electivamente de hernia inguinal, donde se evidencia intraoperatoriamente tumoración a nivel púbico que protruye por orificio herniario inguinal derecho, que parece corresponder a tumoración ovárica. Se remite a Anatomía patológica.

Resultados: El fragmento remitido corresponde a un tumor de Sertoli-Leydig bien diferenciado o tumor de probable origen Wolfiano. Se inicia estudio con ecografía ginecológica que evidencia masa quística de 22 x 21 x 10 cm que podría corresponder a gran quiste mesentérico versus quiste de ovario. Se realizó TAC abdominal que evidenció masa quística unilocular dependiente de anejo derecho y ausencia de útero y lesión en zona inguinal izquierda compatible con un teste. La analítica hormonal: testosterona 0,85; estradiol < 37; progesterona < 0,3 y cariotipo 46XY. Se interviene objetivándose quiste de origen anexial izquierdo, pequeña tumoración en orificio inguinal derecho compatible con gónada derecha y gónada izquierda en orificio inguinal izquierdo. Se extirpa la tumoración quística y las dos gónadas con el remanente uterino en bloque. El resultado definitivo de anatomía patológica confirma ambas gónadas como testículos atroficos y un útero rudimentario y, en ese contexto, la tumoración extirpada durante la hernioplastia inguinal correspondería a un tumor de Sertoli-Leydig bien diferenciado surgido sobre el testículo.

Conclusiones: El pseudohermafroditismo masculino es un estado intersexual en el cual los portadores presentan un sexo genético y gonadal masculino y genitales externos femeninos. La primera causa es el síndrome de insensibilidad periférica a los andrógenos o sd. de Morris, al que creemos que pertenece nuestra paciente. Típicamente se diagnostica en la pubertad por amenorrea primaria y ausencia de vello corporal, con genitales externos y desarrollo mamario normal, por lo que no es frecuente diagnosticar esta enfermedad en una paciente añosa posmenopáusica.

P-224. MASA RETROPERITONEAL IZQUIERDA SANGRANTE DE ORIGEN INCIERTO EN PACIENTE ANTICOAGULADO: PAUTAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

F. Expósito Sequera¹, J. Cuadrado Vigaray², P. Guardado Asuero² y P.P. Medina Reborio¹

¹Hospital de Baza, Baza; ²Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Objetivos: Presentar un caso inusual de feocromocitoma compuesto de la medula adrenal, que debutó como un abdomen agudo, por hemorragia tumoral y que fue tratado en nuestro Servicio. Se discute las características clínicas, los hallazgos patológicos, su presentación y curso clínico, su malignidad potencial y el tratamiento de estos tumores.

Métodos: Describir el caso de una paciente de 68 años con antecedentes de alergia a betalactámicos, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, portadora de una válvula aórtica metálica y de un marcapasos definitivo, insuficiencia renal crónica leve y anticoagulada con Sintrom, que acude al Servicio de Urgencias por presentar desde hace una semana dolor en flanco izquierdo, continuo, que se ha agravado y extendiéndose al abdomen, con vómitos, mareos y mal estado general. Las

pruebas complementarias revelan una anemia microcítica e hipocrómica y una masa retroperitoneal izquierda de $12 \times 9 \times 10$ cm, sólida, con hemorragia intratumoral, que contacta con polo superior e hilio renal, compatible con tumoración suprarrenal izquierda sangrante. Se indica laparotomía/laparoscopia urgente.

Resultados: Ante la mala situación clínica de la paciente se realiza laparotomía subcostal izquierda, con hallazgo de tumoración sólida suprarrenal izquierda que infiltra hilio renal, realizándose nefro-suprarrenalectomía radical izquierda. Posoperatorio satisfactorio. Anatomía Patológica: feocromocitoma compuesto con neuroblastoma, que infiltra capsula y vasos sanguíneos, con extensas zonas de necrosis, con expresión de Ki67 e Índice de PASS de 11/20. Se encuentra asintomática y sin evidencia de recidiva a los seis meses de la intervención.

Conclusiones: El feocromocitoma compuesto es un tumor raro, cuyo comportamiento biológico es más difícil de predecir que el feocromocitoma tradicional, debido a la escasez de casos publicados. En nuestro caso el componente de neuroblastoma cumple criterios de pronóstico desfavorable, por lo que la exéresis completa del tumor es el tratamiento de elección. La hemorragia intratumoral del feocromocitoma es una rara urgencia quirúrgica que está grabada con una alta mortalidad, por lo que es necesario un alto índice de sospecha, unas apropiadas medidas de soporte y una intervención quirúrgica precoz.

P-225. QUISTE BRONCOGÉNICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MASA CERVICAL ANTERIOR

A. Prat Calero, A.S. Valero Liñán, J.L. Rueda Martínez, M. Abad Martínez, B. Moreno Flores, E. Hernández Anselmi, Y. Argumosa Salazar, M.S. Fernández Córdoba, J. González Piñera y P. Cascales Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario, Albacete.

Objetivos: Los quistes broncogénicos son malformaciones congénitas del intestino primitivo anterior que se forman probablemente por ramificaciones anormales del árbol traqueobronquial y que corresponden a tejido pulmonar no funcionante. Afectan mayoritariamente a los hombres (3:1) en edad pediátrica. Son de ubicación mediastínica o intrapulmonar. Revisando la literatura solamente hemos encontrado 70 casos de quistes broncogénicos en la región cervical, el 75% de ellos ubicados en la línea media, constituyendo el motivo de la presentación de nuestro caso. Nuestro objetivo es discutir el tema presentando un caso intervenido en nuestro centro hospitalario.

Material y métodos: Varón de 14 años sin antecedentes de interés que presenta tumoración congénita en línea media cervical anterior, sobre manubrio esternal, con leves signos inflamatorios y drenaje espontáneo por fístula cutánea recidivante. Resto sin interés. Ante la sospecha de resto de 3^{er} arco branquial es intervenido de forma programada realizando exéresis de nódulo cervical anterior.

Resultados: La Anatomía Patológica diferida mostró una estructura quística, unilocular, constituida por una capa de músculo liso y tejido fibroso cubierta internamente por epitelio pseudoestratificado, con cilios de tipo respiratorio compatible con quiste broncogénico cervical. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial de las masas cervicales de tipo quístico clásicamente se consideran los quistes tiroideos, los quistes de los arcos branquiales, el linfangioma quístico, el quiste paratiroideo, los quistes del remanente tímico, los quistes dermoides y los teratomas. Los quistes broncogénicos de ubicación cervical son tumores infrecuentes por lo que su sospecha clínica es poco habitual. Es así como en el caso expuesto, varón de 14 años previamente sano, la primera posibilidad diagnóstica fue un quiste branquial, pues éstos correspon-

den a malformaciones congénitas que aparecen en la gente joven, generalmente después de una infección del tracto respiratorio superior. En la literatura existen publicaciones aisladas de localizaciones inusuales, como la intracerebral, intraraquídea, subcutánea y retroperitoneal. La ubicación cervical es también excepcional y muy pocas veces descrita en adultos. Generalmente son asintomáticos, cuando se manifiestan lo hacen con sus complicaciones como hemoptisis, insuficiencia respiratoria aguda especialmente en la infancia, compresión de estructuras vecinas o, como en nuestro caso, sobreinfección. Se ha descrito la fistulización a la tráquea, lo que conlleva riesgo de infección e incluso de formación de abscesos cervicales. En nuestro paciente estaba fistulizado a piel, lo que provocaba episodios de sobreinfección recidivante con salida de material purulento. El análisis de nuestro caso y de la literatura revisada nos sugiere que el quiste broncogénico cervical es una entidad muy poco frecuente, que generalmente se manifiesta como una masa asintomática, que su diagnóstico es difícil y sólo se confirma por la histopatología, y que el tratamiento aceptado es la resección quirúrgica completa para evitar la recidiva.

P-226. TUMORES CARCINOIDES GASTROINTESTINALES. PRESENTACIÓN DE 16 CASOS

E. Villarreal Tejero, I. Markínez Gordobil, A. Lizarazu Pérez, N. Borda Arrizabalaga, A. Beguiristain, R. Giménez, M.A. Medrano, I. Ruiz y E. Guisasaola

Hospital Donostia, San Sebastián.

Introducción: Los tumores carcinoides son de los tumores epiteliales más frecuentes del intestino delgado. Se originan en las células argentafines de las criptas de Lieberkühn y se ubican desde el tercio distal del duodeno hasta el colon ascendente, zonas que se derivan desde el punto de vista embrionario del intestino medio. Se caracterizan por la producción de aminas biógenas y hormonas polipeptídicas. Las clasificaciones histológicas no predicen el comportamiento biológico; sólo la invasión de las metástasis establece el carácter maligno.

Material y métodos: presentamos 16 pacientes diagnosticados de tumor carcinóide digestivo en un periodo de 10 años (2000 a 2010) en el Hospital Donostia de San Sebastián.

Resultados: Edad media 55 años (33-77 años). Sexo: hombres 11 (69%), mujeres 5 (31%). Motivo del diagnóstico: clínica secretora 2 (12%), metástasis 1 (6,25%), tumor primario 5 (31%), hallazgo incidental 6 (37,5%), clínica secretora del tumor primario 2 (12,5%). Antecedente de otros tumores: 2 pacientes, uno presentaba un tumor de colon sincrónico (carcinóide de ciego) y el otro un cistoadenoma microquístico de páncreas (carcinóide de hígado). Estudio bioquímico: se realizó en 6 pacientes, siendo positivo para cromogranina A (6 pacientes), gastrina (1 paciente), Ac. OH indolacético (6 pacientes) y serotonina (6 pacientes). Pruebas diagnósticas: TC fue positivo en 11 pacientes de los 15 a los que se le realizó, ECO abdomen 6/12, RNM 4/6, octreoscan 5/7, ECO intraoperatoria 8/9, también se realizó gastroscopia a 2 pacientes sin resultado positivo y colonoscopia a 4 pacientes, encontrándose el tumor en 1 de ellos. Localización del tumor: estómago (1), hígado (1), vía biliar (1), yeyuno (4), íleon (6), ciego (2), apéndice (1). El estudio anatomopatológico de los tumores extirpados fue positivo para las siguientes sustancias: sinaptofisina (10), Ki 67 (8), Cr A (10), queratina (2), enolasa neural (5), CD 57 (1). Extensión tumoral: infiltración vascular (6), infiltración perineural (4), infiltración linfática (12), metástasis (8). La localización de las metástasis fue: hígado (9 pacientes), infiltración peritoneal (4 pacientes), bazo (1 paciente), ovario (1 paciente), ganglios a distancia (1 paciente). Grado histológico: sólo se obtuvo esta información en 10 pacientes, resultando en todos ellos grado histológico bien diferenciado. En cuanto al tratamiento aplicado:

se intervino quirúrgicamente a todos ellos (16), se trató además con octreótido a 6 pacientes, en uno se aplicó quimioembolización, a otro paciente se le realizó tratamiento ablativo y a otro embolización tumoral. Estadía: diseminado (10), localizado (6). En la actualidad el 100% de los pacientes continúan vivos.

Conclusiones: en nuestra serie la mayoría de los tumores carcinoides se encontraron en íleon y yeyuno y se vio una mayor frecuencia en hombres. La TC y la ECO intraoperatoria fueron las pruebas diagnósticas más sensibles.

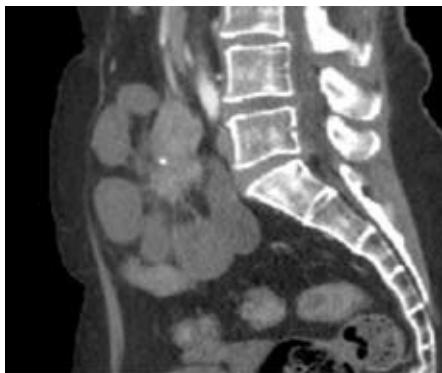
P-227. TUMOR CARCINOIDE DE INTESTINO DELGADO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Sánchez García, P. Villarejo Campos, I. Arjona Medina, A. Jara Sánchez, F. Martínez de Paz, B. Menchén Trujillo, C. Manzanares Campillo, P. Menéndez Sánchez, V. Muñoz Atienza, F.J. Ruescas García y E.P. García Santos

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: Los tumores carcinoides son los tumores endocrinos gastrointestinales más frecuentes y variados. Derivan del sistema neuroendocrino difuso del tubo digestivo, llamado así por las propiedades de sus células para sintetizar, almacenar y secretar sustancias químicas como neuroaminas y neuropéptidos, las cuales actúan como neurotransmisores. El 70% de estos tumores se origina en tres sitios: bronquio, yeyuno/íleon, colon/recto. En general, el sistema gastrointestinal es el sitio más común de estos tumores carcinoides (64%), sobre todo en el apéndice, íleon y recto, y menos frecuentes en estómago o colon. El diagnóstico oportuno es particularmente difícil cuando el tumor carcinóide se localiza en el intestino delgado, ya que la mayoría cursa asintomático (hasta que el tamaño causa obstrucción intestinal) o porque los síntomas iniciales se confunden con los de patologías más frecuentes, o, finalmente, porque la ubicación no permite el examen endoscópico tradicional.

Caso clínico: Mujer de 64 años de edad, hipertensa bajo tratamiento médico y con hallazgo casual hace años de infartos lacunares, sin datos de focalidad neurológica. Viene al servicio de urgencias del hospital por presentar desde hace dos meses dolor abdominal generalizado, de intensidad variable y de características cólicas, sin relación con la ingesta, acompañado de deposiciones diarreicas sin productos patológicos, astenia y anorexia, junto con una pérdida objetivada de 4kg de peso. En la exploración física, encontramos a la paciente hipertensa, con abdomen blando y depresible, difusamente doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal ni presencia de masas ni visceromegalias. Los estudios de laboratorio (hemograma, bioquímica, coagulación, orina elemental) mostraron una GOT de 48, una LDH de 300 y VHC positivo. La tomografía computarizada tóraco-abdomino-pélvica (fig.) mostraba la presencia de una masa mesentérica de unos 3 cm de diámetro medio, de localización en la región abdominal infraumbilical, con dos calcifi-



caciones en su interior, y contorno muy espiculado, formando bandas radiales hacia asas intestinales adyacentes (asas de yeyuno), compatible radiológicamente con un tumor carcinóide. Dada la localización del tumor, existía gran dificultad para realizar biopsia, optándose por la intervención quirúrgica sin diagnóstico anatómopatológico previo. Se realiza laparotomía abdominal, y se objetiva masa mesentérica de 4 cm de diámetro, pética, que retrae las asas de intestino delgado; se realiza resección de 60 cm de intestino delgado (yeyuno distal) y anastomosis. El resultado de la anatomía patológica fue carcinoma endocrino bien diferenciado (de bajo grado) con infiltración loco-regional y afectación de ganglios mesentéricos.

Discusión: La localización más frecuente de los tumores carcinoides es en el apéndice (40% de los casos) seguido del intestino delgado (20-30%). Los carcinoides del intestino delgado son usualmente lesiones submucosas pequeñas, menores de 2 cm, con mucosa intacta. La diseminación tumoral puede generar una mesenteritis retráctil, irregularidad de la pared intestinal y alteración de los pliegues mucosos. En nuestro caso, la imagen radiológica correspondía a la infiltración metastásica, ya que el tumor primario raramente se visualiza en pruebas de imagen y fue la anatomía patológica quien dio el diagnóstico definitivo.

P-228. EXÉRESIS DE METÁSTASIS CERVICAL DE MENINGIOMA ATÍPICO RECIDIVADO

N. Iglesias Rodríguez, X. Fernández Varela, P. Trillo Parejo, D. Iglesias Diz, M. Salgado Vázquez, S. Núñez Fernández y F.J. Gómez Lorenzo

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Introducción: El meningioma es el tumor primario más frecuente del SNC (alrededor del 14-26%). Su presentación habitual es benigna, de crecimiento lento, extraaxiales, no infiltrantes. Proceden de la transformación de las células aracnoideas de las meninges, especialmente de las vellosidades aracnoideas, adhiriéndose a la duramadre. Existen variedades histológicas más agresivas y, por tanto, de peor pronóstico, cuyo comportamiento es atípico (anaplásicos); éstas corresponden a los grados II y III de la OMS. Se trata de tumores infrecuentes, entre el 2-10% de los meningiomas. La recurrencia tumoral, después de las resecciones incompletas, es de hasta 20%, sobre todo en los anaplásicos. Aproximadamente un 0,7-0,8% de todos los meningiomas producen metástasis y un 43% si consideramos los malignos.

Material y métodos: Varón de 72 años con antecedentes de úlcus gástrico, apendicectomía. Diagnosticado en el año 2002 de meningioma meningotelomatoso en cara anterior de surco precentral e intervenido por el Servicio de Neurocirugía del CHUS en septiembre del mismo año. Recidiva radiológica en el 2006 con cuadro posterior de crisis convulsivas en el 2007. Reintervenido de nuevo en el CHUS en enero del 2008 de dos lesiones (recidiva parasagital derecha y nueva frontal izquierda anterior) con RT estereotáxica fraccionada posterior. En marzo del 2010 acude a Urgencias por bultoma en región cervical dcha. Se inicia estudio y se halla recidiva en SNC y lesiones sugestivas de siembra metastásica en cuero cabelludo y región cervical derecha (PAAF: compatible con meningioma, confirmado con biopsia). Se realiza 3ª intervención en abril del 2010 con exéresis subtotal de meningioma, dejando restos en pared externa de la hoz. En sesión clínica se decide derivar al paciente al Servicio de Cirugía General para extirpación de lesión cervical.

Resultados: Mediante abordaje cervical derecho se practica exéresis de tumoración de unos 6 cm que comprime vena yugular derecha y sin plano de clivaje con el músculo ECM. Se disecan y preservan el nervio espinal, vago y arteria carotídea dere-

chos. Tras revisión hemostática se cierra la cavidad y sella con Tissucol, dejándose un redón en lecho. El paciente presenta buena evolución quirúrgica por lo que es dado de alta. Tras resultados de Anatomía Patológica en el que se objetiva invasión del borde posterior de la pieza quirúrgica se remite al paciente a Oncología RT que desestima tratamiento debido a la amplitud de la recidiva a nivel del SNC.

Conclusiones: El meningioma maligno o atípico es un tumor poco frecuente. Las metástasis de estos tumores se dan con mayor frecuencia en pulmón (60%), intraabdominales e hígado (34%) y nódulos linfáticos (18%) y con menor frecuencia en tiroides, vértebras, mediastino y hueso. Pueden diseminarse por vía hematógena, linfática o por el LCR. En resumen, en la literatura se habla de que las metástasis en ganglios linfáticos son bastante frecuentes, pero el número de casos publicados, sobre todo a nivel cervical, es escaso. Se trata de una cirugía compleja, con limitaciones en la exéresis debido a las estructuras anatómicas adyacentes.

P-229. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CAUSADO POR ADENOMA EN EL SENO DE UN QUISTE DE TERCERA BOLSA BRANQUIAL

S. Salido Fernández, G. Fernández-Díaz, J.M. Bravo Lifante, J. Gómez Ramírez, J. Auza Villegas, M.M. Naranjo, I. Rubio, E. Colmenarejo, E. Larrañaga Barrera, J.L. Muñoz de Nova y E. Martín-Pérez

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La tercera bolsa branquial es una estructura embriológica que da origen al esbozo tímico y a la paratiroides inferior. Durante el desarrollo embrionario ambas estructuras se encuentran íntimamente relacionadas durante el descenso hacia sus correspondientes localizaciones definitivas. Las anomalías de la tercera bolsa branquial se pueden presentar como fisulas, abscesos y quistes. Sin embargo, aunque morfológicamente posible, no se han documentado casos en la literatura de un adenoma de paratiroides en el seno de un quiste tímico, como resultado de la detención del correcto desarrollo de ambas estructuras derivadas de la tercera bolsa branquial. Presentamos un caso de un varón con quiste tímico asociado a elevación de PTHi sérica.

Caso clínico: Varón de 47 años sin antecedentes de interés salvo HTA esencial diagnosticada tres meses antes del episodio actual en tratamiento. Comienza con dolor en región cervical izquierda cerca de la inserción del músculo esternocleidomastoideo. Se realiza ecografía en la que se observa masa quística tabicada lateral a lóbulo tiroideo izquierdo y discretamente en planos más inferiores, con cierto componente intratorácico que transmite señal al usar el eco-doppler. Analíticamente destaca un calcio total de 10,3 mg/dL y una PTH intacta 140,5 pg/mL. RMN cérvico-torácica: Lesión de apariencia quística con posible alto contenido en proteínas o contenido hemático, localizadas inmediatamente posterior al LTI y en el mediastino anterior. El estudio con MIBI revela captación del radiofármaco a nivel del mediastino anterior, compatible con adenoma. Se realiza PAAF con citología positiva para macrófagos aislados, la determinación de PTH fue negativa. Se decide intervención con el diagnóstico de quiste cervical y HPTP en la que se evidenció trayecto que transcurría desde la lesión quística, hasta más allá del polo superior del lóbulo tiroideo. Se disecó y aisló de los grandes vasos con los que estaba íntimamente relacionada y finalmente se extirpó. El diagnóstico anatómo-patológico fue de quiste tímico y adenoma de paratiroides en su interior.

Discusión: La etiología de los defectos de las bolsas branquiales es incierta, representan la persistencia del aparato branquial primitivo debido al cierre incompleto de éstas. Caracte-

rísticamente se presentan como masas asociadas al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Su trayecto cervical se inicia en el seno piriforme, inmediatamente después cruza la bifurcación carotídea a la que se asocia estrechamente. Después desciende anterior al nervio hipogloso y se coloca lateral al lóbulo tiroideo con el que puede estar en contacto. En este caso la anomalía derivó en un quiste tímico en cuyo seno se hallaba la paratiroides inferior. Esto se debe a que embriológicamente ambas estructuras nunca llegaron a separarse. Además con el desarrollo del individuo, de manera fortuita, se desarrolló un adenoma en dicha glándula paratiroides.

P-230. ADENOMA ONCOCÍTICO GIGANTE DE PARATIROIDES

E. Castro Esnal, I. Galarraga Ubarrulaburu, I. Urkidi Balmaña y J. Rodríguez González

Hospital de Mendara, Mendara.

Presentamos un caso poco frecuente de adenoma oncocítico gigante de paratiroides hiperfuncionante en una mujer de 79 años enviada desde consultas de externas de Endocrinología. Los adenomas paratiroides constituyen el 80-95% de los HPT primarios. Rara vez se producen por adenomas dobles (2-4%) o hiperplasias, y el 1-2% de los casos podría deberse a un carcinoma. El 90% de los HPTP son esporádicos y el resto hereditarios, y existe una asociación entre la radiación externa y el desarrollo de adenomas paratiroides. El peso normal de un adenoma paratiroideo se encuentra en rangos de 70 mg a 1 g. Los adenomas raramente sobrepasan los 10 mm × 5 mm de tamaño. Las glándulas patológicas presentan un aumento de tamaño junto con una coloración vinosa que resulta de la suma del color pardo normal junto al rojizo de la hipervascularización. Muchos estudios han establecido una relación directa entre el peso de las glándulas y los niveles séricos de PTH y calcio, y han demostrado que se correlaciona significativamente con el riesgo de muerte ($p < 0,001$). En la literatura se describen adenomas gigantes de 30, 50, 70, 110 g y hasta de 116 g. En algunos casos hay una mayor incidencia de hipocalcemia transitoria en el postoperatorio y niveles inferiores del Ca en suero en los días 3^{er}-4^o día postoperatorio. La paratiroidectomía es el único tratamiento definitivo, y con los métodos diagnósticos actuales, sobre todo con la gammagrafía con Tc-mibi de doble fase (10-120m), en concordancia con la Ecografía cervical, se diagnostican preoperatoriamente la mayoría de ellos. En los casos de adenomas únicos la sensibilidad es del 80-90%, que es mayor, cuanto más altas son las cifras de calcemia, acercándose al 95%. Los adenomas oncocíticos de paratiroides generalmente son tumores poco frecuentes, no funcionantes aunque entre el 3-6% cursan con hiperparatiroidismo. Así mismo el 2% de los adenomas paratiroides son intratiroides. Las dificultades interpretativas que presenta la PAAF son debidas a las características citológicas del adenoma paratiroideo oncocítico, también llamado de células de Hürthle u oxífilo. El diagnóstico diferencial en PAAF cervical con resultado de células oncocíticas debe establecerse con el bocio nodular, la tiroiditis linfocítica y la neoplasia tiroidea de células de Hürthle (adenoma/carcinoma) por lo que la inmunohistoquímica resulta fundamental. La tiroglobulina negativa o TTF-1 negativa descarta tejido tiroideo. El ki-67 negativo ayuda a diferenciar del carcinoma de paratiroides en el cual el índice de actividad es mayor. Una vez diagnosticado el tumor paratiroideo oncocítico debe descartarse su posible malignidad, para lo cual se estudian el tamaño, la invasión vascular, el nº de mitosis, la infiltración capsular o de órganos vecinos así como la existencia de ganglios positivos en el momento del diagnóstico.

P-231. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE POR ADENOMA DOBLE CON PARATIMO NO DESCENDIDO

E. Colmenarejo García, J. Gómez Ramírez, E. Martín Pérez, J.L. Muñoz de Nova, A. Rodríguez Sánchez, M. Posada González, G. Fernández Díaz, S. Salido Fernández, M.M. Naranjo Lozano, I. Rubio Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: Los paratimos, son glándulas paratiroides inferiores desarrolladas como el timo a partir del III arco branquial que quedan detenidas en su descenso, a menudo junto a un resto de tejido tímico, a la altura de la bifurcación carotídea. El hallazgo de un paratimo no descendido en un paciente con hiperparatiroidismo primario (HPTP) es un hecho infrecuente, con muy pocos casos publicados en la literatura. Presentamos el caso de un paciente con hiperparatiroidismo persistente tras extirpación de un adenoma de paratiroides en el que el estudio posterior demostró la existencia de un adenoma doble a expensas de un paratimo derecho.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años en seguimiento por el Servicio de Endocrinología por cólicos nefríticos de repetición donde se objetiva en la analítica un calcio corregido de 12 mg/dl y una PTHi de 206 pg/ml, compatible con HPTP. Se solicita una gammagrafía con sestamibi-TC99m cervical donde se visualiza una imagen compatible con adenoma de paratiroides inferior derecha. El paciente es intervenido objetivándose un adenoma de paratiroides superior derecha descendida, que se extirpa y se confirma con el estudio anatomopatológico. A los 4 meses de la cirugía, se aprecia en una analítica de control un calcio de 11,1 mg/dl y una PTHi de 255 pg/ml, por lo que se solicita de nuevo una ecografía y una gammagrafía cervical que no visualizan ninguna lesión, por lo que se recurre a la resonancia magnética nuclear (RMN) cervical, donde se aprecia una tumoración cervical derecha posterior respecto a la glándula submaxilar. Se realiza una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de dicha lesión donde se visualizan células principales y oncocíticas, siendo dichas células negativas para tiroglobulina y positivas para cromogranina y con una PTHi en el líquido de la PAAF de 31.190 pg/ml. Se decide de nuevo tratamiento quirúrgico, realizándose una cervicotomía derecha paralela al músculo esternocleidomastoideo y paratiroidectomía de la glándula inferior derecha ectópica.

Conclusiones: Los paratimos no descendidos, aunque son una causa infrecuente de HPTP, constituyen el 10% de las causas de exploraciones cervicales fallidas por esta enfermedad. Es importante tener en cuenta esta posibilidad ante una exploración cervical en la que no se localice el posible adenoma de paratiroides, siendo necesario extender la disección hasta las zonas teóricas de localización de estas lesiones. Con la mejora de las técnicas de imagen empleadas, como la ecografía cervical, la gammagrafía con sestamibi-TC99m-SPECT y la RMN, el diagnóstico y localización preoperatoria de estas lesiones cada vez es más frecuente y ayuda a disminuir los casos de HPTP persistentes.

P-232. ADENOMA GIGANTE DE PARATIROIDES. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

R. Martínez García, N. Peris Tomas, G. Garrigós Ortega, N. Estellés Vidagany, J.A. Díez Ares, M.I. Durán Bermejo, R. Sospedra Ferrer, F. Blanes Masson y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: El adenoma paratiroideo único es la causa más frecuente de HPTP. En ocasiones el adenoma alcanza un tamaño

considerable, generando dificultades diagnósticas. El tamaño alcanzado por el adenoma supone, para algunos autores, un factor determinante en la severidad de la enfermedad, pero la causa de esta variabilidad de tamaño no está esclarecida. Presentamos 3 casos de adenomas gigantes de paratiroides intervenidos en nuestro servicio.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 65 años con antecedentes personales de HTA y DMNID, hemitiroidectomía izquierda hace 25 años por nódulo tiroideo. Remitida con el diagnóstico de HPTP tras completar estudio por hallazgo en control analítico de calcio 12,1 mg/dl. A la exploración física presenta cicatriz de cervicotomía con tumoración de 5 x 2 cm en la proyección del lóbulo tiroideo izquierdo, blanda y de características similares a un lóbulo tiroideo. En las exploraciones complementarias destacan iPTH 361 pg/ml, fosfato y vitamina D normales; ecografía cervical: se aprecia imagen de lóbulo tiroideo izquierdo pese al antecedente quirúrgico previo; gammagrafía 99Tc-MIBI: captación conservada de LTD con ausencia de captación LTI. Con el diagnóstico de adenoma de paratiroides izquierdo se intervino a la paciente. Se realizó paratiroidectomía selectiva con PTH postexéresis 24 pg/ml y PTH decay 94%. AP: Adenoma de glándula paratiroides de 7 x 2 x 0,8 cm y peso de 11,8 g. La paciente permanece asintomática con normalidad de niveles del metabolismo fosfocálcico. Caso 2: mujer de 65 años sin antecedentes de interés, diagnosticada de HPTP tras estudio por algias óseas importantes y descalcificación marcada en Rx manos y columna, calcemia en analítica ordinaria de 12,7 mg/dl. A la exploración física presenta aumento de tamaño en base LTD, compatible con NTD. Exploraciones complementarias: calcio 12,7 g/dl; iPTH 1.273 pg/ml, niveles de fosfatos y vitamina D dentro de la normalidad. Se realizó ecografía cervical con hallazgo de nódulo de 5 x 2 cm en base de LTD y gammagrafía 99Tc-MIBI: captación en base de LTD sugestiva de adenoma de paratiroides. Se le realizó paratiroidectomía selectiva tras hallazgo de nódulo de gran tamaño en base de LTD compatible con adenoma. PTH decay 85%. Postoperatorio dentro de la normalidad. AP: adenoma paratiroideo de 11 g de peso. Caso 3: mujer de 64 años sin antecedentes personales de interés. En estudio por endocrino por tumoración cervical anterior de predominio izquierdo, con nódulo más prominente de 3 x 3 cm y otros de pequeño tamaño compatible con BMN. En la analítica destacan TSH 1,22 µUI/ml (0,35-4,9) y T4L 0,9 ng/dl (0,7-1,5), calcio 11,9 g/dl e iPTH 206,3 pg/ml. Se realizó ecografía cervical que mostraba BMN de predominio izquierdo, con nódulo en cara posterior de LTI de 5 x 3 cm. PAAF del nódulo: escasa proliferación folicular; gammagrafía-99TcMIBI: nódulo heterogéneo en cara posterior de LTI de 34 x 29 x 11 mm compatible con paratiroides anormal. Se intervino a la paciente hallándose nódulo de 5 x 4 cm en cara posterior de LTI, de color rojo vinoso, compatible con adenoma de paratiroides. PTH decay 92%. Se completó tiroidectomía. AP: adenoma de paratiroides izquierda de 5,5 x 3,3 cm y peso de 9,6 g. Tiroides con hiperplasia multinodular difusa.

Discusión: Pese a la correlación que algunos autores establecen entre el tamaño y la severidad de la enfermedad, presentamos 3 casos de adenoma de paratiroides gigante en los que sólo un paciente era sintomático. Paradójicamente, el tamaño de la glándula no facilita el diagnóstico preoperatorio: en el caso 1 se confunde con un lóbulo tiroideo normal. En el caso 3 la dificultad viene dada por el hecho de presentarse en el contexto de un BMN. Ni tan siquiera la PAAF nos ayuda al diagnóstico preoperatorio. Se ha analizado la utilidad de distintos parámetros bioquímicos/hormonales para el diagnóstico preoperatorio. Aunque existe diversidad en los resultados comunicados, parece que existe relación entre los niveles de calcio preoperatorios y el peso de la glándula, entre la PTH intraoperatoria y el volumen del adenoma, así como entre el peso

del adenoma y el descenso de la PTH 10 minutos postexéresis. Nosotros sólo hemos observado esta relación en la paciente del caso 2 que presenta unos niveles de PTH muy elevados, pero sí en los 3 casos se produjo un descenso muy significativo de la PTH. Por lo tanto, el adenoma gigante de paratiroides supone un reto para el cirujano ya que pese a su tamaño ofrece dificultades diagnósticas preoperatorios importantes y no existen marcadores bioquímicos/hormonales que hagan sospechar su presencia. Es aquí donde las pruebas de imagen cobran un papel fundamental y, sobre todo, la monitorización intraoperatoria de la PTH.

P-233. CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE ESCLEROSANTE PRIMARIO DE TIROIDES EN PACIENTE CON TIROIDITIS DE HASHIMOTO

R. Orbeal, J. Jimeno, G. Monroy, G. Sáez de Navarrete, F. Badía, J. Hermoso, J. Comajuncosas, P. Gris y D. Parés

Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat.

Introducción: Desde la inclusión por la OMS en 2004 del carcinoma mucoepidermoide esclerosante con eosinofilia como entidad tumoral primaria de la glándula tiroides se han reportado menos de 30 casos en todo el mundo hasta 2010.

Caso clínico: Presentamos el caso y su iconografía, de una paciente de 52 años diagnosticada de carcinoma mucoepidermoide esclerosante primario de tiroides. A la paciente, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto de larga evolución, se le realizó ecografía cervical de control, evidenciado aumento de tamaño de ambos lóbulos tiroideos por la presencia de varios nódulos, algunos sólidos heterogéneos (el mayor de 29 × 23 mm) y otros quísticos (el mayor de 23 × 10 mm, con ecos en su interior) sin adenopatías de tamaño significativo. Dado los hallazgos ecográficos y la persistencia de sintomatología local en el contexto del bocio multinodular se decidió intervenir quirúrgicamente. Se realizó abordaje cervical anterior confirmándose durante la cirugía la existencia de nódulos bilaterales tiroideos no sospechosos y la ausencia de adenopatías macroscópicamente patológicas, por lo que se realizó tiroidectomía total, sin incidencias. El estudio histopatológico de la pieza informó de la presencia de una tiroiditis de Hashimoto de tipo nodular, con un nódulo oval, delimitado, de 4,6 × 2,8 × 1,5 cm de diámetro, constituido por un tejido blanco amarillento, firme, de textura fibrilar alternado con estructuras macro y microquísticas que correspondió con un carcinoma mucoepidermoide esclerosante con eosinofilia, con patrón de crecimiento expansivo. Dado los hallazgos se decidió control clínico, permaneciendo asintomática la paciente actualmente.

Discusión: El carcinoma mucoepidermoide esclerosante primario tiroideo es infrecuente, con menos de 30 casos descritos hasta 2010 en la literatura mundial. Su origen no ha sido totalmente elucidado debatiéndose actualmente su origen a partir de células del epitelio folicular tiroideo o del cuerpo ultimobranquial. Bajo esta categoría se han descrito dos tipos de tumores inmunohistoquímicamente bien tipificados: el Carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma mucoepidermoide esclerosante con eosinofilia (CMEEE) que se presenta habitualmente en el contexto clínico de una Tiroiditis de Hashimoto. El CMEEE se caracteriza por esclerosis extensa, diferenciación glandular y escamosa, y un infiltrado inflamatorio concomitante rico en eosinófilos en el contexto de una tiroiditis linfocitaria. Aunque se describe al CMEEE como indolente y de crecimiento lento, puede tener una conducta agresiva con infiltración local y metastatizar a distancia. Se han propuesto diferentes tratamientos para esta entidad sin evidencia científica, dada la no existencia de trabajos controlados. Actualmente se recomienda para lesiones confinadas al tiroi-

des realizar tiroidectomía total. Si hay invasión extratiroidea resecable se propugna realizar resección en bloque de las lesiones. Además se han utilizado como tratamientos adyuvantes la radioterapia externa, quimioterapia con cisplatino o doxorubicina y dosis ablativas de Yodo con resultados heterogéneos. El pronóstico de este tumor depende de la resecabilidad durante la cirugía primaria y de la gradación del tumor en bajo o alto grado. Es importante reconocer la existencia de este tipo de tumor tiroideo poco común para evitar una búsqueda exhaustiva e innecesaria de otros tumores con origen en tejido extratiroideo. Un mejor conocimiento de esta entidad permitirá definir en el futuro la mejor estrategia diagnóstico-terapéutica.

P-234. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO NO DEBIDO A ADENOMA ÚNICO DE PARATIROIDES

R. Martínez García, N. Peris Tomás, G. Garrigós Ortega, N. Estellés Vidagany, J.A. Díez Ares, M.I. Durán Bermejo, R. Sospedra Ferrer y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: El HPTP primario es un síndrome clínico que responde a varias entidades histopatológicas distintas. Aunque la más frecuente es el adenoma paratiroideo único, no debemos descartar otros escenarios como la enfermedad multiglandular o el carcinoma de paratiroides. Presentamos 3 casos de HPTP intervenidos en nuestro servicio en los que la causa subyacente no era un adenoma único de paratiroides.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 34 años con hipotiroidismo por enfermedad autoinmune de años de evolución que consulta por notarse nódulo cervical derecho de reciente aparición sin otra clínica. A la exploración presenta aumento ligero del LTD, de consistencia elástica. EC: analítica: calcio 11,5 g/dl (8,4-10,2), TSH 3,59 µU/ml (0,35-4,9), T4 0,9 ng/dl (0,7-1,5). Se solicitó iPTH: 242 pg/ml. Ecografía: glándula tiroidea disminuida de tamaño con nódulo de 22 × 3 × 9 mm sobre LTD. Intraoperatoriamente se evidenció glándula paratiroides aumentada de tamaño con sospecha de infiltración de tejidos adyacentes, nervio recurrente preservado. Se realizó paratiroidectomía amplia (con escisión de tejido graso en vecindad) hemitiroidectomía derecha en bloque con vaciamiento ganglionar central. El resultado AP fue de carcinoma de paratiroides de 2,5 cm y 2 g de peso, infiltración de la grasa adyacente. Adenopatías inespecíficas y LTD con hallazgos compatibles con tiroiditis de Hashimoto. De momento asintomática con niveles de calcio y PTH dentro de la normalidad. Caso 2: mujer de 52 años remitida desde Endocrinología con diagnóstico de HPTP y BMN en contexto de síndrome MEN 1. AP: DL en tratamiento, litiasis renal hace 1 año tratada con litotricia, hiperprolactinemia desde el embarazo en tratamiento con bromocriptina. EC: analítica: glucemia basal 55 mg/dl; calcio 12,8 g/dl; fosfatasa alcalina 187 UI/l; iPTH 200 pg/ml; gastrina 130 pg/ml (15-130). EC: ecografía y RMN abdomen: 3 lesiones en cabeza, cuerpo y cola de páncreas características de insulinoma. Lesiones quísticas en toda la glándula pancreática. Adenomas suprarrenales bilaterales. Tras pancreatectomía total + esplenectomía + adrenalectomía izquierda se remite para tratamiento HPTP. Se realiza Ecografía glandular: 2 grandes nódulos en LTI (superior de 2,2 cm e inferior de 5,8 cm, sólido-quísticos) y otros 2 en LTD (0,8 cm superior y 2 cm inferior). Imagen retrotiroidea hipoeoica en polo inferior LTI compatible con paratiroides anormal. Gammagrafía -99TcMIBI: depósitos focales tardíos en polo inferior de LTD y otro en polo superior de LTI. PAAF nódulos tiroideos: ausencia de malignidad. Se interviene quirúrgicamente realizando tiroidectomía total y paratiroidectomía subtotal con exéresis de ligamento tiroitímico, identificación de las 4 glándulas dejando remanente in situ de paratiroides.

des inferior izquierda marcada con 2 clips. PHT decay 60%. Postoperatorio sin incidencias. AP: hiperplasia nodular tipo mixto de las glándulas paratiroides remitidas. Bocio multinodular. Caso 3: mujer de 41 años con antecedentes de litiasis renal, estudiada por endocrino por incidentaloma suprarrenal derecho. Hª familiar de padre fallecido por gastrinoma. En estudio analítico se objetiva calcitonina 160 pg/ml (0-18), CEA 5,7 ng/ml (0-5), calcio 10,7 mg/dl (8,4-10,2) y iPTH 243 pg/ml (15-65). Metanefrina 2608 y normetanefrina 612 en orina 24h. Se realiza estudio genético con diagnóstico de síndrome MEN2a, EC: RMN abdomen: tumoración de 38 x 38 mm, dependiente de glándula adrenal derecha, crecimiento muy exofítico y cápsula periférica, captación heterogénea. Gammagrafía octreoscan: múltiples depósitos de radiotrazador en polo superior de riñón derecho. Ecografía cervical: 2 imágenes nodulares intratiroides en región posteroinferior de ambos lóbulos tiroideos, de centro ecogénico parcialmente calcificado y contorno hipoeicoico, de 1,15 cm la derecha y 1,6 cm la izquierda. Gammagrafía 99Tc-MIBI: captación patológica tardía en polos inferiores ambos lóbulos tiroideos. Se realiza primero adrenalectomía derecha laparoscópica con diagnóstico AP de feocromocitoma benigno. A los 3 meses tiroidectomía total + VGCB + VGFB y paratiroidectomía subtotal (remanente in situ paratiroides superior izquierda marcada con 2 clips). PTH decay 85% AP: carcinoma medular de tiroides multicéntrico. Infiltración focal subcapsular 1 adenopatía grupo III derecho. Hiperplasia nodular focal adenomatosa de paratiroides superior derecha, ambas inferiores y en el fragmento remitido de la superior izquierda.

Discusión: En los casos de HPTP no asociados a adenoma único, la historia clínica y los antecedentes familiares del enfermo nos orientarán hacia una enfermedad multiglandular si no está diagnosticada, con las consiguientes implicaciones en el tratamiento quirúrgico de la misma. En otras ocasiones, como en el caso del carcinoma de paratiroides los niveles inusualmente elevados de PTH (aunque esto no se observa en el caso presentado) y/o los hallazgos intraoperatorios son los que nos hacen sospechar una entidad diferente.

P-235. MASA CERVICAL CON DISFONÍA DE LARGA EVOLUCIÓN

G. Gutiérrez Fernández, M. Bolado Oria, M. Riaño Molleda, D. Casanova Rituerto, D. Morales y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: Presentamos un caso de masa laterocervical visible y palpable con clínica de disfonía de años de evolución que resulta en un schwannoma cervical. Estos son tumores benignos, únicos y más frecuentes del sistema nervioso central. Entre el 25% y el 45% de los schwannomas extra-craneales se localizan en la cabeza y el cuello.

Caso clínico: Mujer de 61 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, enfermedad de Crohn y angiomiolipoma renal, remitida la consulta por bocio. Clínicamente presentaba ronquera de años de evolución, en tratamiento por logopeda que ya detecta la cuerda vocal paralizada. Remitida al otorrinolaringólogo que palpa una masa cervical izquierda compatible con bocio. En nuestra consulta apreciamos una masa por fuera del esternocleidomastoideo y ya empieza a referir disfagia lentamente progresiva y sensación de ocupación cervical. Los exámenes de imagen, TC y RM, mostraron una masa de 8,5 x 3,7 x 3,7 cm situada por fuera del lóbulo tiroideo izquierdo entre la carótida y yugular de este lado, separándolas, sin que aparentemente los infiltrara, descendiendo en esta posición hasta el arco aórtico, desplazando la vena innominada. La laringoscopia demostró la cuerda vocal izquierda paralizada. La ecografía y hormonas tiroideas así como el hemograma y bioquímica fueron normales.

Se interviene con incisión lateral apreciando masa que diseca y separa la carótida de la yugular, extremo superior a nivel cartilago cricoides y el extremo inferior desplazando la confluencia de subclavia con innomina y yugular. Se realiza esternotomía hasta 2º espacio, se diseca la masa de las estructuras vasculares y se aprecia como la masa sale del nervio vago en una extensión de unos 10 cm, se intenta separar de este siendo imposible. Se utiliza neuroestimulador de glosofaríngeo y recurrente, siendo positivo para el primero pero negativo para el segundo así como para el propio vago. Imposible de salvar, se secciona junto con el tumor. Postoperatorio transcurre sin incidencias siendo alta al tercer día de la intervención. Anatomía patológica: schwannoma del nervio vago.

Conclusiones: Ante una masa laterocervical los schwannomas entran en el diagnóstico diferencial. La tos paroxística a la palpación de la masa es signo clínico exclusivo de s. vagal y si depende de la cadena simpática frecuentemente pueden causar sd. de Horner, aunque por lo general su curso es indolente. El tratamiento es la escisión quirúrgica completa, respetando el nervio cuando sea posible, describiéndose en la literatura la sección y anastomosis o la interposición del n. sural. La actitud puede ser expectante en ausencia de déficit neurológico. Cuando hay lesión vagal o síndrome de Horner está indicada cirugía. Si se extirpan por completo no recidivan. En nuestro caso la función nerviosa estaba totalmente destruida por el gran crecimiento del tumor, siendo imposible respetar el vago.

P-236. BOCIO NODULAR DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

G. Gutiérrez Fernández, M. Bolado Oria, D. Casanova Rituerto, D. Morales García, M. Riaño Molleda y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: Hay pocas masas cervicales que puedan confundirse con un bocio nodular. Su diagnóstico y estudio preoperatorio están bien establecidos siendo la ecografía la prueba de imagen de elección y la biopsia con aguja (PAAF) la manera de determinar su histología e indicación quirúrgica. Presentamos un caso de bocio nodular que resultó en un condrosarcoma de cartilago tiroides.

Caso clínico: Paciente de 70 años con antecedentes de carcinoma renal, adenocarcinoma de próstata y microcirugía por neoformación glótica (leucoplasia). Remitido desde consultas de Endocrino por bocio nodular con clínica de disfonía de meses de evolución y parálisis recurrente izquierda. El paciente es inicialmente valorado en otorrinolaringología por disfonía progresiva hallando parálisis recurrente por posible compresión por bocio. A la exploración se palpa tumoración dura en hemitiroides izquierdo. La ecografía informa de nódulo tiroideo izquierdo realizándose 2 PAAFs, la primera que es normal y la segunda que informa de atipias. Con diagnóstico de bocio nodular es intervenido hallando tumoración íntimamente adherida a tiroides izquierdo, cartilago tiroides y laringe, calcificada y osificada. Se biopsian varias muestras en la cirugía informando de tejido mesenquimal osteocartilaginoso con atipias y necrosis y en una segunda como lesión quística mucinosa sin evidencia de malignidad. Se realiza resección de la masa adherida íntimamente a tiroides apreciando que infiltra cartilagos tiroides y cricoides. Comentado el caso con ORL se decide resección de la misma sin laringectomía y tiroidectomía total por la posible afectación de la glándula. Se comprueba nervio recurrente con neuroestimulación que resulta ser positiva aunque no se puede comprobar vibración de las cuerdas vocales. La AP definitiva es informada como condrosarcoma de cartilago tiroides grado 2 que no infiltra el tejido tiroideo. El postoperatorio cursa sin hipocalcemia, con la misma disfonía. En las semanas siguientes presenta sero-

ma de herida que drena espontáneamente sin otras complicaciones y mejoría de la disfonía sin desaparecer del todo. Se decide con ORL actitud conservadora dada la buena evolución de estos tumores. En control a los 2 meses se aprecia recidiva extralaringea que no produce clínica compresiva, pero se decide realizar hemilaringectomía, con buena evolución posquirúrgica. Biopsia informa de condrosarcoma grado 2 con bordes libres.

Discusión: Los condrosarcomas de cartílago tiroideos son tumores raros. Tan sólo 300 casos han sido descritos en la literatura. El 75% se localizan en el cartílago cricoides y el 20% en el cartílago tiroideos. En nuestro caso se trata de un condrosarcoma grado 2, tienen un potencial metastásico intermedio (10%) y la supervivencia a 10 años es del 64%. En los casos de bajo grado suele optarse por observación, en grado medio es más controvertido aunque la cirugía suele ser la norma con o sin radioterapia. Optamos por la tiroidectomía total debido a la imposibilidad de saber la estirpe y el origen real del tumor. Ni pre ni en la cirugía se sospechaba el diagnóstico final. Posteriormente, dada la progresión se opta por la extirpación a pesar de no producir síntomas compresivos.

P-237. CARCINOMA FOLICULAR DE GLÁNDULA TIROIDES CON TROMBOSIS DE LA VENA YUGULAR PROFUNDA

N. Iglesias Rodríguez, X. Fernández Varela, P. Trillo Parejo, D. Iglesias Diz, M. Salgado Vázquez, S. Núñez Fernández y F.J. Gómez Lorenzo

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Introducción: El cáncer folicular representa un 17% de los tumores malignos de la glándula tiroidea. Se origina de células foliculares, productoras de hormonas tiroideas. Su frecuencia relativa es mayor en regiones con bocio endémico (deficiencia de yodo) y en mujeres. Puede asociarse a un bocio multinodular. En comparación con el papilar, el cáncer folicular rara vez se asocia a metástasis ganglionares, pero son más frecuentes las metástasis a distancia (diseminación hematológica), sobre todo a nivel óseo. El principal factor pronóstico en los cánceres diferenciados de tiroidea es la edad > 40-45 años.

Material y métodos: Mujer de 88 años con antecedentes de hernia de hiato, artrosis, HTA y síndrome vertiginoso. Menopausia quirúrgica. Intervenido de histerectomía por fibroma uterino en 1975. Amigdalectomía en la infancia. Alérgica a penicilinas. Diagnosticada en marzo del 2010 de BMN, evidenciándose en TAC cérvico-torácico gran agrandamiento del lóbulo tiroideo izquierdo con lesiones nodulares e importante componente endotorácico, alcanzando vecindad del cayado aórtico. Estenosis y desplazamiento de tráquea con una luz máxima de 7 mm. A la exploración masa latero-cervical izquierda adherida y de consistencia dura. No adenopatías asociadas. Ingresa en abril por estridor y se completa estudio con PAAF, que se informa como positiva para cáncer folicular, y ECO tiroidea que muestra una glándula aumentada de tamaño a expensas del lóbulo izquierdo, con presencia de diversas lesiones nodulares mixtas de apariencia sólida, la mayor de 68 x 48 mm. Imagen compatible con trombosis de la vena yugular izquierda. La paciente mejora del cuadro de estridor con tratamiento médico. Se comenta con Cirugía General que la programa para intervención quirúrgica. Previa a la cirugía se realiza terapia ablativa con radioyodo.

Resultados: Bajo anestesia general y mediante abordaje cervical izquierdo se practica tiroidectomía total el 27-04-2010. Durante la intervención se visualiza bocio multinodular bilateral, dominante en el lado izquierdo, con compresión de tráquea e importante componente endotorácico. Se observa además compresión de la vena yugular profunda y superficial, con trombo

organizado en vena yugular profunda. Se realiza tiroidectomía total, comenzando por lóbulo izquierdo y tromboflebectomía de la vena yugular profunda. Se preservándose ambos nervios recurrentes. Revisión de hemostasia. Sellado del lecho vascular con tissucol y cierre por planos. En el postoperatorio presenta hematoma subcutáneo autolimitado que no precisa de evacuación. Como única complicación cabe destacar una hipocalcemia transitoria que remonta con la administración de calcio endovenoso. Se realiza terapia con radioyodo poscirugía. Se diagnostica finalmente, tras resultados de Anatomía Patológica de carcinoma folicular de tiroidea de grado G2/G3 con invasión vascular y linfática masiva y trombosis de la vena yugular profunda.

Conclusiones: Existen pocos casos descritos en la literatura de invasión de la vena yugular, a veces incluso acompañada de invasión de la VCS y del atrium (esto último mucho menos frecuente). En todos los casos se realizó la misma terapéutica con tiroidectomía y ligadura y resección de la vena yugular trombada. En algunos artículos se ha demostrado que la terapia posterior con yodo radiactivo e incluso RT mejora el control postoperatorio y la supervivencia. En conclusión, la invasión vascular microscópica aparece en algunos casos, pero la angio-invasión con trombosis intraluminal de la vena yugular profunda o de los grandes vasos del cuello es extremadamente rara.

P-238. NUESTROS RESULTADOS EN CIRUGÍA PARATIROIDEA

S. Núñez Fernández, P. Trillo Parejo, M. Salgado Vázquez, N. Iglesias Rodríguez, X. Fernández Varela, D. Iglesias Diz, J. Domínguez Sánchez, J.M. Couce Santiago, C. Estefano Bulufert y F.J. Gómez Lorenzo

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Introducción: La cirugía de la paratiroides ha cambiado en los últimos años desde cervicotomías amplias exploradoras, a una cirugía selectiva y dirigida a una determinada glándula paratiroides, gracias a la mejora de los métodos diagnósticos y a la detección de la PTHi intraoperatoria. El principal problema es la recidiva de la enfermedad por patología glandular oculta o recidivante.

Objetivos: Presentar una serie de paratiroidectomías con el método selectivo y la determinación intraoperatoria de PTHi realizadas por dos cirujanos experimentados, durante el período de 2002-2010 e intentar demostrar la relación eficacia-recidiva de la cirugía del paratiroides.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva observacional de pacientes con hiperparatiroidismo sometidos a paratiroidectomía, durante el período 2002-2010. Se reclutaron 74 casos, donde se realizó análisis descriptivo de distintas variables clínico-patológicas y se analizó la frecuencia de la recidiva de la enfermedad después de cirugía dirigida, con la ayuda de la detección de la PTHi intraoperatoria

Resultados: Se analizan 74 pacientes, un 78,4% son mujeres. La edad media fue de 63 años. La hipertensión arterial fue el antecedente que se presentó con mayor frecuencia (40%), seguido por el síndrome depresivo (29,7%) y cólicos renales (28,3%). Con respecto a los antecedentes quirúrgicos, un 2,7% se había sometido a tiroidectomía previamente. La hipercalcemia estaba presente en el 86% de los casos, siendo en el 43,2% el único signo de enfermedad. En el 56,8% de los pacientes, la hipercalcemia se asociaba a dolor óseo. La gammagrafía sestamibi fue la prueba más empleada en el diagnóstico (97,2%) siendo positivo en un 74,5%; seguida de la ecografía cervical, empleada en un 68,9% de los casos. La técnica quirúrgica más empleada fue paratiroidectomía selectiva con muestreo intraoperatorio de PTHi y confirmación patológica intraoperatoria de tejido paratiroideo. Se llevó a cabo paratiroidectomía unilateral en 50 de los 74 casos

(67,5%). En un 21,5% se acompañó de tiroidectomía al mismo tiempo. La glándula paratiroidea extirpada con más frecuencia fue la inferior derecha en un 44,6%. En tres casos se realizó tiroidectomía. Se observó un descenso basal medio de PTHi del 60% a los 5 minutos postextracción. El estudio anatomopatológico reveló adenoma en un 75,7% e hiperplasia en un 12,2%. Se observó persistencia elevada de los datos analíticos en el 6,7%. En 3 pacientes se mantenían elevados los niveles hormonales al final del estudio sin datos de recidiva. En 2 pacientes se demostró recidiva de la enfermedad mediante diagnóstico con gammagrafía reinterviniéndose a los sujetos y localizándose adenoma a nivel del paratiroides izquierdo. Se registraron 3 muertes, no relacionadas con la patología a estudio.

Conclusiones: El tratamiento del hiperparatiroidismo primario ha evolucionado en los últimos años, gracias a las mejoras en el diagnóstico de localización preoperatorio. Esto ha permitido realizar intervenciones selectivas unilaterales y dirigidas, disminuyendo el coste y la morbilidad. La determinación intraoperatoria de PTHi constituye una herramienta útil, con un alto valor predictivo del resultado quirúrgico. La cirugía paratiroidea dirigida es una técnica minuciosa y compleja que requiere una precisión microquirúrgica constituyendo un método seguro y fiable.

P-239. PARAGANGLIOMA MALIGNO

E. las Navas Muro, I. Badiola Bergara, E. Tobalina, A. Basáñez y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Introducción: Hoy en día se realizan mayor número de pruebas de imagen por diferentes motivos, en los que se dan hallazgos inesperados, como son los incidentalomas adrenales. La mayoría son adenomas no funcionantes, pero pueden tratarse de tumores tanto benignos como los secretores de cortisol o aldosterona, o malignos, como feocromocitomas, carcinomas primarios o metastáticos. Estos incidentalomas pueden situarse fuera de la glándula suprarrenal. Un ejemplo de feocromocitoma extraadrenal son los paragangliomas, que son tumores cromafínicos situados en el órgano de Zuckerkandl, ganglios de la cadena simpática desde la región cervical hasta los testículos. Las lesiones suelen ser múltiples, en el 50% de las veces malignas, y en ocasiones se asocian a síndromes familiares. Presentamos un caso de un paciente intervenido por presentar esta patología.

Caso clínico: Varón 61 años con antecedentes personales de HTA de 5 años de evolución y arteriopatía de extremidades inferiores. No presenta antecedentes familiares de interés. En estudio por el servicio de Cirugía Vascular por isquemia crónica se observa en TAC una masa retroperitoneal de 4 cm en íntimo contacto con la aorta infrarrenal, a nivel de la salida de la arteria mesentérica inferior, apoyado sobre vena cava, muy sugestivo de paraganglioma. En estudios analíticos se confirma paraganglioma funcionante, productor de catecolaminas (normetanefrina y noradrenalina elevadas). Se completa estudio con RM que demuestra ateromatosis iliaca con oclusión íleo-femoral izquierda y masa sólida paraaórtica de 3 x 2,5 cm de diámetro. En la gammagrafía 123-MIBG se aprecia captación a dicho nivel, compatible con sospecha clínica de paraganglioma. Se decide extirpación quirúrgica. Se prepara preoperatoriamente al paciente con alfa y beta bloqueo. Mediante abordaje laparoscópico se identifica un tumor retroperitoneal sólido de 4 cm, íntimamente adherido a cara anterior y derecha de aorta infrarrenal y cava. La lesión se diseca en su vertiente anterior, sin conseguir disección segura de la parte posterior, debido a ausencia de plano respecto a la aorta. Ante esta dificultad se reconvierte por laparotomía media y se extirpa completamente. La evolución postoperatoria es favorable y se le da de alta con TA

160/90 sin medicación. La anatomía patológica es de paraganglioma extrarrenal maligno ya que presenta metástasis en un ganglio linfático de tres extirpados. En la analítica postoperatoria muestra normalización de noradrenalina plasmática pero elevación de cromogranina A. En control radiológico por TAC se aprecian 8 lesiones hepáticas sugestivas de metástasis subcentimétricas en segmentos V, VI y VII. Actualmente el paciente está pendiente de gammagrafía 123-MIBG para confirmar dichas lesiones y decidir una opción terapéutica.

Conclusiones: Los paragangliomas son tumores cromafínicos extraadrenales que se comportan como feocromocitomas. Tras el diagnóstico, se completa preparación preoperatorio primero con alfa-bloqueo y después con beta-bloqueo para evitar crisis hipertensivas intraoperatorias. El objetivo es la extirpación completa del tumor. El seguimiento se basa en el control de catecolaminas y en estudios de imagen. Si hay recidiva, se completa el tratamiento con cirugía de rescate y/o medicina nuclear con gammagrafía 123-MIBG.