



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-058 - TIROIDITIS DE RIEDEL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN CARCINOMA TIROIDEO

Revuelta Ramírez, Julia¹; Muñoz de Nova, José Luis¹; Maqueda González, Rocío¹; Ramos Leví, Ana²; Valdés de Anca, Álvaro¹; Gancedo Quintana, Álvaro¹; Torres Mínguez, Emma¹; Martín Pérez, Elena¹

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid; ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Introducción: La tiroiditis de Riedel es una forma rara de tiroiditis crónica, cuya incidencia se estima entre el 0,04 y 0,3%. Se trata de un proceso inflamatorio fibrosante que destruye la glándula tiroidea y la transforma en un bocio duro que, con frecuencia, produce sintomatología obstructiva y se confunde con una patología maligna. Para su diagnóstico, es necesaria una muestra histológica. A pesar de ser una enfermedad benigna, la cirugía es necesaria en ocasiones para resolver la sintomatología obstructiva. Otras formas de tratamiento incluyen terapia corticoidea o el uso de tamoxifeno. Presentamos un caso de una paciente con tiroiditis de Riedel con intervenida quirúrgicamente ante la sospecha de patología maligna.

Caso clínico: Mujer de 54 años eutiroidea en seguimiento por el servicio de Endocrinología tras el hallazgo de un nódulo tiroideo izquierdo sospechoso con punción categoría 3 del sistema Bethesda, pendiente de repetir PAAF. En el intervalo, la paciente consulta en otro centro por crecimiento rápido de su bocio, de consistencia pétreo con dolor local. Se repite analítica en la que únicamente destaca TSH basal de 5,08 uU/mL (rango 0,37-4,7). Se realiza ecografía tiroidea, donde se aprecia nódulo sólido e hipoecoico que ocupa prácticamente la totalidad del lóbulo tiroideo izquierdo, levemente vascularizado y con calcificaciones puntiformes, categorizado como TIRADS 5. Asocia adenopatías yugulodigástricas bilaterales, destacando en el lado izquierdo una de 2 cm en nivel III sospechosa de malignidad. Se realiza PAAF tanto de la lesión como de la adenopatía sospechosa. En los resultados anatomopatológicos se obtiene citología de significado indeterminado con material escasamente celular, categoría III en la lesión tiroidea y, de la adenopatía como linfadenopatía reactiva. Nuevamente en nuestro centro se repite la ecografía que confirma los hallazgos, con la salvedad de que la adenopatía laterocervical sospechosa ha desaparecido, así como la clínica dolorosa local. A la exploración se palpa una lesión pétreo de unos 5 cm adherida a planos profundos. Ante la sospecha de patología maligna, se decide realizar una tiroidectomía total. Intraoperatoriamente se confirma una lesión que ocupa la totalidad del lóbulo izquierdo, íntimamente adherida a los cartílagos laríngeos y a la tráquea, siendo muy laborioso liberar el nervio laríngeo recurrente izquierdo, produciéndose una pérdida de señal en la neuroestimulación del mismo. No se identifican adenopatías sospechosas, realizándose únicamente una linfadenectomía profiláctica ipsilateral. El postoperatorio discurre sin incidencias. La fibrolaringoscopia realizada a

las 3 semanas de la intervención muestra buena movilidad de ambas cuerdas vocales. El resultado anatomopatológico reveló que se trataba de fibroesclerosis inflamatoria (tiroiditis de Riedel) con compromiso del lóbulo izquierdo y extensión a tejido peritiroideo con hiperplasia linfocitaria reactiva.

Discusión: Pese a lo infrecuente de la tiroiditis de Riedel, ante un bocio pétreo que ocasiona sintomatología local y dolor, es importante realizar un buen diagnóstico diferencial que contemple esta patología. Las intervenciones quirúrgicas suelen ser complejas y acompañarse de una morbilidad relevante, por lo que debe valorarse adecuadamente la indicación quirúrgica.