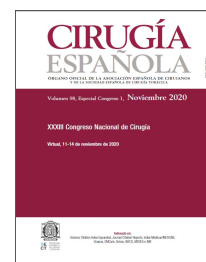




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-008 - RESECCIÓN VASCULAR MAYOR EN CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO

Muñoz Pérez, Nuria¹; López Espadas, Cristina²; Ruiz Zafra, Francisco Javier³; García Róspide, Vicente²; García Jiménez, Alejandro⁴; Arcelus Martínez, Juan Ignacio¹; Jiménez Olmo, Javier⁵; Villar del Moral, Jesús María¹

¹Servicio de Cirugía General, Sección Cirugía Endocrina, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada;

²Servicio de Cirugía Vascular, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; ³Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; ⁴Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; ⁵Servicio de Cirugía General, Hospital de Poniente, El Ejido.

Resumen

Introducción: El carcinoma papilar tiroideo (CPT) localmente avanzado es una entidad poco frecuente, con elevada morbilidad. El tratamiento de elección es la resección completa del tumor para disminuir el riesgo de recidiva y mejorar la supervivencia. La invasión de la arteria carótida es bastante más rara que la invasión de la vena yugular interna. Si bien esta última puede extirparse sin grandes complicaciones, la invasión carotídea requiere de la realización de un test de oclusión para determinar si la resección condiciona insuficiencia cerebrovascular. Presentamos un CPT con invasión del paquete vasculonervioso cervical derecho que se pudo extirpar con intención curativa.

Caso clínico: Mujer de 60 años enviada a urgencias por su médico de atención primaria por tumoración cervical anterior derecha de aproximadamente un mes de evolución, acompañada de molestias locales, disfagia y disnea ocasionales. La exploración clínica evidenció una masa pétreo, adherida a planos profundos. En la ecografía y TAC cervicales iniciales se informó de masa cervical anfractuosa, adyacente al lóbulo tiroideo derecho de 3,7 × 3,5 cm, mal definida, con calcificaciones groseras, que contactaba con el paquete vasculonervioso, y adenomegalias satélites sospechosas de malignidad. La citología obtenida por PAAF del tumor y los ganglios confirmaron el diagnóstico de CPT con afectación ganglionar. El estudio de extensión se completó con rinofibrolaringoscopia, y PET/TAC cervical, sin evidencia de enfermedad a distancia. También se realizó angio-TAC de troncos supraaórticos y test de oclusión, comprobándose la intolerancia de la paciente a la oclusión carotídea derecha. Por la afectación vascular mayor y la localización tumoral se contactó con los servicios de Cirugía Vascular y Torácica para programar el procedimiento quirúrgico. El 22 de enero de 2020 se realizó tiroidectomía total, vaciamiento central y laterocervical derecho, precisando la resección del paquete vasculonervioso ipsilateral (carótida, yugular, vago, simpático cervical), y resección parcial de los músculos esternocleido mastoideo y escaleno anterior. La carótida se reconstruyó mediante injerto de safena interna izquierda, previo shunt de Inhara de soporte. Para la resección tumoral fue necesaria también una manubriotomía, complicada con ligadura de la arteria mamaria derecha. Fue alta al 8º día postoperatorio con secuelas: disfonía sin disfagia, parálisis diafragmática derecha, síndrome de Horner, y cuadro febril, sugerente de infección respiratoria,

tratada de forma empírica. El informe histológico final indicó carcinoma papilar derecho de 35 × 34 mm con extensión extratiroidea: tejido adiposo, y músculoesquelético, que engloba carótida y yugular, con 7 ganglios afectados de 35 aislados; estadio pT4bN1bMx. La paciente ha evolucionado razonablemente bien, realizándose tratamiento ablativo con 180 mCi el día 13/04/20 y rastreo corporal total postterapia, encontrado foco de captación cervical sugerente de restos tiroideos, con tiroglobulina estimulada de 0,4 ng/mL y AcTg < 0,3 UI/mL. A 5 meses de la intervención la paciente permanece libre de enfermedad y se ha iniciado estudio por lesión selar izquierda detectada incidentalmente en el estudio preoperatorio.

Discusión: A falta de un seguimiento más largo, consideramos que la resección mayor del paquete vasculonervioso cervical puede realizarse con intención curativa en casos seleccionados de CPT localmente avanzado.