

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

DISNEA AGUDA EN UNA TUMORACIÓN TIROIDEA

Acute Dyspnea in a Thyroid Tumor

Paula PEÑA-NAVARRO ; Sofía PACHECO-LÓPEZ ; María José FERNÁNDEZ-NAVA ;

Sofía FERREIRA-CENDÓN ; Marta CALVO-PÉREZ 

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: paulapnavarro@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: La disnea aguda de vía aérea superior es una entidad urgente independientemente de su etiología. El objetivo de este caso es mostrar cómo puede estar causada de manera excepcional por patologías tradicionalmente de crecimiento lento.

Caso clínico: Se presenta una mujer de 55 años trasplantada renal con diagnóstico primario de bocio multinodular con parálisis de cuerda vocal derecha, sin signos infecciosos ni compromiso de vía aérea. A los dos días de este diagnóstico acude a Urgencias con disfagia y disnea agudas, y estridor laríngeo. La exploración y pruebas complementarias añaden signos infecciosos, paresia de cuerda vocal izquierda y una gran masa dependiente de lóbulo tiroideo derecho condicionando compromiso de vía aérea superior. Con la sospecha de una tiroiditis aguda bacteriana se procede a una intervención quirúrgica urgente. En la misma se descarta la colección purulenta y se objetiva un gran tumor del lóbulo tiroideo derecho con gran invasión local. Planteando el diagnóstico diferencial del carcinoma de tiroides se sospecha un carcinoma anaplásico. Posteriormente el estudio de extensión y el diagnóstico anatomopatológico revelan un carcinoma papilar de tiroides. Se realiza el tratamiento habitual con cirugía adyuvada con radioyodo, llevando la paciente dos años y medio en seguimiento sin recidiva tumoral.

Discusión: Este caso refleja que un carcinoma papilar de tiroides puede cursar con disnea, no obstante que debute de una forma tan aguda es una presentación muy infrecuente. Existen publicaciones de disnea aguda en patología tiroidea como es el caso de la tiroiditis de Riedel o los carcinomas agresivos, pero se han encontrado estudios en el carcinoma papilar de tiroides. Se ha publicado que los pacientes trasplantados renales tienen una mayor incidencia de carcinoma de tiroides, fundamentalmente del subtipo papilar,

hecho que coincide con este caso clínico, si bien en dicha publicación no se describen presentaciones tan abruptas. Se han postulado varias hipótesis para explicar este hecho, siendo la principal de ellas el tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: Se expone la infrecuencia aunque posibilidad de la disnea aguda como forma de presentación de un carcinoma papilar de tiroides, así como la mayor incidencia de estos tumores en trasplantados renales.

PALABRAS CLAVE: disnea; carcinoma papilar de tiroides; trasplante renal; neoplasia de tiroides.

SUMMARY: Introduction and objective: Acute upper airway dyspnea is an urgent entity regardless of its etiology. The aim of this case is to show how it can be exceptionally caused by traditionally slow-growing pathologies.

Clinical case: We present a 55-year-old woman with a kidney transplant with a primary diagnosis of multinodular goiter with paralysis of the right vocal cord, without signs of infection or airway compromise. Two days after this diagnosis, she went to the emergency department with acute dysphagia and dyspnea, and laryngeal stridor. The exploration and complementary tests add signs of infection, paresis of the left vocal cord and a large mass dependent on the right thyroid lobe, conditioning the upper airway. With the suspicion of an acute bacterial thyroiditis, an urgent surgical intervention is carried out. In it, the purulent collection is ruled out and a large tumor of the right thyroid lobe with great local invasion is observed. Considering the differential diagnosis of thyroid carcinoma, anaplastic carcinoma is suspected. Subsequently, the extension study and the anatomopathological diagnosis revealed a papillary thyroid carcinoma. The usual treatment is carried out performed with radioiodine-adjuvanted surgery, and the patient has been under follow-up for two and a half years without tumor recurrence.

Discussion: This case reflects that a papillary thyroid carcinoma can present with dyspnea, even though it debuts in such an acute form is a very infrequent presentation. There are publications of acute dyspnea in thyroid disease, such as Riedel's thyroiditis or aggressive carcinomas, but studies have been found in papillary thyroid carcinoma. It has been published that kidney transplant patients have a higher incidence of thyroid carcinoma, mainly of the papillary subtype, a fact that coincides with this clinical case, although such abrupt presentations are not described in said publication. Several hypotheses have been postulated to explain this fact, the main one being immunosuppressive treatment.

Conclusions: The infrequency but possibility of acute dyspnea as a form of presentation of a papillary thyroid carcinoma is exposed, as well as the higher incidence of these tumors in kidney transplant patients.

KEYWORDS: dyspnea; papillary thyroid cancer; kidney transplantation; thyroid neoplasms.