

ESCENARIOS CLÍNICOS

masas cervicales

Prof^a: Amaya Expósito

CASO CLÍNICO 1

HISTORIA CLÍNICA iiii

Mujer de 66 años remitida a consultas de cirugía por tumoración cervical.

Antecedentes personales: Hiperlipemia,
osteopenia

Antecedentes familiares de patología tiroidea:
No

Radioterapia en la infancia: No

Clínica: Asintomática

INSPECCIÓN Y PALPACIÓN

BOCIO GRADO II

CLÍNICA

GRADO 0: ausencia de bocio. Tiroides no palpable o palpable de tamaño normal.

GRADO 1 A: bocio palpable pero no visible.

GRADO 1 B: bocio palpable o visible sólo en hiperextensión.

GRADO 2: bocio visible en posición normal.

GRADO 3: bocio visible a distancia.

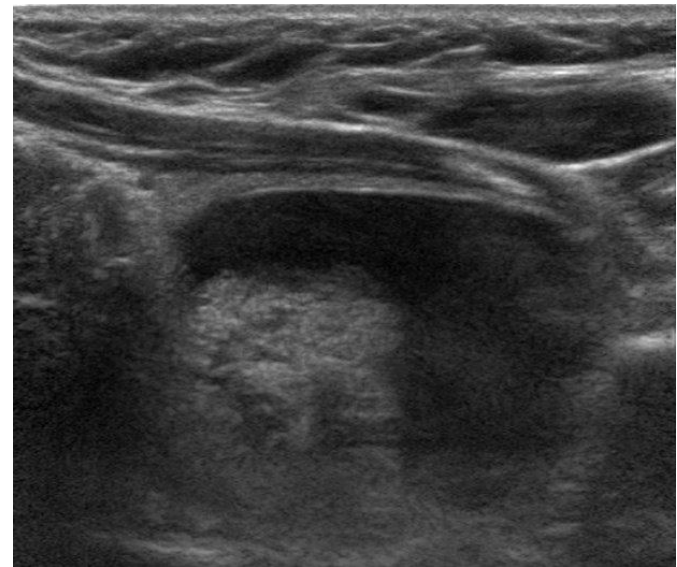
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA: TSH elevada, T4 normal

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

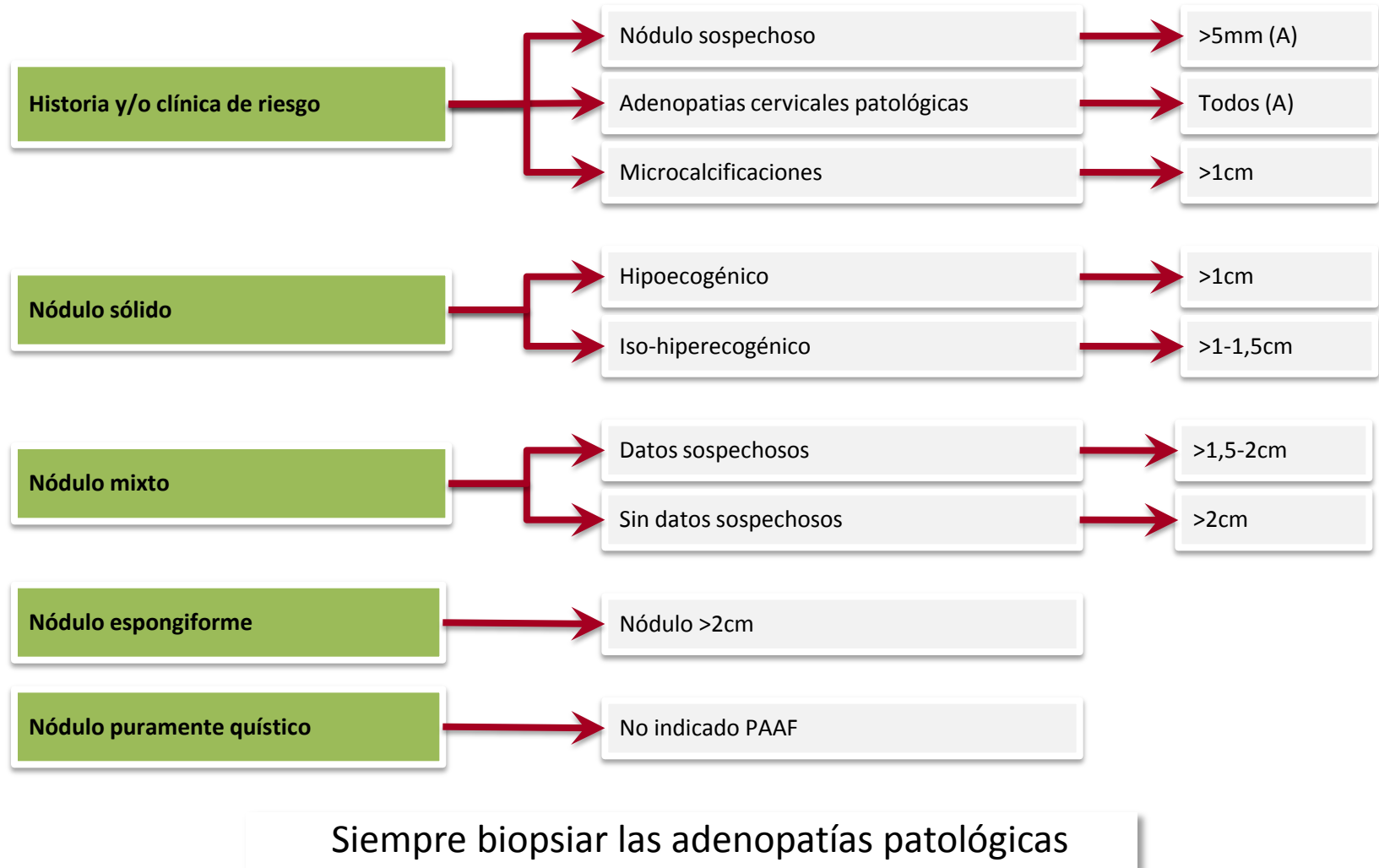
- ECOGRAFÍA:

Nódulo mixto de predominio quístico en el LTD de 4 cm de diámetro máximo. Tiroides aumentado de tamaño.



- ✓ Nódulo sólido e hipoecoico
- ✓ Microcalcificaciones
- ✓ Calcificaciones groseras
- ✓ Bordes mal definidos o lobulados
- ✓ Diámetro anteroposterior mayor que el transverso
- ✓ Vascularización central
- ✓ Adenopatías patológicas
- ✓ Infiltración extraglandular

REVISIÓN DE LA ATA (Thyroid 2009)



ESTUDIO CITOLÓGICO

CITOLOGÍA/BIOPSIA

Nódulo coloide quístico

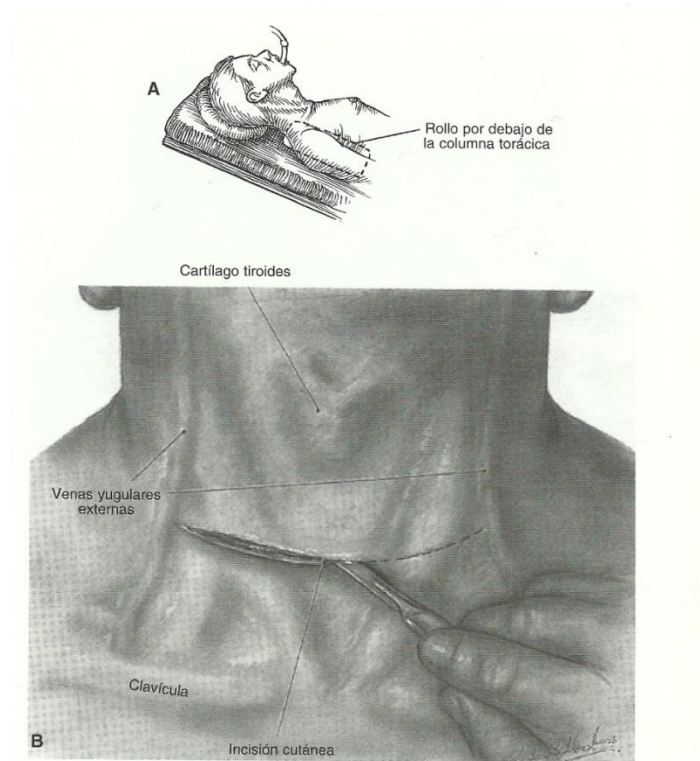
Bethesda	Riesgo de malignidad	Conducta
I No diagnóstica o insatisfactoria	1-4%	Repetir PAAF
II Benigna	0-3%	Seguimiento
III Atipia de significado incierto o lesión folicular de significado incierto	5-15%	Repetir PAAF / Estudio genético / Cirugía
IV Neoplasia folicular o sospecha de neoplasia folicular	15-30%	Cirugía/Estudio genético
V Sospechoso de malignidad	60-75%	Cirugía
VI Maligno	97-99%	Cirugía

¿ Qué hacemos?

- Síntomas compresivos/Crecimiento rápido.
- Tamaño ($> 3\text{cm}$)
- Sospecha de malignidad.
- Hiper/Hipotiroidismo clínico o subclínico.
- Temores del paciente o razones estéticas.
- Alternancia a un seguimiento médico prolongado.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

VÍA DE ABORDAJE: CERVICOTOMÍA



TÉCNICA ????

TIROIDECTOMÍA SUBTOTAL:
recidiva/malignidad.

TIROIDECTOMÍA TIPO DUNHILL:
Lobectomía total con lobectomía
subtotal contralateral (pacientes
edad avanzada).

TIROIDECTOMÍA TOTAL
HEMITIROIDECTOMÍA

TIROIDECTOMÍA TOTAL



POSTOPERATORIO

COMPLICACIONES

1. LESIÓN RECURRENCIAL:
LARÍNGEO INFERIOR Y SUPERIOR
2. HIPOPARATIROIDISMO: CALCIO Y
PARATHORMONA
3. HEMATOMA SOFOCANTE

- No hematoma sofocante
- Calcio: 7,84 PTH: 3
- Voz sin alteraciones

- Alta con tratamiento médico: Calcio y Vitamina D.
- Seguimiento al mes: sin alteraciones. PTH y Calcio normalizados.

CASO CLÍNICO 2

¿Sospecha clínica?

Mujer de 22 años, asma bronquial y apendicectomía.

CLÍNICA: Decaimiento, temblores y palpitaciones, exoftalmos asimétrico y tumor cervical.

ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW

TTO: TIAMAZOL 5 (2-0-1). Antitiroideo (inh
enzima tiroperoxidasa)

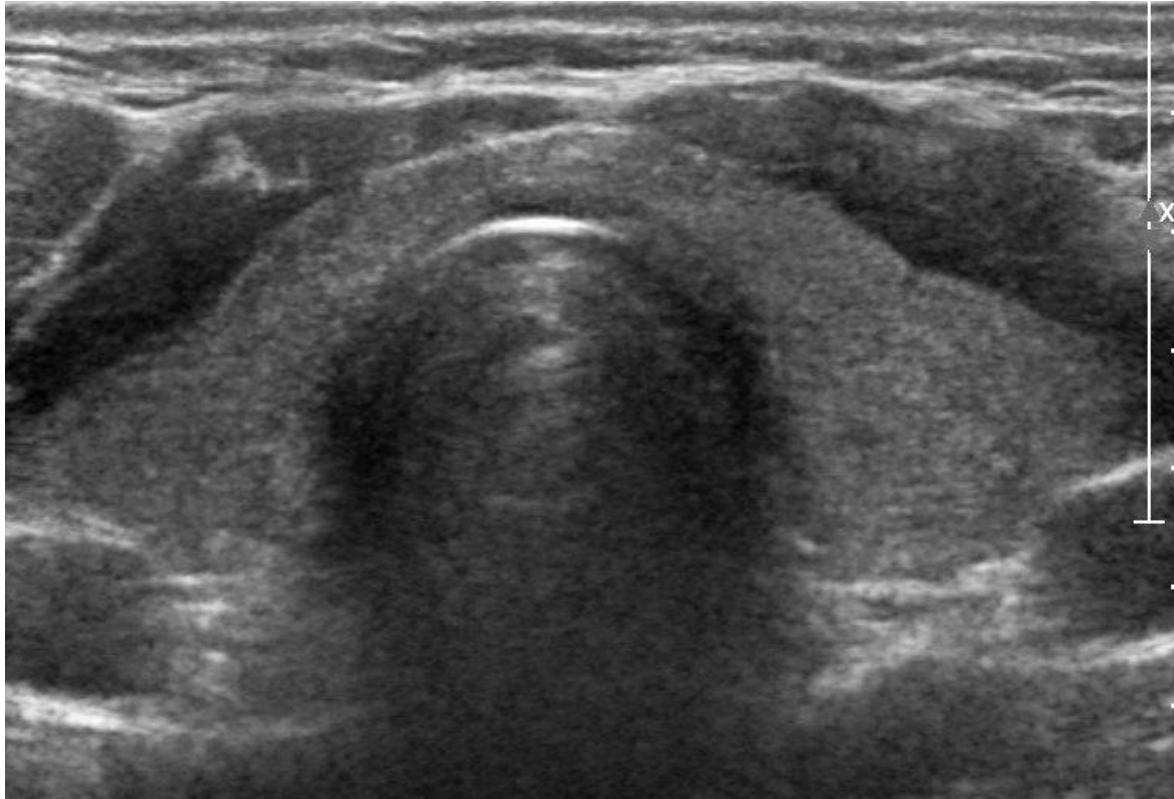
EUTIROIDEA

EXOFTALMO DE PREDOMINIO IZDO

BOCIO

MAL CONTROL CON TTO MÉDICO

**ECOGRAFÍA: BOCIO GRADO II, NO NÓDULOS
DOMINANTES, NO SIGNOS DE MALIGNIDAD**



¿ INDICACIÓN QUIRÚRGICA?

SI

¿TÉCNICA?

TIROIDECTOMÍA TOTAL

POSTOPERATORIO SIN COMPLICACIONES

SEGUIMIENTO: BUEN CONTROL HORMONAL
CON TTO MÉDICO.

CASO CLÍNICO 3

Varón de 23 años que consulta por
tumoración cervical.

Antecedentes familiares: No

Radioterapia infancia: No

Asintomático

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA: TSH Y T4 NORMALES

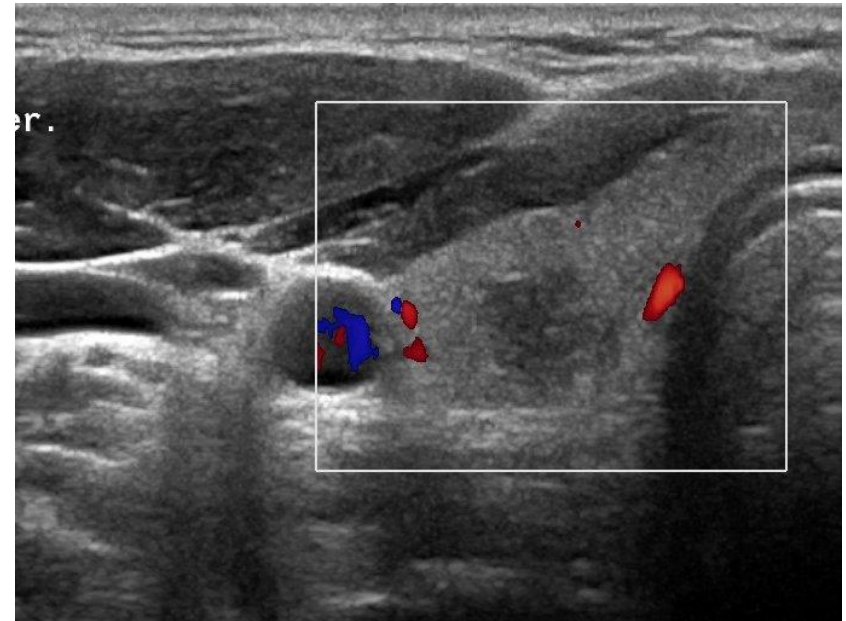
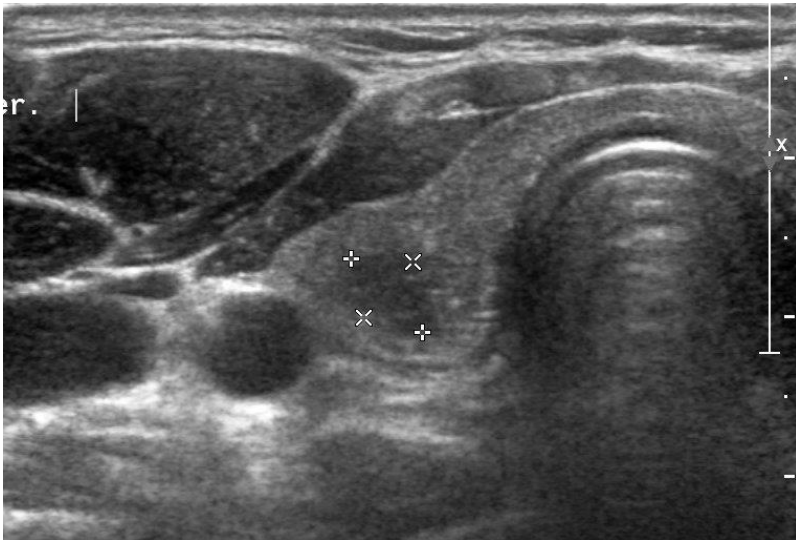
ECOGRAFÍA CERVICAL:

Nódulo hipoecoénico, de 3,2cm en LTD, con vascularización central y calcificaciones groseras

¿ SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

MALIGNIDAD

ECOGRAFÍA



¿CITOLOGÍA?

SI

Neoformación epitelial de patrón papilar con calcificaciones, desmoplasia estromal y alteraciones nucleares típicas.
CARCINOMA PAPILAR

BETHESDA VI

Ecografía de extensión

Adenopatías sospechosas en niveles III dcho e
izdo

**TIROGLOBULINA
INTRAGANGLIONAR: POSITIVA**

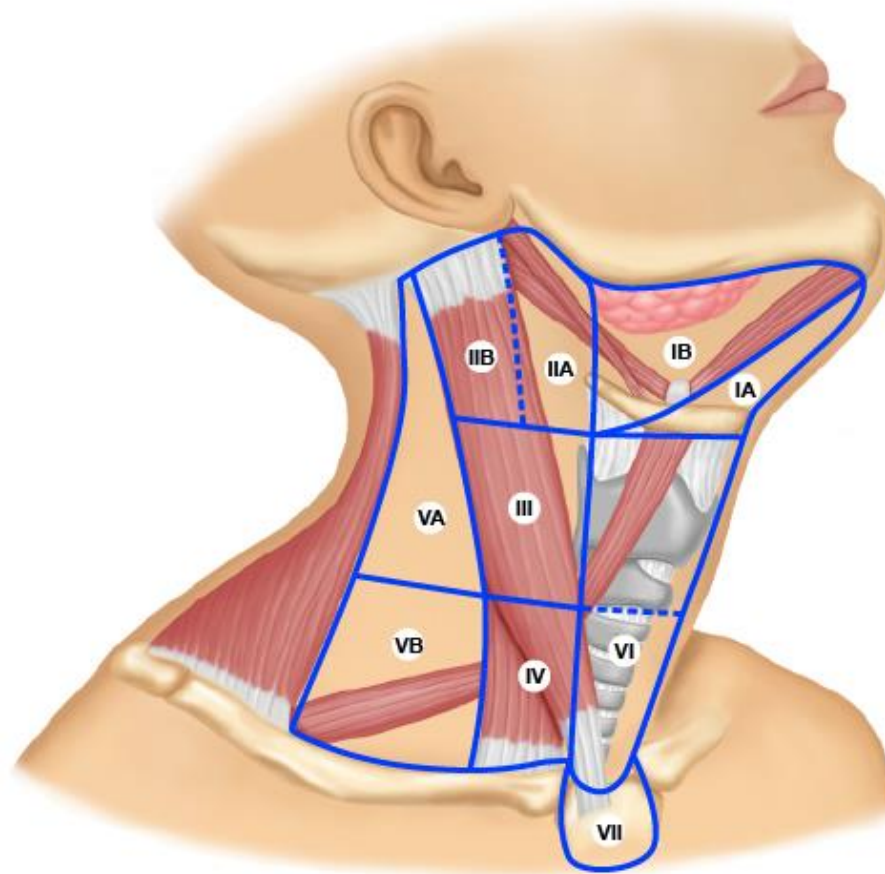
CIRUGÍA

TIROIDECTOMÍA TOTAL

¿DISECCIÓN GANGLIONAR?

DISECCIÓN CENTRAL
DISECCIÓN LATERAL MODIFICADA
BILATERAL

NIVELES GANGLIONARES CERVICALES





COMPLICACIONES:

Hipoparatiroidismo transitorio

Dificultad para la movilización del hombro derecho

TTO POSTOPERATORIO:

Radioiodo 131 a dosis de 100 mCi. RCT: libre de enfermedad.

SEGUIMIENTO:

Tg y Ac antiTg, pre y post iodo; a los 2 meses y anual con ecografía cervical

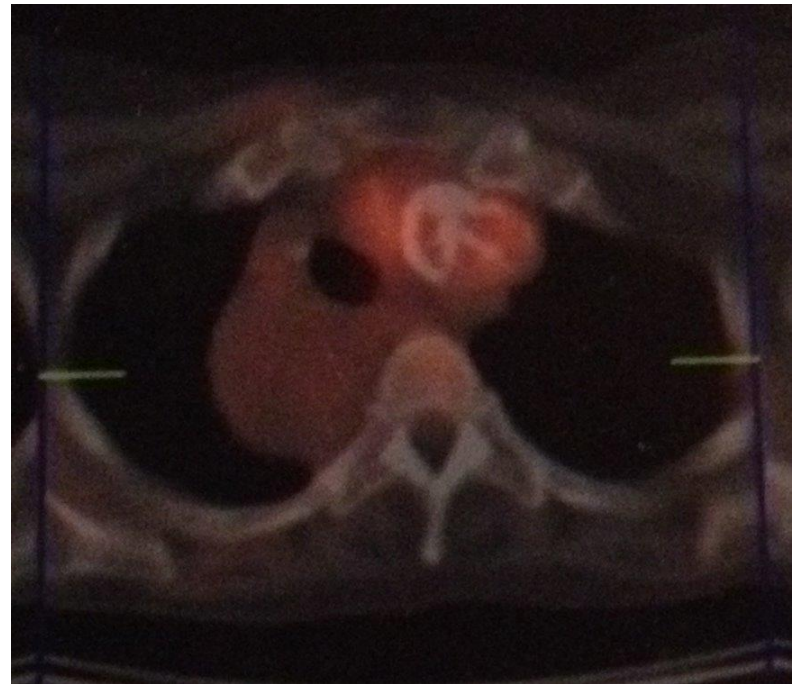
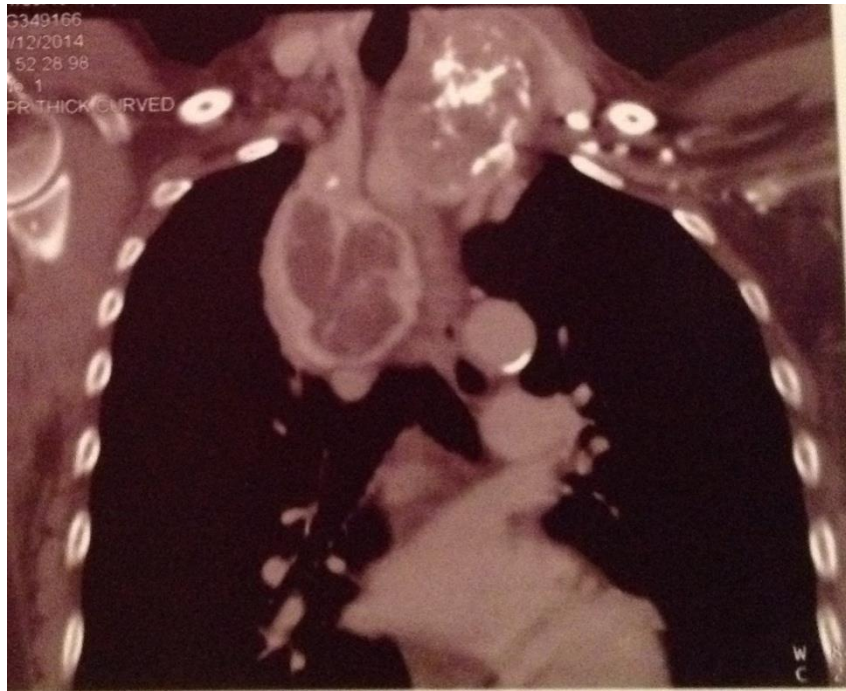
CASO CLÍNICO 4

Mujer de 71 años; BMN de larga evolución, aplastamiento vertebral lumbar. Mamografías de control normales. TAC torácico: BMN endotorácico.

PET-TAC de 18FDG (Fluorodesoxiglucosa): captación cuerpo L4 y en LTI.

TAC : masa paravertebral

¿SOSPECHA?



Se le realiza vertebroplastia y biopsia de la masa paravertebral.

Tumoración folicular

¿CITOLOGÍA?

NO

¿TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO?

CIRUGÍA

TIROIDECTOMÍA TOTAL

AP: Carcinoma folicular de 7 cm de diámetro máximo, limitado al tiroides con margen de resección libre.

TNM: T3 Nx M1

ESTADIO IVc

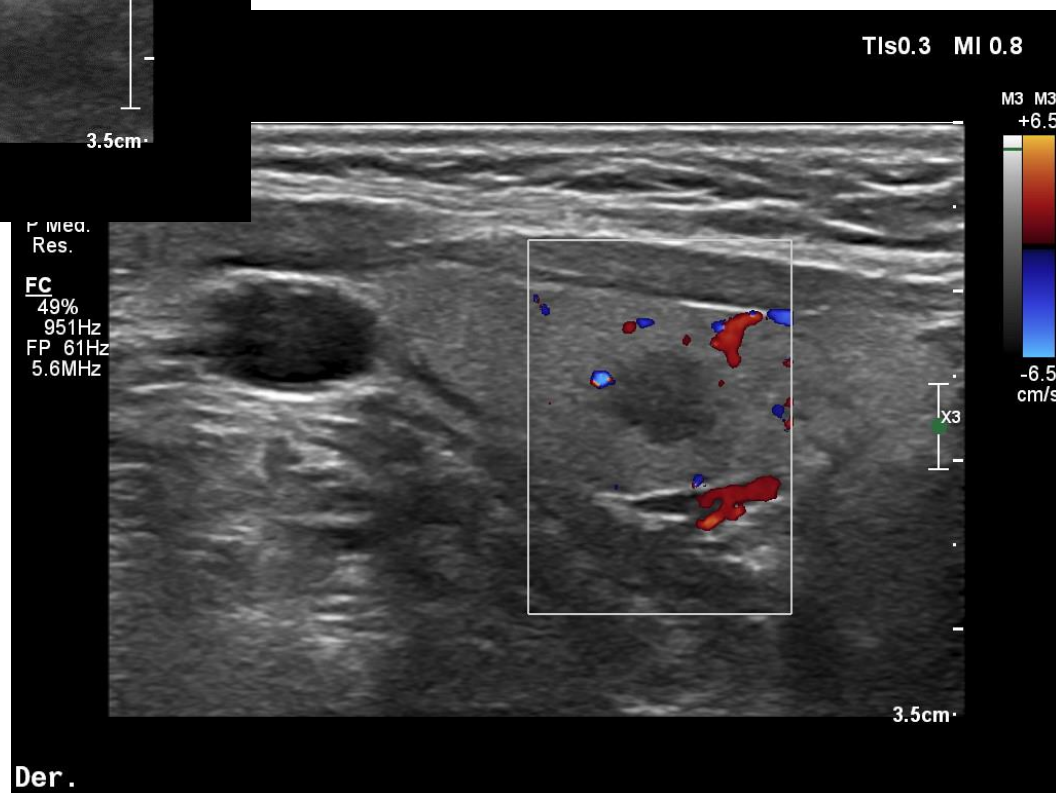
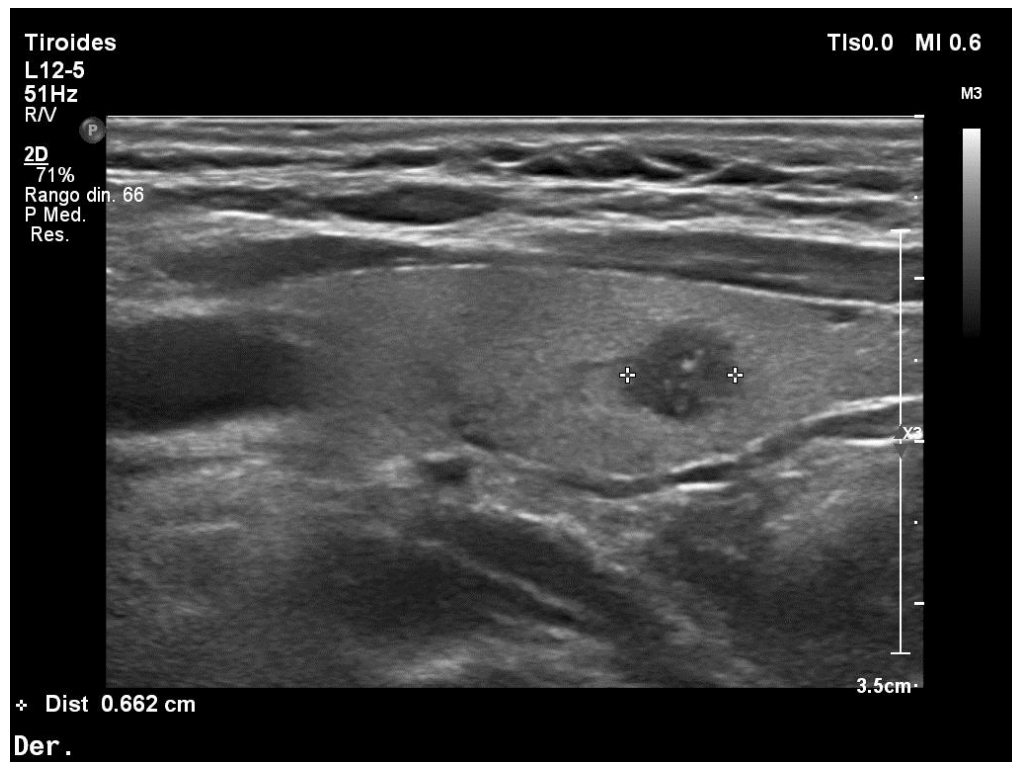
TRATAMIENTO ADYUVANTE CON DOSIS
ALTAS DE IODO RADIOACTIVO

NO COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS.

Actualmente en seguimiento

CASO CLÍNICO 5

- Mujer 64 años en control por su endocrino por BMN desde hace 15 años.
- Controles ecográficos anuales
- Ecografía cuello: nódulo hipoecoico de bordes irregulares



Nódulo hipoecoico, mal
definido en polo inf de LTD
de 7x6x6 mm.
Escasa vascularización.

- BIOPSIA: CARCINOMA MEDULAR

¿ QUÉ HACEMOS?

- Anamnesis: feocromocitoma/HPT1º, neuromas mucosos, hábito marfanoide.
- Exploración física: Bocio grado I
- Analítica: TSH, T4, Calcitonina, CEA
Calcio y PTH, metanefrinas y nor-metanefrinas.
- Ecografía de extensión: adenopatías de aspecto inespecífico
- Estudio genético

- Calcitonina: 27,2 pg/mL (< 10)
- CEA: 3,58 ng/mL (<5)
- Metanefrinas y normetanefrinas: normales
- Calcio y PTH: normales
- Estudio genético: variante (alanina/valina) en exón 8 del gen RET (significado incierto).

¿CIRUGÍA?

- TIROIDECTOMÍA TOTAL
- DISECCIÓN CENTRAL PROFILÁCTICA
- ¿DISECCIÓN LATERAL DE CUELLO? ¿HOMO O BILATERAL?

- ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Carcinoma medular de tiroides de 7 mm, intratiroideo, en lóbulo derecho. No extensión extracapsular ni márgenes afectados.

Nivel VI-VII Dcho: 0/6

Nivel VI-VII Izdo: 0/9

COMPLICACIONES

- Hematoma sofocante que precisó drenaje urgente.
- Hipoparatiroidismo transitorio
- Voz normal