



P-129 - MICROCARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES COMO HALLAZGO INCIDENTAL TRAS HEMITIROIDECTOMÍA: CÓMO PROCEDER

Moreno Bargueiras, Alejandro; Yuste García, Pedro; Pastor Altaba, Daniel; Bernal Tirapo, Julia; Sánchez García, Carmen; Guadarrama González, Javier; Gutiérrez Andreu, Marta; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El carcinoma medular de tiroides supone entre el 4-10% del total de cánceres de tiroides. Puede ser esporádico (75%) o de origen familiar (25%, neoplasias endocrinas múltiples o familiar aislado) Las formas esporádicas suelen aparecer entre la cuarta y sexta década de vida, presentándose como un nódulo único sin otra sintomatología y es frecuente que al diagnóstico ya tenga metástasis en los ganglios linfático (70%) Por ello, la cirugía mínima habitual debe ser la tiroidectomía total + vaciamiento cervical central y valorar el lateral en función de los niveles de calcitonina. En diagnóstico accidental en forma de microcarcinoma es muy poco frecuente y supone en ocasiones un reto valorar como completar el tratamiento.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 72 años de edad, sin antecedentes familiares y personales de interés, remitido desde el Servicio de endocrinología por nódulo tiroideo en lóbulo derecho de 11 mm, con resultado en la citología de neoplasia folicular (Bethesda IV) Por ello, el paciente es sometido a una hemitiroidectomía derecha sin incidencias, y sin hallazgos relevantes durante la intervención, siendo dado de alta sin complicaciones. Durante la revisión, los resultados de anatomía patológica informan que el nódulo biopsiado se trata de un Adenoma folicular de 0,7 cm, apareciendo además un microcarcinoma medular de 0,1 cm en el tercio medio (pT1a) Se lleva a cabo estudio inmunohistoquímico con expresión de marcadores de células C (sinaptofisina, CEA y calcitonina) Con estos resultados y para valorar el manejo posterior se lleva a cabo estudio de la mutación RET, analítica con niveles de calcitonina y CEA y una nueva ecografía, resultando todas las pruebas negativas y normales. Es presentado en el Comité de tumores y se acuerda manejo conservador y seguimiento periódico con ecografía y niveles de calcitonina. Hasta el momento el paciente se mantiene libre de enfermedad.

Discusión: En los raros casos que lleguemos al diagnóstico de carcinoma medular de tiroides de forma incidental tras realizar una hemitiroidectomía, debemos plantearnos si es suficiente con la cirugía ya realizada. En los pacientes con formas hereditarias es imperativo al menos completar la tiroidectomía, ya que la probabilidad de que lo desarrolle de nuevo la enfermedad en lado contralateral es del 100%. Sin embargo, en formas esporádicas la incidencia de afectación bilateral esta entre el 0% y el 9% En ellos, se recomienda totalizar la tiroidectomía en los casos que se demuestre mutación del oncogén RET, exista elevación de calcitonina basal o tras estimulación o haya datos sospechosos en los estudios de imagen. Si bien es cierto de que la decisión siempre ha de

ser individualizada en función del paciente, sus riesgos personales y consensuada en comité de tumores con el resto de especialidades. En caso de manejo conservador será necesario un seguimiento periódico con niveles de calcitonina, CEA y ecografía cervical.