

EXPONER UN CASO DE METÁSTASIS ÓSEA TIROIDEA EN PACIENTE TIROIDECTOMIZADO POR PATOLOGÍA BENIGNA HACE 9 AÑOS

AUTORES: CRISTINA MARTÍNEZ MARTÍN, TERESA GARCÍA CHÓLIZ, LUIS ANTONIO COLL MESA, DANIEL DÍAZ HERNÁNDEZ, FRANCISCO JAVIER LÓPEZ DE VERGARA MARTÍN

OBJETIVOS

Exponer un caso de metástasis ósea tiroidea en paciente tiroidectomizado por patología benigna hace 9 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 55 años con coxalgia izquierda de 8 meses de evolución. Entre sus antecedentes destaca tiroidectomía total hace 9 años por bocio multinodular tóxico con estudio anatomopatológico negativo. Durante el estudio ambulatorio, presenta un traumatismo leve resultante en una fractura pertrocantérea izquierda, visualizándose una lesión ósea asociada. Dada clínica previa y características radiológicas se realiza estudio de extensión (TAC toracoabdominopélvico y PET), sin hallazgos relevantes ni otras lesiones asociadas. Ante la sospecha de neoplasia, se realiza biopsia con resultado de metástasis de carcinoma folicular de tiroides. Se realizó una resección en bloque de fémur proximal y reconstrucción con prótesis tumoral tipo *GMRS (Striker)*. La anatomía de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico.

RESULTADOS

Las metástasis óseas en las neoplasias de tiroides presentan una prevalencia del 2-12%, ocurriendo en su mayoría en esqueleto axial, fémur, calota y pelvis. Estas lesiones se producen por diseminación hematógena desde el tumor primario. Habitualmente es más frecuente en estadios avanzados por la mayor carga tumoral. En este caso se desconoce la carcinogénesis ya que no se evidenció malignidad en la pieza de tiroides extraída 9 años antes.

El estudio de las fracturas patológicas se basa en pruebas de estudio local y de extensión. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico. El tratamiento quirúrgico se basa en dos pilares: fijación interna vs resección en bloque y reconstrucción. La elección depende de la presencia o no de metástasis, únicas o múltiples, el tipo de tumor primario, la supervivencia estimada del paciente y el estado basal. Se recomienda resección en bloque y reconstrucción en pacientes con adecuada capacidad funcional, metástasis única y un mejor pronóstico a largo plazo, como en el caso que presentamos



Imagen 1. Rx PA de cadera. Fractura patológica de cadera izquierda.



Imagen 2. Rx AP Fémur izquierdo. Fractura patológica de cadera izquierda.



Imagen 3. Rx AP fémur izquierdo. Prótesis tumoral de fémur izquierda.



Imagen 4. Rx Axial de fémur izquierdo. Prótesis tumoral de fémur izquierda.

CONCLUSIÓN

Ante una fractura patológica, el estudio debe ser exhaustivo con el fin de alcanzar un diagnóstico preciso y realizar un tratamiento óptimo. Un estudio de extensión inicial negativo no descarta la presencia de lesiones metastásicas, de ahí la importancia del estudio anatomopatológico para orientar el origen etiológico de la lesión ante alta sospecha clínica.