¿Cómo debemos tratar y seguir a aquellos pacientes con tumores tiroideos de bajo rie

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Jueves, 06 Julio 2023 15:25
Escrito por: Sofia
Visitas: 4583

La evidencia actual demuestra que la lobectomía y la tiroidectomía total tienen similares tasas de recurrencia y sobrevida global en estos pacientes.

Current Controversies in Low-Risk Differentiated Thyroid Cancer: Reducing Overtreatment in an Era of Overdiagnosis

Controversias actuales en cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo: reduciendo el sobretratamiento en la era del sobrediagnóstico

Timothy M. Ullmann, Maria Papaleontiou y Julie Ann Sosa, JCEM 2023

Puntos de interés:

En la actualidad se observa un incremento en el diagnóstico de pacientes con tumores tiroideos diferenciados de bajo riesgo. En los últimos años, nuevas estrategias de tratamiento y seguimiento se han implementado con este grupo de pacientes, desde la vigilancia activa pasando por la lobectomía y la no ablación. Esta mini revisión analiza críticamente estas alternativas, así como la necesidad de supresión de TSH y el modo de seguimiento de este grupo de pacientes.

Resumen:

Contexto: El cáncer diferenciado de tiroides (CDT) de bajo riesgo está sobre diagnosticado, si bien la incidencia real también se ha incrementado. Gracias a su excelente pronóstico con baja morbilidad y mortalidad, balancear el riesgo del tratamiento con el riesgo de progresión puede ser desafiante, llevando a distintas áreas de controversia.

Adquisición de evidencia: Esta mini revisión es un resumen de las controversias y las dificultades en las decisiones sobre el manejo de todos los estadios del CDT de bajo riesgo, desde el diagnóstico y tratamiento al seguimiento. En particular, se discuten el sobre diagnóstico, vigilancia activa versus cirugía, extensión de la cirugía, tratamiento con radioyodo, supresión de TSH y vigilancia post operatoria.

Síntesis de la evidencia: Las recomendaciones sobre el diagnóstico del CDT, la extensión del tratamiento en pacientes con CDT de bajo riesgo,

Phoca PDF

y la intensidad del seguimiento post tratamiento se han modificado sustancialmente en la década pasada. Si bien el sobrediagnóstico es aún un problema, ha existido un real incremento en la incidencia. Las opciones terapéuticas van desde la vigilancia activa de tumores pequeños hasta la tiroidectomía total seguida de ablación con radioyodo en casos seleccionados. Las recomendaciones también son amplias sobre la frecuencia y la duración del seguimiento a largo plazo.

Conclusión: Los médicos y pacientes deben acercarse a cada caso en forma personalizada y matizada para seleccionar la extensión apropiada del tratamiento basada en criterios individuales. En áreas con equilibrio evidente, los datos centralizados en pacientes pueden ayudar como guía la toma de decisiones.

Comentario:

El manejo del CDT de bajo riesgo es controversial en todos los estadios, desde el diagnóstico y tratamiento hasta el seguimiento. Esto ocurre por la naturaleza indolente de esta patología y el desafío de balancear entre la morbilidad de los tratamientos con el riesgo de progresión de la enfermedad. La asociación americana de tiroides (ATA) define al **CDT de bajo riesgo como aquellos tumores entre 1 y 4 cm papilares o foliculares intratiroideos, sin evidencia de histología agresiva, sin invasión local o vascular (o menos de 4 focos de invasión vascular para el folicular) y sin metástasis a distancia, con menos de 5 ganglios metastásicos siendo todos < 0,2 cm en su diámetro mayor. Estos tumores tienen un riesgo de recurrencia estructural de entre 1% y 10%.** Muchos de estos pacientes en la actualidad estas siendo tratados con lobectomía y, por otra parte, muchos de ellos no están siendo ablacionados con radioyodo. Esta mini revisión analiza datos sobre estudios centralizados en los pacientes en relación a calidad de vida y costos en salud.

Incidencia del CDT bajo riesgo: *¿Sobrediagnóstico, incremento real de incidencia o ambos?*. La incidencia del CDT, y particularmente del de bajo riesgo, se ha incrementado significativamente en las últimas décadas. **Este incremento se ha atribuido a un aumento en el diagnóstico de enfermedad indolente, es decir, al sobrediagnóstico.** En Corea del Sur debido al screening de 2011 se ha producido un aumento de 15 veces en la incidencia de CDT en relación a 1993. Estimaciones actuales sugieren que el 16–18% de los pacientes que realizan una TC y el 20–70% que realizan una ecografía cervical tienen un incidentaloma tiroideo. Esto incrementa el uso de la punción con aguja fina y del eventual diagnóstico de CDT. También se sugiere que ciertos factores

Phoca PDF

ambientales, tales como la obesidad, contribuyen con el incremento de incidencia observado en esta patología. Kitahara y col hallaron que **adultos con sobrepeso y obesidad tienen un riesgo aumentado a 1,26 y 1,30, respectivamente, de padecer cáncer de tiroides.** A su vez, la obesidad se asocia con un comportamiento más agresivo de esta enfermedad. Sin embargo, la evidencia epidemiológica sugiere que existen incrementos reales en la incidencia del CDT que no pueden ser del todo explicados por el sobrediagnóstico. Por otra parte, en Estados Unidos se observó que entre 2014 y 2018 la incidencia de microcarcinomas se ha reducido y que hubo una meseta de aquellos mayores a 1 cm. Sin embargo, la mortalidad está en aumento.

Extensión del tratamiento: *¿Vigilancia activa o cirugía?* La vigilancia activa comenzó en Japón en 1990 en tumores menores a 1 cm. Un estudio posterior determinó que la detección de nuevas metástasis ganglionares durante la vigilancia activa era comparable a la tasa de recurrencia luego de la cirugía: 2,1 versus 3% respectivamente. Desde la publicación de estos trabajos, distintos autores en el mundo fueron ampliando el criterio de vigilancia activa. Tuttle y col realizaron su experiencia con tumores hasta 1,5 cm, demostrando que el tamaño tumoral inicial (<1cm versus 1-1,5cm) no era predictor de crecimiento. Lo mismo se vio en un estudio de Ho y col en Japón con tumores de hasta 2 cm. Por otra parte, los candidatos ideales para la vigilancia serían aquellos pacientes mayores a 60 años de edad. Sin embargo, la evidencia sobre vigilancia activa parte de estudios no randomizados, heterogéneos y de baja calidad. Esta opción requiere de la compliance del paciente y la diligencia del médico para su seguimiento. Sin embargo, **se requieren más estudios sobre eficacia y seguridad comparando la cirugía con la vigilancia activa.**

Extensión de la cirugía: *¿Tiroidectomía o lobectomía?* La guía la de ATA de 2015 establece que la lobectomía, al igual que la tiroidectomía total, son opciones de tratamiento válidas para pacientes con CDT de bajo riesgo. Adam y col analizaron 62.000 pacientes sin encontrar diferencias en la sobrevida global entre lobectomía y tiroidectomía, ajustando por comorbilidades y variables tumorales como multifocalidad, extensión extra tiroidea y nivel de resección. En los últimos años se ha visto que a pesar del incremento de lobectomías no ha aumentado el número de pacientes con requerimiento de completar la tiroidectomía. Esto podría explicarse por disponer en la actualidad de ecografías de alta calidad con alto valor predictivo negativo para detectar extensión extratiroidea. Finalmente, la decisión depende de los riesgos y beneficios de cada procedimiento y del deseo del paciente guiado por un equipo interdisciplinario. Factores que favorecen la lobectomía incluyen: menores complicaciones post operatorias, mejor calidad de vida a 6 meses, 1/3 no requiere tratamiento con hormona tiroidea, menor costo quirúrgico e

Phoca PDF

internaciones más cortas. Factores que favorecen la tiroidectomía incluyen: permite el uso de radioyodo, facilita el seguimiento post operatorio, ¿reduce la recurrencia? Otros factores como las comorbilidades, la presencia de nódulos en el lóbulo contralateral y la pre existencia de hipotiroidismo pueden balancear entre una y otra decisión. En un relevamiento de McDow y col se evidenció que los médicos que practican y prefieren la tiroidectomía total son lo que se sienten incómodos con la incertidumbre en el cuidado de los pacientes. Desde el punto de vista del paciente, Ahmadi y col determinaron que las preferencias de los mismos se basaron en el riesgo de recurrencia, la necesidad de segunda cirugía y los cambios en la voz. Ellos calcularon que el paciente promedio prefiere la lobectomía si el riesgo de completar la cirugía es menor al 30%. Por otra parte, no se ha observado una diferencia a largo plazo en la calidad de vida entre uno u otro procedimiento. En conclusión, **la evidencia actual demuestra que la lobectomía y la tiroidectomía total tienen similares tasas de recurrencia y sobrevida global. La lobectomía tiene mejores resultados a corto plazo en términos de calidad de vida y complicaciones. Sin embargo, esta técnica puede complicar el seguimiento y los pacientes pueden presentar mayor ansiedad sobre recurrencia tumoral luego de la misma. A largo plazo, la calidad de vida es similar para las dos técnicas quirúrgicas.**

Radioyodo: Según las guías de la ATA en el CDT de bajo riesgo el radioyodo no está rutinariamente recomendado. Recientemente, los resultados de **un estudio de no inferioridad y controlado realizado en 35 centros de Francia que incluyó 776 pacientes tratados con tiroidectomía y randomizados a ablación con 30 mCi de radioyodo versus vigilancia demostró una recurrencia libre de enfermedad del 95,6% para el grupo no ablacionado versus 95,9% para el radioablacionado a 3 años post randomización, con una diferencia -0,3%, demostrando la no inferioridad de la vigilancia post quirúrgica.** Pasqual y col analizaron la base de datos SEER y evidenciaron una disminución en la prescripción del yodo luego de la publicación de las guías de 2015. Sin embargo, 1/5 de los pacientes con CDT de bajo riesgo aún siguen siendo ablacionados con yodo. Obviamente, las preferencias del médico tratante influyen en el paciente. Un estudio demostró que el 84% de los pacientes cuyos profesionales preferían la ablación con radioyodo, eran tratados de este modo. Otro estudio demostró que el 56% de los pacientes no tuvieron opción de elegir el uso o no del yodo. Por otra parte, hay factores socio demográficos que juegan un rol en la decisión de ablacionar. El empoderamiento de los pacientes y la educación de los médicos ofrece oportunidades para reducir el sobretratamiento.

Supresión de TSH: Tradicionalmente, la TSH se suprimía a todos los pacientes con CDT. Sin embargo, los riesgos de hipertiroidismo

Phoca PDF

iatrogénico, osteoporosis y enfermedad cardio vascular han llevado a mejorar los criterios de elegibilidad de la supresión, sobre todo en pacientes de bajo riesgo. Es por ello, que **la ATA recomienda mantener niveles de TSH entre 0,5 y 2 mUI/L en este grupo de pacientes.** Sin embargo, todavía existe la controversia sobre si niveles de TSH elevados pueden aumentar el riesgo de recurrencia. Un estudio japonés randomizado y controlado sobre 441 pacientes demostró que aquellos con TSH entre 0,01 y 0,5 mIU/L versus los eutiroideos (TSH entre 0,5 y 4,5 mUI/L) no tuvieron diferencias en la tasa de recurrencia. Tampoco se encuentra evidencia actual sobre este punto en pacientes lobectomizados en cuanto a mejoría de la tasa de recurrencia. A pesar de todas las recomendaciones existentes sobre este punto, una encuesta a profesionales realizada por Papaleontiou y col demostró que el 48,8% aún recomienda la supresión de TSH en pacientes de bajo riesgo. Sin embargo, los profesionales que tratan más de 40 pacientes con CDT por año suelen recomendar menos esta práctica respecto a los que ven menos de 20 pacientes.

Vigilancia a largo plazo: Imágenes: La ecografía cervical de alta calidad es el pilar del seguimiento de pacientes con CDT de bajo riesgo. Sin embargo, existe evidencia de poca calidad sobre la periodicidad para realizar dicho control ecográfico. Un seguimiento muy frecuente puede llevar a daño en la salud. Yang y col demostraron que un 67% de los pacientes seguidos por CDT tuvieron falsos positivos de la ecografía llevando a biopsias innecesarias. Además, implica un gran gasto en salud. **La mayoría de las recurrencias suelen ocurrir en los primeros 5 años luego de la cirugía inicial.** Por tanto, **realizar una primera ecografía 1 o 2 años luego de la cirugía y repetirla luego a 4 a 6 años de la misma detectaría la mayoría de las recurrencias.**

Tiroglobulina (Tg): La estratificación de riesgo dinámico de la guía de la ATA, basada en la respuesta al tratamiento inicial, se centra en los niveles de Tg. Dado que los ensayos actuales de Tg son altamente sensibles, no se utiliza habitualmente la Tg estimulada. Sin embargo, tanto los niveles de TSH como la presencia de anticuerpos contra la Tg alteran su interpretación. **La evidencia actual sobre el uso de Tg en pacientes con lobectomía o en aquellos no ablacionados es aún escasa. La mayoría de los pacientes luego de la tiroidectomía suelen tener niveles de Tg indetectables (<1ng/ml) a 5 años. En pacientes sometidos a lobectomía ocurre lo contrario, la Tg suele ascender los primeros 5 años.**

Conclusiones: **El CDT de bajo riesgo está sobre diagnosticado, sin embargo, existe un incremento real en su incidencia.** Muchos de estos pacientes están siendo tratados con lobectomía o sin radioyodo. La vigilancia activa es una opción en estos pacientes. Esto incrementa los matices en cuanto a opciones terapéuticas. Como cada vez más

Phoca PDF

pacientes son tratados con lobectomía o sin radioyodo, el seguimiento post quirúrgico es cada vez más desafiante. **Este grupo de pacientes va a tener un excelente sobrevida global y libre de enfermedad.** Por otra parte, **la calidad de vida es punto a tener en cuenta para basar las decisiones a tomar.**

Copyright 2023. Endoweb.net

Phoca PDF