



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-067 - RELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO DEL NÓDULO TIROIDEO Y LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE PAAF

Mora Guzmán, Ismael; Muñoz de Nova, José Luis; Marín Campos, Cristina; Valdés de Anca, Álvaro; Miguel Mesa, Diana; Jiménez Heffernan, José Antonio; Torres Mínguez, Emma; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Existen dudas acerca de la indicación de cirugía ante nódulos tiroideos de gran tamaño debido a un posible menor rendimiento diagnóstico de la punción-aspiración con agua fina (PAAF). Algunos autores defienden la cirugía en este contexto debido a una mayor tasa de falsos negativos (TFN) en la PAAF preoperatoria. Nuestro objetivo es determinar si el tamaño del nódulo tiroideo influye en el rendimiento diagnóstico de la PAAF preoperatoria.

Métodos: Revisión retrospectiva de una serie de pacientes consecutivos sometidos a cirugía tiroidea entre junio de 2010 y junio de 2017, con al menos una PAAF eco-guiada preoperatoria realizada en nuestro centro. Se analizaron las PAAF según el sistema Bethesda por un citólogo experto, correlacionando las características de cada nódulo biopsiado con su correspondiente histología definitiva, estudiando específicamente tamaño y localización. Se agruparon los pacientes según el tamaño del nódulo tiroideo: grupo A ≤ 2 cm; B = 2-2,9 cm; C = 3-3,9 cm; D = ≥ 4 cm. Se valoraron los porcentajes de malignidad en cada categoría de Bethesda y en los diferentes grupos según tamaño. Se calcularon los parámetros de prueba diagnóstica según la capacidad para detectar malignidad en cada grupo de tamaño (categoría II vs categorías V-VI). En el análisis estadístico, se utilizó el test de chi-cuadrado o el test de Fisher para la comparación de variables cualitativas. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas de forma bilateral con valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 522 pacientes, con una edad media de $51,8 \pm 16$ años y un 83% de mujeres ($n = 433$). La mediana del tamaño del nódulo biopsiado fue de 2,5 [1,6-4] cm. Se identificaron 142 neoplasias malignas (27,2%), con 113 carcinomas papilares (79,6%). Los porcentajes de cada categoría del sistema Bethesda y las tasas de malignidad correspondientes dentro de cada una de ellas fueron: I: 3,3% (0%); II: 49,6% (1,5%); III: 14,9% (6,4%); IV: 13,6% (31%); V: 7,1% (86,5%); VI: 11,5% (100%). La TFN global en los pacientes con Bethesda II fue del 1,6%. No existieron diferencias en los porcentajes de malignidad en esta categoría en función del grupo según tamaño (A: 0%; B: 0%; C: 2,7%; D: 2,1%; $p = 0,584$), ni al considerar de forma dicotómica a los pacientes según diferentes puntos de corte de tamaño (2 cm: 0 vs 1,8%; $p = 1/3$ cm: 0 vs 2,4%; $p = 0,313$ /4 cm: 1,3% vs 2,1%; $p = 0,643$). Tampoco se objetivaron diferencias en función del tamaño en especificidad (A: 95%; B: 97,6%; C: 96,8%; D: 98,6%) ni en precisión diagnóstica (A: 98,1%; B: 98,3%; C: 95,8%; D: 98,8%).

Conclusiones: Ante un hallazgo de categoría II del sistema Bethesda, en contextos de baja TFN, un tamaño aumentado del nódulo tiroideo no implicaría un mayor riesgo de malignidad, por lo que este no debería ser considerado como factor independiente a la hora de indicar una tiroidectomía.