

Comentarios sobre «Carcinoma de tiroides incidental *versus* no incidental: presentación clínica, tratamiento quirúrgico y pronóstico»



Comments on «Carcinoma de tiroides incidental *versus* no incidental: presentación clínica, tratamiento quirúrgico y pronóstico»

Sr. Editor:

En primer lugar, nos gustaría agradecer el interés suscitado y las críticas constructivas sobre nuestro trabajo «Carcinoma de tiroides incidental *versus* no incidental: presentación clínica, tratamiento quirúrgico y pronóstico»¹. En estos comentarios nuestros colegas afirman que en nuestra serie no hay diferencias con respecto a las complicaciones quirúrgicas. Sin embargo, en nuestros resultados sí hallamos diferencias (tasa global de hipoparatiroidismo de 9,9 vs. 4,2% y de lesión recurrencial de 3,3 vs. 1,8%), aunque no alcancen significación estadística. Por otra parte, sí observamos de forma estadísticamente significativa una mayor extensión de la cirugía inicial, una mayor tasa de linfadenectomías, estadios más avanzados y una mayor tasa de recidivas en el grupo de carcinoma clínico con respecto al grupo de carcinoma incidental. Consideramos que estas diferencias justifican, para nosotros, el tratamiento quirúrgico en los estadios precoces.

Nosotros no concluimos la necesidad de establecer un diagnóstico precoz en base a campañas de cribado, sino en abogar por el tratamiento quirúrgico precoz cuando se diagnostica el tumor en fases iniciales (microcarcinoma). Es cierto que en la Guía de práctica clínica de la *American Thyroid Association 2015*² se contempla el tratamiento conservador con seguimiento estrecho en aquellos pacientes con alto riesgo anestésico o tumores de muy bajo riesgo. Sin embargo, ante una citología con resultado de malignidad se posicionan con un grado de recomendación fuerte a favor del tratamiento quirúrgico. Esto es debido a varios artículos publicados en la literatura en los que un pequeño porcentaje de pacientes con carcinomas papilares comienzan clínicamente con metástasis ganglionares o a distancia³⁻⁵. Además, no hay características clínicas que permitan diferenciar con fiabilidad a este pequeño número de pacientes con microcarcinomas que desarrollarán una evolución clínica agresiva de la gran mayoría que presentarán un curso clínico indolente⁶⁻⁹.

Respecto a la ansiedad generada por el diagnóstico de cáncer en pacientes con microcarcinoma, debemos contraponer la generada por la posibilidad (baja, pero no nula) de desarrollar enfermedad ganglionar incluso metástasis en pacientes a los que se les ofrece seguimiento en lugar de una cirugía con baja morbilidad en centros con experiencia. En este sentido, no debemos olvidar que las alternativas de tratamiento son siempre consensuadas con el paciente. Difícilmente, los pacientes optan por la abstención quirúrgica ante un diagnóstico de cáncer y la opción de una cirugía con asumible morbilidad y prácticamente nula mortalidad.

Por otra parte, debemos destacar que la denominación de microtumor papilar sugerida en la denominada Propuesta de Oporto («the Porto proposal»)¹⁰ se basa en su mayoría en criterios histológicos (ausencia de infiltración de la cápsula tiroidea, invasión vascular, subtipo histológico agresivo), datos que solo se pueden conocer tras el estudio de la pieza quirúrgica, por lo que, con respecto al estudio realizado por este grupo, no le encontramos sentido concluir que sus datos justifican una actitud conservadora en este tipo de tumores.

Por último, respecto a la cirugía más limitada, tipo lobectomía, en tumores de incluso 4 cm, debemos recordar la limitación que ello supone para el seguimiento con determinaciones seriadas de tiroglobulina así como para el rastreo con yodo radiactivo. Por todo ello, concluimos que el tratamiento de los tumores papilares del tiroides en fase inicial debe ser quirúrgico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- González-Sánchez-Migallón E, Flores-Pastor B, Pérez-Guarinos CV, Miguel-Perelló J, Chaves-Benito A, Illán-Gómez F, et al. Incidental versus non-incidental thyroid carcinoma: Clinical presentation, surgical management and prognosis. *Endocrinol Nutr.* 2016;63(9):475–81.
- Haugen BR. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: What is new and what has changed? *Cancer.* 2016.
- Mazzaferri EL. Management of low-risk differentiated thyroid cancer. *Endocr Pract.* 2007;13(5):498–512.
- Hay ID. Management of patients with low-risk papillary thyroid carcinoma. *Endocr Pract.* 2007;13(5):521–33.
- Yu X-M, Wan Y, Sippel RS, Chen H. Should all papillary thyroid microcarcinomas be aggressively treated? An analysis of 18,445 cases. *Ann Surg.* 2011;254(4):653–60.
- Chow S-M, Law SCK, Chan JKC, Au S-K, Yau S, Lau W-H. Papillary microcarcinoma of the thyroid-Prognostic significance of lymph node metastasis and multifocality. *Cancer.* 2003;98(1):31–40.
- Giordano D, Gradoni P, Oretti G, Molina E, Ferri T. Treatment and prognostic factors of papillary thyroid microcarcinoma. *Clin Otolaryngol.* 2010;35(2):118–24.
- Ito Y, Miyauchi A, Inoue H, Fukushima M, Kihara M, Higashiyama T, et al. An observational trial for papillary thyroid microcarcinoma in Japanese patients. *World J Surg.* 2010;34(1):28–35.
- Roh J-L, Kim J-M, Park CIL. Central lymph node metastasis of unilateral papillary thyroid carcinoma: Patterns and factors predictive of nodal metastasis, morbidity, and recurrence. *Ann Surg Oncol.* 2011;18(8):2245–50.
- Rosai J, LiVolsi VA, Sobrinho-Simoes M, Williams ED. Renaming papillary microcarcinoma of the thyroid gland: the Porto proposal. *Int J Surg Pathol.* 2003;11(4):249–51.

Elena González-Sánchez-Migallón^{a,b,*},
Benito Flores-Pastor^{a,b}, Joana Miguel-Perelló^{a,b}
y José Luis Aguayo-Albasini^{a,b}

^a *Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario «J.M. Morales Meseguer», Murcia, España*

^b *Universidad de Murcia, Campus de Excelencia Internacional «Mare Nostrum», Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenagsm77@gmail.com
(E. González-Sánchez-Migallón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endinu.2017.02.002>
2530-0164/

© 2017 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.