

Carcinoma papilar de tiroides: ¿A quién completar la tiroidectomía?

Papillary thyroid cancer: who needs completion thyroidectomy?

Dr. Luis Mauricio Hurtado López

El cirujano debe responder esta pregunta cuando encuentre un cáncer papilar de tiroides en una paciente que había sido operada de hemitiroidectomía por una enfermedad benigna, ante una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y/o un estudio transoperatorio por congelación (ETO) con falso negativo, finalmente en aquellos pacientes operados sin un estudio preoperatorio adecuado. Todas estas situaciones tendrán un final común, tenemos un paciente postoperatorio de hemitiroidectomía con un resultado histopatológico que confirma carcinoma papilar de tiroides.¹⁻³

Para poder descifrar la respuesta y aplicar un tratamiento que sea lógico de acuerdo al comportamiento biológico y que incluso intente adelantarse a dicho comportamiento, se debe clasificar a qué grupo de riesgo a morir o recurrir de cáncer pertenece el paciente, por consiguiente se debe contar con un reporte histopatológico adecuado, que informe con claridad el tamaño del carcinoma, si éste infiltra cápsula, tejidos vecinos o vasos, si es multicéntrico y si tiene alguna variante histológica agresiva. Si el paciente fue operado en un hospital diferente se solicitarán bloques de parafina y laminillas, para que un patólogo confirme los datos mencionados. Por otro lado, deberemos contar con toda la información clínica relacionada al paciente sobre todo género, edad, antecedentes familiares y de radiación a cabeza y cuello. También se deberá realizar un ultrasonido de alta definición (US), en busca de nódulos en el lóbulo contralateral y de ganglios regionales que pudieran tener características malignas para ser biopsiados en forma guiada por el US.⁴ de esta forma contar con todas las herramientas necesarias para clasificar al paciente.

Esta clasificación permitirá que a todo paciente del grupo de bajo riesgo probablemente no se complete la tiroidectomía, no así al que tiene alto riesgo. Para esto

durante muchos años se establecieron diversos grupos de alto y bajo riesgo,⁵ debido a la poca correlación que inicialmente brindaba el TNM, sin embargo, actualmente las guías más importantes, como la LATTS, ATA y ETA nuevamente se basan en el TNM, de esta forma tenemos que el Grupo de ATA⁶ recomienda completar tiroidectomía a los pacientes que tuvieran alguna de las siguientes características: a) tumor de más de 1.5 cm, b) multifocalidad, c) metástasis, d) historia de radiación a cabeza y cuello, e) historia familiar de cáncer diferenciado de tiroides y f) edad mayor de 45 años.

La ETA⁷ recomienda completar tiroidectomía en cáncer papilar de tiroides. Cuando a) el tumor es más de 2 cm, b) tiene multicentricidad, c) tiene metástasis, d) historia de radiación. Los europeos dejan a discusión del paciente y médico tratante completar tiroidectomía en todos aquellos tumores de 1 a 2 cm estableciendo riesgo/beneficio con base en la morbilidad quirúrgica.

LATTS⁸ recomienda siempre completar la tiroidectomía teniendo como excepción de esta regla, cuando las condiciones de accesos a servicio médico sean notablemente difíciles y en consecuencia la adherencia a tratamiento hormonal tiroideo pueda ser insatisfactoria, mientras esto no suceda en Latinoamérica se prefiere la tiroidectomía total aunque deja abierta la posibilidad de realizar lobectomía en pacientes con tumores de menos de 2 cm con margen tridimensional de tejido tiroideo sano.

La NCCN⁹ de Estados Unidos de América recomienda completar tiroidectomía en aquellos pacientes con tumores de más de 4 cm, con márgenes positivos a tumor, con infiltración gruesa a estructuras vecinas, enfermedad multifocal macroscópica y metástasis regionales confirmadas.

Es fácil notar que existen criterios uniformes, todos relacionados a las características de agresividad del

Clínica de Tiroides Hospital General de México

Recibido para publicación: 20 agosto 2010

Aceptado para publicación: 15 septiembre 2010

Correspondencia: Dr. Luis Mauricio Hurtado López

Unidad de Cirugía General 307 y Clínica de Tiroides

Hospital General de México

Dr. Balmis 148, Colonia Doctores, México, DF, México 06720

Tel. 27892000 ext. 1261

E-mail: hurtado@clinicadetiroides.com.mx

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

tumor como son la infiltración capsular y extraglandular, la presencia de metástasis regionales como a distancia y la multifocalidad, así como variantes histopatológicas del cáncer papilar de tiroides de mayor agresividad¹⁰⁻¹² quedando claro que en todo cáncer papilar de tiroides que tenga alguna de estas características se debe completar tiroidectomía; sin embargo el tamaño representa una discordia, entre 1.5 a 4 cm, creando un aparente vacío, sin embargo Bilmoria¹³ publica un trabajo con muestra adecuada y gran poder estadístico demostrando, en forma contundente, que el tamaño tiene una clara repercusión en recurrencia así cuando el tumor es de < 1.0 cm tiene un 4.6% de recurrencia; de 1.0–1.9 cm es de 7.1%; de 2.0–2.9 cm 8.6%; de 3.0–3.9 cm 11.6%; 4.0–8.0 cm 17.2%; y > 8.0 cm 24.8% ($P < 0.0001$ para todas las comparaciones). Por otra parte para tumores de ≥ 1 cm, la hemitiroidectomía está asociada con un 15% de incremento en riesgo de recurrencia y un 31% de riesgo de mortalidad ($P = 0.04$ para cada comparación). Por tanto no debe quedar duda alguna que el límite de tamaño tumoral para decidir completar o no una tiroidectomía por carcinoma papilar de tiroides es de un centímetro.

Por otro lado, tenemos los pacientes con un tamaño de tumor menor a un centímetro, en los que el tamaño por sí solo no determina diferencia en evolución a recurrencia o mortalidad al completar o no la tiroidectomía, sin embargo éstos, también llamados microcarcinomas papilar de tiroides, en un porcentaje de 4 a 10% pueden ser más agresivos e incluso tener metástasis regionales y a distancia e incluso hasta 1% de mortalidad, por tanto la forma de poder determinar a quién completar la tiroidectomía cuando el tumor primario mide menos de un centímetro será al determinar si cuenta con multicentricidad, infiltración capsular o a tejidos vecinos, metástasis regionales a nivel VI o compartimiento lateral o si se demuestra que pertenece a una variante histológica agresiva.¹⁴⁻¹⁸

En el futuro, probablemente, el determinar marcadores moleculares de mutaciones como RET, NTRK1, BRAF, PPARg, o Ras podría identificar diferencias de comportamiento biológico; de éstos actualmente, algunos estudios apuntan a que la mutación BRAF podría determinar diferencias de comportamiento biológico para el carcinoma papilar de tiroides, sin embargo esto aún está en periodo de confirmación.^{11,12,19}

Es importante recalcar que la decisión de completar o no la tiroidectomía no deberá estar basada en el riesgo de morbilidad relacionada al procedimiento quirúrgico²⁰ y más bien debe estar sujeta a la individualización de factores de riesgo oncológico.

En conclusión, se deberá completar tiroidectomía a cualquier paciente que presente un tumor de más de un centímetro y/o tenga características tumorales de mayor agresividad y/o tenga antecedentes familiares de carcinoma papilar de tiroides y/o antecedentes de radiación a cabeza y cuello; NO se completará la tiroidectomía en aquellos pacientes con un tumor de menos de un centímetro, bien encapsulado, sin metástasis regionales ni variante histológica agresiva y sin antecedentes familiares de cáncer ni de radiación.

Referencias

1. Pitt SC, Sippel RS, Chen H. Contralateral papillary thyroid cancer: does size matter? *Am J Surg* 2009;197: 342-7.
2. Ito Y, Higashiyama T, Takamura Y, et al. Prognosis of patients with benign thyroid diseases accompanied by incidental papillary carcinoma undetectable on preoperative imaging tests. *World J Surg* 2007; 31: 1672-6.
3. Sakorafas GH, Stafyla V, Kolettis T, et al. Microscopic papillary thyroid cancer as an incidental finding in patients treated surgically for presumably benign thyroid disease. *J Postgrad Med* 2007; 53: 23-6.
4. Torlontano M, Attard M, Crocetti U, et al. Follow-up of low risk patients with papillary thyroid cancer: role of neck ultrasonography in detecting lymph node metastases. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 3402-7.
5. Sonkar AA, Rajamanickam S, Singh D. Papillary thyroid carcinoma: debate at rest. *Indian J Cancer* 2010; 47: 206-16.
6. American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19: 1167-214.
7. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, et al. European Thyroid Cancer Taskforce. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol* 2006; 154: 787-803.
8. Pitoia F, Ward L, Wohllk N, et al. Recommendations of the Latin American Thyroid Society on diagnosis and management of differentiated thyroid cancer. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2009; 53: 884-7.
9. Sherman SI, Angelos P, Ball DW, et al. National Comprehensive Cancer Network Thyroid Carcinoma Panel. Thyroid carcinoma. *J Natl Compr Canc Netw* 2007; 5: 568-621.
10. LiVolsi VA. Papillary carcinoma tall cell variant (TCV): a review. *Endocr Pathol* 2010; 21: 12-5.
11. Sheu SY, Grubellus F, Schwertheim S, et al. Differential miRNA expression profiles in variants of papillary thyroid carcinoma and encapsulated follicular thyroid tumours. *Br J Cancer* 2010; 102: 376-82.
12. Pita JM, Banito A, Cavaco BM, et al. Gene expression profiling associated with the progression to poorly differentiated thyroid carcinomas. *Br J Cancer* 2009; 101: 1782-91.
13. Bilmoria KY, Bentrem DJ, Ko CY, et al. Extent of surgery affects survival for papillary thyroid cancer. *Ann Surg* 2007; 246: 375-81.
14. Lin JD. Increased incidence of papillary thyroid microcarcinoma with decreased tumor size of thyroid cancer. *Med Oncol* 2010; 27: 510-8.
15. Toniato A, Boschin I, Casara D, et al. Papillary thyroid carcinoma: factors influencing recurrence and survival. *Ann Surg Oncol* 2008; 15: 1518-22.
16. Verburg FA, Mäder U, Luster M, et al. Histology does not influence prognosis in differentiated thyroid carcinoma when accounting for age, tumour diameter, invasive growth and metastases. *Eur J Endocrinol* 2009; 160: 619-24.
17. Mazzaferri EL. What is the optimal initial treatment of low-risk papillary thyroid cancer (and why is it controversial)? *Oncology (Williston Park)* 2009; 23: 579-88.
18. Arora N, Turbendian HK, Kato MA, et al. Papillary thyroid carcinoma and microcarcinoma: is there a need to distinguish the two? *Thyroid* 2009; 19: 473-7.
19. Rivera M, Ricarte-Filho J, Tuttle RM, Ganly I, Shaha A, Knauf J, et al. Molecular, morphologic, and outcome analysis of thyroid carcinomas according to degree of extrathyroid extension. *Thyroid* 2010; 20: 1085-93.
20. Hurtado-Lopez LM. La extensión del cáncer bien diferenciado de tiroides y su relación con la morbilidad quirúrgica. *Cir Cir* 2007; 75: 71-74.