



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-212 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN EL LINFOMA TIROIDEO DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO. RESULTADOS PRELIMINARES

C. González Sánchez¹, M.P. Salvador Egea², J. Gómez Ramírez³, J. Ortega⁴, B. Flores Pastor⁵, F. García Lorenzo⁶, J. Villar del Moral⁷ y D. Morales⁸

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. ²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ³Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ⁵Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. ⁶Hospital Xeral, Vigo. ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: Estudiar la variabilidad diagnóstica y terapéutica en el linfoma tiroideo desde el punto de vista quirúrgico.

Métodos: Desde la sección de Cirugía Endocrina de la AEC se diseñó un estudio colaborativo entre las unidades de Cirugía Endocrina nacionales. Se analizan retrospectivamente los 31 casos recibidos.

Resultados: El 95% de pacientes fueron mujeres entre 30-85 años (mediana: 72 años). Presentaban enfermedad de Hashimoto (38%) y el BMN (29%). Los síntomas más frecuentes: la masa de crecimiento rápido (87%), síntomas compresivos (42%), paresia recurrente (22,6%) y dolor (45,2%). Sólo 4 casos (13%) referían síntomas. El síntoma guía fue la masa cervical (unilateral 17 y bilateral 14 casos). Las pruebas diagnósticas empleadas: la PAAF en 28 casos, diagnóstica sólo en 3 (10,7%) y sugestiva en 9 (32%). La biopsia con aguja gruesa BAG se empleó en 6 y fue diagnóstica en 5 (83%). En 14 casos se optó por biopsia abierta siendo diagnóstica en 12 (85,7%) y sugestiva en 1 (7%). Se usó lobectomía/tiroidectomía total en 14 casos: 7 indicadas para diagnóstico porque ni BAG ni PAAF eran concluyentes. Los otros 7 fueron incidentalomas. El estadio más observado fue IIE. Los tipos histológicos más presentes fueron el Difuso de células B grandes (21 casos) y tipo MALT (5 casos). Los diagnósticos concomitantes más observados: tiroiditis linfocítica crónica en 11 y carcinoma papilar en 2 casos. 15 pacientes recibieron algún tipo de tiroidectomía (LT, TT, atípica) y 3 procedimientos paliativos. La cirugía como único tratamiento sólo se indicó en los casos MALT IE. Las complicaciones quirúrgicas fueron 3 parálisis NRL, 3 hipocalcemias, 1 fístula aerodigestiva, 1 infección, 1 hematoma asfíxico. Tratamiento médico (QT, RT, corticoides...) se aplicó en 23 pacientes con complicaciones en 13 (11 neumonías y 2 exitus por toxicidad). La mediana de seguimiento fue 24 meses (1-194 meses). Se encuentran en remisión completa 17 casos y 2 con persistencia. La mediana de supervivencia en los vivos fue de 29 meses con rango (1-194 meses). Exitus en 12 casos (6 persistencias, 3 recurrencias y 3 sin relación con el linfoma que eran remisión completa). La mitad de los exitus ocurrieron en los primeros 12 meses. De los 15 casos con algún tipo de tiroidectomía 12 siguen vivos y 3 fallecieron. Los 16 casos que no recibieron ningún tipo de tiroidectomía: 9 fallecieron y 7 siguen vivos. Los casos que sólo recibieron cirugía (MALT) siguen vivos siendo el linfoma de mejor pronóstico.

Conclusiones: La variabilidad en la estrategia diagnóstica del linfoma tiroideo depende de la habilidad para obtener tejido suficiente para diagnóstico definitivo. Destaca el escaso empleo de BAG a pesar de su buen rendimiento. La variabilidad terapéutica sin embargo depende del subtipo y estadio. La mortalidad de los que recibieron algún tipo de tiroidectomía no es significativa respecto a los que no recibieron ninguna cirugía. El papel de la cirugía permanece más relacionado con la obtención de tejido, menos para la reducción o extirpación completa de la masa tumoral. Su ventaja es permitir diagnósticos concomitantes.