



O-093 - CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES ESPORÁDICO Y FAMILIAR. ¿DEBERÍAMOS SER MÁS AGRESIVOS EN LOS CASOS ESPORÁDICOS?

Febrero Sánchez, Beatriz; Cerezuela Fernández de Palencia, Álvaro; Ruiz Manzanera, Juan José; Ros Madrid, Inmaculada; Gutiérrez Fernández, Ana Isabel; Ríos Zambudio, Antonio; Ramírez Romero, Pablo; Rodríguez González, José Manuel

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: El carcinoma medular de tiroides (CMT) es un tumor poco frecuente pero agresivo. Si bien existen diferencias entre el CMT esporádico y el CMT familiar, y conocer estas diferencias es importante para hacer un abordaje más adecuado e individualizado, debido a la alta casuística de CMT familiar en nuestro medio en el contexto del síndrome de neoplasia endocrina múltiple (MEN) tipo 2. **Objetivos:** 1) descripción de una larga cohorte de pacientes con CMT diagnosticados y tratados en un hospital terciario, y 2) análisis comparativo de los casos de CMT esporádico y CMT familiar.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes tratados de CMT entre los años 1983-2020 en un hospital terciario. Se excluyeron los pacientes con criterio de tiroidectomía profiláctica en el contexto de un síndrome MEN 2. Se analizaron las siguientes variables: epidemiológicas, Ct, CEA, afectación extratiroidea preoperatoria, metástasis al diagnóstico, TNM, tipo de intervención, histología, persistencia/recurrencia y *exitus*. Estadística: software estadístico SPSS (versión 27.0). Análisis descriptivo, test chi-cuadrado, test t-Student.

Resultados: De 126 pacientes se excluyeron 50 que tenían criterio de tiroidectomía profiláctica, analizándose finalmente 76 pacientes. El 38% (n = 29) correspondieron a casos esporádicos. Existen diferencias entre el CMT esporádico y familiar en las siguientes variables: edad media (55 ± 12 vs. 41 ± 8; p < 0,001), género: mujer (59% vs. 43%; p = 0,173). En relación con las variables preoperatorias: los niveles de CTb se dividieron en dos periodos de tiempo debido a las diferencias en la técnica de determinación: (1.651,13 ± 2.007,13 pg/ml vs. 735,23 ± 1.358,98 pg/ml; p = 0,130)/(1.646,2 ± 1.621,63 pg/ml vs. 1.170,70 ± 1.737,45 pg/ml; p = 0,448). Existen diferencias con respecto al CEA: (104,46 ± 237,66 pg/ml vs. 22,96 ± 27,69 pg/ml; p = 0,045), la extensión tumoral extratiroidea (15% vs. 0%; p = 0,023), y las metástasis al diagnóstico (17% vs. 0%; p = 0,006). Respecto al estadio TNM no se observaron diferencias significativas, aunque la tendencia en el CMT familiar correspondiente con estadio I fue superior (26% vs. 44%; p = 0,062). En cuanto al tipo de cirugía realizada: tiroidectomía total (TT)+ vaciamiento central (VC) (17% vs. 26%; p < 0,001), TT+VC+ vaciamiento lateral ipsilateral (VLI) (38% vs. 2%; p < 0,001), TT+VC+ vaciamiento lateral bilateral (VLB) (28% vs. 53%; p < 0,001). Respecto a la presencia de multifocalidad (45% vs. 91%; p < 0,001), y tamaño tumoral (33,64 ± 20,57 mm vs. 15,55 ± 9,65 mm; p < 0,001). Se encontraron

diferencias en el tratamiento adyuvante (28% vs. 6%; $p < 0,001$), persistencia de la enfermedad (39% vs. 13%; $p = 0,008$), recidiva (25% vs. 32%; $p = 0,525$), *exitus* (31% vs. 17%; $p = 0,154$).

Conclusiones: La presentación del CMT esporádico es más agresiva, a pesar de presentar una menor multicentricidad, y también es más frecuente la persistencia de la enfermedad, por lo que habría que valorar una cirugía inicial más agresiva con vaciamiento laterocervical bilateral en determinados casos, considerándose solo la tiroidectomía con vaciamiento central una cirugía insuficiente.