



V-025 - CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO: UN RETO QUIRÚRGICO

de Jesús Gil, Ángela; Bravo Ratón, Paula; Pino Diaz, Verónica; Rubio-Manzanares Dorado, Mercedes; García León, Anabel; Martos Martínez, Juan Manuel; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La incidencia del cáncer de tiroides en países desarrollados está aumentando no solo en estadios iniciales, gracias principalmente a las mejoras en las pruebas diagnósticas, sino también en tumores más grandes (> 4 cm), incrementándose estos en más del doble en las últimas tres décadas. Actualmente no existe en la literatura una definición estandarizada de enfermedad localmente avanzada. De forma general se acepta como la presencia de extensión extratiroidea y la cirugía en estos pacientes sigue siendo la única opción de tratamiento curativo. Además, la extensión extratiroidea se considera el factor pronóstico más importante para la recidiva local de la enfermedad y en particular para la aparición de metástasis ganglionares y a distancia. Sin embargo, el tratamiento de la infiltración de órganos vecinos presenta controversias en cuanto a la indicación, técnica y extensión de la resección.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 41 años diagnosticado en mayo 2023 de un carcinoma papilar de tiroides localmente avanzado con afectación ganglionar cervical (II, III, IV, V y VI) bilateral, traqueal, recurrential izquierda y dudosa afectación esofágica. Clínicamente sin disnea ni disfonía, pero sí disfagia. Se realiza una fibrobroncoscopia que objetiva lesión sugestiva de afectación superficial en pared lateral izquierda en tercio superior traqueal, con resultado anatomopatológico que confirma infiltración neoplásica. Inicialmente recibe tratamiento en su centro de referencia con inhibidores de la tirosina kinasa. Se realiza tomografía axial computarizada de control que objetiva respuesta parcial (disminución del tamaño de las adenopatías) y lo derivan a nuestro centro para plantear tratamiento quirúrgico. Tras presentar el caso en Comité Multidisciplinar se decide intervención conjunta con compañeros de Cirugía Torácica y se propone la realización de una tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central (VGC) y bilateral (VGL) + resección traqueal de tres anillos y traqueostomía temporal (\pm resección esofágica, que finalmente no fue necesaria). La evolución posoperatoria fue favorable: no precisó tratamiento sustitutivo con calcio, inició tolerancia oral al 5^º día posoperatorio y se decanuló 24 horas después, sin incidencias. Fue alta al 11 día. La anatomía patológica evidenció un carcinoma de tiroides en lóbulo izquierdo, bien diferenciado de alto grado con células foliculares, no anaplásico. VGC: 7/10 ganglios positivos. VGL derecho: 11/17 ganglios positivos. VGL izquierdo: 1/10 ganglios positivos. Infiltración traqueal con bordes libres.

Discusión: La cirugía representa el único tratamiento curativo del cáncer de tiroides localmente

avanzado, aunque existe una importante laxitud en los criterios de resecabilidad en la literatura. En este sentido, la estadificación preoperatoria y un estudio exhaustivo de la extensión de la enfermedad es imprescindible para una correcta indicación y planificación quirúrgica. Además, es imprescindible el manejo multidisciplinar y una experiencia quirúrgica extensa en patología tumoral tiroidea.