**P 39  
PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR NEUROENDOCRINO**  
Carolina Orellana Bravo4, Jocelyn Cortés Rivera4, Nicole Bustíos Casanova1, Bernardo López Ríos2, Cristina Fernández Ferradas3, René Díaz Torres4, Jesús Véliz López4, Nelson Wohllk González González4

1Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2Anatomía Patológica Hospital del Salvador, 3Anatomía Patológica Instituto Nacional del Tórax, 4Hospital del Salvador

**Introducción:** El carcinoma papilar de tiroides (CPT), es una patología frecuente, con un buen pronóstico dado su crecimiento lento. Si bien al diagnóstico puede presentar metástasis (Mx) ganglionares cervicales o pulmonares, es infrecuente que se manifieste con Mx ganglionares diseminadas, por lo que debe sospecharse un segundo primario en este contexto. Se presenta un caso con CPT y Mx en sitios inhabituales.

**Caso Clínico:** Hombre, 69 años, con antecedente de obesidad e HTA bien controlada. Consulta por cuadro de 8 meses de evolución de tos irritativa y disnea progresiva. Radiografía de tórax mostró ensanchamiento mediastínico superior con desviación de la tráquea. TC de cortes finos de tórax sin contraste: gran masa mediastínica con extensión cervical que rodea grandes vasos. Además nódulo tiroideo izquierdo, adenopatías retroperitoneales altas y lesión lítica de L1. Cintigrama óseo informa lesiones osteoblásticas en L1, 10º arco costal derecho y articulación sacroilíaca izquierda. Ecotomografía tiroidea: nódulo izquierdo hipoecogénico, de 20 x 20 x 22 mm. Se realiza punción con aguja fina (PAF) del nódulo y adenopatía cervical izquierda, que concluye: CPT (Bethesda VI) y Mx de CPT. Se hospitaliza para complementar estudio: TC cuello, tórax, abdomen y pelvis: conglomerado de adenopatías cervicales, mediastínicas, retroperitoneales e ilíacas. Debido a discordancia de extensión diseminada con CPT se sospecha segundo primario. Marcadores tumorales: Antígeno carcinoembrionario y Alfafetoproteína: negativo; Antígeno prostático específico: 67 ng/mL (<4); tiroglobulina: 557 ng/mL (<0,2); anticuerpos antitiroglobulina negativos; TSH: 3,4 uUI/mL(N); T4L: 1,3 ng/dL(N). Biopsia de adenopatía cervical: Mx de tumor neuroendocrino de probable origen prostático. IHQ: CK7, CK 20, Actina, HM45, S-100, cromogranina, RCC, CDX2 y calcitonina: negativos. Sinaptofisina: positiva con patrón citoplasmático; TTF1: positivo tenue; NKX3.1: positivo; ki67: 50%. Evoluciona clínicamente con síndrome de vena cava superior y necesidad de ventilación mecánica no invasiva, por lo que se decide quimioterapia de rescate con docetaxel. Paciente cursa con síndrome de lisis tumoral, falla respiratoria catastrófica y posteriormente fallece. **Conclusiones:** el CPT habitualmente da Mx locorregional, pulmonares y óseos. La presencia de Mx retroperitoneales e ilíacas debe hacer sospechar un segundo primario. La IHQ es una herramienta muy importante para hacer el diagnóstico diferencial. El Tumor neuroendocrino prostático diseminado es muy poco frecuente.