



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-126 - MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Pino Díaz, Verónica; Rubio Manzanares, Mercedes; Carmona Moreno, Beatriz; Martos Martínez, Juan Manuel; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El microcarcinoma papilar tiroideo (MPT) se define por la OMS como aquel ≤ 10 mm. El significado clínico de los microcarcinomas papilares de tiroides sigue siendo controvertido. La alta prevalencia en autopsias e incidental en tiroidectomías por patología benigna sugieren un comportamiento clínico indolente. Sin embargo, algunos desarrollan metástasis ganglionares o a distancia y recurrencia locorregional.

Objetivos: Analizar las diferencias de comportamiento biológico entre los MPT incidentales y los diagnosticados preoperatoriamente.

Métodos: Estudio epidemiológico observacional descriptivo y analítico de una cohorte retrospectiva desde 2000 a 2018 intervenidos en nuestro centro. Se evaluaron características clínicas, histopatológicas, persistencia, recurrencia y afectación metastásica.

Resultados: El MPT representa un 30,94% (160 pacientes) del total de los carcinomas papilares tiroideos intervenidos en el periodo. El 78,1% fueron mujeres y la edad de presentación media al diagnóstico fue de $52,14 \pm 12,86$ años. De los 160 pacientes, 18 (11,25%) se diagnosticaron preoperatoriamente y el 88,75% fueron incidentales. 10 pacientes (6,25% de los 160 totales, 55,55% de 18 diagnósticos preoperatorios) demostraron a la exploración adenopatías palpables en el momento del diagnóstico. El 80,63% presentaban una patología tiroidea asociada. La ecografía solo mostró sospecha de carcinoma en 35 pacientes. Se llevó a cabo PAAF en 108 pacientes (67,5%) que según la clasificación de Bethesda, resultaron: I (10 pacientes), II (58), III (19), IV (7), V (9), y VI (5). La tiroidectomía total fue la técnica más empleada (100 pacientes, 62,5%). Hubo 9 pacientes (5,62%) en los que además de TT se realizó VGC, 12 (7,5%) en los que se amplió a TT más VGC más VGIL, y 2 (1,25%) en los que la técnica completa fue TT más VGC más VGB. 15 pacientes (9,37%) se sometieron a HT y otros 15 (9,37%) fueron HT más TT de totalización. El tamaño medio de los carcinomas en la pieza quirúrgica fue de $5,04 \pm 3,02$ mm. El 30,6% fueron multifocales. El tiempo medio de seguimiento fue de 59,28 meses. En 14 pacientes (8,75%) hubo persistencia de tiroglobulina (Tg) alta tras la cirugía y el tratamiento complementario y 9 pacientes (5,62%) presentaron recidiva. 154 pacientes estaban vivos y libres de enfermedad al final del periodo de seguimiento. En el análisis inferencial, los hallazgos más relevantes fueron: la edad más joven al diagnóstico de carcinoma preoperatorio, el mayor tamaño tumoral en los diagnosticados preoperatoriamente, el mayor tamaño en los tumores multicéntricos preoperatorio y su asociación significativa con adenopatías metastásicas en MCPT diagnosticados preoperatoriamente.

Conclusiones: El MPT puede descubrirse de manera incidental o detectarse antes de la intervención, con motivo de un nódulo o una adenopatía palpable o metástasis a distancia. Aunque tiene un pronóstico en general excelente, con tasas de mortalidad inferiores a un 3% a 20 años después del tratamiento quirúrgico, puede dar lugar a morbilidad significativa por metástasis a distancia y/o recidivas regionales. Su tratamiento ideal está en controversia, dada la ausencia de estudios con evidencia suficiente sobre el tratamiento más adecuado y el valor del seguimiento sin cirugía en los MPT de bajo riesgo diagnosticados preoperatoriamente.