



Tratamiento quirúrgico local del cáncer bien diferenciado de tiroides. Controversia resuelta

José Francisco Gallegos Hernández¹

Se denomina cáncer bien diferenciado de tiroides (CABDT) a un espectro de neoplasias malignas que afectan esta glándula: el carcinoma papilar, el folicular y el mixto (papilar-folicular); el más frecuente de ellos es el papilar; las tres variantes histológicas, aunque con comportamiento biológico diferente, pueden ser tratadas de forma similar, siempre con base en la etapa y los factores de pronóstico.

El pilar fundamental del tratamiento del CABDT es la cirugía; sin embargo, la extensión y radicalidad de ésta ha estado históricamente rodeada de controversia; anteriormente se podían distinguir dos conductas terapéuticas, soportada cada una por sendos grupos médicos: los que abogaban por la tiroidectomía total (TT) seguida de administración de yodo radiactivo en forma rutinaria (en todo paciente con CABDT) y quienes proponían un tratamiento selectivo, con base en el riesgo individualizado de los pacientes. Ambas conductas se apoyaban en fundamentos bibliográficos y a su vez se descalificaban mutuamente debido a los riesgos que implicaba decidirse por una u otra terapéutica; difícilmente se podían conciliar debido principalmente al hecho de que para demostrar que una técnica era superior a la otra se requerían estudios prospectivos, aleatorizados y comparativos con seguimiento de miles de pacientes por al menos 20 años para poder llegar a alguna conclusión; hasta el momento, esto no se ha podido efectuar; sin embargo, con la evidencia existente obtenida de la reevaluación de los fundamentos científicos podemos concluir que esta controversia finalmente ha llegado a su fin.

Recientemente, la *American Thyroid Association* (ATA) ha publicado la actualización de las guías terapéuticas basadas en la evidencia científica existente y precisa el tratamiento que cada uno de los pacientes con CABDT debe recibir. Los diversos factores pronósticos indican la magnitud de la cirugía; no existe una terapéutica "estándar" o rutinaria; esto es, la TT con administración postoperatoria de yodo radiactivo no puede ser considerada, en la actualidad, el tratamiento estándar para todos los pacientes con CABDT.

Los dos factores que más han influido para propiciar la controversia son: 1) la falta de evidencia científica en la literatura mundial y 2) las limitaciones metodológicas o hallazgos controvertidos de ensayos clínicos históricos o clásicos. Durante muchos años se consideró a la tiroidectomía total (TT)¹ como el estándar terapéutico para todos los pacientes con carcinoma bien diferenciado de tiroides mayores de 1 cm con objeto de mejorar el control local, disminuir la recurrencia local, facilitar la ablación con yodo radiactivo, el seguimiento y la detección de enfermedad recurrente o metastásica, así como incrementar la supervivencia global; esto basado en los estudios retrospectivos de Bilimoria² que sugerían que la TT incrementaba la supervivencia y los de Grant,³ Hay⁴ y Mazzaferri⁵ que reportaban una menor tasa de recurrencia local y facilitaban la terapéutica con yodo radiactivo en los pacientes sometidos a TT.

Sin embargo, datos recientes han demostrado que en ciertos pacientes la evolución es similar si se les efectúa HT (Hemitiroidectomía) o TT con morbilidad ciertamente menor en los primeros.

Otros factores han influido también para decidirse por una conducta quirúrgica conservadora; los dos más importantes son: a) la ablación con yodo radiactivo no es necesaria en pacientes con riesgo bajo a intermedio y b) el seguimiento de los pacientes con riesgo bajo a intermedio es efectuado con ultrasonido, de tal manera que la necesidad de ablación no es una justificante para realizar TT.

Bilimoria² reporta al analizar los datos del SEER (*Surveillance, Epidemiology and End Results Program*) una mejor supervivencia en aquellos pacientes sometidos a TT al compararlos con HT; sin embargo, en dicho reporte no queda claro si los pacientes sometidos a HT fueron adecuadamen-

¹ Cirujano Oncólogo. Tumores de Cabeza y Cuello.

Correspondencia:

Dr. José Francisco Gallegos Hernández
Hospital Ángeles Lomas, Consultorio 435,
Avenida Vialidad de la Barranca s/n,
Col. Valle de las Palmas,
Huixquilucan, Estado de México.
Correo electrónico: gal61@prodigy.net.mx

Aceptado: 29-06-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

te seleccionados con base en el riesgo; posteriormente, Adam⁶ actualiza el análisis de los pacientes evaluados por Bilimoria incluyendo más de 60 mil operados entre 1998 y 2006 y demuestra que la ventaja de la supervivencia obtenida con TT en pacientes con tumores entre 1 y 4 cm desaparece cuando se ajusta el análisis a las diferentes variables que predicen el riesgo; curiosamente, cuando se subdividen a los pacientes en grupos que tienen tumores de 1 a 2 cm y de 2 a 4 cm de diámetro, la supervivencia es similar entre TT y HT, concluyéndose que en pacientes con tumores confinados a la glándula tiroides y menores de 4 cm la extensión de la tiroidectomía no impacta en control ni en la supervivencia. Estos datos ya habían sido reportados cuatro años antes por Haigh,⁷ quien al analizar más de 5 mil pacientes no encontró diferencia en la supervivencia a 10 años entre TT y HT, cuando habían sido estratificados según los criterios de AMES. Recientemente, dos estudios^{8,9} en los que se incluyen a más de 60,000 pacientes llegan a la misma conclusión.

Otro de los fundamentos para realizar rutinariamente tiroidectomía total en CABDT es la multicentricidad, la cual frecuentemente involucra ambos lóbulos; sin embargo, en pacientes adecuadamente seleccionados, la hemitiroidectomía tiene tasa de recurrencia entre 1 y 4% y la tiroidectomía residual es la solución a este escaso número de pacientes sin impacto en la supervivencia.¹⁰

Podemos finalmente concluir que, con base en la evidencia científica actual, la controversia que duró años en relación con la extensión de la cirugía tiroidea en CABDT se puede dar por concluida; la adecuada selección de pacientes y su estratificación por grupos de riesgo nos permite identificar a aquéllos que pueden ser tratados adecuadamente con hemitiroidectomía (pacientes con riesgo bajo a intermedio; esto es, tumores únicos menores a 4 cm, sin

metástasis ganglionares cervicales, sin metástasis sistémicas y sin extensión extratiroidea); los pacientes que no cumplen estos criterios son los candidatos a tiroidectomía total y tratamiento posterior con yodo radiactivo.

REFERENCIAS

1. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009; 19 (11): 1167-1214.
2. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Ko CY, Stewart AK, Winchester DP, Talamonti MS et al. Extent of surgery affects survival for papillary thyroid cancer. *Ann Surg*. 2007; 246 (3): 375-381; discussion 381-384.
3. Grant CS, Hay ID, Gough IR, Bergstralh EJ, Goellner JR, McConahey WM. Local recurrence in papillary thyroid carcinoma: is extent of surgical resection important? *Surgery*. 1988; 104 (6): 954-962.
4. Hay ID, Grant CS, Bergstralh EJ, Thompson GB, van Heerden JA, Goellner JR. Unilateral total lobectomy: is it sufficient surgical treatment for patients with AMES low-risk papillary thyroid carcinoma? *Surgery*. 1998; 124 (6): 958-964; discussion 964-966.
5. Mazzaferri EL, Kloos RT. Clinical review 128: Current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 86 (4): 1447-163.
6. Adam MA, Pura J, Gu L, Dinan MA, Tyler DS, Reed SD et al. Extent of surgery for papillary thyroid cancer is not associated with survival: an analysis of 61,775 patients. *Ann Surg*. 2014; 260 (4): 601-605; discussion 605-607.
7. Haigh PI, Urbach DR, Rotstein LE. Extent of thyroidectomy is not a major determinant of survival in low- or high-risk papillary thyroid cancer. *Ann Surg Oncol*. 2005; 12 (1): 81-89.
8. Barney BM, Hitchcock YJ, Sharma P, Shrieve DC, Tward JD. Overall and cause-specific survival for patients undergoing lobectomy, near-total, or total thyroidectomy for differentiated thyroid cancer. *Head Neck*. 2011; 33 (5): 645-649.
9. Mendelsohn AH, Elashoff DA, Abemayor E, St John MA. Surgery for papillary thyroid carcinoma: is lobectomy enough? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010; 136 (11): 1055-1061.
10. Nixon IJ, Ganly I, Patel SC, Palmer FL, Whitcher MM, Tuttle RM et al. Thyroid lobectomy for treatment of well differentiated intrathyroid malignancy. *Surgery*. 2012; 151 (4): 571-579.