

TOR016

MICROCARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES: REVISIÓN DE 64 CASOS

BOSTICO, Silvana², SUBIES, Fabiana¹, MUSICH, María², CROSETTO, Julieta¹. LOPEZ, Florencia¹, SABELLI, Verónica^{1,2}, STORANI, María Elena^{1,2}
Sector Endocrinología Hospital Central de San Isidro. Av Santa Fe 431(1642) San Isidro. Centro Médico Libertador. Av Del Libertador 15328(1640) Acassuso.2

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La importancia clínica del microcarcinoma diferenciado de tiroides (MCDT) es aún poco clara. Puede ser una patología indolente, descubierta en forma incidental y con excelente pronóstico o puede estar asociada a recurrencia, metástasis y mortalidad. Por este motivo el manejo es controversial y han sido propuestos tanto la observación como la tiroidectomía parcial o total, con o sin radioablación. En este trabajo retrospectivo nos proponemos:
1.Describir las características del MCDT en una cohorte de pacientes tratados con tiroidectomía total. 2.Determinar el estatus de enfermedad en pacientes con más de 12 meses de seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de 64 pacientes adultos con diagnóstico de MCDT y tratados con tiroidectomía total (2001-2015). Se analizaron las características clínicas, de laboratorio, quirúrgicas, histopatología, radioablación y seguimiento. Los datos se expresan como media \pm desvío estándar. Para la evaluación de la dependencia de variables cualitativas se usó el test de chi cuadrado o exacto de Fisher.

RESULTADOS: De los 64 pacientes, 49 eran mujeres y 15 varones. La edad promedio fue de $46,8 \pm 11$ años (r:20-65). (>45 años: 38 y <45 años: 26). El 11 % tenían antecedentes familiares de CDT. La forma de presentación de 3/64 fue una adenopatía cervical.

El 73% eran eutiroideos, 25% hipotiroideos y 2% hipertiroideos. 8/64 tenían ATGUS.

El tamaño promedio fue de $6,9 \pm 2,6$ mm (r:2-10). En 20/64 los MCDT fueron un hallazgo incidental en cirugía por bocio con una \bar{X} de 5 mm y en 44/64 fueron diagnosticados por punción patológica con una \bar{X} de 7,5mm.

El 28% fueron multifocales (MF) y de éstos el 65 % bilaterales. Se detectó extensión extratiroidea (EE) en 9% de los casos.

De los 64 MCDT, 63 fueron papilares: variante clásica 77%, folicular 14,5%, tall cell 5%, oncocítica 1,5% y mixtos 3%. Uno fue un Ca folicular a células de Hürthle.

Se realizó el vaciamiento ganglionar al 39% de los pacientes y fue positivo en el 44% (17% de la muestra).

De acuerdo al TNM, 60/64 tumores eran T1 (96%) y 4/64 eran T3. 11pacientes fueron N1.

El 92% de los pacientes estaban en Estadío (E) 1 y el 8% en E 3 y 4.

El riesgo de recurrencia fue bajo/muy bajo en el 90%, intermedio en el 10%, y alto en un paciente.

Se realizó radioablación a 49/64 pacientes. Se usaron dosis de 30, 100 y 150 mCi. El 63% recibió una dosis única de 100.

La TG preablación (TGP) fue > de 10ng/ml en el 21% de los pacientes. De los 8 pacientes que tenían ATGUS positivo, 6 los normalizaron en el seguimiento.

De los 53 pacientes seguidos más de 12 meses ($\bar{X}55\pm38$ meses; r:6-180), el 91% estaban libres de enfermedad (LE) y 9% con persistencia bioquímica (PB) y/o estructural (PE).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Los MCDT incidentales fueron de menor tamaño y únicos. Las variantes más agresivas se asociaron a edad > 45 años y autoinmunidad negativa. La EE se asoció a edad >45 años, tamaño >6mm y N1.

Los 3 pacientes que tuvieron como forma de presentación una adenopatía sin evidencia de enfermedad intratiroidea maligna, fueron variantes tall cell. En esta revisión los casos con antecedentes familiares no evolucionaron agresivamente.

Los pacientes con N1 se asociaron a MF, diagnóstico no incidental, > de 6mm. No se relacionaron a PB/PE.

La TGP >10 ng/ml se asoció a diagnóstico no incidental y a PB/PE. Al final del seguimiento el 91% de pacientes estaban LE confirmando el excelente pronóstico de esta patología. La única variable asociada a PB/PE fue la TGP >10 ($p < 0,05$).

Debido a que el rango de seguimiento fue muy amplio (15 años), la mayoría de los pacientes fueron tratados con tiroidectomía total y radioablacionados. Los nuevos consensos sugieren cambios en el tratamiento del MCDT. Por eso creemos que debemos identificar en cada caso los factores pronóstico asociados con un comportamiento indolente o agresivo para definir la conducta terapéutica ideal de pacientes con microcarcinomas.