



Guía de actualización en patologías prevalentes en Cirugía General

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Dr. Marcelo P. Nallar Dera

En EEUU durante el año 2014 se diagnosticaron 63.000 casos nuevos de cáncer de tiroides. De ellos, el 90% son cáncer diferenciados de tiroides. Si los comparamos con los 37.200 casos encontrados durante el año 2009 dimensionamos el aumento en el diagnóstico del mismo. Una de las principales causas de este aumento se debe al diagnóstico de los microcarcinomas que durante el año 1988 eran el 25% del total y en el 2014 fueron el 39% de los nuevos casos. Sin dudas la instrucción de la ecografía como método complementario ayudo en el diagnóstico de los nódulos menores de 1cm. Se proyecta que en año 2019 ocupará el 3er puesto en frecuencia de cánceres encontrados en mujeres. Sin embargo, la mortalidad sigue siendo la misma de hace 50 años por lo que el diagnóstico precoz por Screening ecográfico no estaría indicado.

En cuanto a la clínica, los antecedentes familiares y la exposición a las radiaciones no deben faltar en el interrogatorio como así tampoco las características de nódulo en cuanto a su consistencia, movilidad, crecimiento rápido, tamaño y la presencia de adenopatías y disfonía.

Las características ecográficas son las que nos permitirán saber las probabilidades de malignidad de la lesión. Los nódulos hipoecogénicos, con microcalcificaciones, márgenes irregulares, diámetro mayor del tumor perpendicular a la piel, invasión extraglandular son las características ecográficas de malignidad y de encontrarse todas ellas las probabilidades de malignidad son del 70 al 90%. El sistema de Ti-rads no se lo menciona en las últimas guías ATA porque tiene superposición de características de benignidad y malignidad. La vascularización ecográfica del nódulo, en las guías ATA, le restan utilidad para el diagnóstico de cáncer de papilar de tiroides. Tendría utilidad para el diagnóstico de cáncer folicular de tiroides y para la variante folicular del cáncer papilar de tiroides.

La Elastografía es un programa especial que tienen algunos ecógrafos y que miden la consistencia de los nódulos. Tiene limitaciones en los pacientes obesos, los nódulos posteriores o inferiores y en los bocios multinodulares.

Los nódulos diagnosticados con El FDG PET scan, tienen mayores posibilidades de ser malignos. Este estudio es solicitado generalmente por estudio de otra patología, no es recomendado el uso rutinario como pesquisa oncológica de un nódulo tiroideo.

La punción aspiración con aguja fina (PAAF), debe realizarse siempre con guía ecográfica que según las características antes mencionadas se selecciona cuales

nódulos ameritan un estudio citológico. Los tumores menores de 1cm no tienen indicación de PAAF, con excepción de aquellos casos que tengan factores clínicos o ecográficos de sospecha de malignidad. Se estandarizó la clasificación de Bethesda para el informe citológico (cuadro 1). Los Bethesda V tienen una sospecha de cáncer papilar de tiroides en un 80% y Bethesda VI en un 98%. Los grupos indeterminados de Bethesda podrían ser resueltos con la biología molecular con la mutación del gen BRAF v600 en la muestra citológica.

La cirugía de esta patología debe personalizarse para cada paciente ya que existen variables inherentes al tumor y al enfermo que impiden dictar una norma general. Es necesario separar los factores pronóstico de vida de los factores pronósticos de recurrencia (cuadro 2) a la hora de seleccionar la técnica a emplear. De igual manera se dirime la conducta a seguir con los ganglios cervicales.

En Argentina, la mayoría de los centros con un volumen importante de cirugía tiroidea, tienen estandarizada la tiroidectomía total como tratamiento quirúrgico del cáncer papilar. Sin embargo, en aquellos casos donde se realizó una lobectomía y el diagnóstico de cáncer papilar realiza en el post operatorio, se puede plantear al paciente la posibilidad de no reoperarlo para completar la tiroidectomía. De hecho, en algunos Centros de referencia mundial, (en EEUU principalmente) en pacientes de bajo o muy bajo riesgo realizan lobectomías tiroidea como tratamiento definitivo del carcinoma papilar. Las probabilidades de recurrencia son las mismas independientemente de la técnica que se haga.

La biología molecular con el estudio de los 7 genes ADN, más precisamente con el estudio de la mutación del gen BRAF v600 puede ayudar a diagnosticar casos indeterminados en la clasificación de Bethesda y evitar cirugías en dos tiempos. Además tiene valor pronóstico y puede ser determinante a la hora de indicar o no yodo terapia. Este método tiene alta especificidad (cercana a un 98%) pero baja sensibilidad (50%). Se está trabajando en ARN de expresión génica que podría elevar la sensibilidad pero todavía no hay evidencia suficiente.

La conducta con los ganglios debe ser criteriosa según los factores pronósticos y se puede decir que no es conveniente realizar vaciamiento profiláctico en ningún caso, como así tampoco reseca los ganglios patológicos solamente (picking Berry) sino realizar el vaciamiento regional correspondiente. En los tumores avanzados o de alto riesgo es importante un vaciamiento regional completo principalmente el compartimento

central y los niveles yugulares II, III y IV.

El tratamiento con I131 no se realiza en los microcarcinomas, en los pacientes que tienen una lobectomía tiroidea y son de bajo riesgo y podría no indicarse también en pacientes de bajo riesgo con tiroidectomía total. Las dosis recomendadas van desde 30 hasta 100 mCi según los factores pronósticos.

Es importante el seguimiento con estadificación dinámica que permite re categorizar a los pacientes según la evolución. Según la ausencia o no de enfermedad, los pacientes de bajo riesgo pueden pasar a ser de riesgo intermedio o de alto riesgo y viceversa.

CUADRO 1: CLASIFICACION DE BETHESDA

Bethesda	Conducta	Riesgo de malignidad
I -No diagnóstica (<10%)	Repetir bajo guía ecográfica	1-4%
II-Benigna (60-70%)	Control	0-3%
III-AUS/FLUS (3-6%)	Repetir PAAF	5-15%
IV-Sospechosa de Neoplasia folicular (10-20%)	Lobectomía	15-30%
V-Sospechosa de malignidad (2-10%)	Tiroidectomía	60-75%
VI-Maligna (3-7%)	Tiroidectomía	97-99%

CUADRO 2 FACTORES PRONOSTICOS DE RECURRENCIA

Microcarcinoma uni o multifocal	Invasión peritiroidea microscópica	Invasión peritiroidea macroscópica
Sin extensión extratiroidea ni MTS	MTS ganglionares o	Resección incompleta
Sin MTS ganglionares	Histología agresiva	MTS a distancia
T1b-2 sin MTS ganglionares	Invasión vasculo linfática	
Extirpación completa del tumor	Captación de Yodo fuera del lecho	
Sin invasión peritiroidea ni vasculolinfática		
Variantes no agresivas		
Ausencia de captación fuera del lecho		