



Endocrinología y Nutrición



114 - EVALUACIÓN, EN UNA SERIE RETROSPECTIVA DEL POTENCIAL IMPACTO EN EL MANEJO CLÍNICO DEL CÁNCER DE TIROIDES DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA ATA 2015

I. Berges-Raso^a, I. Capel^a, A. Caixàs^a, R.M. Bella^b, A. Cano^a, L. Albert^a, L. Casamitjana^a, X. Guirao^c, S. Barcons^c y M. Rigla^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición; ^bServicio de Anatomía Patológica; ^cServicio de Cirugía Endocrina. Hospital Universitari Parc Taulí. Institut d'Investigació i Innovació Sanitària Parc Taulí (I3pt). Sabadell. España.

Resumen

Introducción: En 2015 se ha publicado la nueva guía de la American Thyroid Association (ATA) sobre cáncer diferenciado de tiroides (CDT), que propone un abordaje terapéutico más individualizado en función del riesgo. El presente estudio pretende valorar, en una serie retrospectiva, el impacto de pasar de la guía europea de 2006 (ETA2006), seguida mayoritariamente en nuestro centro, a la guía ATA 2015.

Métodos: Revisión de historias de los casos de CDT tratados en nuestro centro entre 2013-15. Para cada caso se establece: categoría de riesgo ETA2006, tratamiento aplicado, categoría de riesgo ATA2015 y el tratamiento que se aplicaría siguiendo esta guía. En los casos en que habría cambiado el tratamiento, se analiza si habría cambiado el TNM y el estado actual de la enfermedad. Para el análisis de datos se utilizan estadísticos descriptivos y para la inferencia tablas de contingencia con χ^2 (SPSSv19).

Resultados: Se incluyeron 66 casos. Riesgo ETA2006: 21,2% muy bajo, 34,8% bajo, 43,9% alto. ATA2015: 53% bajo, 36,4% intermedio, 10,6% alto. Tratamiento quirúrgico ETA2006: lobectomía (L) 10,6%, tiroidectomía total (TT) 39,4%, tiroidectomía total + vaciamiento central (TTVC) 33,3%, tiroidectomía total + vaciamiento central + linfadenectomía lateral (TTVCLL) 16,7%. Tratamiento quirúrgico ATA2015: Posibilidad de L 27,3%, TT 43,9%, TTVC 12,1%, TTVCLL 16,7%. I-131 siguiendo ETA2006 71,2% vs ATA2015 45,5% ($p < 0,0001$). De los 20 pacientes en los que se reduciría la agresividad de la cirugía, habría cambiado el TNM en 4 casos (multifocalidad o N1a no evidenciadas con cirugía más conservadora). Todos los pacientes en los que se hubiera reducido la agresividad del tratamiento están libres de enfermedad.

Conclusiones: La aplicación de la guía ATA 2015, en una cohorte con predominio de casos de bajo riesgo como la nuestra, permitiría reducir la agresividad de la cirugía en un número significativo de casos y reduciría un 36,1% la necesidad de tratamiento con I-131.