



P-097 - RESECCIÓN TRAQUEAL PARCIAL EN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES LOCALMENTE INVASIVO

Vallve-Bernal, Marc; Abellan-Lucas, Miriam; Padilla Zegarra, Erlinda; Castellote Caixal, Manel; Merma Linares, Carla Vanessa; Lipari Sebastiani, Fiorella; Flores Martín, Joan Carles; Jorba Martín, Rosa

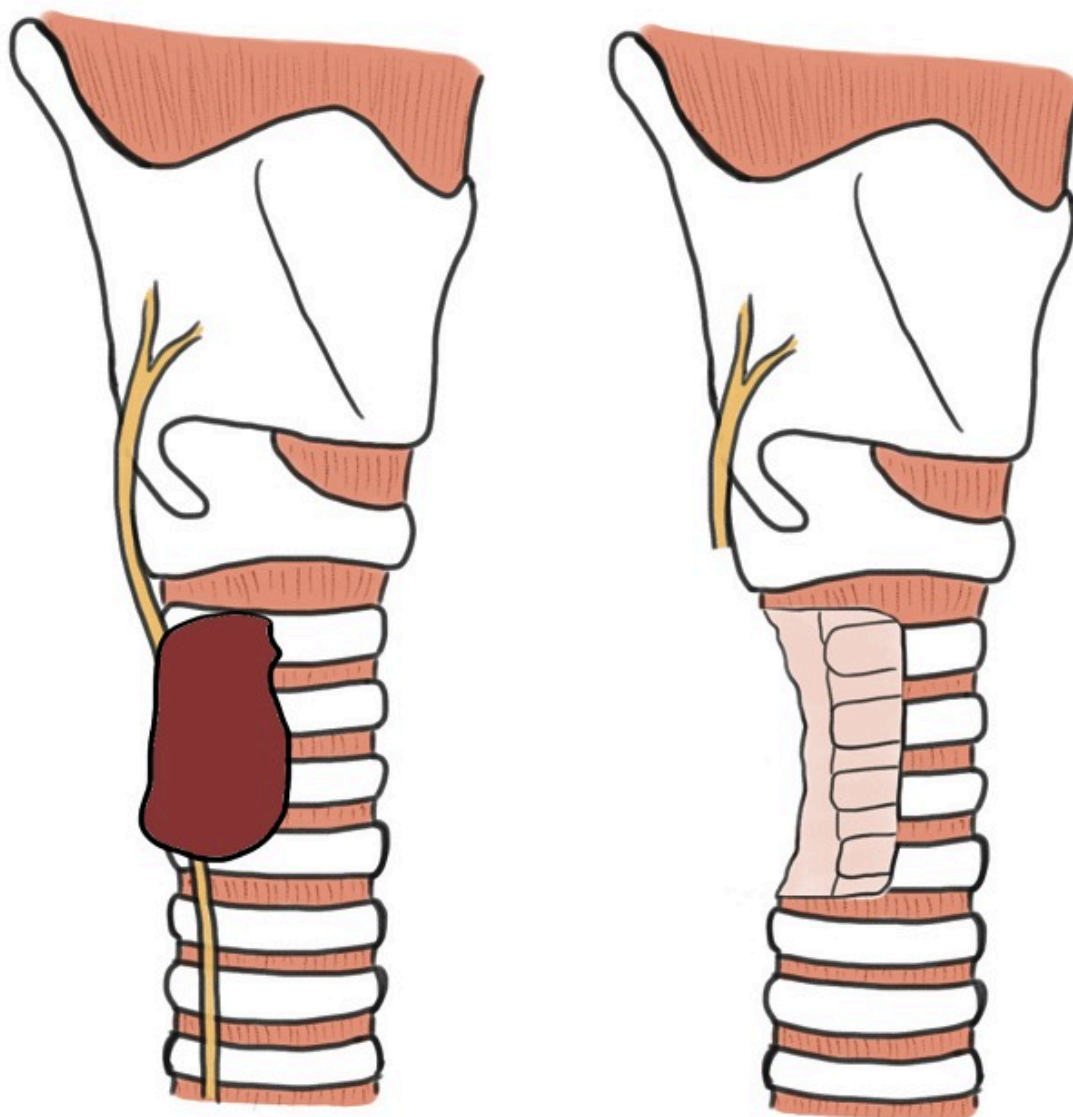
Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso de cáncer tiroideo localmente avanzado que requirió abordaje multidisciplinar incluyendo resección compleja con cirugía reconstructiva.

Caso clínico: Mujer, 60 años, obesidad grado III, sin otros antecedentes. Presenta disfonía de un mes de evolución, fonostenia progresiva, esputo hemoptoico, sensación de cuerpo extraño cervical y pérdida ponderal. La nasofibroscoopia muestra parálisis unilateral de cuerda vocal derecha (CVD) en posición paramediana. TC cérvico-torácica que objetiva bocio multinodular, nódulo dominante derecho de 22 × 22 × 30 mm con sospecha de infiltración del cartílago cricoides y primer anillo traqueal. Ecografía de cuello que corrobora los hallazgos describiendo nódulo sólido, hipocogénico, con bordes lobulados y macrocalcificaciones, con pérdida de planos con la tráquea, TiRADS-5. Se realiza PAAF con resultado sospechoso para malignidad (Bethesda V). Fibrobroncoscopia sin evidenciarse lesiones endotraqueales. Resonancia magnética que confirma afectación traqueal, descartando la esofágica. Analíticamente tiroglobulina sérica 834 ng/mL, CEA y calcitonina negativas, función tiroidea normal. En Comité Oncológico se recomienda abordaje quirúrgico radical, potencialmente curativo. Se informa a la paciente de posibles complicaciones y consecuencias funcionales, que entiende y acepta. Se realizó, conjuntamente con Otorrinolaringología, tiroidectomía total con preservación del NLR izquierdo, con la consecuente posibilidad de preservar la laringe. Se constata la invasión anterolateral derecha de los primeros anillos traqueales y NLR derecho. Sección transtumoral sacrificando el NLR afecto. Sin infiltración neoplásica del cartílago cricoides. Linfadenectomía bilateral del compartimento cervical central preservando la glándula paratiroides inferior izquierda. Indemnidad electrofisiológica del NLR izquierdo. Resección de 2/3 de circunferencia traqueal derecha de los 4 primeros anillos traqueales. Comprobación intraoperatoria de márgenes de resección y ampliación de márgenes. Reconstrucción laringotraqueal mediante sutura primaria entre 5º anillo traqueal y borde libre cricoideo. Traqueostomía entre 7º-8º anillos traqueales. Evolución posoperatoria inmediata: neumotórax bilateral (barotrauma), requiriendo drenajes pleurales 24h. TC que descarta complicaciones cérvico-torácicas. Retirada de drenaje cervical al 4º día posoperatorio. Nutrición enteral hasta reintroducir la dieta oral, tras test de disfagia. Principal complicación: hipoparatiroidismo posoperatorio, PTH indetectable a los 5 meses de la intervención. Calcemia normal mediante suplementación exógena. En 42º día posoperatorio se comprueba permeabilidad de vía aérea, objetivando parálisis de CVD con buena movilidad de la izquierda, y se decide decanulación. Anatomopatológicamente se objetiva

un carcinoma papilar tipo clásico (25 mm) que infiltra los 3 primeros anillos traqueales, con invasión linfática, sin invasión vascular ni perineural. Microcarcinoma papilar ipsilateral (2 mm). Lóbulo izquierdo sin evidencia de malignidad. Linfadenectomía (compartimento VI) con 4 de 6 ganglios infiltrados por carcinoma, con ruptura de cápsula. Márgenes ampliados negativos. Positividad para mutación BRAF V600E/D. Estadiaje final: pT4apN1cM1 (probable metástasis humeral objetivada en PET/TC, actualmente en estudio), estadio IV. Se realiza tratamiento ablativo con radioyodo, sin recidiva locorregional en RCT y PET/TC.



Discusión: La intervención inicial es el momento óptimo para conseguir márgenes libres y evitar complicaciones, y debemos planificarla de forma exhaustiva. Es determinante un abordaje multidisciplinar perioperatorio, especialmente ante intervenciones radicales que requieran resecciones y reconstrucciones complejas. Una prioridad debe ser preservar al menos un NLR cuando exista una CV funcional.