



P-084 - HIDATIDOSIS TIROIDEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez Samaniego, María; Cea, Matías; Colao, Laura; Benito, Patricia; Galindo, Pablo; Barriga, Raquel; Rabadán, Lorenzo; Garijo, Jesús Ángel

Hospital Torrejón de Ardoz, Madrid.

Resumen

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria causada por las larvas de la tenia equinococcus granulosus. Esta patología, más frecuente en áreas mediterráneas y América del Sur, suele afectar principalmente al hígado y al pulmón (85-90%), aunque puede afectar a cualquier órgano. La localización tiroidea es excepcional, y sin asociar otro foco de hidatidosis, extremadamente infrecuente. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de bocio al cual, tras la realización de la PAAF, se le diagnostica de hidatidosis tiroidea.

Caso clínico: Paciente de 65 años, con hipotiroidismo primario, remitido a las consultas de cirugía por presentar un gran nódulo de 4 × 4 cm en tercio inferior de lóbulo tiroideo izquierdo, con extensión endotorácica. Se realiza PAAF en la que tras extracción de líquido turbio, se objetivan estructuras parasitarias compatibles con equinococo. Se completa el estudio con TC toracoabdominopélvico, que visualiza únicamente nódulo tiroideo de pared calcificada. El paciente es incluido en lista de espera quirúrgica para realización de hemitiroidectomía izquierda y comienza tratamiento con albendazol, que debe suspender antes de la intervención por hepatotoxicidad. Intraoperatoriamente, se objetiva tumoración quística de gran tamaño, calcificada en su mitad superior y de consistencia blanda en mitad inferior, parcialmente intratorácica, que ocupa más de la mitad del hemitiroideo izquierdo. Se realiza hemitiroidectomía izquierda, sin incidencias. El paciente presenta adecuada evolución postquirúrgica, siendo dado de alta sin complicaciones. En el seguimiento posterior, se objetiva negativización analítica de la enfermedad, y ausencia de nuevos focos en las pruebas de imagen.

Discusión: La hidatidosis tiroidea se suele presentar en forma de nódulo solitario asintomático, aunque puede afectar a la glándula de forma difusa. Las pruebas funcionales pueden encontrarse dentro del límite de la normalidad. Los estudio de gammagrafía generalmente se corresponden con un nódulo frío hipocaptante. El diagnóstico suele darse mediante PAAF del nódulo, con la precaución del riesgo de reacción anafiláctica por sensibilización previa y de diseminación musculocutánea, recomendándose tratamiento con fármacos antiparasitarios pre y poscirugía. La cirugía es el tratamiento curativo, y el albendazol y mebendazol la terapia antiparasitaria neo/adjuvante usada, en casos inoperables o con sospecha de diseminación. Ha de sospecharse en regiones endémicas en pacientes con nódulo tiroideo e hidatidosis en otra localización.