



O-066 - CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES: LA OVEJA NEGRA DE LOS CANCERES DIFERENCIADOS

Almoguera González, Francisco José; Rubio-Manzanares Dorado, Mercedes; Pino Díaz, Verónica; Tinoco González, José; Pérez Andrés, Marina; Padillo Ruiz, Francisco Javier; Martos Martínez, Juan Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: A pesar de ser corresponsable del concepto “carcinoma diferenciado del tiroides”, el carcinoma folicular de tiroides (CFT) se encuentra eclipsado por el carcinoma papilar (CPT). Aunque presenta un pronóstico menos favorable que el CPT, existe una falta de evidencia sólida tras las recomendaciones sobre el CFT. En 2017 la WHO estable una nueva clasificación histológica del CFT, separando el carcinoma de células de Hürthle (CCH) como una entidad diferente. Igualmente, la AJCC/UICC, ha modificado en 2018 (8^a edición) la estadificación TNM del CDT. Su estudio habitualmente conjunto como CDT (CPT, CFT y CCH) probablemente ha dado lugar a una visión distorsionada del CFT.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, sobre CFT intervenidos en nuestro centro, desde 1979 hasta 2017. Se han excluido los CCH. Las variables analizadas fueron sexo, edad, presentación, citología (Bethesda), procedimiento quirúrgico, adenopatía y/o metástasis a distancia al diagnóstico. Fueron clasificados histológicamente según la clasificación del WHO del 2017 y según la 8^a edición TNM y la clasificación ATA para estratificación del riesgo. Se ha analizado tamaño, multifocalidad, invasión capsular, angioinvasión, extensión extratiroidea, márgenes y de metástasis linfáticas locorregionales. Se realizó un análisis bivariante para evaluar el riesgo de recidiva y la supervivencia utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox (significación si p < 0,05). Para la valoración de la supervivencia y recidiva, se empleó el test de Kaplan-Meier. Las diferencias entre grupos fueron evaluadas usando el test de log-rank (significación si p < 0,05).

Resultados: En 1.313 canceres tiroideos, se identificaron 142 casos de CFT (10,8%). Las características fundamentales aparecen resumidas en la tabla 1. El 96,5% recibieron radioablação. 14 pacientes presentaron persistencia (9,9%). 7 precisaron rescate quirúrgico (3 locorregional, 4 óseo), 11 (78,5%) han sido exitus y ninguno se encuentra libre de enfermedad (LE). 12 pacientes de la serie han recibido radioterapia externa. Hubo 7 recidivas (4,9%). El tiempo hasta las recidivas fue de 69,3 meses (32-228). El porcentaje LE a los 5, 10, 20, 25 años ha sido de 87,9%, 87%, 82,8 y 78,2%. Hubo mayor riesgo de recidiva con metástasis al diagnóstico (HR = 9,52 IC95% 3,75-24,3), extensión extratiroidea (HR = 4,71 IC95% 1,94-11,49) y multifocalidad (HR = 3,12 IC95% 1,06-7,14). La supervivencia específica a los 5, 10, 20 y 25 años fue del 96,4%, 94,2%, 86,4% y 83,8%. La supervivencia a los 10 años es del 76,4% para CFT ampliamente invasivo, 94,7% para encapsulado angioinvasivo y del 100% para mínimamente invasivo (p < 0,001). Aumenta el riesgo de muerte (HR = 1,21 IC95% 1,066-1,62) así como un tamaño tumoral > 3,6 cm (HR = 1,62 IC95% 1,19-2,2).

Conclusiones: El cambio en los criterios histológicos y la discrepancia de algunos datos de esta serie con los recogidos en la bibliografía, hacen necesarios nuevos estudios que aporten evidencia específica sobre el CFT.