



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-126 - MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES. ¿SEGUIMOS LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS?

Guadarrama González, Francisco Javier; Bernal Tirapo, Julia; Yuste García, Pedro; Sánchez García, Carmen; Pastor Altaba, Daniel; Moreno Bargueiras, Alejandro; Gutiérrez Andreu, Marta; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El cáncer diferenciado de tiroides es el tumor endocrino más frecuente con un aumento de la incidencia en la población general por las mejoras en los métodos diagnósticos de *screening* como son la ecografía y la punción aspiración con aguja fina (PAAF) utilizando la clasificación Bethesda (BTH). El tratamiento definitivo del cáncer de tiroides es quirúrgico y logra unos resultados excelentes con supervivencias cercanas al 100%, lo que ha llevado a las guías internacionales a recomendar cirugías menos invasivas en los últimos años.

Métodos: Hemos realizado una revisión retrospectiva de las cirugías tiroideas llevadas a cabo en nuestro centro en los últimos 5 años en los que la indicación quirúrgica era la de cáncer papilar de tiroides (BTH VI) en la PAAF preoperatoria. Hemos analizado las variables demográficas y anatomopatológicas que han determinado el tipo de cirugía a realizar, el tipo de cirugía realizado y las complicaciones posoperatorias.

Resultados: De un total de 1.200 cirugías tiroideas realizadas en ese periodo, las PAAF BTH VI fueron 118 casos, de los cuales 31 presentaban en el momento del diagnóstico afectación locorregional (T4 y/o N1) precisando una cirugía que implicaba vaciamiento ganglionar (17 casos linfadenectomía central y 14 casos linfadenectomía lateral). De los 87 casos que no presentaban extensión extratiroidea, 51 tenían un tamaño menor a 1 cm (T1a, microcarcinomas), 31 presentaban un tumor de entre 1 y 2 cm (T1b) y 5 casos con lesiones de entre 2-4 cm (T2). El tipo de tiroidectomía realizada en estos casos fue: T1a: 48 TT (6 totalizaciones) y 3 HT; T1b: 30 TT (2 totalizaciones) y 1 HT y en los T2 5 TT (1 totalización). Dado que aparecía patología coincidente (fundamentalmente bocio multinodular) que dirigía la indicación hacia una tiroidectomía total en 12 casos de T1, los resultados finales fueron los siguientes: un 81,6% de TT y un 18,4% de HT. Un 10,3% de los casos de TT se debieron a totalizaciones de un hemitiroidectomía previa. En cuanto a las complicaciones observamos, como cabe esperar, un leve aumento de hipoparatiroidismos posquirúrgicos transitorios y de paresia recurrential en función de la extensión de la resección quirúrgica, no significativo.

Discusión: Del análisis de nuestros datos, destacamos que un porcentaje de las tiroidectomías totales, siguiendo las últimas recomendaciones de las Guías más importantes (ATA 2015), podrían haber sido evitadas realizándose una hemitiroidectomía inicialmente y, en función del resultado histopatológico definitivo, realizar o no una cirugía de totalización. Por tanto, tendemos a realizar un sobretratamiento del tumor en un primer tiempo, y en algunos casos de totalizaciones. Esto se debe en gran parte por cancerofobia de los pacientes, y en menor medida, por falta de acuerdo entre los profesionales a la hora de aplicar dichas

recomendaciones.