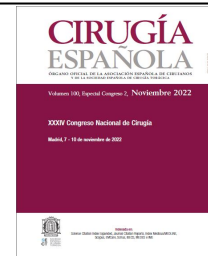




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

OR-030 - SCORE PREDICTOR DE PERSISTENCIA DE ENFERMEDAD EN EL CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES: MÁS ALLÁ DEL ESTUDIO MECANO

Payno Morant, Elena¹; Juez Saez, Luz Divina¹; Mercader, Enrique²; Amunategui, Iñaki²; Febrero, Beatriz³; Rodríguez, Jose³; Arranz Jiménez, Raquel¹; Gómez Ramírez, Joaquín⁴

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ³Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El carcinoma medular de tiroides (CMT) corresponde a un 1-2% de los tumores de la glándula. Presenta unas características que lo diferencian del cáncer papilar: mayor agresividad, diseminación linfática frecuente y precoz, y un marcador específico (la calcitonina). El arsenal terapéutico es más limitado, y la cirugía precoz y agresiva representa el tratamiento de elección. El objetivo del estudio es identificar los factores relacionados con persistencia de enfermedad tras la cirugía y predecir el riesgo mediante un score.

Métodos: Realizamos un estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo, con pacientes de 29 hospitales españoles. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años intervenidos por CMT y con una cirugía mínima de tiroidectomía total con linfadenectomía compartimento central (con extirpación de al menos 4 ganglios). La disección lateral se realizó en función del protocolo de cada centro. La enfermedad demostrada en imagen, histología o citología durante los primeros 6 meses tras la cirugía se consideró persistencia estructural. En ausencia de persistencia estructural, niveles elevados de calcitonina (> 10 pg/ml) en dicho periodo se consideraron persistencia bioquímica.

Resultados: Se incluyeron 239 pacientes. El 41,8% presentó persistencia de la enfermedad, 36,8% bioquímica y 5% estructural. A partir del análisis multivariante de factores pronósticos, se realizó un score de predicción de riesgo de persistencia global (estructural o bioquímica) y bioquímica tras la cirugía, con un AUC de 0,81, IC95% (0,75-0,87), y de 0,80, IC95% (0,75-0,86), respectivamente (fig.). Dicho score incluye el estadio T3/T4 o N1b, el ratio ganglios positivos/ganglios totales (RG), la multifocalidad y el número de ganglios sospechosos en la ecografía prequirúrgica (NGS) (tabla).

Regresión logística multivariante: factores de riesgo persistencia

Persistencia

Persistencia BQ

Univariante

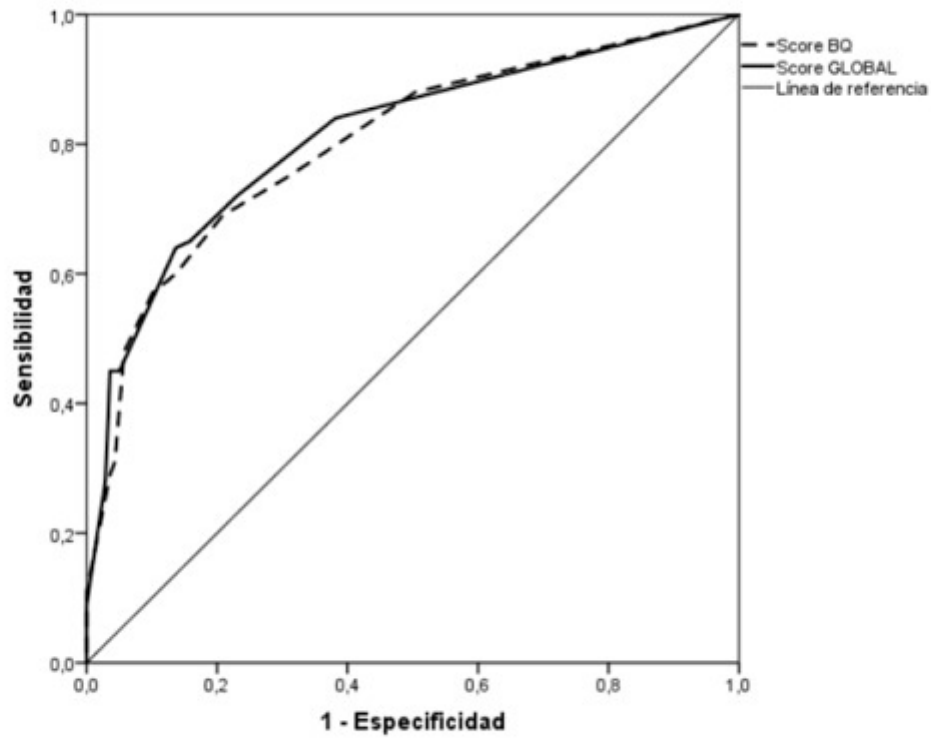
Multivariante

Univariante

Multivariante

OR (IC95%)	p	OR	p	OR	p	OR	p
NGS	7,99 (4,44-14,36)	0	2,6 (1,2-5,5)	0,011		0,958	
T3/T4	4,53 (2,3-8,8)	0	2,66 (1,2-5,0)	0,016	4,19 (2,1-8,3)	0	2,77 (1,3-6,1) 0,011
N1b	8,59 (4,7-15,7)	0	3,29 (1,6-7)	0,002	6,95 (3,8-12,9)	0	4,5 (2,3-8,6) 0
Multifocalidad	1,97 (1,16-3,35)	0,012			2,14 (1,2-3,7)	0,007	
RGP/GT							
> 0,3	1	0,000	1	0,039	1	0,000	1 0,013
0,31-0,59	7,8 (3,4-16,2)		2,78 (1,2-6,6)		6,65 (3,1-14)	0,000	3,18 (1,4-7,3) 0,007
> 0,6	14,3 (3,1-67)			0,02	10,64 (2,2-51,9)	0,003	3,73 (0,7-21) 0,135

Fig.1 Curva COR con la representación del score predictor de persistencia de enfermedad a los 6 meses.



AUC Score GLOBAL 0.812 IC95% (0.75-0.87); p=0.000
AUC Score BQ 0.803 IC95% (0.75-0.86); p=0.000

Conclusiones: El estadio N1b, el RG, el estadio T3/T4, la multifocalidad y el NGS se asociaron a mayor riesgo de persistencia global. El *score* propuesto pretende identificar a los pacientes con mayor riesgo, que se beneficiarían de un seguimiento más estrecho, y consecuentemente, adecuar la actitud terapéutica.