

Carcinoma papilar multicéntrico con compromiso de la pirámide de Lalouette y metástasis ganglionares contralaterales

Carla Yasmín Abuawad, Luis Alejandro Boccalatte y Juan José Larrañaga

Se presenta el caso de un varón de 75 años con antecedentes de cirugía por cáncer de colon. En PET/TC por control oncológico se observa: captación en lóbulo pulmonar superior derecho $22,7 \times 12,3$ mm (SUV: 7), nódulo tiroideo derecho hipodenso de 15 mm (SUV: 3) –figura 1A– y adenopatía yugulocarotídea izquierda de 13 mm (SUV: 5,7) –figura 1B–. Continuando con el algoritmo diagnóstico se solicita ecografía cervical y punción –aspiración con aguja fina (PAAF). El estudio ecográfico muestra: nódulo sólido de 15 mm en tercio medio de lóbulo tiroideo derecho, otro de 8 mm en la vertiente derecha del istmo y 4 imágenes ganglionares en cadena yugulocarotídea izquierda. La citología de la PAAF de la adenopatía izquierda determina metástasis de carcinoma papilar.

Se decide en primera instancia resolver la patología pulmonar a través de segmentectomía pulmonar atípica del lóbulo superior derecho a cargo del equipo de cirugía torácica. Dicha anatomía patológica (AP) informa: adenocarcinoma predominantemente papilar de origen primitivo pulmonar. A los 3 meses posoperatorios se realiza tiroidectomía total con vaciamiento radical modificado tipo III izquierdo. El estudio de AP informa: carcinoma papilar multicéntrico en lóbulo derecho y lóbulo piramidal (Fig. 2) con 3/23 ganglios cervicales izquierdos comprometidos. El Servicio de Endocrinología complementa el tratamiento con yodoterapia.

Este caso expone una evolución poco habitual de una enfermedad frecuente. El paciente presentó un carcinoma papilar tiroideo multicéntrico con una lesión de 15 mm en el lóbulo tiroideo derecho y 8 mm en la vertiente derecha del istmo. Lo distintivo del cuadro radica en la evolución atípica de un carcinoma papilar derecho de 15 mm con compromiso del compartimento cervical lateral izquierdo, pudiendo haberse diseminado el drenaje linfático contralateral a través de la lesión presente en el istmo.



Figura 1



Figura 2