



O-016 - REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA PUBLICADA PARA LA INDICACIÓN DE LA LINFADENECTOMÍA PROFILÁCTICA DEL COMPARTIMENTO CENTRAL DE CUELLO EN EL CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES. BASES PARA EL INFORME DE CONSENSO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CIRUJANOS ENDOCRINOS (ESES)

J. Sancho-Insenser, L. Lorente-Poch, G. Mateu-Calabuig y A. Sitges-Serra

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: Persiste una intensa controversia sobre la indicación, extensión, rendimiento y complicaciones de la linfadenectomía profiláctica rutinaria del compartimento central (LAPRCC) de cuello para el tratamiento el cáncer papilar de tiroides.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura de 490 estudios publicados, de los que se seleccionan treinta estudios prospectivos (ninguno aleatorizado) y cinco meta-análisis. Se analizan las tasas de hipocalcemia, hipoparatiroidismo, disfonía y parálisis recurrencial. Se desglosan las variables implicadas en la recidiva loco-regional, incluyendo los niveles de tiroglobulina tras ablación con radio-yodo, la multifocalidad, bilateralidad, la positividad para BRAF y otros factores de riesgo para la recurrencia.

Resultados: Los estudios comparativos recientes y los meta-análisis coinciden en señalar la asociación de la LAPRCC con una mayor proporción de la hipocalcemia postoperatoria temporal (OR = 2,52 IC95%: 1,95-3,25) respecto a la tiroidectomía total sin linfadenectomía, pero no con significativamente mayor hipoparatiroidismo permanente (OR = 1,74 IC95%: 0,87-3,5), lesión temporal o permanente del nervio laríngeo recurrente. Asimismo, no se aprecian diferencias significativas asociadas a LAPRCC en la tasa global de complicaciones postoperatorias. El riesgo de recurrencia parece reducirse en los pacientes que recibieron LAPRCC. El número de pacientes necesario a tratar para evitar un recurrencia ganglionar es de entre 20 y 31. La recurrencia ganglionar es más frecuente cuando no se realiza LAPRCC y concurren factores de riesgo como edad > 45 años, sexo masculino, multifocalidad o bilateralidad. La positividad para BRAF no parece estar relacionada con la tasa de recurrencia. Se identifica en este análisis que se pueden definir por lo menos tres niveles de LAPRCC en cuanto a extensión de la disección. La falta de ensayos clínicos aleatorios y la heterogeneidad tanto de las poblaciones de estudio como de las técnicas empleadas son la principal limitante para establecer conclusiones claras, y una lista completa de las fuentes de sesgo a evitar en estudios subsiguientes ha sido confeccionada.

Conclusiones: Se propone y razona que la LAPRCC debería ser estratificada por riesgo. Así, los tumores T3 o T4, bilaterales o multifocales, pacientes de 45 años o más, varones y pacientes con

ganglios linfáticos laterales involucrados podrían ser candidatos para LAPRCC bilateral, idealmente preservando el cuerno cervical del timo. La LAPRCC ipsilateral podría ser reservada para T2 sin factores de riesgo. La LAPRCC debería limitarse a los cirujanos con experiencia ejerciendo en centros con un volumen suficiente de casos y con registro continuo de resultados clínicos.