

Cartas al Editor

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Editor de *Cirugía y Cirujanos*

Sr. editor, con mucho interés leí "Cáncer folicular de tiroides y bocio tóxico difuso. Reporte de un caso", del doctor Martínez Delgado y colaboradores, publicado en *Cirugía y Cirujanos* 2007;75:213-216.

Me permito enviar algunos comentarios respecto al abordaje diagnóstico-terapéutico descrito en el artículo:

El caso corresponde a un paciente en la sexta década de la vida que debuta con metástasis óseas a partes blandas y pulmonares de un carcinoma folicular; al parecer el tumor primario fue un hallazgo y se encontró hasta el momento de la tiroidectomía; queda la duda si las metástasis pulmonares fueron diagnosticadas previas a la cirugía inicial o hasta el segundo acto quirúrgico. La información proporcionada no permite conocer la clasificación T ni N, aunque corresponde a una etapa IVc de la AJCC 2002, lo cual no se menciona.

La falta de información de las características del tumor primario y de los ganglios del nivel VI (número de ganglios disecados y presencia de metástasis) no permiten concluir si además del tratamiento proporcionado hasta el momento, el paciente es candidato a teleterapia al menos al lecho tiroideo por factores de alto riesgo.

No se informa tampoco si se evaluaron iconográficamente las zonas linfoportadoras laterales del cuello, ya que la metástasis en esta región es indicación absoluta de disección ganglionar cervical.

Llama la atención que a pesar de que existió reducción de 75 % del tumor esternal con la primera dosis de I¹³¹ (no se especifica cómo se hizo el cálculo de este porcentaje), se decidió efectuar esternotomía con resección de partes blandas y reconstrucción de pared torácica sin precisarse cuál fue la indicación y sin corroborar

que la metástasis ya no fuese captante. Además, no se menciona si es el único sitio de metástasis ósea, dado que no se realizó gammagrama óseo, y al ser así es cuestionable la utilidad de esta cirugía con enfermedad sistémica sin control. La recomendación actual para resección de metástasis a distancia en cáncer bien diferenciado de tiroides es corroborar la no captación.

En la segunda cirugía se encontraron metástasis pulmonares; no sabemos si se sabía antes de la cirugía si el paciente las tenía o no y no se menciona si aún las tiene y no son captantes, o bien, desaparecieron con la primera dosis de I¹³¹.

En el último rastreo existió captación "infraclavicular" y no se precisa si era parte de la lesión previa esternal o enfermedad ganglionar.

Finalmente, antes de la resección metastásica no se consideró la eventual utilidad de bifosfonatos ni se planteó la utilidad de la terapia blanco-molecular, en caso de que persistiera enfermedad sistémica no captante.

Creo que la asociación con hipertiroidismo es interesante pues es un evento poco frecuente, como bien mencionan los autores, sin embargo, la falta de información en el caso presentado hace cuestionar el abordaje diagnóstico-terapéutico.

Atentamente

Acad. Dr. José Francisco Gallegos Hernández,
Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, 06725 México, D. F.

Tel.: 5627 6900, extensiones 22778 y 22670.

E-mail: gal61@prodigy.net.mx; jose.gallegosh@imss.gob.mx

Acad. Dr. José Francisco Gallegos Hernández,
Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello,
Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Agradezco el interés por los comentarios al abordaje diagnóstico-terapéutico que reportamos en la asociación de cáncer folicular de tiroides y bocio toxico difuso. Aun cuando no es la dirección del artículo en cuestión, comentaremos lo siguiente:

El caso corresponde a un paciente inicialmente visto por el servicio de oncología, que debuta con metástasis a esternón de una lesión de origen a determinar que se estadificó en N0 M1, etapa clínica IV; se concluyó microcarcinoma folicular después de la tiroidectomía total, sin adenomegalias, con metástasis a esternón y posteriormente a pulmón. Las características del reporte histopatológico del nódulo encontrado en el tejido de tiroidectomía fueron: lesión de 0.8 x 0.5 cm, grisácea, circunscrita y firme; el resto de la glándula de consistencia blanda. Revisado en sesión anatomoclínica se confirmó carcinoma folicular angioinvasor.

El paciente se consideró para tratamiento con yodo-131, como lo establece el tratamiento del cáncer de tiroides (100 mCi); la

lesión esternal fue captante en el gammagrama de rastreo, no encontrando más lesiones por gammagrama óseo. Se practicó la tumorectomía aun cuando hubo reducción del tamaño de la lesión esternal a la primera aplicación de yodo, para evitar la exposición a dosis mayores del mismo. El uso de bifosfonatos es de utilidad en lesiones por enfermedades mieloproliferativas y en la actualidad se ha iniciado en lesiones óseas grandes de otros tipos de cáncer sólido. En el caso particular referido, después de cinco años de seguimiento el paciente se encuentra asintomático sin actividad tumoral (gammagrama de rastreo óseo y tiroideo negativo, además de tiroglobulina negativa) y eutiroides a base de tratamiento sustitutivo-supresivo.

Atentamente

Ignacio Alejandro Martínez Delgado,
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Cardiología 34, Lincoln esquina María Candia s/n, Monterrey, Nuevo León, México.
Tel.: (81) 8399 4300, extensión 4605.

E-mail: ignacio.martinezd@imss.gob.mx