



## 46 - COEXISTENCIA DE TIROIDITIS AUTOINMUNE Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES, ¿ES IMPORTANTE EN EL MANEJO CLÍNICO Y RESULTADOS FINALES?

A. Cruz Gordillo<sup>1</sup>, A. Castro Luna<sup>1</sup>, R. Revuelta Sánchez-Vera<sup>1</sup>, J. Sastre Marcos<sup>1</sup>, S. Aso Manso<sup>2</sup>, Y. Campos-Martin<sup>2</sup>, L. López Brasal<sup>2</sup>, V. Barbero Giménez<sup>2</sup>, J. Medina Rodríguez<sup>2</sup> y M.Á. Ruiz Ginés<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición; <sup>2</sup>Anatomía patológica; <sup>3</sup>Cirugía general; <sup>4</sup>Bioquímica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

### Resumen

**Introducción:** La asociación de tiroiditis autoinmune (TA) y carcinoma papilar de tiroides (CPT) es motivo de controversia. La mutación en BRAF es el cambio molecular más frecuente en CPT, se considera un factor pronóstico y en varios estudios se ha asociado negativamente con la presencia de TA. Hay pocos datos de TA y respuesta final al tratamiento en CPT.

**Objetivos:** Comparar las características clínico-patológicas y resultados finales en pacientes con CPT con o sin TA y valorar la asociación de TA con el estatus de mutación BRAF.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de 295 pacientes con CPT (2002 -2018), en los que se había realizado estudio molecular para mutación en BRAF. Analizamos las características demográficas, histológicas, analíticas y resultados finales de los pacientes con o sin TA definida como la presencia de infiltración linfo-plasmocítica y de centros germinales en el tejido tiroideo.

**Resultados:** En nuestra cohorte encontramos una prevalencia de TA del 34,9%. La presencia TA se asoció con sexo femenino ( $p = 0,096$ ), menor edad al diagnóstico ( $p = 0,1$ ), multifocalidad ( $p = 0,034$ ) y afectación tiroidea bilateral ( $p = 0,026$ ). No encontramos diferencia en cuanto a presencia de adenopatías, extensión extratiroidea o metástasis. No hubo asociación negativa con la presencia BRAF en el grupo de TA (62,1% vs 59,4%). El 45,6% de los CPT con TA tras cirugía tenían ac antiTG positivos, siendo la estratificación dinámica final de este grupo, respuesta excelente en 69,4% vs 79% sin TA y respuesta indeterminada en 21,4% vs 12,6% sin TA ( $p = 0,25$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de TA en esta cohorte es comparable a otras series. No hay asociación con los factores clásicos relacionados con recurrencia, incluyendo mutación BRAF. La respuesta final al tratamiento en CPT con TA muestra un porcentaje importante de respuestas indeterminadas en su mayor parte por la presencia de ac antiTG positivos. Esto va a condicionar mayor utilización de recursos en su seguimiento.