



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-114 - MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES ASOCIADO A PATOLOGÍA TIROIDEA BENIGNA

Ruiz Pardo, José; Ríos Zambudio, Antonio; Rodríguez González, José Manuel; Febrero Sánchez, Beatriz; Paredes Quiles, Miriam; Soriano Giménez, Víctor; García Zamora, Cristina; Parrilla Paricio, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Objetivos: El microcarcinoma papilar de tiroides (MCPT) es aquel carcinoma papilar que mide ≤ 1 cm. Su incidencia está aumentando considerablemente en los últimos años, sobre todo en pacientes intervenidos por enfermedad tiroidea presumiblemente benigna. El objetivo de este estudio es analizar y comparar las características del MCPT en dependencia de la presencia o no de patología tiroidea benigna.

Métodos: La población a estudio la constituyeron los pacientes con diagnóstico histopatológico de MCPT intervenidos entre 1995 y 2014. Se incluyeron los pacientes con MCPT y ausencia o presencia de solamente una patología tiroidea benigna, y aquellos a quienes se les realizó una tiroidectomía total o una lobectomía inicialmente, siempre y cuando se completara la tiroidectomía en los primeros 6 meses siguientes a la primera cirugía. Se excluyeron los pacientes con cirugía tiroidea previa a la cirugía del MCPT, aquellos con presencia de dos o más patologías tiroideas benignas sincrónicas, con presencia de otras patologías neoplásicas malignas sincrónicas, o con localización ectópica del MCPT. Se compararon 5 grupos: 1 (MCPT sin patología tiroidea benigna acompañante), 2 (MCPT con adenoma folicular), 3 (MCPT con hiperplasia nodular), 4 (MCPT con enfermedad de Graves), 5 (MCPT con tiroiditis linfocítica crónica de Hashimoto). Para el análisis de variables cuantitativas entre más de dos grupos se realizó el análisis de la varianza ANOVA de un factor.

Resultados: De la población a estudio, 127 pacientes con MCPT cumplieron los criterios de selección: 15% ($n = 19$) sin patología benigna acompañante, 5,5% ($n = 7$) con adenoma folicular, 58,3% ($n = 74$) con hiperplasia nodular, 11% ($n = 14$) con enfermedad de Graves y 10,2% ($n = 13$) con tiroiditis de Hashimoto. En cuanto a la edad, únicamente existieron diferencias entre la hiperplasia nodular y la enfermedad de Graves ($50,2 \pm 13$ vs $37,1 \pm 12,6$; $p = 0,013$). El tamaño del MCPT asociado a tiroiditis linfocítica crónica fue mayor que el tamaño del adenoma folicular ($7,9 \pm 1,2$ vs $3,6 \pm 1,3$; $p = 0,001$), de la hiperplasia nodular ($7,9 \pm 1,2$ vs $3,4 \pm 1,9$; $p = 0,007$) y de la hiperplasia difusa ($7,9 \pm 1,2$ vs $3,4 \pm 1,9$; $p = 0,001$). También, el tamaño del MCPT sin patología asociada fue mayor que del adenoma folicular ($7,1 \pm 2,2$ vs $3,6 \pm 1,3$; $p = 0,001$) y de la hiperplasia difusa ($7,1 \pm 2,2$ vs $3,4 \pm 1,9$; $p = 0,001$). En cuanto a la invasión capsular se refiere, existieron diferencias ($p = 0,013$), siendo el MCPT asociado a tiroiditis linfocítica crónica el que más frecuencia de invasión capsular tuvo (23,1% ($n = 3$)). Además, existieron diferencias en cuanto a invasión extracapsular se refiere ($p = 0,036$), siendo más frecuente en el MCPT sin patología tiroidea benigna asociada (31,6% ($n = 6$)), seguido del MCPT asociado a tiroiditis linfocítica crónica (23,1% ($n = 3$)). Por último, destacar que la presencia de adenopatías metastásicas fue mayor (47,4% ($n = 9$)) en el MCPT sin patología tiroidea benigna asociada ($p = 0,001$).

Conclusiones: El MCPT sin patología tiroidea benigna acompañante presenta características histopatológicas más agresivas, como la invasión extracapsular y la presencia de adenopatías metastásicas. El MCPT asociado a hiperplasia nodular tiene lugar en pacientes más mayores y el MCPT asociado a enfermedad de Graves en pacientes más jóvenes. Por último, el MCPT asociado a tiroiditis linfocítica crónica presenta un mayor tamaño tumoral y una mayor frecuencia de invasión capsular.