



## O-009 - NIVELES DE CALCITONINA Y DISECCIÓN PROFILÁCTICA GANGLIONAR EN CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES, ¿DEBEMOS SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS?

Juez Sáez, Luz<sup>1</sup>; Cuende, Miguel<sup>2</sup>; Arranz, Raquel<sup>1</sup>; Prosperi, Alejandro<sup>2</sup>; Vaello, Victor<sup>1</sup>; Amunategui, Iñaki<sup>2</sup>; Mercader Cidoncha, Enrique<sup>2</sup>; Gómez, Joaquín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Actualmente, la cirugía es una de las pocas herramientas terapéuticas que disponemos en el cáncer medular de tiroides. La ecografía prequirúrgica, como forma de estadificación ganglionar cervical, posee elevados falsos negativos. El valor de calcitonina preoperatoria es conocido marcador de extensión de la enfermedad. Varios estudios han intentado establecer un nivel de calcitonina prequirúrgico a partir del cual realizar linfadenectomías profilácticas; algunas de ellas recomiendan valores superiores a 200 pg/ml como punto de corte para realizar una disección ganglionar lateral profiláctica, al menos ipsilateral al tumor. El objetivo de nuestro estudio ha sido comprobar si existe la misma correlación entre el valor de calcitonina prequirúrgica y la afectación ganglionar recomendada en las diferentes guías como punto de corte para realizar una linfadenectomía profiláctica.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico y con reclutamiento consecutivo de marzo 2002 a mayo 2020. Los criterios de inclusión han sido: diagnóstico anatomopatológico de cáncer medular de tiroides, mayores de 18 años, valores prequirúrgicos de calcitonina documentados y seguimiento posterior. Se han recogido variables sociodemográficas (edad, sexo y carácter hereditario de la neoplasia); características del procedimiento quirúrgico (tipo de cirugía y extensión de la linfadenectomía); características anatomopatológicas del tumor (tamaño, número de ganglios totales y afectos); tratamiento posterior y seguimiento. Además, se han recogido valores prequirúrgicos de calcitonina y CEA, así como tras 6 meses de la intervención.

**Resultados:** Un total de 40 pacientes han sido analizados. La media de edad ha sido  $57,6 \pm 16$  años con una predominancia de sexo femenino (75%). La mediana de calcitonina prequirúrgica ha sido 541 pg/ml (187-1.329) y CEA 28 (6-72). Se evidenció afectación ganglionar prequirúrgica en el 28% (11 pacientes) de los casos, confirmándose de forma posterior en el 35% del total. Al comparar ambos grupos (N0 vs N+), se han observado diferencias estadísticamente significativas entre el valor de calcitonina prequirúrgica ( $p = 0,003$ ), tipo de cirugía ( $p = 0,015$ ), tamaño tumoral ( $p = 0,006$ ), calcitonina a los 6 meses ( $p = 0,001$ ), CEA 6 meses ( $p = 0,021$ ) y exitus en el seguimiento ( $p = 0,047$ ). El porcentaje de afectación ganglionar según los valores de calcitonina ha sido: 1.000 pg/ml 67%. En el análisis de las curvas ROC, la mejor área bajo la curva ha correspondido al valor prequirúrgico de calcitonina (0,853; IC95% 0,74-0,97); superior al logrado en el tamaño tumoral

(0,746; IC95% 0,56-0,93) y CEA prequirúrgico (0,637; IC95% 0,44-0,84). En la relación entre calcitonina prequirúrgica y afectación ganglionar posterior, el valor de 386 pg/ml ha mostrado una sensibilidad de 100% y especificidad 54%. En el modelo de regresión logística, el valor de calcitonina prequirúrgica ha resultado el único factor pronóstico de afectación ganglionar (OR 1,001 IC95% (1,001-1,002)).

**Conclusiones:** El valor de calcitonina prequirúrgico puede ser un buen predictor de afectación ganglionar, pero al contrario de lo descrito en la literatura y recomendado en las diferentes guías, en nuestra serie, el nivel de calcitonina a partir del cual podemos recomendar realizar una disección ganglionar profiláctica sería 386 pg/ml, con una S del 100% y una E del 54%.