Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 22 Marzo 2024 15:14
Escrito por: Sofia
Visitas: 3749

Prognostic Factors Improving ATA Risk System and Dynamic Risk Stratification in Low- and Intermediate-Risk DTC Patients

Factores de pronóstico que mejoran el sistema de riesgo ATA y la estratificación dinámica de riesgo en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides de riesgo bajo e intermedio

Fabio Maino. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. Marzo 2024

Disculpe su navegador web no soporta audios.

Puntos de interés:

En este estudio retrospectivo, se evalúo la evolución a largo plazo de 863 pacientes con riesgo bajo e intermedio de recurrencia de carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) según la Asociación Americana de Tiroides (ATA). Se determinó el impacto en la respuesta final de diversas variables entre ellas la edad al diagnóstico junto con otras características como la respuesta inicial, el sexo y el estadio del TNM. En pacientes de bajo riesgo, el factor asociado con la evolución final fue la respuesta inicial al tratamiento. En cambio, en pacientes de riesgo intermedio, la mayor edad al diagnóstico, la respuesta inicial, el estadío de T y el estadío de N fueron los factores asociados a la evolución a largo plazo.

Resumen:

Las directrices de la ATA no consideran la edad al momento del diagnóstico como un factor pronóstico en la estimación del riesgo de persistencia/recurrencia de enfermedad en pacientes con CDT. Si bien la edad en el momento del diagnóstico ya se ha evaluado en pacientes de alto riesgo, aún está por establecerse en pacientes de riesgo bajo e intermedio.

Objetivo: El objetivo del estudio fue investigar el papel de la edad como factor pronóstico en el resultado a corto y largo plazo de los pacientes con CDT clasificados en riesgo bajo e intermedio según el sistema de estratificación de riesgo ATA.

Métodos: Se evaluaron retrospectivamente 863 pacientes con CDT

Phoca PDF

(seguimiento medio: 10 ± 6,2 años), 52% clasificados como de riesgo bajo (449/863) y 48% como de riesgo intermedio (414/863). Para cada clase de riesgo ATA, los pacientes se dividieron en subgrupos según la edad en el momento del diagnóstico (<55 o â¥55 años).

Resultados: En el grupo de riesgo intermedio, los pacientes de 55 años o más tuvieron una mayor tasa de enfermedad estructural (11,6% frente a 8,9%), enfermedad recurrente (4,1% frente a 0,7%) y muerte (4,1% frente a 1%) en comparación con pacientes más jóvenes (<55 años) (p = 0,007). El análisis multivariado confirmó que la edad avanzada en el momento del diagnóstico (odds ratio [OR] = 3,9; IC 95 %, 1,9–8,6; p < 0,001) fue un factor de riesgo independiente para un peor resultado a largo plazo junto con la respuesta al tratamiento inicial (OR = 13,0; IC 95%, 6,3–27,9; p < 0,001), y categoría T (OR = 32; IC 95%, 1,4–7,1; p = 0,005) y N (OR = 2,3; IC 95%, 1,1– 5,0; p = 0,03). Sin embargo, sólo se documentó un efecto negativo de la edad avanzada en el subgrupo de pacientes con CDT de riesgo intermedio con enfermedad estructural persistente después del tratamiento inicial. De hecho, la tasa de resultados desfavorables a largo plazo aumentó del 13,3 % en toda la población de pacientes con CDT de riesgo intermedio al 47,8 % en pacientes con enfermedad estructural persistente después del tratamiento inicial (p < 0,001) y al 80 % en pacientes mayores de 55 años con enfermedad estructural persistente después del tratamiento inicial (p = 0,02).

Conclusión: Los resultados sugieren que la edad en el momento del diagnóstico es un factor predictor adicional de los resultados individuales en el CDT de riesgo intermedio; su valoración permite adaptar el tratamiento en consecuencia.

Comentario:

En este estudio retrospectivo analizaron 863 pacientes con CDT (seguimiento medio: 10 ± 6,2 años), 52% clasificados como de riesgo bajo y 48% como de riesgo intermedio. Para cada clase de riesgo ATA, los pacientes se dividieron en subgrupos según la edad en el momento del diagnóstico (<55 o â¥55 años) y se evaluó la respuesta al tratamiento inicial y a largo plazo.

Subgrupo de Bajo Riesgo: No se encontraron diferencias según la edad en la respuesta al tratamiento inicial ni a largo plazo.

Subgrupo de Riesgo Intermedio: La respuesta inicial al tratamiento no tuvo relación con la edad al diagnóstico de la enfermedad. En relación con la respuesta al final del seguimiento, que en este grupo tuvo una

Phoca PDF

mediana de 9,9 años, se encontraron peores resultados en los pacientes mayores de 55 años.

Factores de riesgo asociados a peor respuesta a largo plazo en pacientes de riesgo bajo e intermedio: Para su determinación se realizó un análisis multivariado para identificar factores de riesgo asociados con enfermedad estructural persistente/recurrente o muerte. En el análisis se incluyeron:

â la respuesta al tratamiento inicial,

â la edad en el momento del diagnóstico (límite 55 años),

â el sexo,

â el estadio según la octava edición del TNM,

â la categoría T y

â la categoría N.

Al evaluar toda la cohorte de pacientes se identificaron como factores de riesgo independientes: la respuesta al tratamiento inicial, la mayor edad al diagnóstico y la categoría de N. Al analizar al subgrupo de bajo riesgo, la respuesta inicial al tratamiento fue el único factor de riesgo independiente asociado. En el grupo de riesgo intermedio, la mayor edad al diagnóstico, junto con la respuesta inicial, la categoría de T y de N fueron los factores significativamente asociados.

Algoritmo de identificación de riesgos según los resultados clínicos (Figura 1)

Phoca PDF

¿Deberíamos tener en cuenta la edad en la evaluación del riesgo de recurrencia/persi

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 22 Marzo 2024 15:14
Escrito por: Sofia
Visitas: 3749

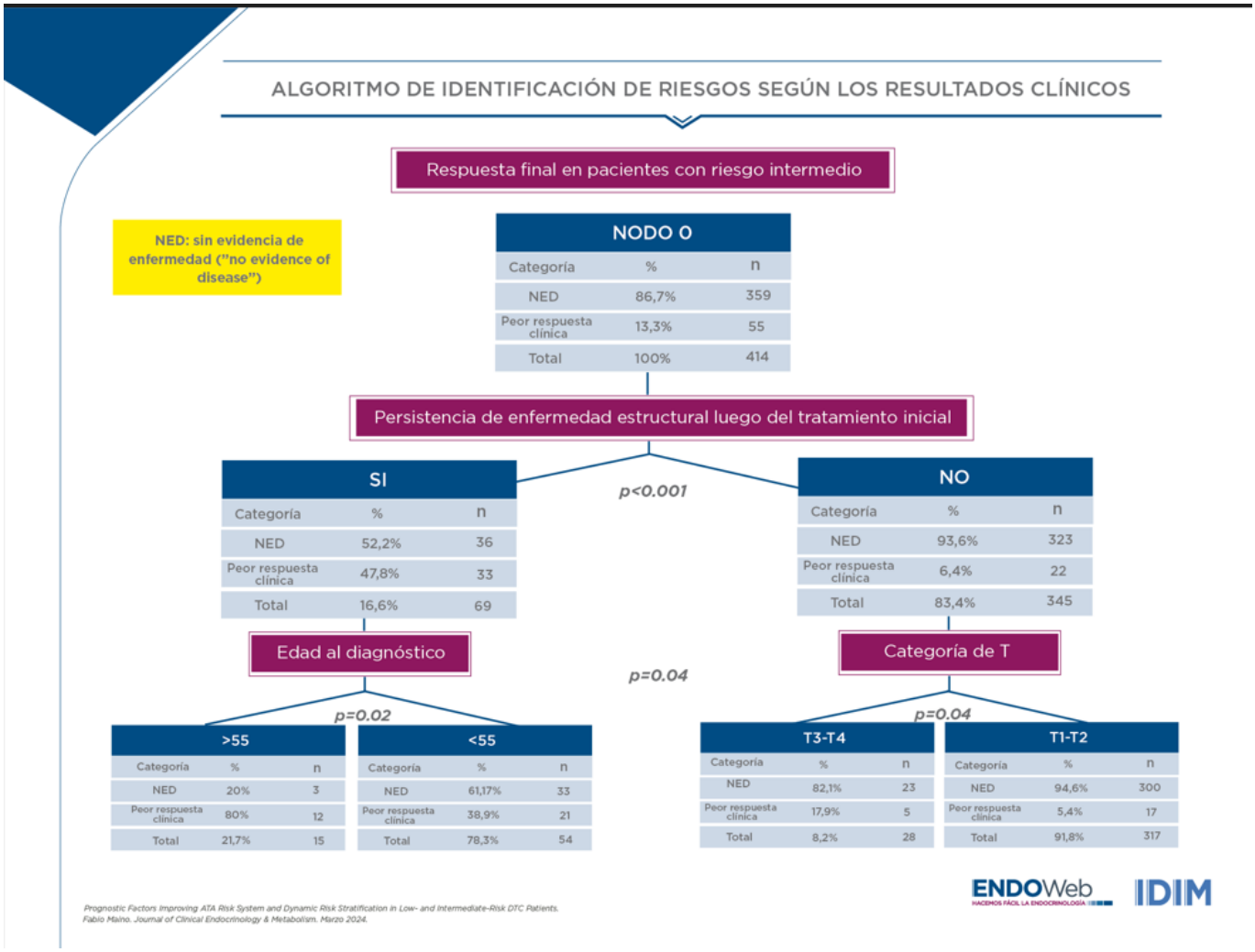


Figura 1. Tres diagramas basados en el análisis de chi-cuadrado que evaluaron factores pronósticos significativamente asociados con peor evolución (persistencia/recurrencia de enfermedad o muerte a largo plazo) en pacientes con CDT de riesgo intermedio.

En los pacientes con riesgo intermedio, la persistencia de enfermedad estructural luego del tratamiento inicial es el primer dato a valorar para estratificarlos: en aquellos pacientes con persistencia estructural, la mayor la edad al diagnóstico fue un determinante de peor pronóstico. En cambio, en los pacientes sin enfermedad estructural persistente, la categoría T fue el factor predictor de pronóstico; siendo los pacientes con T3 y T4 los de peor evolución.

Conclusiones:

Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 22 Marzo 2024 15:14
Escrito por: Sofia
Visitas: 3749

El papel pronóstico de la edad al momento del diagnóstico en la mortalidad por cáncer de tiroides ha sido bien definido. Por el contrario, la misma no se ha incluido en el sistema de estratificación de riesgo ATA, utilizado en la práctica clínica para predecir el riesgo de enfermedad persistente/recurrente.

No se encontró ningún papel pronóstico de la edad en el momento del diagnóstico en pacientes de bajo riesgo. El análisis multivariado mostró que la respuesta al tratamiento inicial fue el único factor asociado significativa e independientemente con un peor pronóstico en este grupo.

Por el contrario, se demostró que los pacientes de riesgo intermedio mayores de 55 años tuvieron peores resultados a largo plazo; aunque esto no se verificó para la respuesta a corto plazo. En una mediana de seguimiento de 9,9 años, estos pacientes tuvieron más frecuentemente enfermedad estructural persistente/recurrente y mayor mortalidad. El papel pronóstico de la edad al diagnóstico también se confirmó mediante análisis multivariado donde se analizó junto con la categoría T, la categoría N y la respuesta al tratamiento inicial.

Así mismo, se encontró que la edad al diagnóstico se asoció con un peor resultado final sólo en el subgrupo de pacientes con riesgo intermedio y enfermedad estructural persistente después del tratamiento inicial. En aquellos pacientes sin enfermedad estructural persistente la peor respuesta a largo plazo se asoció con la categoría T; siendo los T3 y T4 de pronóstico más desfavorable.

Copyright 2024. Endoweb.net

Phoca PDF