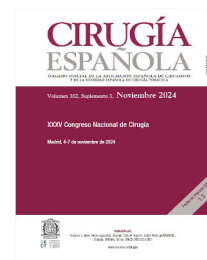




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-027 - ¿DEBERÍAMOS ABANDONAR EL TÉRMINO CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES?

de Miguel Palacio, Maite; Lorente Poch, Leyre; Rodríguez González, Juan Pablo; Qiu, Kaien; Sancho Insenser, Juan José

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: El término carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) ha sido ampliamente utilizado incluyendo el carcinoma papilar (CPT) y folicular (CFT) de tiroides y tanto en la literatura como en las guías se han abordado de forma conjunta. Sin embargo, existen diferencias en su presentación, estrategia diagnóstica, táctica quirúrgica y evolución. El objetivo del trabajo es analizar las diferencias entre el CPT y CFT con la intención de replantear si debemos seguir unificando el manejo de ambos tumores.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo analizando 512 CDT. Se excluyeron del análisis pacientes con carcinomas insulares, oncocíticos, pobremente diferenciados u operados inicialmente en centro externo, incluyendo 375 pacientes en el análisis. Se analizaron las variables demográficas, clínicas y pronósticas, así como se realizaron curvas de supervivencia (Kaplan-Meier *log-rank*).

Resultados: Los pacientes con CPT (n = 341) fueron más jóvenes al diagnóstico que los CFT (n = 34) (47 ± 15 vs. 53 ± 19 años; $p = 0,026$), la proporción de hombres fue similar (32,4 vs. 21,1%; $p = 0,132$). Las metástasis al diagnóstico fueron más frecuentes en el CFT que en el CPT (18,8 vs. 1,8%, $p < 0,001$) y el diámetro tumoral fue significativamente mayor en el CFT (25 ± 17 vs. 32 ± 28 mm; $p < 0,001$). La linfadenectomía lateral fue realizada más frecuentemente en el CPT (26,8 vs. 0%; $p < 0,0001$), así como la central (83,7 vs. 13,5%, $p \leq 0,001$). No observamos diferencias en complicaciones (CPT 41,8 vs. CFT 29%, $p = 0,165$). Se administró radioyodo más frecuentemente en el CFT (67,7 vs. 47%; $p = 0,027$). El seguimiento medio fue $9,7 \pm 7$ años. Tras una media de seguimiento de $10,3 \pm 8,1$ años en el CPT y de 12 ± 9 en CFT ($p = 0,754$), 39 pacientes mostraron una recidiva tumoral cervical o a distancia. Los pacientes con CFT presentaron más recurrencia (18,8 vs. 9,9%; $p = 0,119$), recidiva recurrente (9,4 vs. 3,3; $p = 0,113$) y más metástasis (18,8 vs. 2,7%; $p < 0,001$). La recidiva cervical no ganglionar fue menos prevalente en el CPT (1,5 vs. 9,4%; $p = 0,025$). El tiempo medio hasta la recidiva globalmente fue de 55 meses de mediana (RIC 18-105 meses) en el CPT y de 33 meses (RIC 10-39 meses) en el CFT. La mitad de pacientes con CFT siguen vivos sin recurrencia frente al 72,7% en los que presentaron CPT. La proporción de pacientes con muerte relacionada con la enfermedad fue mayor en el CFT (17,6 vs. 1,2% en CPT).

Conclusiones: Las diferencias entre el CPT y el CFT son de tal magnitud que planteamos abandonar el término CDT. Consideramos que ambos tumores deberían analizarse por separado

tanto en la investigación como en las guías clínicas.