

ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 42 CASOS CON CARCINOMA EN QUISTE TIROGLOSO.¿ ES DE UTILIDAD LA TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA?

STORANI, María Elena; VAZQUEZ, Adriana; ALCARAZ, Graciela; GAUNA, Alicia; GUTIERREZ, Silvia y Miembros del Departamento de Tiroides de SAEM.
Sector Endocrinología Hospital San Isidro; Grupo de Trabajo Tiroides de la División Endocrinología del Hospital Durand; Coordinadora del grupo de trabajo Tiroides de la División Endocrinología del Hospital Durand; Jefa de la División de Endocrinología del Hospital Ramos Mejía; Consultora de la División de Endocrinología del Hospital Durand.

Introducción y Objetivos: El carcinoma diferenciado de tiroides en quiste tirogloso (CaQT) es una rara entidad. En diferentes series de pacientes (pac) operados por quistes tiroglosos su prevalencia fue del 0,7 al 3,2 %. Existe consenso sobre la extirpación del quiste por el procedimiento de Sistrunk, no así sobre la indicación de tiroidectomía total (TT) profiláctica y/o radioablación (RAI).

El objetivo del Departamento de Tiroides de SAEM fue evaluar: formas de presentación, coexistencia con cáncer intratiroideo sincrónico, evolución clínica prequirúrgica y métodos diagnósticos utilizados. Analizar los tratamientos efectuados y evolución posterior a los fines de considerar la utilidad de la TT profiláctica.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo en 42 pac de 10 a 69 años, 34 mujeres y 8 varones que recibieron distintas modalidades terapéuticas a criterio del médico tratante a lo largo de 41 años. Análisis estadístico: Test exacto de Fischer (2 colas).

Resultados: El tamaño de los quistes (n= 35/42) osciló entre 5 y 80 mm (X= 25 mm). La mitad de los pac presentó crecimiento del quiste en los 6 meses previos a la cirugía. En 8/17 quistes la PAF fue compatible con atipia. La histología del CaQT demostró Carcinoma Papilar (CaP) en 41 y Carcinoma Folicular en 1. Seis pac presentaron extensión extraquística del CaQT (macroscópica en 3) con CaP tiroideo sincrónico (CaPTs) en 2 de ellos. Nueve pac presentaron metástasis ganglionares. La Ecografía Tiroidea evidenció nódulos en 15/30 casos. Treinta y tres/42 pac fueron tiroidectomizados (32 Totales y 1 parcial). Hubo coexistencia de CaPTs en 11/32 (34%), todos < 2 cm (10/11 micro CaP), se desconoce la AP del paciente con TP. La prevalencia de CaPTs en TT indicada por parámetros clínicos y/o ecográficos: 9/14 (64.3%) vs. la hallada en TT Profiláctica: 2/18 (11.1%) fue estadísticamente significativa, p < 0.028. Se hallaron dos adenomas uno en cada grupo. Se radioablacionó a 27 pacientes. En 35 pac se pudo establecer el riesgo inicial de recurrencia: Bajo=27; Intermedio=6 y Alto=2. Se dispone de resultados de Tg en 20 pac con TT, en 16 permaneció indetectable y en 4 persistió elevada. La respuesta al tratamiento inicial fue: Excelente en 27 pac, Persistencia Bioquímica en 1 y Estructural en 3. Dos de los 4 pac con evolución desfavorable tenían coexistencia de CaPTs (ambos microCPT). La mediana de seguimiento fue de 57 m (r=6-168 m). A tiempo final, la evolución fue: libre de Enfermedad en 27 pac, el paciente con persistencia bioquímica presentó descenso de Tg sin enfermedad estructural y 2 pac fallecieron (uno, causa específica). En 12 pacientes no se tiene evolución final. Siete de los 9 pac con Sistrunk no tiroidectomizados se encontraban libres de enfermedad (X de seguimiento= 57 m, r=12-156 m), en 2 no hay datos evolutivos.

Comentarios y Conclusiones: 1) El hecho de que esta recopilación abarque un periodo tan extenso supone diferencias en la disponibilidad y precisión de los métodos diagnósticos empleados. La evaluación clínica y ecográfica prequirúrgica orientó el diagnóstico de cáncer intratiroideo, ya que la frecuencia del mismo fue significativamente mayor cuando se detectó nódulo tiroideo y/o ADP, que la encontrada en TT realizadas sin hallazgos tiroideos sospechosos. En base a nuestros resultados, no sugerimos la TT profiláctica simultáneamente con el procedimiento de Sistrunk. En todo caso, el eventual subdiagnóstico no parecería tener mayor implicancia clínica a largo plazo, en vista de la evolución favorable que presentaron los pac a los que sólo se les realizó Sistrunk y los 2 pac con CaPTs hallados en las TT profilácticas. 2) En caso de sospecha y/o confirmación de CaPTs o ADP metastásica realizar simultáneamente Sistrunk y TT con disección

compartimental si correspondiera. 3) Efectuar el seguimiento en función del riesgo basal y respuesta al tratamiento inicial de manera similar a los carcinomas ortotópicos.