**P 138
RIESGO DE METÁSTASIS CENTRALES EN PACIENTES CON CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES Y LINFONODOS CON PATRÓN ECOGRÁFICO INDETERMINADO EN ESTUDIO DE ETAPIFICACIÓN**
Hernán Tala Jury4, Ingrid Plass del Corral1, Eleonora Horvath2, Paulina González Mons2, Carolina Whittle Pinto2, Juan Pablo Niedmann Espinosa2, Felipe Capdeville Fuenzalida3, Arturo Madrid Moyano3, Hugo Rojas Pineda3, Fabio Valdés Gutiérrez3, Sergio Majlis Drinberg4, Jeannie Slater Morales5

1Residente Cirugía Cabeza y Cuello, INC - Clínica Alemana, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo,

2Departamento de Imágenes, Clínica Alemana, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, 3Departamento de Cirugía, Clínica Alemana, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, 4Departamento de Endocrinología, Clínica Alemana, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, 5Departamento de Patología. Clínica Alemana, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo

**Objetivos:**1) Determinar el riesgo de metástasis linfonodales centrales clínicamente relevantes (MCCR) en pacientes con cáncer papilar de tiroides (CPT) y ultrasonografía de etapificación (US) con linfonodos centrales (LNC) de patron indeterminado, en presencia y ausencia de Tiroiditis de Hashimoto (TH). 2) Explorar factores preoperatorios que pudieran influir en dicho riesgo.

**Diseño experimental:** Serie de Casos

**Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes con CPT con presencia de LNC indeterminado en US de etapificación, sometidos a tiroidectomía total (TT) y resección de LNC entre 2013-2017. Definimos LNC indeterminados como aquellos hipoecogénicos, prominentes y sin hilio o bien aquellos adyacentes a un CPT. Se excluyeron pacientes con LNC con patrón US sospechoso. Se evalúo el riesgo de presentar MCCR (definido como metástasis > 2mm), así como el riesgo de presentar metástasis ≥5mm (infiriendo una mayor relevancia clínica), ambas en la biopsia quirúrgica. Se realizó análisis univariado (chi2) y multivariado (regresión logística) del riesgo de MCCR y MCCR ≥ 5 mm asociado a las siguientes variables independientes: presencia o ausencia de TH, tamaño LNC y del tumor primario (todas evaluadas en la US de etapificación).

**Resultados:** Se incluyó 116 pacientes, 89% mujeres (mediana=39 años). Un 46% tuvo LNC metastásicos, 30% MCCR >2mm y 17% MCCR ≥ 5mm. En la tabla 1 se resume los resultados del análisis univariado

Tabla 1:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Características en US | MCCR> 2 mm | p | MCCR ≥ 5 mm | p |
| TH  | Presente | 21% | 0.003 | 13% | 0.11 |
| Ausente | 48% | 25% |
| Tamaño LNF | < 6 mm | 18% | 0.004 | 5% | 0.0008 |
| ≥ 6 mm | 42% | 29% |
| Tamaño CPT | <10 mm | 22% | 0.039 | 10% | 0.033 |
| ≥10 mm | 39% | 25% |

En el análisis multivariado, tanto la ausencia de TH como el tamaño de LNC ≥6mm en US se asociaron de manera significativa e independiente a un mayor riesgo de MCCR (p=0.004 y p=0.01, respectivamente). El tamaño tumoral en US ≥1cm mostró tendencia a un aumento de riesgo (OR 2.9, IC 0.89-5.34, p=0.08).

En la tabla 2 se resume el riesgo según distintos escenarios de factores US

**Tabla 2:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Características en US | MCCR > 2 mm | p | MCCR ≥ 5 mm | p |
| Presencia de TH | LNF < 6 mm | 11% | 0.02 | 2.6% | 0.007 |
| LNF ≥ 6 mm | 32% | 24% |
| Tu < 10 mm | 15% | 0.17 | 7.5% | 0.12 |
| Tu ≥ 10 mm | 28% | 19% |
| Ausencia de TH | LNF < 6 mm | 32% | 0.04 | 11% | 0.05 |
| LNF ≥ 6 mm | 62% | 38% |
| Tu < 10 mm | 35% | 0.11 | 15% | 0.14 |
| Tu ≥ 10 mm | 60% | 35% |

**Conclusiones:** En la US de etapificación de pacientes con CPT sometidos a TT y resección LNF, la presencia de LNC inciertos se asocia a un riesgo de 30% de presentar MCCR > 2mm y de 17% de presentar MCCR ≥ 5mm. Se asocian a un mayor riesgo aquellos pacientes que mostraron en la US LNC ≥ 6mm o tumores ≥1cm en ausencia de TH. Si bien la presencia de TH estuvo asociada a un significativo menor riesgo, un no despreciable 21% de los pacientes presentó MCCR> 2mm (13 % MCCR ≥ 5 mm), el cual se eleva cuando en la US los tumores son ≥1cm o los LNC ≥6mm. Esta información debiera ser considerada al momento de planificar el acto quirúrgico y evaluar la disección central.