**P 19**

**VIGILANCIA ACTIVA EN MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: ¿CUÁNTOS PACIENTES PODRÍAN HABER EVITADO CIRUGÍA?**

Marisol García Mora4, Hernán Tala Jury4, Ingrid Plass del Corral2, Eleonora Horvath3, Jeannie Slater Morales1, Paulina González Mons3, Carolina Whittle Pinto3, Arturo Madrid Moyano3, Felipe Capdeville Fuenzalida2, Hugo Rojas Pineda2, Fabio Valdés Gutiérrez2, Ricardo Rossi Fernández2, Juan Pablo Niedmann Espinosa3, Sergio Majlis Drinberg4  
1Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Alemana, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, 2Unidad de Cirugía de Cabeza y Cuello, Departamento de Cirugía, Clínica Alemana, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, 3Departamento de Imágenes, Clínica Alemana, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, 4Unidad de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna Clínica Alemana, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

**Objetivos:**

1) Determinar la proporción de pacientes con microcarcinoma papilar de tiroides (mCPT) que reúne criterios para vigilancia activa según las características ecográficas (US) preoperatoria y edad. 2) Determinar la correlación de dichos criterios con hallazgos en anatomía patológica (AP) post cirugía posiblemente asociados a mayor riesgo en la evolución del mCPT

**Diseño:**

Estudio retrospectivo descriptivo

**Material y Métodos:**

Se incluyeron 144 pacientes sometidos a cirugía por mCPT entre 2013-2016, con información completa de US de estadificación (US) y AP y cuyo mCPT medía ≤1cm en US. Se clasificaron según criterio ecográfico en 1) “ideal” si presentaba un mCPT único, bien definido, ≥2 mm de la capsula, sin tiroiditis marcada, sin sospecha de extensión extratiroidea (EET) ni de metástasis ganglionar (N1); en 2) “inapropiado” si era subcapsular posterior, riesgo intermedio o alto de compromiso traqueal, sospecha de EET o N1; y en 3)“aceptable” si no reunían los criterios antes descritos. Posteriormente se reclasificaron incluyendo edad a los criterios ecográficos: > 60 años (ideal); 60-18 años (aceptable) y < 18 años (inapropiado). Se correlacionaron los criterios ecográficos con parámetros en AP que pudieran asociarse a mayor riesgo en la evolución del mCPT: histología agresiva (Hx-Ag), presencia de EET o de N1 significativa (>2 mm o > de 5 linfonodos). Se evaluó la capacidad de discriminación de los distintos criterios con test de Fisher (TF). Se evaluaron otros factores que pudieran asociarse con dicho riesgo (edad, tamaño del mCPT en US, sexo) de manera univariada (TF) y multivariada (regresión logística)

**Resultados**

De los 144 pacientes, 121 (84%) eran mujeres, edad promedio 42 años (12-70). En la US el tamaño promedio del mCPT fue 6,6 mm (3-10). En 43/144 pacientes (30%), se presentó alguna de las características de AP de potencial riesgo. Específicamente, en 11/144 (6.7%) hubo Hx-Ag, en 37/144 (25%) EET, y en 17/144 (12%) N1 significativo. En la tabla se resume los principales hallazgos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Total n=144 | Criterio ecográfico + edad | Solo criterio ecográfico | \*Presencia de AP de riesgo |
| Ideal “n” pacientes (%) | 0/144 | 7/144 (5%) | 0/7\*\* |
| Aceptable “n” pacientes (%) | 88/144 (61%) | 84/144 (58%) | 16/84 (19%) |
| Inapropiado “n” pacientes (%) | 56/144 (39%) | 53/144 (37%) | 27/53 (50%) |

\*N1 significativo o EET o Hx-Ag

\*\* p<0.05

De los 16 pacientes con AP de riesgo en el grupo aceptable, 10 presentaron EET menor con borde (-), 4 presentaron N1 de bajo volumen (≤ 7mm) y 4 Hx-Ag. No hubo otra variable asociada con la presencia de elementos en AP considerado de mayor riesgo.

**Conclusión:**

La vigilancia activa se puede plantear en al menos la mitad de pacientes sometidos a cirugía por mCPT. Los criterios ecográficos actualmente sugeridos son de utilidad para predecir la probabilidad de presentar factores en la AP posiblemente asociados a un mayor riesgo en la evolución del mCPT.

**Financiamiento:** Sin financiamiento