



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-074 - HEMANGIOMA CAVERNOSO PRIMARIO TIROIDEO SIMULADOR DE TIMOMA CERVICAL ECTÓPICO

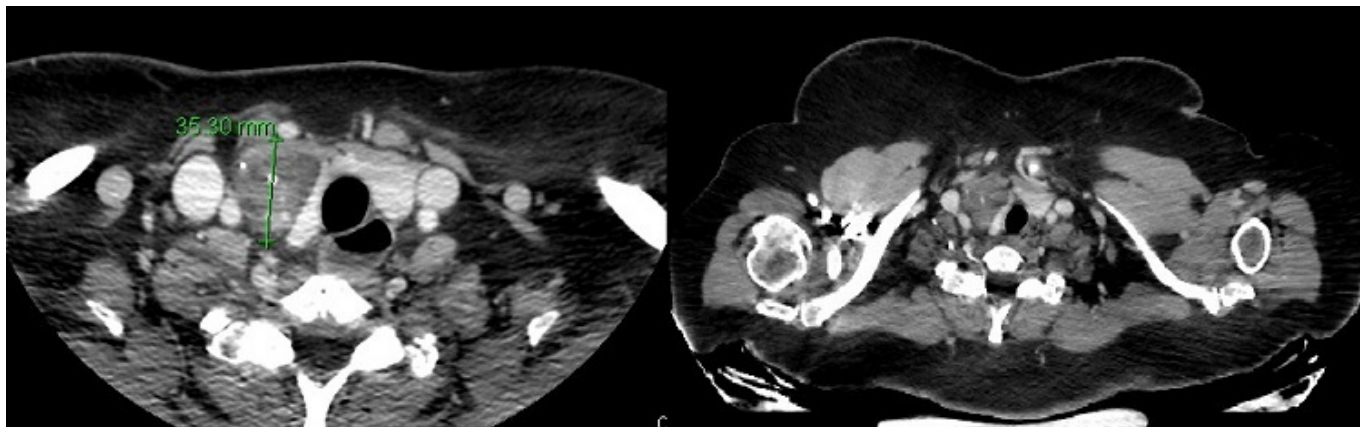
Díaz García, Alberto; Caballero Rodríguez, Eugenia; Sánchez-Migallón Vargas, Elena; García Martínez, Rubén; Nazco Deroy, Ángel; Jordán Balanzá, Julio; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: Los hemangiomas son tumoraciones de origen vascular, destacando su importante proliferación capilar, teniendo la mayoría de ellos su origen en la piel, la cavidad oral y el hígado. Los hemangiomas primarios de tiroides son infrecuentes, con muy pocos casos descritos en la literatura actual. La clínica es inespecífica, pudiendo diagnosticarse como masa cervical o como hallazgo casual en pruebas de imagen. El diagnóstico preoperatorio es difícil dado que no existen características sugestivas por imagen mediante ecografía o tomografía computarizada (TC). Presentamos el caso de una mujer con hallazgo de hemangioma cavernoso tiroideo con sospecha diagnóstica inicial de timoma ectópico cervical y realizamos una revisión de la literatura actual.

Caso clínico: Nuestro caso es el de una paciente mujer de 51 años, con antecedentes de miastenia gravis, asma y esófago de Barrett, que es remitida por el hallazgo durante el estudio de su miastenia gravis en una TC de una lesión nodular tiroidea derecha, con sospecha inicial de timoma ectópico. La paciente niega clínica compresiva, disnea o alteraciones en la voz. A la exploración, presenta un nódulo palpable en el lóbulo tiroideo derecho, de consistencia blanda y móvil. El estudio ecográfico, muestra un lóbulo tiroideo derecho aumentado a expensas de una imagen nodular heterogénea, hipoecoica, de 5,5 × 3,1 cm, con dudas diagnósticas iniciales de su origen tiroideo, y de probable relación a un posible timoma. Se realiza una PAAF, con muestra insuficiente (Bethesda 1) y frotis conformado por material hemático sin celularidad epitelial representativa. La TC revela un nódulo, bien delimitado, hipodenso, de 4,5 × 3,3 × 2,5 cm con calcificaciones intralesionales (la mayor de 5,6 mm), que comprime al lóbulo tiroideo derecho extrínsecamente. Sin embargo, más cranealmente parece presentar un polo de unión con el lóbulo derecho pudiendo corresponderse con un nódulo tiroideo excéntrico. Tras valorarse el caso en comité multidisciplinar, se opta por tratamiento quirúrgico. Como hallazgos en la intervención, se evidencia una lesión hipervascularizada dependiente del lóbulo tiroideo derecho y se lleva a cabo una hemitiroidectomía derecha e istmectomía, con preservación de glándulas paratiroides. Presenta un posoperatorio favorable, sin incidencias. El resultado de anatomía patológica, describe una lesión nodular, circunscrita, constituida por espacios vasculares ectásicos llenos de sangre, revestidos por células endoteliales planas sin atipias. Áreas con fibrosis variable, sin signos histológicos de malignidad. Compatible con hemangioma cavernoso de origen tiroideo. Finalmente, se completa el tratamiento por Cirugía Torácica, que llevan a cabo una timectomía videolaparoscópica. Con un posoperatorio sin incidencias, y una anatomía patológica sin hallazgos destacables.



Discusión: El hemangioma primario tiroideo es infrecuente, con pocos casos descritos en la literatura. Debido a su inespecificidad tanto en la clínica como en pruebas de imagen, es muy difícil alcanzar un diagnóstico preoperatorio confirmatorio. La PAAF es inconcluyente en muchas ocasiones, por lo que el diagnóstico definitivo suele ser histológico. En nuestro caso, dado el antecedente de miastenia gravis se contempla inicialmente el timoma ectópico cervical como diagnóstico diferencial. Dada su benignidad, el pronóstico de estas lesiones es bueno y la cirugía es curativa.