



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-077 - CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES ASOCIADO A CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO

*Sánchez de Molina Rampérez, María Luisa; de la Fuente Bartolomé, Marta; Cortes Guiral, Delia; de Jaime Guijarro, José María; García Vasquez, Carlos; Pacheco Martínez, Pedro Antonio; Rangel, Yamileth; Jiménez de Los Galanes Marchan, Santos Francisco*

*Hospital Infanta Elena, Valdemoro.*

### Resumen

**Objetivos:** El carcinoma medular es un cáncer de tiroides no diferenciado que supone el 1-3% de los cánceres tiroideos que derivan de las C o parafoliculares. Sin embargo el cáncer papilar tiroideo supone el cáncer bien diferenciado de mayor frecuencia, (65-80% de todos los cánceres tiroideos) que se originan de las células foliculares. Su diferente estirpe hace infrecuente que ambos tumores coexistan simultáneamente en un mismo paciente.

**Caso clínico:** Varón de 45 años sin antecedentes de interés, con padre fallecido por tumoración cervical por intoxicación química. Acude por molestias faríngeas y bultoma cervical izquierdo de un mes de evolución. En el TAC toraco-cervical se visualizan múltiples adenopatías hipervasculares en territorios II, III, IV izquierdas, de 18 mm la mayor y en mediastino superior de 11mm máximo. Tras PAAF no concluyente y con la sospecha de linfoma, se realiza biopsia quirúrgica resultando positiva para metástasis de carcinoma papilar de tiroides de patrón microfoliolar. En la ecografía cervical: se aprecia tiroides heterogéneo aumentado de tamaño a expensas de lóbulo tiroideo derecho con focos hipocogénicos pseudonodulares el más evidente de 8 mm con hipervascularización en tercio superior del lóbulo tiroideo izquierdo. Se realiza tiroidectomía total, linfadenectomía central bilateral y linfadenectomía lateral cervical modificada izquierda. El postoperatorio evoluciona favorablemente, siendo dado de alta en el segundo día postoperatorio normocalcémico y sin complicaciones. La anatomía patológica resultó de carcinoma medular de tiroides multifocal en ambos lóbulos (9 focos en el lóbulo tiroideo izquierdo midiendo entre 18 y 1 mm, y en el lóbulo tiroideo derecho 1 foco de 4mm con infiltración vásculo-linfática, sin extensión extratiroidea con márgenes de resección libres. pT2 (AJCC/CAP/TNM 8 edición 2017). Y carcinoma papilar de tiroides, 2 focos en el lóbulo tiroideo derecho e istmo (ambos de 4 mm de diámetro mayor) con infiltración vasculolinfática, sin infiltración perineural sin extensión extratiroidea con márgenes de resección libres pT1a (AJCC/CAP/TNM 8 edición 2017). Linfadenectomía central: 7/9 afectados por carcinoma mixto predominantemente medular con carcinoma papilar. 3/9 con afectación extranodal 5/9 con carcinoma papilar, 1/9 con metástasis de cáncer medular. Linfadenectomía lateral izquierda: 3/16 con carcinoma medular con afectación extranodal. Nivel IIA 0/6, IIB 0/4 reactivos. A la espera de estudio genético.

**Discusión:** La coexistencia de carcinoma papilar y medular tiroideo supone menos del 1%, con

bibliografía al respecto escasa. La patogénesis es desconocida, si bien en un principio se postuló un origen común a partir de la mutación germinal del oncogén RET, se ha publicado algún paciente con mutación simultánea de BRAF. Esto hace pensar en la propensión de ciertos tejidos tiroideos a mutaciones genéticas por mecanismos aún desconocidos. Dada la escasa incidencia de la asociación de ambos cánceres es importante reportar cada caso para mejorar el conocimiento respecto al tratamiento y pronóstico en estos pacientes. Además, no debemos olvidar el estudio genético para descartar mutaciones que predispongan a otros tumores tanto en el propio paciente como en su familia.