



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-086 - METÁSTASIS CERVICAL QUÍSTICA GIGANTE DE CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO OCULTO

Jareño Martínez, Sara; Samoredro, Cora; Villalba, Francisco; Ismail, Ali; Precioso, Javier; Melero, Antonio; Núñez, Rut; Gómez, Ramón

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: Destacar la forma de presentación inusual del carcinoma papilar de tiroides como quistes laterocervicales y su manejo diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Paciente de 77 años, con antecedentes personales de hipertensión, EPOC y tabaquismo, consulta desde el servicio de urgencias por presentar una tumoración latero-cervical izquierda, de un mes de evolución, no asociado a síntomas compresivos. En la exploración física se palpa una masa cervical de 8 cm bien delimitada, elástica y móvil, sin signos inflamatorios externos. Se realiza ecografía cervical que informa la presencia de 2 masas quísticas con ecoestructura heterogénea de 6 × 4 cm y 7 × 4 cm de tamaño y glándula tiroidea de tamaño normal, sin hallazgos patológicos. En la PAAF únicamente se observan macrófagos espumosos, sin células atípicas. En el TAC se describe una tumoración quística de 12.5 cm, bilobulada, que desplaza las estructuras adyacentes y la vía aérea pudiendo corresponder con linfangioma quístico. Se programa al paciente para intervención quirúrgica realizándose exéresis de 2 tumoraciones quísticas cervicales que se envían a estudio anatomopatológico intraoperatorio que informa metástasis de carcinoma papilar de tiroides por lo que se completa tiroidectomía total y vaciamiento cervical funcional.

Discusión: La presencia de una masa quística laterocervical en adultos suele corresponder con un proceso benigno. Son raros los quistes laterocervicales malignos y suelen tener su origen en tumores metastásicos provenientes de la región oro-naso-faríngea, tiroidea o glándulas salivales. El carcinoma papilar de tiroides suele manifestarse como nódulos palpables dependientes del mismo. Otras formas de presentación menos frecuentes incluyen adenopatía solitaria, masa parafaríngea, quiste cervical o metástasis a distancia. El carcinoma papilar de tiroides oculto, en el cual no se detecta patología tiroidea por los métodos diagnósticos habituales, supone el 10-26% de los casos. Las metástasis cervicales suelen presentarse como masas sólidas, siendo la presentación primaria de como metástasis quística extremadamente infrecuente y que estaría determinada por una tasa de crecimiento rápida provocando una necrosis licuefactiva central del nódulo linfático. La ecografía y el TC aportarán información sobre la relación con estructuras adyacentes y su morfología, unas paredes engrosadas e irregulares con contenido ecogénico y septos en su interior sugieren etiología maligna. La rentabilidad de la PAAF en estos casos tiene un papel más limitado dada la baja celularidad del aspirado. La biopsia escisional con análisis anatomopatológico intraperatorio permitirá diagnosticar su origen y completar el tratamiento quirúrgico en el mismo acto operatorio.

El carcinoma papilar de tiroides se asocia a un buen pronóstico y sobrevida prolongada, pero frecuentemente se extiende a los ganglios linfáticos cervicales. La presentación como un quiste laterocervical es una forma de presentación poco común y debe ser considerada entre los posibles diagnósticos diferenciales. La naturaleza quística de la lesión limita la efectividad de los procedimientos diagnósticos preoperatorios, por lo que en caso de sospecha de malignidad la biopsia intraoperatoria, en caso de confirmar el diagnóstico, modifica el tratamiento quirúrgico.