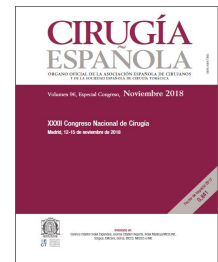




# Cirugía Española



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

## P-099 - MASA CERVICAL SECUNDARIA A LIPOMATOSIS TIROIDEA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

González, Alida; Febrero, Beatriz; Rodríguez, José Manuel; Iborra, Emma; Torres, Miguel; Ros, Inmaculada; Ríos, Antonio; Parrilla, Pascual

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

### Resumen

**Introducción:** La presencia de tejido adiposo en la glándula tiroidea es una condición poco frecuente de la que hay descritos menos de 20 casos en la literatura. Su etiopatogenia es desconocida, aunque se ha visto asociado a depósito amiloide, y algunos autores sugieren que éste podría ser el causante de la proliferación de adipocitos en el tejido tiroideo. Por otro lado, el bocio amiloide es también una patología poco común, y suele asociarse a la amiloidosis sistémica en el contexto de enfermedades inflamatorias crónicas y enfermos renales crónicos. Se presenta un caso de bocio con lipomatosis tiroidea con coexistencia de depósito amiloide en un paciente trasplantado renal.

**Caso clínico:** Varón de 52 años que consulta por masa cervical de seis meses de evolución. Entre sus antecedentes personales destaca insuficiencia renal terminal secundaria a glomerulonefritis membranosa por la que requirió un trasplante renal hacía 21 años y retrasplante posterior por nefropatía crónica del injerto. A la exploración física destaca un bocio difuso grado IV de consistencia firme. En las pruebas complementarias presenta normofunción tiroidea con anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa negativos. En ecografía y tomografía computarizada cervical se observa un bocio difuso de gran tamaño con infiltración grasa de todo el parénquima tiroideo y una imagen nodular de 14 mm en el lóbulo tiroideo derecho con microcalcificaciones que se punciona mediante PAAF, informando la citología como Bethesda II. Se intervino de forma programada, hallando un bocio de gran tamaño y coloración amarillenta. Se realizó la tiroidectomía total previa identificación de ambos nervio recurrentes y de las glándulas paratiroides. Mediante neuroestimulación se comprobó la indemnidad de ambos nervios vagos y recurrentes. La disección fue dificultosa por la friabilidad del tejido grasa encontrado en la glándula tiroidea. El paciente presenta postoperatorio favorable, siendo alta a las 24 horas de la intervención y con buena evolución tras un año de seguimiento, manteniendo buenos niveles de calcemia y sin alteraciones en la voz. La apariencia macroscópica del tiroides resecado era grasa, sin lesiones focales y con tamaño del lóbulo derecho de 40 × 704 cm, el izquierdo de 8 × 6 × 3 cm, con un peso total de 270 g. Al examen microscópico se apreció parénquima tiroideo sustituido en gran parte por adipocitos maduros que rodean a los folículos. Además, se apreciaban también pequeños depósitos de un material eosinófilo acelular del que se confirma su naturaleza amiloide tras tinción con rojo Congo.



**Discusión:** La lipomatosis tiroidea es una condición poco frecuente y de etiología incierta. Esta infiltración grasa puede acompañarse de depósito amiloide, condición relacionada con enfermedades inflamatorias crónicas y enfermedad renal, como en nuestro caso. Aunque podamos sospechar esta entidad en pruebas radiológicas, para el diagnóstico de certeza es necesaria la tiroidectomía total y el análisis histológico de la pieza. Además, dado el rápido crecimiento que puede llegar a alcanzar, es importante realizar el diagnóstico diferencial con tumores agresivos.