**P 16**

**CÁNCER PAPILAR TIROIDEO CON DESDIFERENCIACIÓN CELULAR ESCAMOSA METASTÁSICO**  
Patricio Salman Mardones2, Álvaro Compán Jiménez1, Macarena Arias Thormann2, Carlos Stehr Geshe2, Francisco Mucientes Herrera3, Fernando Ibieta Asenjo4

1Servicio Otorrinolaringología, Hospital Regional de Concepción, 2Universidad de Concepción, 3Sección Anatomía Patológica, Universidad de Concepción, 4Servicio Oncología Hospital Regional Concepción

**Contenido:**

Presentamos el caso de una paciente con un nódulo tiroideo de larga data donde se confirmó un cáncer papilar tiroideo con importante componente escamoso con metástasis pulmonares y óseas.

Paciente género femenino 68 años, con antecedente de nódulo tiroideo derecho desde el año 1994, con biopsia en 1999 con resultado coloideo. Sin antecedentes familiares de patología tiroidea, tampoco a radioterapia externa. Sin controles hasta el año 2007 con ecografía tiroidea sin mayores cambios en el nódulo. Posteriormente en el año 2016 se realiza nueva ecografía evidenciando un nódulo hipoecogénico lobulado con gruesas calcificaciones de 27x20 mm. El médico que la evaluó en esa oportunidad la dejó sólo con control ecográfico. A comienzos del año 2018 la paciente presenta aumento volumen cervical derecho doloroso, sin otros síntomas. Consulta con el suscrito en abril con ecografía con evidente crecimiento del nódulo derecho mayor a 3 cm, con gruesas calcificaciones, deformando la tiroides y con extensión hasta plano profundo asociado a adenopatía 9 mm con calcificaciones. Punción aguja fina del nódulo confirmó carcinoma papilar (Bethesda VI). Se realizó tiroidectomía total + vaciamiento cervical grupos VI, II, III y IV derechos. En el intraoperatorio se observó gran tumor con infiltración desde glándula salival submaxilar hasta músculos pretiroideos y vena yugular. Biopsia concluyó “Carcinoma papilar tiroideo con extensa desdiferenciación escamosa de 5,6 cm, con invasión de musculatura esquelética del omohioideo y pretiroideos y tejido adiposo, embolías neoplásicas +, asociado a infiltración de la glándula submaxilar, vena yugular derecha y metástasis papilar y escamosa en 6 de 33 ganglios”. Discutido caso con oncólogo médico y radioterapeuta, se solicitó PET y tratamiento con yodo radioactivo, radioterapia externa y quimioterapia. Previamente se había descartado tumor primario escamoso de la vía aérea con nasofibroscopía. PET evidencia tejido tumoral hipermetabólicos persistente a nivel de cartílago tiroides y cricoides, hueso hioides hasta el piso de la boca, múltiples nódulos pulmonares bilaterales y lesión en el hueso pubiano izquierdo compatible con localización secundaria. En junio 2018 recibió 200 mCi de yodo radioactivo con alfa-tirotropina cuyo rastreo sistémico evidenció sólo captación a nivel del lecho tiroideo. Actualmente paciente está a la espera de recibir radioterapia externa y quimioterapia.

El carcinoma escamoso tiroideo es una entidad rara, siendo <1% de los cánceres tiroideos. Puede originarse en forma primaria o aún más infrecuente derivar de un carcinoma papilar tiroideo, donde los escasos reportes lo relacionan con la variante células altas. Su pronóstico es ominoso; con promedio de sobrevida de 9 meses. Dada su infrecuencia no hay claridad de un tratamiento estandarizado; no obstante, cirugía y radioterapia ofrecen la mejor alternativa para un control local.  
**Financiamiento:** Sin financiamiento