



O-082 - 500 CASOS CONSECUTIVOS DE CARCINOMA DE TIROIDES: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

E. Glückmann-Maldonado, L. Ocaña-Wilhelmi, M. Salvi-Martínez, F. Villuendas-Morales y J. Rivas-Marín

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Objetivos: Analizar nuestra serie tras 500 intervenciones por carcinoma de tiroides, a lo largo de los últimos 17 años. El carcinoma de tiroides es un tumor infrecuente, pero en nuestro medio está aumentando, ya que hoy día intervenimos el doble de casos que hace 10 años. Seguramente factores como la mejora en el diagnóstico y los protocolos, o la concentración de casos al tener un buen Servicio de Endocrinología o la experiencia en su tratamiento quirúrgico, están influyendo.

Métodos: Son nuestros pacientes intervenidos por carcinoma de tiroides, que ya superan los 500 en estos años de análisis, y que han recibido más de 550 intervenciones, entre las que se incluyen aquellas debidas a recidivas ganglionares o las tiroidectomías totalizadoras tras resección incidental de un carcinoma. Respecto al aumento en el número de casos/año que estamos experimentando, vale reseñar que la mitad de la serie (254 casos) se recogieron en diez años y medio (de enero de 1996 a junio de 2006) y el resto en seis años y medio (hasta diciembre de 2012). El estudio es retrospectivo, observacional, analizando las diferentes variables que afectan a cada caso. Estudiamos tanto el carcinoma diferenciado de tiroides (papilar y folicular), como el medular, el indiferenciado (anaplásico) y otros (linfoma, metástasis, etc.).

Resultados: La serie demuestra, coincidiendo con la literatura, una mayor afectación en las mujeres, con una relación de 4 a 1 respecto a los hombres. La edad de presentación se sitúa alrededor de la 4ª y 5ª décadas de la vida. El carcinoma más frecuente es el papilar, que alcanza el 90% en nuestra serie, seguido del folicular, medular y anaplásico. La estancia media ronda los 3,5 días postoperatorios y las complicaciones de nuestra serie están en sintonía con la literatura, con algo más del 1% de casos de parálisis recurrencial y un 6% de hipoparatiroidismo postoperatorio. También analizamos los casos metastásicos, ganglionares y a distancia, así como las reintervenciones por recidiva ganglionar. Finalmente, nuestro paciente "tipo" afecto de carcinoma de tiroides es una mujer en la quinta década de la vida, con un tumor menor de tres cm y sin enfermedad ganglionar.

Conclusiones: el estudio, diagnóstico y tratamiento de una neoplasia como la tiroidea, habitualmente con buen pronóstico cuando es bien tratada y en su momento, exige del estudio detenido por parte de un grupo multidisciplinar, como es nuestro caso. Especialmente en los últimos años en que al endocrinólogo, cirujano y patólogo se han unido en nuestro Comité de Cáncer de Tiroides el radiólogo, médico nuclear, oncólogo y radioterapeuta. Con ello conseguimos abordar la

enfermedad desde todos los puntos de vista imaginables, lo que está mejorando nuestros resultados. Fruto de ello es el Documento de Consenso de Indicaciones Quirúrgicas, sancionado y respetado por todos. Igualmente hemos desarrollado diferentes técnicas de localización de lesiones recidivadas, participación del radiólogo y médico nuclear en quirófano, tratamiento quimio y/o radioterápico en tumores indiferenciados. Así como la generación de proyectos de investigación y la mejora en la formación de nuestros estudiantes y residentes.