



100 - ¿PUEDE SER ÚTIL LA MUTACIÓN BRAF PARA DECIDIR EL TRATAMIENTO EN MICROCARCINOMAS PAPILARES DE TIROIDES?

R. Revuelta Sánchez-Vera¹, J. Sastre Marcos¹, Y. Campos-Martín², S. Aso Manso², J. Lesaga Llopis³, J. Medina Rodríguez³, M. Gorosabel³, B. Martínez Mulero¹, A. Cruz Gordillo¹ y A. Castro Luna¹

¹Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Toledo. ²Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Toledo. ³Cirugía general. Hospital Universitario de Toledo.

Resumen

Introducción: La vigilancia activa se ha propuesto como una alternativa para el tratamiento de los microcarcinomas papilares de tiroides (MCPT) sin características de alto riesgo (sin adenopatías, extensión extra tiroidea o metástasis a distancia).

Objetivos: Valorar si la presencia de la mutación BRAF V600E puede ayudar a seleccionar los pacientes con MCPT para tratamiento conservador.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 120 MCPT (tumores ≥ 1 cm) operados en un hospital de tercer nivel (2006-2021) y en los que se ha realizado estudio molecular para mutación BRAF. Se han comparado las características clínicas y de resultados finales entre el grupo sin mutación (WT) y el grupo con mutación (BRAF). Se ha realizado un análisis multivariante (regresión cox) para analizar si la presencia de mutación BRAF es un factor independiente de recidiva.

Resultados: La cohorte estudiada (19,2% varones) tenía una media de tiempo de seguimiento de 106 ($\pm 55,9$) meses y media de edad al diagnóstico 45,6 ($\pm 14,1$) años. La prevalencia de mutación BRAF fue del 47,5%. En el análisis univariante no existieron ninguna diferencia en las características de riesgo entre grupo WT y el grupo BRAF. No hubo diferencias en el porcentaje de recidiva (9,5% WT vs. 10,5% BRAF p:0,8) ni en la respuesta excelente final (82,3% WT vs. 82,4% BRAF, p:0,99). En el análisis multivariante solo la edad menor de 35 años (HR 3,8, IC95% 1,01-14,3, p 0,05) y la presencia de metástasis a distancia (HR 24, IC95% 1,8-313, p 0,05) fueron factores independientes para recidiva. En el subgrupo de MCPT de bajo riesgo (sin adenopatías, ETE ni metástasis, n: 80) con una prevalencia de mutación BRAF del 43%, esta tampoco fue un factor asociado a más recidiva.

Conclusiones: En nuestra cohorte de MCPT la presencia de mutación BRAF no es un factor de riesgo independiente para recidiva, no discrimina un grupo de más riesgo de recurrencia y no debería condicionar el abordaje terapéutico inicial.