



## O-027 - ¿DEBERÍAMOS ABANDONAR EL TÉRMINO CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES?

de Miguel Palacio, Maite; Lorente Poch, Leyre; Rodríguez González, Juan Pablo; Qiu, Kaien; Sancho Insenser, Juan José

Hospital del Mar, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** El término carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) ha sido ampliamente utilizado incluyendo el carcinoma papilar (CPT) y folicular (CFT) de tiroides y tanto en la literatura como en las guías se han abordado de forma conjunta. Sin embargo, existen diferencias en su presentación, estrategia diagnóstica, táctica quirúrgica y evolución. El objetivo del trabajo es analizar las diferencias entre el CPT y CFT con la intención de replantear si debemos seguir unificando el manejo de ambos tumores.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo analizando 512 CDT. Se excluyeron del análisis pacientes con carcinomas insulares, oncocíticos, pobremente diferenciados u operados inicialmente en centro externo, incluyendo 375 pacientes en el análisis. Se analizaron las variables demográficas, clínicas y pronósticas, así como se realizaron curvas de supervivencia (Kaplan-Meier *log-rank*).

**Resultados:** Los pacientes con CPT (n = 341) fueron más jóvenes al diagnóstico que los CFT (n = 34) ( $47 \pm 15$  vs.  $53 \pm 19$  años;  $p = 0,026$ ), la proporción de hombres fue similar (32,4 vs. 21,1%;  $p = 0,132$ ). Las metástasis al diagnóstico fueron más frecuentes en el CFT que en el CPT (18,8 vs. 1,8%,  $p < 0,001$ ) y el diámetro tumoral fue significativamente mayor en el CFT ( $25 \pm 17$  vs.  $32 \pm 28$  mm;  $p < 0,001$ ). La linfadenectomía lateral fue realizada más frecuentemente en el CPT (26,8 vs. 0%;  $p < 0,0001$ ), así como la central (83,7 vs. 13,5%,  $p \leq 0,001$ ). No observamos diferencias en complicaciones (CPT 41,8 vs. CFT 29%,  $p = 0,165$ ). Se administró radioyodo más frecuentemente en el CFT (67,7 vs. 47%;  $p = 0,027$ ). El seguimiento medio fue  $9,7 \pm 7$  años. Tras una media de seguimiento de  $10,3 \pm 8,1$  años en el CPT y de  $12 \pm 9$  en CFT ( $p = 0,754$ ), 39 pacientes mostraron una recidiva tumoral cervical o a distancia. Los pacientes con CFT presentaron más recurrencia (18,8 vs. 9,9%;  $p = 0,119$ ), recidiva recurrente (9,4 vs. 3,3;  $p = 0,113$ ) y más metástasis (18,8 vs. 2,7%;  $p < 0,001$ ). La recidiva cervical no ganglionar fue menos prevalente en el CPT (1,5 vs. 9,4%;  $p = 0,025$ ). El tiempo medio hasta la recidiva globalmente fue de 55 meses de mediana (RIC 18-105 meses) en el CPT y de 33 meses (RIC 10-39 meses) en el CFT. La mitad de pacientes con CFT siguen vivos sin recurrencia frente al 72,7% en los que presentaron CPT. La proporción de pacientes con muerte relacionada con la enfermedad fue mayor en el CFT (17,6 vs. 1,2% en CPT).

**Conclusiones:** Las diferencias entre el CPT y el CFT son de tal magnitud que planteamos abandonar el término CDT. Consideramos que ambos tumores deberían analizarse por separado

tanto en la investigación como en las guías clínicas.