



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.