



98 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS CARCINOMAS PAPILARES DE TIROIDES DE BAJO RIESGO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿QUÉ HEMOS CAMBIADO DESDE LA ATA 2015?

L. Manzano Valero¹, B.M. Martínez Mulero¹, M. Ruiz de Ancos¹, R. Revuelta Sánchez-Vera¹, A. Cruz Gordillo¹, A. Mira Vázquez², J. Medina Rodríguez², V. Barbero Giménez², M. Gorosabel Calzada² y J. Sastre Marcos¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Toledo. ²Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Toledo.

Resumen

Introducción y objetivos: Establecer cuál es el mejor abordaje quirúrgico en los pacientes con carcinoma papilar de tiroides (CPT) es motivo de controversia. Datos recientes indican que en nuestro país la práctica clínica en vida real está lejos de las recomendaciones de las últimas guías. Nos proponemos valorar cómo se ha ido modificando el manejo quirúrgico de los pacientes con CPT de bajo riesgo (BR) en nuestra área sanitaria.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo, para valorar la actitud quirúrgica en pacientes con CPT-BR (criterios ATA). Hemos incluido los CPT diagnosticados desde hace 25 años (n: 637) clasificándolos en 3 grupos según año de diagnóstico (grupo 1: antes del año 2008, grupo 2: entre 2009-2015 y grupo 3: diagnosticados desde 2016). Se han analizado características clínicas, histológicas, resultados moleculares y tratamientos realizados.

Resultados: Hemos analizado 330 pacientes con CPT-BR (52,9%). Este porcentaje de BR se ha mantenido sin cambios en los 3 periodos analizados. El tratamiento mayoritariamente utilizado es la tiroidectomía total (TT) en acto único o en 2 tiempos, pero su utilización ha disminuido de forma significativa en los tres periodos: grupo 1: 96,1%-grupo 2: 93,7% y grupo 3: 77,8% ($p < 0,01$). La frecuencia de realización de vaciamiento del compartimento central profiláctico (VCC) también se ha modificado: grupo 1: 16%-grupo 2: 46,4% y grupo 3: 26,2% ($p < 0,01$). El tamaño de los CPT tratados con VCC es mayor ($1,7 \pm 0,9$ vs. $1,1 \pm 1,0$ cm, $p < 0,001$). La presencia de mutación en BRAF no modifica la modalidad de tratamiento.

Conclusiones: Aunque no cumplimos de forma estricta de las recomendaciones de la guía ATA 2015 en cuanto al tratamiento quirúrgico de los CPT-BR, podemos objetivar una desescalada en la agresividad de este, adecuándose al riesgo de recurrencia de estos tumores. La mayoría de las decisiones del tratamiento quirúrgico se toman en el comité multidisciplinar de tiroides que funciona desde 2015.