

Cirujano General

Volumen **27**
Volume

Número **2**
Number




Abril-Junio **2005**
April-June

Artículo:




En respuesta

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

Estimado y respetable Dr. Gallegos Hernández:

Leí con gran interés y sumo cuidado la carta al editor que envió con relación al artículo editorial: **Tiroidectomía total o hemitiroidectomía para el tratamiento del cáncer bien diferenciado de tiroides** escrito por nuestro grupo y publicado en Cir Gen 2005;27:9-13.

Agradezco su iniciativa y enriquecimiento a este apasionante tema.

Llama la atención uno de sus comentarios iniciales "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" y surge la duda ¿por qué, en consecuencia, usted escribió esta carta al editor si de inicio establece que no tendrá solución este conflicto?

El editorial en cuestión justamente tiene este fin, concluir una discusión, que sólo persiste como ya lo comentamos: "el punto de inflexión y que no permite hacer un consenso adecuado es la defensa obstinada que los autores y seguidores de cada una de estas clasificaciones hacen, restando importancia al hecho de que personas clasificadas en bajo riesgo aún mueren por cáncer".¹

Por otra parte, este editorial está lejos de pretender defender a un autor o a sus seguidores, como bien usted señala, sólo nos queda decidir la conducta a seguir con base en la literatura que existe y sin duda eso es lo que debemos realizar, dándonos la oportunidad y libertad de analizar TODA la literatura y no basarnos exclusivamente en una escuela, debo señalar que de 6 referencias que menciona el 50% pertenecen a un mismo autor, que siendo respetable no es el único que ha estudiado y seguido el cáncer diferenciado de tiroides.

El NCCN² fue un excelente deseo de tener un consenso, iniciativa del Dr. Mazzaferri, sin embargo al juntar 17 escuelas norteamericanas, el grupo topó con el hecho que algunas de éstas no habían analizado factores de riesgo, como subgrupos de edad, el tipo de tratamiento empleado, si la cirugía pudo o no erradicar la enfermedad y el tiempo de seguimiento, por tanto no se logró tener un consenso unánime para establecer el tratamiento ideal en los grupos de riesgo bajo e intermedio, quedando esto exactamente igual que antes de la iniciativa del NCCN, o sea en la frase de "Mi experiencia dice".

Es menester aclarar algunas confusiones sobre el NCCN, usted destaca la importancia que tienen al momento estas guías, sin embargo afirma que la multicentricidad no es un factor pronóstico, curiosamente la bilateralidad del tumor, entendiendo ésta como multicentricidad o presencia de varios focos de cáncer en la glándula es reconocido por el NCCN como factor de riesgo, de hecho, otros autores³ incluso han demostrado que estos focos tienen origen clonal diferente y no son consecuencia de metástasis intratiroidea de un solo

foco, lo cual le confiere, sin duda, un factor de mayor agresividad.

Otro punto a tomar en cuenta es que la mayoría de las clasificaciones que se proponen y pretenden definir extensión quirúrgica están basadas en datos postoperatorios y difícilmente se podrá determinar con exactitud, sobre todo para los grupos de riesgo bajo e intermedio durante el transoperatorio, a qué grupo pertenecen y, en consecuencia, qué extensión quirúrgica realizar.

Considero que el análisis de gran parte de la literatura a este respecto es claro, por ejemplo, y con el fin de responder directamente sus cuestionamientos, el riesgo de morbilidad que menciona, por cierto alto para un centro de experiencia,⁴ de 8%, debe ser comparado a un riesgo de mortalidad de un 2% a 5% y de 20% a 25% para recurrencia al realizar cirugía limitada para el tratamiento de cáncer diferenciado en pacientes clasificados en bajo riesgo,^{5,6} aún más, usted pregunta cuál es la indicación de cirugía completa en pacientes de bajo y mediano riesgo en base al trabajo del Dr. Shah,⁷ que por cierto no estudia como factores de riesgo a la magnitud de la cirugía y tratamiento adyuvante, esta respuesta es clara, a 20 años, la mortalidad de sus pacientes de grupo intermedio fue de 15%, sumando el 1% de los de bajo riesgo indica que a 20 años el 16% de los pacientes con "control local adecuado y supervivencia excelente" fallecieron por cáncer, esto es, 129 de 806 pacientes que "aparentemente" debían evolucionar satisfactoriamente finalmente fallecieron por la enfermedad, por otra parte si proyectamos a 40 años la tendencia franca que muestran las estadísticas de este trabajo y que hasta el momento es el tiempo adecuado para evaluar el tratamiento de este tipo de cáncer, estará por lo menos en 30%, es pues claro que aun tratando de definir "subgrupos" corremos el riesgo de preferir evitar 8% de morbilidad contra 16% o peor aún 30% de ¿MORTALIDAD? En este punto es importante recordar que la mayoría de estos pacientes son jóvenes y tendrán la oportunidad de vivir el suficiente tiempo para demostrar esta realidad.

Nuestro análisis no pretende dictar una cirugía "rutinaria" sin embargo, el cuidadoso y adecuado razonamiento de toda la literatura, sobre todo en sus resultados y no en sus conceptos, coincide en que el mejor tratamiento que se puede ofrecer a un paciente con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides, en este momento, independientemente del estadio del tumor y tipo de paciente, es la tiroidectomía total más adyuvancia con I131 y hormonoterapia de supresión.

Le reitero mi más alta consideración y nuevamente agradezco su contribución a este hermoso y apasionante tema.

Dr. Luis Mauricio Hurtado López

Referencias

1. Hurtado-López LM, Zaldívar RFR. Tiroidectomía o hemitiroidectomía para el cáncer diferenciado de tiroides. *Cir Gen* 2005; 27: 9-13.
2. Mazzaferri EL. NCCN thyroid carcinoma practice guidelines. Proceedings of the National Comprehensive Cancer Network. *Oncology* 1999; 13(Suppl. 11A): 391-442.
3. Shattuck TM, Westra WH, Ladenson PW, Arnold A. Independent clonal origins of distinct tumor foci in multifocal papillary thyroid carcinoma. *N Engl J Med* 2005; 352: 2406-12.
4. Sosa JA, Bowman HM, Tielsch JM, Powe NR, Gordon TA, Udelsman R. The Importance of Surgeon Experience for Clinical and Economic Outcomes From Thyroidectomy. *Annals of Surgery* 1998; 228: 320-30.
5. Kebebew E, Clark OH. Differentiated thyroid cancer: "complete" rational approach. *World J Surg* 2000; 24: 942-51.
6. Pellegriti G, Scollo C, Lumera G, Regalbuto C, Vigneri R, Belfiore A. Clinical behavior and outcome of papillary thyroid cancers smaller than 1.5 cm in diameter: study of 299 cases. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 3713-20.
7. Shaha AR. Implications of prognostic factors and risk groups in the management of differentiated thyroid cancer. *Laryngoscope* 2004; 114: 393-402.

