



44 - IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO ATA 2015 EN EL MANEJO DE UNA COHORTE CON CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

J. Sastre Marcos¹, A. Cruz Gordillo¹, A. Castro Luna¹, Y. Campos-Martín², S. Aso Manso², J. Lesaga Llopis³, A. Mira Vázquez³, I. Fraile Alonso³, R. Revuelta Sánchez-Vera¹ y A. Vicente Delgado¹

¹Endocrinología y Nutrición; ²Anatomía Patológica; ³Cirugía General. Complejo Hospitalario de Toledo.

Resumen

Introducción: La estratificación de riesgo es una herramienta indispensable en el manejo del carcinoma diferenciado de tiroides (CDT). En 2015 la ATA propuso modificaciones en la clasificación de riesgo inicial de 2009.

Objetivos: Valorar la implicación clínica de la utilización de la clasificación de riesgo ATA (cATA) 2015 incluyendo datos moleculares en una cohorte de pacientes con CDT.

Métodos: Estudio retrospectivo de 423 pacientes diagnosticados de CDT (2002-2018). Se seleccionaron 305 pacientes (96,7% CPT) en los que se había realizado estudio de mutación BRAF. En el 54% de la cohorte se estudió además mutaciones en el pTERT. Se han revisado los hallazgos histológicos y moleculares para clasificar a los CDT en las tres categorías de bajo (BR), intermedio (RI) o alto riesgo (AR) utilizando los criterios de la cATA 2009 y 2015. Se ha estudiado la concordancia entre ambas clasificaciones (kappa).

Resultados: La prevalencia de mutación BRAF fue del 60,3% (CPT) y de pTERT del 7,9%. Al aplicar cATA2015 el 6,2% de los pacientes bajó de categoría (de RI a BR) y el 18,3% subió de categoría (14,7% de BR a RI y 3,6% de RI a AR). En la tabla se muestran los porcentajes de recidiva, respuesta excelente y kappa para cada categoría de riesgo y clasificación.

	%	% recidiva	% respuesta excelente
cATA 2009 BR	46,2	13,5	87,3
RI	44,6	41,2	65,9
AR	9,2	75,0	20,0
cATA 2015 BR	37,4	13,3	86,9
RI	49,8	35,3	71,9
AR	12,8	69,2	29,0
Kappa (IC95%)	0,58 (0,49-0,66)	0,71 (0,58-0,84)	0,49 (0,38-0,60)

Conclusiones: La aplicación de la cATA de riesgo 2015 es más compleja. Un porcentaje significativo de pacientes incrementa la estratificación de riesgo, siendo la concordancia entre

ambas clasificaciones moderada. La cATA 2015 aumenta de forma significativa los pacientes en RI que luego tienen una respuesta excelente, pudiendo ser necesario definir mejor las características de este grupo (ETE mínima, afectación extranodal).