



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-002 - REVISIÓN DE LOS MICROCARCINOMAS PAPILARES EN NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINA

Maestre Maderuelo, María; Candel Arenas, Mari Fe; Terol Garaulet, Emilio; Peña Ros, Emilio; Pastor Pérez, Patricia; Fernández López, Antonio José; Luján Martínez, Delia; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La mayoría de los carcinomas papilares menores de 1 cm presentan un pronóstico excelente en la mayoría de los casos independientemente de su tipo histológico.

Objetivos: Revisión de nuestra experiencia microcarcinoma papilar de tiroides.

Métodos: En el periodo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2014 se intervinieron 1.123 tiroidectomías de las cuales 149 fueron cánceres papilares (13,26%), y de éstos 54 fueron micropapilares (36,24%). Se han analizado de retrospectivamente sexo, edad, antecedentes familiares, patología tiroidea que indicó la intervención, datos ecográficos de sospecha, PAAF, cirugía realizada, anatomía patológica definitiva, complicaciones, tratamiento ablativo posterior y recidiva durante el seguimiento.

Resultados: De los 54 pacientes 48 fueron mujeres (88,9%) presentando una edad media de 50,8 (28-79) años. Un 16,6% presentaron antecedentes familiares de patología tiroidea (5 de ellos antecedentes de cáncer papilar tiroideo). La indicación de cirugía fue en un 40,74% por BMN, nódulo tiroideo en el 26%, hiperfunción tiroidea en el 20,4%, hipotiroidismo asociado a nódulo tiroideo en el 7,3% y 3 pacientes del total presentaron HPT primario junto con patología tiroidea que se intervino en el mismo acto quirúrgico. En el estudio preoperatorio se identificaron signos de ecográficos de sospecha en 23 pacientes (42,6%) del total (microcalcificaciones, nódulo sólido, vascularización). La PAAF ecoguiada informó de proliferación folicular en el 42,6% de los pacientes, nódulo coloide en el 26%, carcinoma papilar en el 13%, no representativa en el 11% y de manera minoritaria nódulo hiperplásicos y tiroiditis (4 casos del total). La cirugía realizada en el 90,7% de los pacientes fue la tiroidectomía total con linfadenectomía en 7 de los casos (13%), de los cuales sólo 3 presentaron ganglios afectados (5,5% del total). En 5 casos se realizó hemitiroidectomía (9,25%) completando la tiroidectomía en dos de ellos tras los resultados definitivos. El tamaño medio del tumor fue de 0,57 (0,1-1) cm y sólo se objetivó invasión de la cápsula en un 9,25% del total (5 pacientes) e invasión extratiroidea en un caso, en ningún paciente se demostró invasión vascular. El patrón predominante fue el papilar en un 77,7%, seguido del folicular con un 18,5% y esclerosante en un 3,7%, un caso fue multifocal (dos focos de 0,3 y 0,2 cm). El 35% de los pacientes presentaron hipoparatiroidismo transitorio y un 11,11% disfonía transitoria. Un 5,5% presentaron hipoparatiroidismo permanente y no hubo ningún caso de lesión recurrencial. Tuvimos un caso de hematoma postquirúrgico que precisó reintervención. Se realizó tratamiento ablativo con I 131 en un 44,4% de los pacientes. No se han registrado casos de recidiva ni mortalidad por esta causa.

Conclusiones: Aunque hay descritos casos en la literatura con un comportamiento más agresivo, el microcarcinoma papilar de tiroides presenta un curso clínico excelente y por eso consideramos que tanto la tiroidectomía total como la hemitiroidectomía son opciones válidas de tratamiento. Para evitar sobretratamiento, consideramos que la terapia con I 131, en los casos de bajo riesgo no es necesaria.