



181 - GRANDES ADENOPATÍAS QUÍSTICAS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN MICROCARCINOMA TIROIDEO OCULTO

O. Pérez Alonso, L. Isasa Rodríguez, L. Garaizabal Azkue, L. Pérez García, V. Arosa Carril, M.C. Fernández López, M.Á. Antón Miguel, M. Sánchez Goitia, B. Pérez Ruiz y G.F. Maldonado Castro

Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz.

Resumen

Introducción: La mayoría de las lesiones cervicales quísticas son benignas, pero pueden tratarse de metástasis de carcinomas de cabeza y cuello, incluido el microcarcinoma papilar de tiroides (MPT). Presentamos un caso con grandes metástasis quísticas de un MPT oculto.

Caso clínico: Varón de 46 años al que hallaron en resonancia (RMN) por cervicalgia 1 lesión retrofaríngea de 45 mm. El escáner (TAC) describía: la lesión quística retrofaríngea que desplazaba la amígdala, 1 en región III derecha de 26 × 10 × 30 mm, 1 en espacio IV derecho de 30 × 21 × 37 mm y 1 axilar derecha de 35 × 15 mm. Hablaban de posibles lesiones benignas. Tras biopsia no diagnóstica, se realizó escisión de la lesión en III, con anatomía patológica (AP) de metástasis de carcinoma papilar tiroideo. En la ecografía tiroidea se veía un quiste de 4 mm izquierdo. Se descartó afectación pulmonar por TAC. Se realizó tiroidectomía total, amigdalectomía y disección cervical derecha y retroamigdalar. Lesión axilar no localizada. Diagnóstico AP: MCP derecho de 4 mm no encapsulado y 4 ganglios derechos afectos (de 0,3 a 2 cm) y uno retroamigdalar (2 cm), BRAF mutado. Se dieron 121 mCi de I-131. En el rastreo presentaba 2 focos paratraqueales (tejido tiroideo funcional) sin focos a distancia, con tiroglobulina (Tg) estimulada de 2,5 ng/ml (anticuerpos indetectables). Ecografía compatible con posible pequeño resto tiroideo bilateral. La RMN confirmó la persistencia de la lesión axilar, tras punción se descarta metástasis. A los 6 meses del tratamiento presenta una Tg basal indetectable.

Discusión: La mayoría de las lesiones quísticas cervicales son benignas, pero no debemos olvidar las metástasis de MPT como posibilidad. Las guías utilizan el gran tamaño adenopático como factor de alto riesgo, no especifican su aplicabilidad a metástasis quísticas. Es posible que el hecho de que sean quísticas podría implicar una mayor agresividad, por tratarse de una necrosis adenopática por rápido crecimiento.