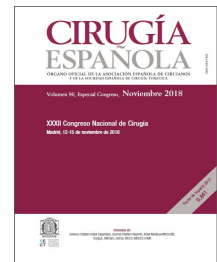




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-124 - METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS EN LA GLÁNDULA TIROIDES SIMULANDO UN BOCIO SIMPLE

Álvarez Llamas, Irene; Parra López, Romina; Vidal Doce, José Óscar; Sánchez Pedrique, Isabel; Zanfaño Palacios, Jesús; Palomo Luquero, Alberto; Sánchez Manuel, Francisco Javier; Moral Moral, Gregorio

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: Presentar un caso de particular interés por su escasa incidencia, como es la presencia de metástasis tiroideas de un carcinoma renal de células claras como hallazgo incidental tras el análisis anatomopatológico, a propósito de un caso concreto.

Caso clínico: Paciente de 77 años, con antecedentes de carcinoma renal de células claras diagnosticado en estadio inicial, intervenido hace 15 años de nefrectomía derecha. Valorado por el servicio de Endocrinología por la aparición de un bocio tiroideo, no funcionante, a expensas de un gran nódulo en lóbulo tiroideo derecho, diagnosticado mediante ecografía. Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) sin resultados concluyentes (Bethesda I). Tras la presentación del caso en el Comité Multidisciplinar, se opta por efectuar hemitiroidectomía derecha programada, que se realiza sin incidencias, destacando únicamente la amplia vascularización de la zona a tratar. El estudio anatomopatológico de la pieza de resección es diagnóstico de recurrencia tiroidea de carcinoma renal de células claras, con márgenes libres. Tras la valoración en consulta de oncología, se decide seguimiento del paciente, encontrándose asintomático y sin signos de recidiva en el momento actual.

Discusión: La patología maligna en la glándula tiroidea suele asumirse como una entidad de origen primario. Son raros los casos en los que las lesiones corresponden a una diseminación metastásica, constituyendo aproximadamente entre el 1,4 y el 3% de las lesiones malignas. Sin embargo, la aparición de un nódulo tiroideo en un paciente con antecedentes oncológicos, sobre todo de cáncer de mama, melanoma, o carcinoma renal, constituyendo éste último el 25% de los casos de enfermedad metastásica tiroidea, obliga a descartarlo como posibilidad diagnóstica. La presentación clínica más habitual es un cuadro eutiroideo y asintomático, pudiendo manifestarse con síntomas secundarios de compresión cervical. La tirotoxicosis asociada es infrecuente. En cuanto al diagnóstico, en la ecografía cervical se visualizan imágenes hipoeoicas con bordes mal definidos e hipervascularizadas, pudiendo presentarse como un nódulo único o múltiples imágenes. El estudio inmunohistoquímico puede contribuir, siendo altamente sugestiva de carcinoma renal la positividad del antígeno CD10 y la citoqueratina 8. La opción quirúrgica más aceptada en el caso de un diagnóstico preoperatorio es la tiroidectomía total con intención curativa, o bien metastasectomía para casos avanzados como opción paliativa. La embolización arterial previa puede ser considerada en función de la localización tumoral. Los factores de buen pronóstico se establecen como un largo

intervalo entre el debut del carcinoma renal y la aparición de las metástasis tiroideas (la media se establece en 9 años), la ausencia de clínica y la existencia de un único nódulo sin enfermedad diseminada. En los últimos años, se ha visto un incremento en el diagnóstico de lesiones metastásicas asentadas en la glándula tiroidea. Es por eso, por lo que esta entidad cobra especial relevancia y debemos tenerla en cuenta como un posible diagnóstico diferencial dentro de la patología maligna tiroidea, para poder llegar a un diagnóstico preoperatorio correcto que permita el manejo más adecuado.