**P 23**

**LINFONODO SUPRACLAVICULAR COMO MANIFESTACION CLÍNICO-RADIOLÓGICA ÚNICA DE CÁNCER DE TIROIDES: REPORTE DE UN CASO**

Francisca Gajardo Muñoz1, Vjerocka Inostroza Skaric3, Pamela Invernizzi Benavente3, Marcelo Mardones Parga3, Félix Vásquez Rodríguez3, Nicolás Crisosto King2, Cecilia Pereira Rico3, Paola Hernández González3, Amanda Ladrón de Guevara Hernández3, Erika Díaz Vargas3

1Medicina Interna; Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile, 2Universidad de Chile, 3Hospital San Juan de Dios

**INTRODUCCIÓN:** La manifestación clínica habitual del cáncer de tiroides (CT) es el nódulo tiroideo (NT). Sin embargo, existen presentaciones menos frecuentes como parálisis del nervio laríngeo recurrente, hemoptisis, metástasis pulmonares y presencia de linfadenopatía cervical aislada en ausencia NT. Si bien esta última se ha descrito en algunas series como manifestación inicial en el 10 a 21% de todos los CT, en la actualidad es muy inusual, siendo la localización supraclavicular una de las menos frecuentes, con un 2%. Presentamos un caso de CT diagnosticado por una adenopatía supraclavicular derecha (SCD) sin NT demostrado en imágenes.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente de sexo femenino 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad. Consulta por cuadro de aumento de volumen progresivo en región SCD de 2 meses de evolución. Al examen físico destaca: obesidad (IMC=53 kg/m2), aumento de volumen SCD de aproximadamente 3x3cm de consistencia aumentada, indolora y móvil, tiroides palpable sin NT. TSH 2,32 ulU/ml. Ecografía tiroidea con imagen SCD nodular sólido-quística, hipoecogénica con vascularización central, de 2.5 x 2.3 cm, tiroides heterogénea de tamaño levemente aumentado a nivel del lóbulo tiroideo derecho (LTD). Se realiza tomografía computada (TC) de cuello que en espacio SCD evidencia lesión nodular, ovalada, bien delimitada, de 38 mm de diámetro con realce irregular con medio de contraste, sin otras masas cervicales ni adenopatías sospechosas, sin NT. Biopsia por punción de adenopatía cervical, compatible con metástasis de cáncer papilar de tiroides, inmunohistoquímica (IHQ) positiva para Citoqueratina 7, TTF-1 y Tiroglobulina (Tg). Ecotomografía cervical de etapificación: linfonodo moderadamente sospechoso de adenopatía nivel III derecho y signos de tiroiditis crónica sin NT. Se efectúa tiroidectomía total con disección de grupos VI-VII y IIa, III, IV, V derecho. Hallazgos intraoperatorios: NTD de 0,5 cm, gran adenopatía de 5 cm en grupo V derecho. Biopsia: microcarcinoma papilar de 1mm, intratiroideo del LTD, nódulo fibrocalcificado de 0,8 cm, adenopatías grupo VI-VII (1/6), adenopatías peritiroideas izquierdas (1/2), ganglios cervicales derechos (0/6), adenopatías Grupo V derecho (1/2) de 4cm. Laboratorio: TSH 85 ulU/ml, Tg 0,36 ng/ml, Anticuerpos antiTg 37 Ud OMS (-).

Captación de I-131 a las 24 hrs de 2%. Se administra radioyodo 100mCi. Rastreo (+) en dos focos en región cervical, línea media retroesternal y región media a derecha. Seguimiento TSH <0,01 ulU/ml, Tg 0,36ng/ml. TC de tórax: sin evidencia de metástasis.

**CONCLUSIÓN:** En presencia de una linfoadenopatía cervical debemos tener en cuenta dentro de los diagnósticos etiológicos posibles el microcarcinoma papilar de tiroides.

**Financiamiento:** Sin financiamiento