



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-014 - PAPEL DE LA CIRUGÍA EN EL LINFOMA TIROIDEO PRIMARIO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

González Sánchez, Carmen¹; Salvador Egea, María Pilar²; Glückmann Maldonado, Enrique³; Ríos Zambudio, Antonio⁴; Domènech Calvet, Joan⁵; Nuño Vázquez-Garza, José⁶; Gutiérrez Rodríguez, María Teresa⁷; Franch Arcas, Guzmán¹

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca; ²Complejo Hospitalario de Navarra B, Navarra; ³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ⁴Hospital Clínico Universitario Arrixaca, Murcia; ⁵Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus; ⁶Hospital Meixoeiro, CHUVI, Vigo; ⁷Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

Resumen

Introducción: El papel de la cirugía en el diagnóstico y tratamiento del linfoma tiroideo primario (LTP) es limitado.

Objetivos: Estudiar la variabilidad diagnóstica y terapéutica del LTP desde el punto de vista quirúrgico.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico nacional de pacientes diagnosticados de LTP. Se estudian variables demográficas, clínicas, diagnóstico-terapéuticas (punción-aspiración con aguja fina, PAAF; biopsia con aguja gruesa, BAG; biopsia abierta, BioA; algún tipo de tiroidectomía, TX), subtipo histológico (linfoma difuso de células B grandes, LDCB; linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas, MALT; otros subtipos), estadio Ann Arbor (IE, IIE, IIIIE y IVE) y seguimiento. EL análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS v24 para MacOS.

Resultados: Se estudiaron 54 pacientes. El síntoma de sospecha más frecuente fue la masa cervical de crecimiento rápido (43 pacientes, 79,6%). Se realizó PAAF en 47 pacientes (87%) y BAG en 11 (20,4%) con una sensibilidad diagnóstica del 53,2% y 90,9% respectivamente. Los procedimientos quirúrgicos fueron la BioA (21 pacientes, 38,8%; sensibilidad diagnóstica 95,2%) y TX en 22 casos (40,7%). La indicación de TX fue para diagnóstico definitivo en 4 casos (7,4%), tratamiento electivo del linfoma en 4 (7,4%) y tratamiento electivo con sospecha diagnóstica preoperatoria distinta de LTP (incidentaloma) en 14 (25,9%). El estadio IE/IIE/IIIIE/IVE fue de 19/23/4/8 casos respectivamente. Los subtipos fueron LDCB en 33 (61,1%), MALT 9(16,5%), mixto LDCB-MALT 3(5,5%) y otros 7 (12,9%). Durante el proceso diagnóstico previo en los casos con TX, respecto a los que no recibieron TX, se practicaron menos PAAF (77,7% vs 96,8%; $p = 0,014$), menos BAG (4,5% vs 31,2%; $p = 0,019$) y ninguna BioA (0% vs 65,6%; $p < 0,001$). Además, se asociaron a más estadio IE (54,5% vs 21,8%; $p = 0,014$) y subtipo MALT (31,8% vs 6,2%; $p = 0,023$). Los incidentalomas se asociaron más frecuentemente a tiroiditis de Hashimoto (71,4% vs 27,7%; $p = 0,028$), menos PAAF realizadas (64,2% vs 95%; $p = 0,003$), más estadio IE (57,1% vs 27,5%; $p = 0,049$), y más linfoma MALT (35,7% vs 10%; $p = 0,041$). En el estudio multivariante la tiroiditis de Hashimoto (OR 12,8; p

= 0,024), la no realización de PAAF (OR 30,8; p = 0,009) y el subtipo MALT (OR 24,4; 0,011) se mantuvieron como variables independientes asociadas a incidentaloma. En los casos de incidentaloma no se realizó ninguna BAG. La mortalidad relacionada con el linfoma (10 pacientes, 18,5%) se asoció con mayor incidencia de subtipo LDCB (incluidos casos LDCB-MALT mixtos, 100% vs 63,6%; p = 0,024) y con mayor edad (mediana [Q1-Q3], 78,5[73-85] vs 68 [57-75]; p = 0,006). La mortalidad fue inferior en los pacientes con TX, sin alcanzar la significación estadística (9,1% vs 25%, p = 0,172). De los 10 pacientes fallecidos, 9 (90%) lo hicieron antes de cumplir los 18 meses de seguimiento desde el diagnóstico.

Conclusiones: 1. La masa cervical de crecimiento rápido fue el síntoma de sospecha diagnóstico más frecuente. 2. La BAG fue la prueba no quirúrgica con mayor sensibilidad diagnóstica. 3. Los casos de incidentaloma se asociaron a menos PAAF, más tiroiditis de Hashimoto, y subtipo MALT. 4. Los pacientes que fallecieron lo hicieron precozmente, tenían mayor edad y presentaban subtipo LDCB.