**Título: Anemia hemolítica autoinmune como síndrome paraneoplásico en carcinoma papilar de tiroides**

**Autores:** MsC. Dra. Raysy Sardiñas Ponce\*

Dr. Obel Alcides Guerra Leal\*\*

\* Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Cirugía de Mínimo Acceso y en Enfermedades Infecciosas. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Docente Dr Enrique Cabrera. Email: [raysyponce@infomed.sld.cu](mailto:raysyponce@infomed.sld.cu)

\*\* Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital General Docente Dr Enrique Cabrera. Email: [oaguerra@infomed.sld.cu](mailto:oaguerra@infomed.sld.cu)

**Tipo de caso clínico: Estudio de caso**

**Motivo de ingreso:** Decaimiento marcado

**Datos generales del paciente:**

Edad: 62 años

Sexo: Femenino

Color de la piel: Blanca

Ocupación: Profesora

Antecedentes patológicos personales:

* Anemia hemolítica autoinmune
* Operada hace 4 años (hemitiroidectomía izquierda) por lesión folicular de tiroides.

Antecedentes patológicos familiares: Carcinoma de tiroides (hermana)

Hábitos tóxicos: No refiere

**Descripción del caso:**

Paciente que presenta decaimiento desde hace aproximadamente dos meses antes del ingreso, que ha ido incrementando hasta hacerse marcado, acompañado de coloración amarilla de la piel en la última semana y palpitaciones, sin otros síntomas, por lo que se ingresa en el Servicio de Hematología para realizar estudios de evaluación de su enfermedad de base, ya que se encontraba con tratamiento médico sin lograr respuesta adecuada al mismo.

Al examen físico se observa palidez cutáneo-mucosa marcada con íctero rubínico; frecuencia cardiaca 104 latidos por minutos, con ruidos cardiacos de buen tono; cicatriz antigua de cervicotomía (incisión en corbata de Kocher); aumento de volumen de la región anterolateral derecha del cuello, de aproximadamente 3 centímetros (cm), movible, no doloroso, redondeado, de bordes bien definidos, consistencia dura, que corresponde con el lóbulo tiroideo derecho. No adenopatías palpables. No soplos tiroideos. El resto del examen físico no presenta alteraciones.

**Laboratorio:**

Hemograma: Hemoglobina 6,6 g/dL

Hematocrito 0,21

Prueba de Coombs positiva

Coagulograma completo normal, así como hemoquímica y perfiles de función hepática y renal.

**Imagenología:**

Ultrasonido de tiroides: Lobectomía izquierda. Lóbulo derecho que mide 22\*22\*50 milímetros (mm). Istmo 2 mm. El lóbulo derecho está ocupado en su totalidad por múltiples nódulos, el mayor de ellos mide 15\*21 mm. Los nódulos reportados son isoecogénicos de contornos bien definidos y no distorsionan el tejido vecino.

Tomografía axial computarizada (TAC) simple de cuello y tórax: se observa un aumento de volumen de la glándula tiroides a expensas del lóbulo derecho, que mide en corte axial 25\*18 mm, heterogéneo aunque no se logra definir imagen nodular. En región cervical derecha se observa paquete de adenopatías muy pequeño. Pequeñas adenopatías mediastinales, no alteraciones pleuropulmonares. Cambios osteodegenerativos.

Electrocardiograma: normal

**Patología:**

Citología por aspiración con aguja fina (CAAF) de tiroides (preoperatoria): lesión folicular de tiroides grado IV de Bethesda.

**Imágenes:** se adjuntan

**Comentario del especialista:**

Se discute el caso con los especialistas de Hematología, Endocrinología y Cirugía General. Se llega al consenso de que la anemia hemolítica autoinmune que no responde al tratamiento con corticoesteroides, requiriendo la administración del Intacglobin, se puede estar manifestando como síndrome paraneoplásico, ya que la paciente presenta una lesión folicular de tiroides grado IV de la clasificación de Bethesda, que en la literatura se recoge que presenta aproximadamente del 60-75% de probabilidad de presentar un carcinoma tiroideo en la biopsia definitiva, siendo recogidos en la clasificación como nódulo tiroideo indeterminado. Estas lesiones requieren tratamiento quirúrgico, el cual se comporta como diagnóstico y terapéutico. Es una paciente además con antecedentes personales de una lesión folicular de tiroides del lado contralateral, ya tratada quirúrgicamente, y antecedentes familiares de carcinoma de tiroides.

Se realiza preparación preoperatoria con Intacglobin a completar 5 días previos a la intervención logrando cifras de hemogobina de 9,9 g/dL, realizándose posteriormente hemitiroidectomía derecha con istmectomía. Durante el acto quirúrgico se observa lóbulo derecho del tiroides multinodular, con un nódulo hacia el polo inferior pétreo, de color blanquecino, de aproximadamente 2 cm, sin adenopatías cervicales laterales ni del compartimiento central. La paciente evoluciona favorablemente en el período posoperatorio, egresando a las 48 horas con tratamiento con corticoesteroides orales y seguimiento por consulta externa.

En la biopsia posquirúrgica se recibe: carcinoma papilar multicéntrico (2 nodulaciones) en el contexto de una hiperplasia multinodular de tiroides, sin invasión capsulas ni vasculolinfática. Se decide remisión a Oncología para continuar con el tratamiento adyuvante.