

Cirujano General

Volumen 27
Volume

Número 2
Number

Abril-Junio 2005
April-June

Artículo:

A propósito del artículo: “Tiroidectomía total o hemitiroidectomía para el tratamiento del cáncer bien diferenciado de tiroides”. Hurtado LLM, Zaldivar RFR. *Cir Gen* 2005;27:9-13

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



medigraphic.com

Respetable Sr. Editor:

Con muchísimo interés leí el artículo editorial **Tiroidectomía total o hemitiroidectomía para el tratamiento del cáncer bien diferenciado de tiroides** de Hurtado LLM y Zaldivar RFR publicado en el último número de la revista Cirujano General Vol. 27 Núm. 1. Enero-Marzo 2005.

Como siempre que se toca este tema, las conclusiones son extraordinariamente controvertidas y no puede ser de otra forma ya que la discusión entre efectuar tiroidectomía total y hemitiroidectomía, no ha concluido y realmente no habrá forma de demostrar con un suficiente nivel de evidencia que un procedimiento es mejor que el otro.¹

Me permito hacer comentarios que considero oportunos a dicho editorial y ante la pregunta: **¿Tiroidectomía total o hemitiroidectomía en cáncer bien diferenciado de tiroides?**, la respuesta es: **La extensión de la cirugía depende de las características individuales del paciente y del tumor.**

Desde hace décadas se discute si una cirugía menor a la tiroidectomía total ofrece la misma posibilidad de curación; esta pregunta no tiene respuesta ni la tendrá debido a que para poder hacer la comparación se requieren de al menos 12,000 pacientes aleatorizados a las diversas alternativas terapéuticas y con una media de seguimiento de 20 años, lo cual nos permite concluir que con nivel 1 de evidencia esa comprobación no la tendremos.² De tal manera que lo único que podemos hacer es seguir las recomendaciones que se obtienen con los estudios retrospectivos y que son los que mayor nivel de evidencia muestran, es importante señalar que hasta la fecha el nivel máximo de consenso que se reporta en las guías terapéuticas NCCN³ en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer papilar bien diferenciado de tiroides (CPT) con bajo riesgo es 2 A, quiere decir que el consenso es uniforme aunque basado en un nivel bajo de evidencia e intervienen las experiencias personales y recomendaciones.

Durante años, la cirugía tiroidea por cáncer ha tenido dos grandes grupos, los "maximalistas" que proponen la tiroidectomía total y los "minimalistas" quienes proponen cirugía menor a tiroidectomía total, el tiempo nos ha hecho comprender que ni unos ni otros tienen la razón, no existe una cirugía "rutinaria" para los pacientes con cáncer bien diferenciado de tiroides, ésta depende de cada paciente.

La cirugía conservadora no se justifica porque tiene menor morbilidad como los autores mencionan en el párrafo "razones no oncológicas". Sin duda una tiroidectomía total, por definición implica mayor tasa de complicaciones, sobre todo hipocalcemia permanente, se informa de hasta 8%,⁴ en la tiroidectomía conservadora de un lóbulo ésta no existe, sin embargo ésta no es la justificante por lo que se recomienda la cirugía conser-

vadora, de lo que se trata es de saber si *todos* los pacientes deben correr con dicho riesgo o hay algunos en los que lo podríamos evitar, la morbilidad no es pues un argumento para fundamentar la cirugía conservadora.

Sin duda los pacientes con factores pronóstico adversos (los que más frecuentemente vemos en México) son candidatos a tiroidectomía total, disección del compartimiento central, terapia con I131 \pm tele terapia; sin embargo, la controversia se centra en los pacientes con bajo riesgo y con riesgo intermedio.

Ashok Shaha⁵ informó hace un año la serie del Memorial Sloan Kettering Cancer Center la cual tiene el enorme valor de haber evaluado, en forma multifactorial, todas las variables que influyen en el pronóstico y supervivencia a largo plazo de los pacientes con CPT, incluyéndose magnitud de la cirugía y tratamiento adyuvante; se evaluaron más de 1,000 pacientes otorgándose una puntuación pronóstica y cuando se agruparon en bajo, mediano y alto riesgo se observó que la supervivencia a largo plazo en el grupo de bajo riesgo fue de 99% y en el de riesgo intermedio de 85%; de esto se desprende que el pronóstico de estos pacientes (bajo riesgo) es tan satisfactorio que ni siquiera el tratamiento adyuvante con I131 es útil (otro de los argumentos para efectuar tiroidectomía total). En los pacientes con riesgo intermedio hay también un subgrupo de ellos que pueden ser beneficiados con tiroidectomía menor a total.

De tal manera que si el control local es adecuado, la supervivencia excelente y no se requiere terapia con I131 posterior ¿Cuál es la indicación de tiroidectomía total en pacientes con bajo riesgo?

Durante las dos últimas décadas esta discusión terminaba con base en la experiencia del cirujano; si ésta permitía obtener tasa de morbilidad semejante entre tiroidectomía total (TT) y hemitiroidectomía, no había inconveniente de realizar rutinariamente TT; sin embargo ahora que la evidencia muestra que hay un grupo selecto de pacientes que pueden beneficiarse de hemitiroidectomía, la TT en ellos implicará sobretratamiento simplemente por la necesidad de depender de por vida del tratamiento hormonal sustitutivo.

Por otro lado la posibilidad de recurrencia en el lóbulo contralateral es menor a 5% a pesar de que la multicentricidad aceptada (que se sabe no es un factor pronóstico) es de 40%, de tal manera que la TT rutinaria implicaría un procedimiento innecesario en la mayoría de los pacientes.⁶

El editorial señala también que "el tamaño del tumor tiene influencia en el pronóstico pero mínima si se compara con la agresividad propia del tumor", probablemente el tamaño tumoral, y el estado capsular sean los factores pronóstico de mayor importancia,³ inclusive en una de las referencias citadas por los autores (Marchesi M, número 29) queda claro que los pacientes con tumores mayores a 5 cm tuvieron peor pronóstico, el tamaño es

pues, en conjunto con los demás factores lo que determina si un paciente es de alto o bajo riesgo.

Es importante, Sr. Editor, hacer del conocimiento del público lector de Cirujano General estos conceptos ya que de otra manera parecería que podríamos concluir que indiscriminada y rutinariamente todos los pacientes con CPT son candidatos a TT; esto no es así, ya que no existe nivel de evidencia suficiente que lo demuestre, probablemente en nuestro medio *casi* todos son candidatos a TT pero no la totalidad. Las guías terapéuticas NCCN consideran nivel de consenso 3 (no consenso y no evidencia suficiente para recomendación) entre TT y hemitiroidectomía + istmectomía en pacientes con CPT de bajo riesgo. La TT rutinaria implicaría sobretratar a pacientes con tumores menores a 1.5 cm, intracapsulares, G1 y a pacientes con tumores microscópicos que son hallazgos en el estudio definitivo de un nódulo tiroideo que fue negativo a neoplasia en la biopsia por aspiración preoperatoria y aun en el mismo estudio transoperatorio; no existe evidencia para concluir que estos pacientes se benefician con TT y I131.

Finalmente debo señalar que los pacientes menores de 15 años son excluidos de estos criterios, en ellos la discusión no tiene lugar, son candidatos a TT; las indicaciones de TT aceptadas actualmente con nivel de consenso 2 A son:³ pacientes ≤ 15 y ≥ 45 años de edad, historia de radioterapia previa, presencia de metástasis sistémicas de CPT, enfermedad neoplásica en ambos lóbulos tiroideos, extensión neoplásica extraglandular, tumores ≥ 4 cm de eje mayor, presencia de metástasis ganglionares e historia familiar de cáncer de tiroides. En

los pacientes que no reúnen estas características no se ha probado que la TT + I131 implique necesariamente mayor curación. La magnitud de la cirugía tiroidea depende pues de cada caso en particular.

Referencias

1. Shaha AR, Patel SG. Thyroid and parathyroid tumors. In: Shah JP Editor. *Cancer of the head and neck*. Hamilton: BC Decker Inc. 2001: 251-273.
2. Udelsman RA. Differentiated thyroid cancer: less than total thyroidectomy. *Ann Surg Oncol* 2000; 5: 382-384.
3. NCCN® (National Comprehensive Cancer Network) Clinical Practice Guidelines in Oncology™ Version 1. 2005. Thyroid Cancer.
4. Herranz GJ. Complications following thyroid surgery. *Arch Otolaryngol Head & Neck Surg* 1991; 117: 516-8.
5. Shaha AR. Implications of prognostic factors and risk groups in the management of differentiated thyroid cancer. *Laryngoscope* 2004; 114: 393-402.
6. Shaha AR. Thyroid cancer: 1999 update. Differentiated Thyroid cancer: Less than total thyroidectomy. *Ann Surg Oncol* 2000; 5: 379-81.

Dr. José Francisco Gallegos Hernández

Jefe del Departamento de Tumores

de Cabeza y Cuello

Hospital de Oncología del CMN SXXI. IMSS.

Av. Cuauhtémoc 330. Col. Doctores. 06725.

México, D.F.

gal61@prodigy.net.mx

gal@govame.com

