



P-094 - COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN PATOLOGÍA TIROIDEA. ¿SON NUESTRAS DECISIONES REPRODUCIBLES Y ACORDES A LAS GUÍAS? CONTROL DE CALIDAD

Montoya Álvarez, Teresa; Cruces Vega, Eva María; Silva Rodríguez, María Jesús; Sánchez de Molina, María Luisa; de la Fuente Bartolomé, Marta; Cardenas Salas, Jersy; Modroño Mostoles, Naiara; Gonzalo Montesinos, Irene

Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid.

Resumen

Objetivos: En nuestro centro la actitud quirúrgica se planifica en comité multidisciplinar, mensual. La elección de la técnica quirúrgica en la patología nodular tiroidea se fundamenta en las recomendaciones de las guías de referencia (Guías ATA). El objetivo de este trabajo es evaluar si las decisiones tomadas en los comités se adhieren a las conductas propuestas por las guías según categoría de Bethesda (B). Analizamos si debemos ceñirnos a las guías sin excepción o si nuestra experiencia clínica podría complementar las guías y ayudarnos a tomar mejores decisiones.

Métodos: Se analizan 44 pacientes propuestos en comité durante el segundo semestre del 2018. Se revisa Anatomía Patológica tras cirugía.

Resultados: 1) Categorización según Bethesda y único/múltiple (tabla 1). 6 Bethesda I (13,6%); 16 Bethesda II (36,3%); 10 Bethesda III (22,7%); 10 Bethesda IV (22,7%); 1 Bethesda V (2,2%); 1 Bethesda VI (2,2%). 20/44 (45%) nódulo único y 24/44 (55%) múltiples. Bethesda I-II cirugía por tamaño medio 36,1 mm (DE 28-60 mm). 2) Planteamiento quirúrgico: En 31,9% se propuso tiroidectomía. En 68,1% hemitiroidectomía. 2.1) Nódulos únicos: Bethesda I, II, III: hemitiroidectomía en 100%. Bethesda IV: En 77,7% (7/9) hemitiroidectomía. En 22,2% (2/9) tiroidectomía y ambos pacientes (100%) resultaron malignos. Eran menores 35+ ECO sospechosa + Mayor de 1 cm. Bethesda VI: Tiroidectomía en 100%. 2.2) Nódulos contralaterales. Bethesda I, II, III con nódulos contralaterales < 1 cm: hemitiroidectomía 100%. Bethesda I, II, III con contralaterales > 1 cm: hemitiroidectomía 30%. Tiroidectomía 70%. Nódulos IV, V, VI: tiroidectomía en 100%. 3) Anatomía patológica. 35/44 intervenidos. 9/44 rechazaron. 10/35 resultaron carcinomas (descartados microcarcinomas incidentales). La tasa de malignidad fue del 28% (10/35). La tasa de malignidad fue superior en nódulos únicos 31% frente a múltiples 10,5%. La tasa de malignidad categorizando por Bethesda y comparando con Guías (tabla 2). Un paciente nódulo único BII ha precisado completar tiroidectomía tras confirmar carcinoma papilar; Era un paciente: 30 años+ eco sospechosa + > 3 cm.

Tabla 1

	BI	BII	BIII	BIV	BV	BVI	Total
Nódulo único	3	3	4	9	0	1	20

Contralaterales < 1 cm	2	5	2	0	1	0	10
Contralaterales > 1 cm	1	8	4	1	0	0	14
Total	6	16	10	10	1	1	44

Tabla 2

	Riesgo MNG ATA%	Tasa MNG pacientes %
Bethesda I		
Bethesda II	0-3	7,6
Bethesda III	5-15	16
Bethesda IV	15-30	40
Bethesda V	60-75	100
Bethesda VI	97-99	100

Conclusiones: Lobectomía, técnica propuesta en 85% de los nódulos únicos, en 90% de los nódulos con contralaterales < 1 cm y en 28% de los nódulos con contralaterales > 1 cm. En nódulos únicos las decisiones han sido reproducibles y se han adherido a la conducta propuesta por la guía en el 98%. Aunque las guías recomiendan hemitiroidectomía para nódulos únicos Bethesda III y IV. En nuestros pacientes con nódulo BIII o IV + único + jóvenes (< 35) + eco sospechosa + > 1 cm la tasa de malignidad fue del 100% (3/3); En estos casos convendría valorar individualmente y no descartar la tiroidectomía como posible técnica de elección. Con nódulos contralaterales, las guías no especifican. Para BI, II y III con nódulos contralaterales menores de 1 cm se han tratado en 100% con hemitiroidectomía.