**P 106  
PONGÁMONOS DE ACUERDO, ¿EL TAMAÑO IMPORTA? REPORTE PRELIMINAR DE RESULTADOS DE PAF EN NÓDULOS TIROIDEOS >3 CM**  
Claudio Lagos Cárcamo1, Carolina Herrera Apostolidis2, Francisco Cruz Olivos2  
1Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Hospital Clínico Universidad Católica de Chile

Es conocido el aumento de cáncer tiroideo (CT) durante los últimos 20 años, explicado en parte importante por la aparición de herramientas más disponibles y fáciles de aplicar, como la ecografía (US) y la PAF. La evidencia sugiere que el tamaño nodular es irrelevante, hecho controversial y no bien demostrado hasta ahora.

**Diseño:**

Análisis retrospectivo de todas las PAF de nódulos tiroideos (NT) >3 cm realizadas entre 2010 y 2015 en un centro.

**Metodología:**

Se revisaron las citologías de 452 PAF de NT >3cm, informadas por 4 patólogos especialistas en tiroides, se clasificaron según Bethesda (Bt). Se vio seguimiento y biopsias quirúrgicas (Bx) de todos los NT operados de este grupo para confirmar diagnóstico. Se calculó la distribución de histologías de todos los catalogables como malignos. Se conformó este último grupo con estos criterios: Bt 6; linfoma (Lf) con citometría de flujo confirmatoria; Bt 1-5 con Bx definitiva de Ca papilar (CPT), Ca folicular (CFT), mixto, Ca anaplástico (CAn) o medular. Se hicieron los cálculos estadísticos con SPSS 19.

**Resultados:**

Según grupo, los resultados fueron los siguientes (con respecto al total)

Bt 1: 48 NT (10,6%). Operados 6 (3 por estética, 1 síntoma compresivo, 1 por duda diagnóstica, 1 por CPT en otro NT), todos con Bx negativas.

Bt 2: 290 NT (64,1%). Operados 37 (6 por síntomas compresivos, 31 por estética). Se obtuvo 7 lesiones malignas (8 CPT, 1 CFT).

Bt 3: 24 NT (5,3%). Operados 10, 2 malignos (1 CPT, 1 CFT)

Bt 4: 37 NT (8,2%). Operados 16, 2 sólo observación (uno por MTT pulmonares de CT pobremente diferenciado), 12 malignos. Los 19 restantes sin seguimiento en la institución.

Bt 5: 9 NT (2%). Operados 2 (1 CPT y 1 Lf)

Bt 6: 44 NT (9,7%). 26 con seguimiento en la institución, 21 operados (todos con histología y PAF concordantes), 1 CPT metastásico, 1 Ca páncreas terminal concomitante, 3 CAn avanzados. Los 18 restantes sin seguimiento institucional.

Según lo descrito, se obtuvo un total de 76 NT malignos (16,6% [13-20]). La distribución de sus histologías fue la siguiente [IC 95%]:

-CPT: 46 NT; 60,5% [50-71,1]

-CFT: 11 NT; 14,5% [6,8-22,4]

-CPT variante folicular: 2 NT; 2,6% [0-6,6]

-CAn: 6 NT; 8% [2,6-14,5]

-Lf: 9 NT; 12% [5,3-19,7]

-Medular: 1 NT; 1,3% [0-3,9]

-Mixto (CAn+CPT): 1 NT; 1,3% [0-3,9]

Se encontró una diferencia significativa entre las medias del tamaño entre CPT-anaplástico (37,8cm [35,3-40,8] vs 60,7cm [38,2-90,9]; p<0,05) y CPT-linfoma (37,8cm [35,3-40,8] vs 60,6 cm [44,8-81,6]; p<0,05).

**Conclusiones:**

Series bien diseñadas reportan tasas generales de CT entre 4-6%. En NT >3 cm podría haber una tasa mayor, aunque faltan más datos para aseverar esto con propiedad.

No obstante, se aprecia una distribución histológica muy diferente en el grupo >3cm a lo reportado en el grupo de NT sin discriminar por tamaño, según lo publicado en nuestra institución previamente. Asimismo, hay una diferencia significativa entre el tamaño de presentación promedio de CPT y Lf/CAn en este grupo.