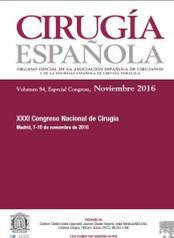




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-063 - CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES. VALORACIÓN DE NUESTROS Resultados

Candel Arenas, Mari Fe; Terol Garaulet, Emilio; Sánchez Cifuentes, Ángela; Martínez Sanz, Nuria; Luján Martínez, Delia; Fernández López, Antonio José; Gallego, María Teresa; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: El carcinoma folicular (CF) se incluye junto con el carcinoma papilar (CP) dentro de los carcinomas diferenciados de tiroides. Aunque en la mayoría de las series se les estudia juntos por sus similitudes, el CF es bastante menos frecuente que el CP y suele tener peor pronóstico.

Objetivos: Revisión de nuestra experiencia en carcinoma folicular de tiroides.

Métodos: En el periodo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2015 se realizaron 1.243 tiroidectomías, de las cuales 189 (14,42%) fueron por cánceres diferenciados, siendo 27 de ellas (14,28%) por CF de tiroides. Se han analizado retrospectivamente sexo, edad, antecedentes familiares, patología tiroidea que indicó la intervención, datos ecográficos de sospecha, PAAF, cirugía realizada, biopsia intraoperatoria (BIO), anatomía patológica definitiva, complicaciones, tratamiento ablativo posterior, recidiva y mortalidad durante el seguimiento.

Resultados: De los 27 pacientes portadores de carcinoma folicular 21 (77,7%) fueron mujeres y 6 (22,3%) hombres, con una edad media de 49,48 (16-74). La indicación de cirugía fue en un 48,14% (13 casos) por nódulo tiroideo, seguida de BMN en el 40,74% (11 casos), en 2 casos (7,40%) por HPT1° asociado a BMN y en un paciente (3,70%) por Graves-Basedow. En el estudio preoperatorio se identificaron signos ecográficos de sospecha en 7 pacientes (25,92%). La PAAF informó de proliferación folicular en 15 casos (55,5%), 7 (25,92%) de los cuales fueron proliferación folicular oncocítica. El resto se distribuyeron entre coloide (29,62%), quiste tiroideo (7,40%) e hiperplasia folicular (7,40%). En el 74,07% (20 casos), la cirugía realizada fue una Tiroidectomía total, mientras que en el resto se practicó una hemitiroidectomía, completándose en todos los casos a una tiroidectomía total, al mes aproximadamente de la intervención. En los 7 pacientes sometidos a hemitiroidectomía se realizó BIO siendo negativa en todos. En 4 pacientes (14,81%), se asoció vaciamiento ganglionar central, encontrando un solo ganglio con micrometástasis en uno de los vaciamientos. La anatomía patológica fue de carcinoma folicular en todos los casos, 12 de ellos (44,44%) fueron etiquetados de carcinoma folicular oncocítico. En 13 pacientes (48,14%), se identificó invasión capsular en más de un punto. Invasión vascular se reconoció en 6 casos (22,22%). Invasión extratiroidea (a músculo), se evidenció en un solo caso (3,70%). El tamaño medio del tumor fue de 2,7 cm (5-1 cm). El 22% (6 casos) de los pacientes presentaron hipoparatiroidismo transitorio y un 8,10% (3 casos) disfonía transitoria. Se realizó tratamiento ablativo en todos los casos. Una paciente (3,70%) falleció a los 2 años por metástasis pulmonares y suprarrenales de carcinoma folicular. No se han registrado más datos de mortalidad ni de recidivas en esta serie, con cifras de tiroglobulina menores de 1 ng/ml, excepto en la

paciente fallecida.

Conclusiones: Aunque nuestra serie de CF es corta, estamos en disposición no recomendar la BIO para diagnosticar CF, por su escaso valor. Es importante conocer los datos angioinvasividad, invasión capsular amplia y afectación extratiroidea como datos de valor pronóstico. Pensamos que para conocer la situación real del CF sería interesante estudiarlo a parte y no junto con el CP.