



<https://www.revclinesp.es>

## V-068 - ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA

*M. Torres Bernal<sup>1</sup>, C. García Lobato<sup>2</sup>, M. Rabadán López<sup>1</sup>, R. Rostro Gálvez<sup>1</sup>, N. de Armas Conde<sup>3</sup>, F. Da Mata Alves<sup>1</sup>, A. Montaño Martínez<sup>1</sup> y J. Díaz Pérez de Madrid<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Endocrinología; <sup>3</sup>Cirugía general y coloproctología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz (Badajoz).

### Resumen

**Objetivos:** De todos los tumores, el carcinoma tiroideo es poco frecuente, siendo la variedad papilar la más diagnosticada, con lenta evolución y alta curación. Analizamos las características de pacientes con dicho diagnóstico y valoramos su correspondencia con la epidemiología descrita. Conocer qué pruebas diagnósticas y tipo de tratamiento son más frecuentes y la prevalencia de hipoparatiroidismo post-quirúrgico. Planteamos la hipótesis de si existe asociación entre el tipo de tratamiento dado y una posterior recidiva.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 1990 a 2014, con una muestra de 75 pacientes diagnosticados de carcinoma papilar de tiroides durante 14 años en una consulta de Endocrinología.

**Resultados:** De los 75 pacientes incluidos, sólo 71 conforman la muestra final (4 perdidos en el seguimiento). El sexo predominante es el femenino, con 79% (56) de mujeres y 21% (15) de varones. Al ser una distribución no normal, la mediana de edad para las mujeres es 40,5 años [19-74] y para los hombres 37 años [13-57]. Estudiamos las pruebas diagnósticas, descartando 30 de los 71 pacientes (carecemos de los datos). De los 41 pacientes válidos, el 90,2% es diagnosticado por ecografía de cuello más punción aspiración por aguja fina (PAAF), el 4,9% mediante PET-TC y PAAF, el 2,4% por TC y PAAF y el 2,4% restante por otras pruebas. El 81,7% (58) fue tratado mediante tiroidectomía total más dosis de ablación con yodo radiactivo ( $I^{131}$ ), al 14,1% (10) se les realizó tiroidectomía total sin ablación; la hemitiroidectomía del lóbulo afecto sólo se realizó en 2,8% (2) y en 1 paciente se optó tratamiento conservador. La existencia de hipoparatiroidismo posquirúrgico, solo se pudo calcular en 43 de los 71 pacientes (datos perdidos al ser diagnosticados antes del 2003). El 51,2% (22) no presentó hipoparatiroidismo, el 25,6% (11) presentó hipoparatiroidismo definitivo con necesidad de suplemento de calcio y/o vitamina D y el 23,3% (10) restante mostró hipoparatiroidismo transitorio. Respecto al seguimiento, se han estudiado los niveles hormonales tras tratamiento sustitutivo (levotiroxina). El 67,6% (48) presenta hipertiroidismo subclínico, el 16,9% (12) están eutiroideos, 12,7% (9) muestra hipertiroidismo primario y el 2,8% (2) tiene hipotiroidismo subclínico. Analizamos los niveles de tiroglobulina (Tg), con punto de corte en 0,2 ng/ml. El 77,5% (55) mostraba niveles menores a 0,2 ng/ml, el 19,7% (14) tenía Tg mayor al corte y los niveles del 2,8% (2) restante son desconocidos. Del total, un 87,3% (62) no necesitaron un nuevo tratamiento frente al 12,7% (9) que sí lo precisaron. Mediante el test exacto de Fisher se obtiene una significación exacta bilateral de 0,42, por tanto, no influye el tipo de tratamiento administrado al diagnóstico con la necesidad de re-tratar por recidiva.

*Discusión:* Predomina el sexo femenino y la mediana de edad al diagnóstico menor de 45 años. Concuerda con lo descrito que la prueba diagnóstica principal es la ecografía de cuello más PAAF. La mayoría de los pacientes son tratados con tiroidectomía total y ablación con radioyodo siguiendo las anteriores recomendaciones. Así mismo se sigue la tendencia de baja frecuencia de hipoparatiroidismo definitivo post-quirúrgico. Predomina la tirotropina suprimida y destacamos que se mantiene más tiempo del recomendado por las guías. Solo el 19,7% muestran  $Tg > 0,2 \text{ ng/ml}$  (anticuerpos negativos) y de ellos tienen restos tiroideos el 35,7% (5).

*Conclusiones:* No se cumple la hipótesis planteada posiblemente porque la necesidad de re-tratamiento está determinada por las características anatomopatológicas del tumor y por su grado de extensión.