



P-083 - METÁSTASIS GANGLIONARES DE CÁNCER DE TIROIDES TRAS CIRUGÍA DE NEOPLASIA DE LARINGE

Abellán Lucas, Miriam; Vallè Bernal, Marc; Ferreres Serafini, Joan; Casanova Marques, Raquel; Varona Mancilla, Alba; Rodrigo Rodrigo, Marta; Castellote Caixal, Manel; Jorba Martin, Rosa

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: El cáncer de tiroides constituye el 1% de las neoplasias malignas. Es la neoplasia endocrina más frecuente (90% de los casos) y la principal causa de muerte de todos los tumores endocrinos. El estudio se realiza mediante ecografía cervical asociada a punción aspiración con agua fina (PAAF), y el tratamiento curativo es quirúrgico. Presentamos el caso clínico de un paciente diagnosticado de metástasis ganglionares de carcinoma papilar de tiroides en el compartimento lateral tras cirugía de laringe.

Caso clínico: Paciente varón de 60 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo II. En 2019 se interviene de cordectomía parcial por carcinoma escamoso de glotis (pT1aN0) y radioterapia adyuvante. Tras 12 meses presenta recidiva, realizándose una laringuectomía total con vaciamiento funcional bilateral y traqueostomía permanente. La anatomía patológica mostró un carcinoma escamoso de 2,5 cm. Linfadenectomía bilateral negativa para carcinoma escamoso pero con infiltración por carcinoma papilar de tiroides en 2 de 10 adenopatías del nivel IV izquierdo, y dos focos subcorticales de folículos tiroideos de 0,5 mm y 0,8 mm. En la ecografía cervical se observaba un nódulo hipoecoico de 2 mm en el lóbulo tiroideo izquierdo y otro de 4 mm en el derecho, sin adenopatías en el compartimento central. Función tiroidea normal. En el comité de tumores endocrinos se optó por el tratamiento quirúrgico. En febrero de 2021, se realizó una tiroidectomía total con linfadenectomía del compartimento central y reconfección del traqueostoma. El paciente fue dado de alta el sexto día posoperatorio; como complicaciones presentó una fístula linfática de bajo débito con retirada del drenaje el tercer día y un hipoparatiroidismo transitorio con normalización de calcio y paratirina a los tres meses. La anatomía patológica informaba de un micronódulo folicular en el lóbulo tiroideo derecho y un nódulo folicular hiperplásico de 4 mm en el izquierdo, sin evidencia de malignidad. En la linfadenectomía del nivel VI se hallaron 13 ganglios sin infiltración neoplásica. El paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia para el carcinoma de glotis que finalizó en mayo de 2021, y un mes más tarde se administró el tratamiento con 100 mCi de I¹³¹ tras estimulación con TSH recombinante. En el rastreo corporal total no se han evidenciado restos tiroideos y los niveles de tiroglobulina son indetectables.

Discusión: Está descrita la presencia de tejido tiroideo en adenopatías cervicales en el 1,5% de los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello. La presencia de tiroides ectópico a nivel cervical lateral oscila entre el 1-3% y de carcinoma es inferior al 1%. En nuestro caso no se ha

encontrado el tumor primario o metástasis ganglionares en el compartimento central. Podría tratarse de un microcarcinoma situado en el polo superior del lóbulo tiroideo izquierdo con metástasis ganglionares en el compartimento lateral (*skip* metástasis), y que tras la radioterapia haya desaparecido. Otra opción menos probable es que se trate de un carcinoma papilar intranodal desarrollado tras la malignización de inclusiones benignas, ya que la presencia de adenopatías patológicas en el compartimento lateral con primario oculto son excepcionales.