



P-102 - RECIDIVA CUTÁNEA DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Tellaeche de la Iglesia, Miriam; de la Quintana Basarrate, Aitor; Agirre Etxabe, Leire; Servide Staffolani, María José; Alonso Carnicero, Patricia; Aranda Escaño, Elena; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: El carcinoma papilar supone el 85% de los carcinomas diferenciados de tiroides. El lugar más frecuente de metástasis son los ganglios linfáticos. Las metástasis en piel son muy poco frecuentes, siendo su localización más frecuente el cuero cabelludo.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico, con imágenes muy representativas, de una paciente de 84 años intervenida en mayo de 2007 de carcinoma papilar de tiroides, realizándose tiroidectomía total y linfadenectomía central y lateral terapéutica, con posterior tratamiento ablativo con yodo radiactivo. Es reintervenida en agosto de 2015 por recidiva sobre músculo esternocleidomastoideo izquierdo, sin evidencia de infiltración de piel; realizándose extirpación del nódulo de 3 cm de diámetro y de cicatriz cutánea previa. En diciembre de 2017 presenta un nódulo supraclavicular izquierdo, pétreo pero móvil de unos 5 cm de diámetro, de color violáceo. Se solicita ecografía que habla de gran tumoración subcutánea, que no infiltra planos profundos. En estudio de extensión presenta progresión tumoral con nódulos paratraqueales. Se realiza cirugía paliativa; con exéresis de la lesión cutánea por motivos estéticos, consiguiéndose un cierre por primera intención de los bordes quedando un defecto en el centro, con cierre por segunda intención. La anatomía patológica informa de metástasis de carcinoma papilar de tiroides. Actualmente la paciente presenta una cicatriz con muy buen aspecto; quedando solo una pequeña zona por epitelizar menor de 1 cm.



Discusión: Aunque las metástasis cutáneas del carcinoma papilar de tiroides son poco frecuentes, se deben tener presentes cuando un paciente con este antecedente presenta una lesión cutánea

sospechosa, especialmente si se presenta en el cuero cabelludo. En nuestro caso la paciente presentó dos recidivas de la enfermedad, la primera en el músculo esternocleidomastoideo izquierdo y la segunda en el tejido subcutáneo supraclavicular izquierdo. Los mecanismos para explicar las metástasis cutáneas en este tipo de tumores no están claros, si bien algunos autores proponen la contaminación de la piel por células tiroideas cancerígenas durante la cirugía. Esto explicaría por qué se pueden ver lesiones metastásicas tras realización de PAAF. En nuestro caso, tras la primera cirugía se había colocado un drenaje tipo Blake que podría haber facilitado la contaminación tumoral del trayecto del drenaje. Aunque nuestra paciente presentaba progresión tumoral y se decidió cirugía paliativa por motivos estéticos, según algunos autores, la aparición de metástasis únicas en lugares poco frecuentes como la piel no tiene por qué representar un mal pronóstico de la enfermedad, pudiendo tratarlas mediante extirpación quirúrgica completa.