



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-080 - EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES DURANTE 14 AÑOS EN HOSPITAL COMARCAL

Ponce Villar, Úrsula; Peiró Monzó, Fabián; Carbó López, Juan; Montesinos Melia, Carmen; Planells Roig, Manuel Vicente; Seguí Gregori, Jesús

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La extensión de la cirugía en el carcinoma diferenciado de tiroides continúa siendo tema de controversia. El objetivo del trabajo es evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico, complicaciones, recidivas, tipos de tumor, y otros datos de interés para valorar la evolución de estos pacientes.

Métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de pacientes intervenidos por carcinoma diferenciado de tiroides en 14 años en un hospital comarcal. La muestra es de 79 pacientes (65 mujeres, 14 hombres) con edad media de 46,65 (rango 18-77 años). La presentación fue asintomática en 18 pacientes, 4 síntomas compresivos, 2 hiperparatiroidismo, 2 hipertiroidismo, 2 quiste tirogloso, 11 BMN y 60 nódulo cervical. En cuanto al estado funcional, 52 eutiroides, 11 hipotiroideos, 14 hipertiroideos y 2 con hiperparatiroidismo. Tras ser biopsiados por PAAF, se realizaron 43 tiroidectomías totales, 16 hemitiroidectomías derechas y 9 izquierdas, 9 tiroidectomías subtotales (Dunhill) y 2 paratiroidectomías. En la anatomía patológica de las piezas se encontraron 67 carcinomas papilares (14 variante folicular, 17 microcarcinomas y 36 clásico), 5 foliculares, 4 tipo células de Hürthle y 3 medulares, siendo el tamaño medio de las lesiones 1,8 cm (rango 0,2-4 cm). De estos tumores, 17 casos tenían metástasis ganglionares en la intervención. La mayoría de los tumores fueron no multicéntricos (67), frente a una minoría de 12 multicéntricos.

Resultados: En 18 pacientes que se intervinieron sin un diagnóstico preoperatorio de carcinoma, tuvo que completarse la tiroidectomía de forma diferida, tras el resultado definitivo de la anatomía patológica que los diagnosticaba como carcinoma diferenciado de tiroides. Solamente hubo dos complicaciones postquirúrgicas inmediatas: hipocalcemia transitoria sintomática, y hematoma cervical que requirió drenaje inmediato y traqueotomía temporal. Durante el seguimiento, la tiroglobulina fue patológica sólo en 2 pacientes, y uno mantenía anticuerpos antitiroglobulina elevados siendo la Tg normal. En estos tres casos de elevación de marcadores y en 5 pacientes más que tenían Tg y anticuerpos normales, hubo recidivas ganglionares tras varios años de la cirugía (total 8 pacientes). Actualmente, 67 pacientes permanecen asintomáticos y libres de enfermedad, 2 con hipoparatiroidismo permanente, 1 linfocèle supraclavicular y 1 presenta recidiva ganglionar. La supervivencia a 5 años es del 100% de los pacientes.

Conclusiones: El manejo del carcinoma diferenciado de tiroides se basa principalmente en la cirugía, que debería ser la más completa, siempre que la incidencia de complicaciones sea baja, lo cual se consigue con una técnica meticulosa y cirujanos adecuadamente entrenados. La sobrevida no se relaciona directamente con la extensión de la cirugía, sino con las características biológicas del tumor. Las recidivas locales suponen reintervenciones que pueden tener más complicaciones. En nuestra opinión, la baja incidencia de lesiones de

paratiroides, ausencia de lesiones de recurrentes (dato comparable o inferior a la literatura) y baja tasa de recidivas, nos permite inclinarnos por la tiroidectomía total, linfadenectomía funcional de la cadena yugular del lado afecto y revisiones de los grupos ganglionares recurrentiales, compartimento central y cadena yugular contralateral, siempre que se identifiquen adecuadamente las estructuras en riesgo, seguido de la ablación de restos con Iodo 131.