



O-209 - ESTADIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES: NUESTRA EXPERIENCIA

F.J. Orts Micó, A. Compañ Rosique, A. García Marín, C. Nofuentes Riera, M.P. Ruiz-Piqueras Lecroisey, M. Mingorance Alberola, R. Martínez García y S. García García

Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, Sant Joan d'Alacant.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es realizar un análisis retrospectivo para la objetivar posibles indicadores pronósticos de los pacientes diagnosticados de cáncer diferenciado de tiroides en nuestro centro. Entre los objetivos secundarios se pretende encontrar y comparar factores de riesgo, sintomatología y pruebas complementarias, tipo de intervención realizada y tipo histológico, estadio evolutivo al diagnóstico con el TNM, clasificación por índices pronósticos, dosis de tratamiento con yodo radiactivo, índice de recidivas locorregionales y de aparición de metástasis y el decalaje entre la intervención y las recidivas.

Métodos: Se ha realizado un diseño descriptivo observacional, retrospectivo, no aleatorizado con muestreo incidental, obteniéndose una serie de casos.

Resultados: Para el análisis estadístico descriptivo, se presentan las variables cualitativas como frecuencia y las cuantitativas con una medida de tendencia central (mediana) y otra de dispersión (percentiles 25;75). n = 115 80,9% hombres, 19,1% mujeres; mediana de edad al diagnóstico, 51 años (39;63); Ecografía tiroidea en todos los casos. Tamaño medio de la lesión 24 mm (12;36,75); (n = 57, 49,6%) presentaron un único nódulo, 16,5% presentaron dos, 5,2% tres y 2 1,7% cuatro; 5 o más nódulos 25,2%; 1,7% no hay nódulos sino heterogeneidad de la ecogenicidad de la glándula. TC en 21,7%, gammagrafía 23,5%. Adenopatías sospechosas en 25,2% de los casos; de estas PAAF en el 66,7%; positivas el 83,3% de las adenopatías sospechosas puncionadas. La técnica en todos los pacientes terminó siendo una tiroidectomía total. Reintervenciones (n = 21). 66,7% fueron para completar tiroidectomía, 28,6% por progresión regional/ganglionar y 4,8% por restos tiroideos. Linfadenectomía en 35,7% de los pacientes (78% inmediatas, 14,7% por recidiva, 7,3% ambas. Territorio VI en 39,1%, lateral II-V en 29,2% siendo central y lateral en 31,7%. Media de 5 adenopatías aisladas por AP (2;16) siendo de éstas positivas una media de 2 (0;5). Las complicaciones quirúrgicas en la mayoría de los casos fueron transitorias. Hipoparatiroidismo en 30,4%, pero de éstos, 97,1% transitorios. Parálisis recurrencial 13,9% de los pacientes, 81,2% transitoria. Hemorragia 2,7% del total. Paresia del nervio hipogloso 0,9% y no se vieron infecciones de herida quirúrgica. AP pieza quirúrgica 91,3% cáncer papilar; 8,7% de cáncer folicular. Para el tratamiento tras la tiroidectomía 83,5% de los pacientes recibieron yodo radioactivo. Dosis media 118,5 mCi (100;200).

Índice MACIS

< 6	90 (78,3%)
6-6,99	19 (16,5%)
7-7,99	3 (2,6%)
≥ 8	3 (2,6%)

Estadificación NM

T1 - 43 (37,4%)	N0 - 85 (73,9%)	M0 - 114 (99,1%)
T2 - 45 (39,1%)	N1a - 23 (20%)	M1 - 1 (0,9%)
T3 - 18 (15,7%)	N1b - 7 (6,1%)	
T4 - 9 (7,8%)		

Conclusiones: El cáncer diferenciado de tiroides es un tumor poco frecuente con buen pronóstico general. En este estudio se evidencia que la tasa de mortalidad atribuible a la enfermedad es muy baja. La tiroidectomía total es una intervención quirúrgica segura con complicaciones escasas. La afectación del nervio recurrente es en la mayor parte de los casos transitoria y en los pacientes que presentan hipoparatiroidismo éste es subclínico y transitorio. Son excepcionales las hemorragias postoperatorias y nulas las cifras de infección de la herida quirúrgica. Las cifras objetivadas en este estudio son equiparables a las de otros centros de referencia de esta patología. Actualmente todavía no nos es posible demostrar diferencias estadísticamente significativas en la estadificación pronóstica a largo plazo utilizando las dos clasificaciones TNM.