



Club bibliográfico

Eficacia del tratamiento con inyección percutánea de etanol guiada por ultrasonido en pacientes con un número limitado de ganglios linfáticos metastásicos de carcinoma papilar de tiroides

Paola Jervis-Solines*

Heilo A, Sigstad E, Fagerlid KH, Håskjold OI, Grøholt KK, Berner A, Bjørø T, Jørgensen LH.
Efficacy of ultrasound-guided percutaneous ethanol injection treatment in patients with a limited number of metastatic cervical lymph nodes from papillary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 2750-2755.

Antecedentes y objetivo: En vista del curso lento del carcinoma papilar de tiroides (CPT), muchos pacientes son sometidos a exploraciones de cuello de forma repetida ante la presencia de nuevas metástasis. Dichas intervenciones suelen ser un reto por la presencia de la cicatriz de la cirugía previa, lo que genera un mayor riesgo de complicaciones. Por lo que el objetivo de este estudio retrospectivo fue evaluar la eficacia de la inyección percutánea con etanol (IPE) guiada por ultrasonido (US) como tratamiento de las metástasis a ganglios linfáticos en el CPT.

Pacientes y métodos: Fueron incluidos retrospectivamente 69 pacientes con CPT y metástasis de ganglios linfáticos cervicales. Todos tuvieron una tiroidectomía total o subtotal seguida de la ablación con radioyodo. Se excluyeron a seis pacientes (tres por falta de seguimiento y otros tres por progresión de la enfermedad), y los 63 restantes fueron tratados con IPE como monoterapia. Los criterios de inclusión para el tratamiento con IPE fueron: 1) identificación de células de carcinoma en BAAF y/o niveles elevados de tiroglobulina (Tg) en lavados de aguja

de la BAAF (BAAF-Tg); 2) sin hallazgos radiológicos sospechosos de malignidad en región inferior del cuello; 3) registro de tratamiento previo con I131; 4) detección de ≥ 3 ganglios linfáticos metastásicos en compartimentos previamente disecados. Las metástasis fueron confirmadas en frotis citológicos y/o por la demostración de niveles elevados de BAAF-Tg en lavados de aguja. La IPE fue guiada por US, inyectándose 0.1-1 mL de etanol al 99.5%. Los criterios de un tratamiento con IPE adecuado fueron: 1) desaparición completa del ganglio linfático; 2) reducción del diámetro anteroposterior del ganglio de < 4 mm sin vascularización visible; 3) normalización en el tamaño y apariencia del ganglio, o la formación de cicatriz; 4) ausencia de células malignas en la BAAF y Tg indetectable en lavados de aguja.

Resultados: Tres pacientes fueron reasignados a cirugía en vista de la progresión. En los 63 pacientes restantes, 109 ganglios linfáticos fueron diagnosticados ya sea con frotis citológicos (91 ganglios) o por mediciones de BAAF-Tg (18 ganglios), y fueron tratados con IPE. Noventa y dos (84%) de los 109 ganglios

* Servicio de Endocrinología, Hospital de Especialidades, CMN, Siglo XXI, IMSS.

Fecha de recepción: 01-Agosto-2011
Fecha de aceptación: 10-Agosto-2011

linfáticos tratados con IPE que tuvieron seguimiento fueron tratados exitosamente. Setenta y dos ganglios desaparecieron y 20 fueron satisfactoriamente tratados según los criterios 2-4 mencionados para un tratamiento adecuado con IPE. Los 17 ganglios que continuaron en tratamiento tuvieron seguimiento con US; nueve de ellos demostraron una respuesta incompleta después de

una o dos inyecciones (regresión), dos no respondieron, cuatro progresaron y dos recurrieron. El tiempo de observación después del tratamiento inicial varió de tres a 72 meses (media 38.4). No se identificó ninguna complicación mayor relacionada al tratamiento con IPE, y menos del 10% de los pacientes experimentó alguna molestia.

Comentario

A pesar de que por muchos años han existido guías para el manejo de los nódulos tiroideos así como del cáncer tiroideo,¹ aún encontramos pacientes que han sido tratados incorrectamente; por ejemplo, que fueron sometidos a hemitiroidectomías diagnósticas sin previo US y BAAF, y particularmente sin US de ganglios linfáticos de cuello; algunos de ellos posteriormente han tenido que ser estadiificados de forma incompleta o inadecuada.

Por lo que la evaluación preoperatoria en estos pacientes debería siempre incluir una minuciosa revisión de cuello con US realizada por un radiólogo experimentado y equipo de alta definición, así como BAAF de ganglios linfáticos de cuello en combinación con BAAF-Tg. Posteriormente el tratamiento quirúrgico, con lo cual podría asegurarse que más pacientes puedan curarse con el tratamiento inicial.

Al igual que lo ya antes reportado por este grupo,² la BAAF-Tg combinada con un examen citológico en un solo lugar mejora la sensibilidad para detectar las metástasis en ganglios linfáticos. En este estudio la BAAF-Tg fue concluyente para malignidad en 18 de 109 casos con BAAF inconclusa.

Muchos pacientes se beneficiaron de un uso más agresivo del US para la detección de metástasis. Además, el incremento en la sensibilidad de US modernos ha hecho que se pueda detectar más ganglios y ganglios linfáticos metastásicos más pequeños.

Existe controversia en cuanto al uso profiláctico de la resección de ganglios linfáticos en los niveles VI y VII cuando no fueron detectados ganglios linfáticos metastásicos antes de la cirugía primaria. Independientemente del procedimiento, algunos investigadores han reportado metástasis linfáticas en cuello residuales o recurrentes en 9-20% de los pacientes con CPT en su seguimiento a largo plazo.^{3,4} En vista de la biología indolente del CPT, muchos investigadores consideran innecesario la exploración y/o la resección quirúrgica de ganglios linfáticos benignos detectados por US.⁵

La linfadenectomía cervical lateral principalmente se realiza en pacientes en los que se identifica metástasis del

CPT en los compartimentos laterales del cuello. Algunos centros están a favor de la disección lateral modificada de cuello seguida de la cirugía tipo «*berry-picking*» cuando se identifican nuevas metástasis a lo largo del seguimiento.⁶

El tratamiento con IPE para las metástasis del CPT ha sido utilizado como una alternativa a la cirugía.⁷ Este procedimiento al parecer es seguro, efectivo, rápido y sin complicaciones significativas.

El tratamiento con IPE puede curar las metástasis en el CPT, pero aún no es posible garantizar que el paciente esté libre de enfermedad metastásica. Por lo mismo, algunos pacientes incluidos en este estudio fueron diagnosticados con metástasis recurrentes en otros niveles después de terminar el estudio. Por lo que claramente se entiende que este procedimiento no modifica la biología del CPT; enfoque en el que las investigaciones terapéuticas deben continuar.

Los resultados de este estudio son prometedores e indican que el tratamiento con IPE guiado con US es beneficioso en pacientes similares a los de este estudio, además no presenta efectos adversos mayores y podría reemplazar resecciones quirúrgicas a repetición.

Lamentablemente la realidad en nuestras instituciones públicas por el momento es otra. La evaluación preoperatoria generalmente está limitada a una valoración ultrasonográfica, y es muy raro que se realice BAAF de ganglios linfáticos en general; en la mayoría de centros no disponemos de BAAF-Tg. No obstante, son procedimientos que ciertamente podrían realizarse y con más frecuencia. El manejo multidisciplinario es muy importante para el diagnóstico como el tratamiento de los pacientes con CPT, por lo que la organización y la adecuada comunicación de todos los servicios involucrados no sólo son fundamentales, sino que es la clave para alcanzar resultados similares a lo descrito en este estudio.

Bibliografía

1. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Hauger BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, Mazzaferri EL, McIver B, Pacini F, Schlumberger M, Sherman SI, Steward DL, Tuttle RM. Re-

vised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19: 1167-1214.

2. Sigstad E, Heilo A, Paus E, Holgersen K, Grøholt KK, Jørgensen LH, Bøgsrud TV, Berner A, Bjørø T. The usefulness of detecting thyroglobulin in fine-needle aspirates from patients with neck lesions using a sensitive thyroglobulin assay. *Diagn Cytopathol* 2007; 35: 761-767.
3. Hay ID. Papillary thyroid carcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1990; 19: 545-576.
4. Hay ID, Bergstrahl EJ, Grant CS, McIver B, Thompson GB, van Heerden JA, Goellner JR. Impact of primary surgery on outcome in 300 patients with pathologic tumor-node metastasis stage III papillary thyroid carcinoma treated at one institution from 1940 through 1989. *Surgery* 1999; 126: 1173-1181; discussion 1181-1182.
5. Shen WT, Ogawa L, Ruan D, Suh I, Duh QY, Clark OH. Central neck lymph node dissection for papillary thyroid cancer: the reliability of surgeon judgment in predicting which patients will benefit. *Surgery* 2010; 148: 398-403.
6. Caron NR, Clark OH. Papillary thyroid cancer: surgical management of lymph node metastases. *Curr Treat Options Oncol* 2005; 6: 311-322.
7. Lewis BD, Hay ID, Charboneau JW, McIver B, Reading CC, Goellner JR. Percutaneous ethanol injection for treatment of cervical lymph node metastases in patients with papillary thyroid carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 2002; 178: 699-704.

Correspondencia:

Paola Jervis

E-mail: paolajervis@hotmail.com