

**Reunión Clínica 13 de Junio 2020**  
**10:45-11:30**

**“CARCINOMA TIROIDEO QUÍSTICO INTRAMUSCULAR:  
CONSIDERACIONES A PROPÓSITO DE UN CASO”**

Presenta: Dra. Francisca Brusco G.  
Endocrinóloga de adultos, Viña del Mar  
Grupo Provincia No GES

CASO 2

Paciente de sexo femenino de 70 años, M3, aneurisma de carótida interna izq. embolizado en 2009. Hermana con Enf. Basedow-Graves y Ca papilar tiroideo. Eco tiroidea 2009: LTD 2 nódulos de 5 mm y LTI un nódulo 3.5 mm. Consulta en Marzo del 2019 por aumento de volumen supraesternal y supraclavicular derecho de 3 meses de evolución, que alcanzaba ya los 3 cm.

Exámenes:

TSH: 3.6 uU/ml	Ca: 9.45 mg/dl	Hemograma: normal
T4 total: 8.1 ug/dl	PTH: 55 pg/ml	LDH normal
AAT: (-)		

Ecotomografía: Tiroides de estructura conservada, LTD: nódulos de 7 y 4 mm de aspecto benigno. Sin adenopatías. Lesión quística de 20 mm, supraclavicular derecha, con tabiques en su interior con leve flujo al Doppler. TC: Lesión hipodensa de 2 cm, oval, circunscrita, adyacente al borde medial y superior de la clavícula derecha, anterior al músculo tiroesternal y profundo al fascículo medial del ECM derecho. No infiltrante.

No se observan adenopatías cervicales, torácicas ni abdominales.

PAAF: Nódulo tiroideo derecho 6 mm: compatible con hiperplasia folicular coloidea. Quiste: Citología: muestra mal conservada. Tiroglobulina de la muestra: >300 ng/ml.

Se solicita segunda opinión ecográfica y PAAF (C.Alemana, Stgo):

ECO: LD: nódulo de 6 mm, aspecto coloideo y nódulo de 3 mm, estable desde 2009. No sospechosos, por lo que se desestima repuncionar. Sin adenopatías.

Formación quística de 17 mm, con tabicaciones, avascular, en zona supraclavicular derecha, por fuera del compartimento central, a la altura del

origen de arteria común derecha. Aparentemente sin relación con patología tiroidea. Se repunciona: Citología: grupo de células epiteliales cohesivas con núcleos aumentados de tamaño, de contorno irregular, con marginación de la cromatina. Positivo para células neoplásicas; probable carcinoma.

Tiroglobulina > 5000 ng/ml. PTH: 8.1 pg/ml

Se realiza Tiroidectomía y disección ganglionar: Biopsia: Carcinoma papilar tiroideo, variedad folicular, multicéntrico, bilateral.

LTD: 3 nódulos tumorales de 5 , 3 y 1 mm. El mayor infiltra cápsula. Bordes libres. LTI: 1 foco tumoral de 1 mm. Linfonodos nivel VI (central): 0/5

Tejido intramuscular derecho; metástasis de carcinoma papilar cavitada y 2 linfonodos normales.

Al mes recibe 50 mCi. (TSH > 100 Uu/ml, Tiroglobulina: 7.5 ng/ml)

Rastreo Sistémico: 1 foco de captación cervical central.

4 meses post op: TSH 0.1 Tg < 0.04 ng/ml.

## REFERENCIAS

-Ectopic Cervical Thyroid Carcinoma—Review of the Literature with Illustrative Case Series

-Joanna Klubo-Gwiezdzinska, R. Peter Manes, Stanley H. Chia, Kenneth D. Burman, Nikolaos A. Stathatos, Ziad E. Deeb, Leonard Wartofsky

-*The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 96, Issue 9, 1 September 2011, Pages 2684–2691