



## P-103 - CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES EN *STRUMA OVARIII*. RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DADA LA BAJA INCIDENCIA DE ESTA PATOLOGÍA EN NUESTRO MEDIO

González Guerreiro, Judit<sup>1</sup>; Martín Ramiro, Javier<sup>1</sup>; Serrano García, Rosa María<sup>1</sup>; Marqueta de Salas, María<sup>1</sup>; Rojo Abecia, Mikel<sup>1</sup>; Álvarez Cuiñas, Ana<sup>1</sup>; Cancelas Felgueras, María Dolores<sup>1</sup>; Cagigal Ortega, Elima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés; <sup>2</sup>Hospital General de Móstoles, Móstoles.

### Resumen

**Introducción:** El *struma ovarii* es un teratoma monodérmico en el que la diferenciación hacia tejido tiroideo es predominante, constituyendo más de la mitad del tumor. Suele ser unilateral, aunque en un 6-15% es bilateral. Representa el 0,3 por 100 de todas las neoplasias de origen ovárico y su comportamiento suele ser benigno, siendo excepcionales los casos de malignidad (entre el 5 y 10% de todos los *struma ovarii*) presentando metástasis a distancia solo en el 5-6% de los casos. El tejido tiroideo ectópico puede ser o no funcionante. El *struma ovarii* maligno puede clasificarse en los mismos tipos histológicos que los descritos para la glándula tiroides, siendo el más frecuente el papilar, seguido de folicular y raramente anaplásico. Presentamos un caso de teratoma ovárico con carcinoma folicular de tiroides sobre *struma ovarii* diagnosticado y tratado en nuestro centro.

**Caso clínico:** Mujer de 60 años sin antecedentes de interés salvo hipotiroidismo subclínico en seguimiento por su MAP sin necesidad de tratamiento, a la que se realiza por parte de Ginecología salpingooforectomía bilateral laparoscópica por tumoración en ovario derecho sospechosa de teratoma. En la anatomía patológica: carcinoma folicular de tiroides sobre *struma ovarii* (teratoma ovárico con más del 50% de tejido tiroideo). Angioinvasión (al menos dos focos). No infiltración de tejido ovárico adyacente. El estudio IHQ muestra positividad para tiroglobulina (focal) y TTF-1 (difusa). La calcitonina, cromogranina y sinaptofisina son negativos. El anejo izquierdo es normal. Se realiza ecografía cervical, que muestra lóbulo tiroideo derecho con ecogenicidad heterogénea de predominio hipoecoico con márgenes lobulados, que podría corresponder a cambios crónicos de tiroiditis sin poder descartar afectación tumoral, por lo que se realiza PAAF (benigno, coloide, categoría II de la clasificación de Bethesda). En lóbulo tiroideo izquierdo, se visualiza nódulo isoecogénico EUTIRADS 3, realizándose PAAF del mismo (nódulo tiroideo benigno, coloide, categoría II de la clasificación de Bethesda). Se realiza también TAC toracoabdominopélvico como estudio de extensión, siendo negativo salvo nódulo hipercaptante en LTI, inespecífico, ya visto en ecografía. Se presenta en Comité Multidisciplinar y se decide tiroidectomía total. Se realiza tiroidectomía total reglada, con posoperatorio sin complicaciones, dándose de alta a las 24h. Anatomía patológica: tiroiditis linfocitaria de Hashimoto con carcinoma papilar, subtipo folicular, de 4 mm de diámetro máximo, en lóbulo tiroideo derecho con 3 ganglios sin evidencia de malignidad.

**Discusión:** Dada la rareza de esta enfermedad, resulta difícil establecer la modalidad terapéutica

más adecuada, por lo que esta debe ser individualizada para cada paciente, en conjunto entre ginecólogos, patólogos, cirujanos y endocrinólogos, con un seguimiento a largo plazo. No existe un consenso sobre el manejo terapéutico óptimo de los *struma ovarii* malignos, aunque en aquellos casos con diseminación extraovárica la opción terapéutica más aceptada consiste en la práctica de una tiroidectomía total y la posterior terapia ablativa con <sup>131</sup>I en casos de mal pronóstico. El pronóstico de este tumor es considerado similar al del carcinoma diferenciado de tiroides, con una supervivencia del 92% a los 10 años.