



Revisión

Ablación posquirúrgica con radioyodo en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides de bajo riesgo



Juan J. Díez^{a,b,*}, Enrique Grande^c y Pedro Iglesias^a

^aServicio de Endocrinología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^bDepartamento de Medicina, Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, Madrid, España

^cServicio de Oncología Médica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de enero de 2014

Aceptado el 15 de enero de 2014

On-line el 5 de marzo de 2014

Palabras clave:

Radioyodo

Yodo-131

Ablación

Cáncer diferenciado de tiroides

Bajo riesgo

Medicina personalizada

RESUMEN

La mayoría de los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides presentan tumores de bajo riesgo de mortalidad y recidiva. El tratamiento estándar de estos tumores ha consistido en la tiroidectomía total o casi total, seguida de la ablación de los restos tiroideos con radioyodo (ARI). Aunque la ARI aporta ventajas, las actuales guías clínicas no la recomiendan de forma universal, ya que no se ha demostrado que aumente la supervivencia libre de enfermedad o reduzca la mortalidad en pacientes de bajo riesgo. Los avances en la comprensión del comportamiento biológico del cáncer de tiroides se han traducido en la clínica en una aproximación personalizada al paciente basada en su riesgo particular de recidiva y mortalidad. La evidencia actualmente disponible muestra que la ARI no está indicada en la mayoría de los pacientes de bajo riesgo, especialmente los que presentan carcinomas papilares menores de 1 cm, sin extensión extratiroidea, histología desfavorable, compromiso ganglionar ni metástasis a distancia. El seguimiento de los pacientes de bajo riesgo con determinaciones de tiroglobulina sérica y ecografías seriadas se considera suficiente. La evaluación cuidadosa de todos los factores de riesgo de relevancia clínica nos permitirá una evaluación más realista de cada paciente concreto.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Postoperative radioiodine ablation in patients with low risk differentiated thyroid carcinoma

ABSTRACT

Most patients with newly diagnosed differentiated thyroid carcinoma have tumors with low risk of mortality and recurrence. Standard therapy has been total or near total thyroidectomy followed by postoperative radioiodine remnant ablation (RRA). Although RRA provides benefits, current clinical guidelines do not recommend it universally, since an increase in disease-free survival or a decrease in mortality in low risk patients has not been demonstrated so far. Advancements in our understanding of the biological behavior of thyroid cancer have been translated into the clinic in a personalized approach to the patients based on their individual risk of recurrence and mortality. Current evidence suggests that RRA is not indicated in most low-risk patients, especially those with papillary carcinomas smaller than 1 cm, without extrathyroidal extension, unfavorable histology, lymph node involvement or distant metastases. Follow-up of these patients with serial measurements of serum thyroglobulin and neck ultrasound is adequate. Careful evaluation of all risk factors of clinical relevance will allow a more realistic assessment of each individual patient.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El radioyodo (RI) se ha empleado desde los años 40 en virtud de la capacidad de las células foliculares tiroideas para captar y

concentrar este elemento a través del transportador sodio-yodo^{1,2}. Entendemos por *ablación con RI* (ARI) la primera administración de este radiofármaco a un paciente con carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) con la finalidad de eliminar todos los restos de tejido tiroideo que quedan después de la tiroidectomía total. Este procedimiento se emplea habitualmente a las 4-8 semanas de la cirugía, y debe diferenciarse del *tratamiento con RI*, término

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanjose.diez@salud.madrid.org (J.J. Díez).

empleado para designar la administración de dosis terapéuticas de RI en pacientes con enfermedad persistente o recidivas después de un adecuado tratamiento quirúrgico y con el objetivo de destruir enfermedad estructural macroscópica³.

La tiroidectomía total seguida de ARI y tratamiento supresor con hormona tiroidea mejora la supervivencia global de los pacientes con CDT de riesgo intermedio o elevado¹. Sin embargo, existe un importante grupo de pacientes con CDT de bajo riesgo que presentan un excelente pronóstico incluso en ausencia de ARI y que representan casi el 50% de todos los cánceres de tiroides que se diagnostican en la actualidad⁴.

La selección de pacientes en los que se debe omitir la ARI, así como la dosificación de los que la precisan, son temas controvertidos. Las guías clínicas reconocen que existen grupos de pacientes en los que la indicación es obligada, otros en los que su empleo debe ser selectivo y, finalmente, otros en los que no se debe administrar^{2,5-7}. La polémica ha surgido cuando algunos autores han mostrado que algunos pacientes de bajo riesgo, en los que no estaría teóricamente indicada la ARI, pueden presentar metástasis ganglionares y otras características que incrementan el riesgo de recidiva en el seguimiento^{4,8}. En el presente artículo se revisan los fundamentos de la ARI, sus ventajas e inconvenientes y, finalmente, los criterios actuales para indicar o no indicar este procedimiento en pacientes con CDT de bajo riesgo.

Definición de paciente de bajo riesgo

Es necesario no confundir el riesgo de mortalidad con el de recidiva de la enfermedad. El sistema de estadificación TNM⁹ distribuye a los pacientes en 4 estadios y se emplea para valorar la mortalidad global y específica (tabla 1). En el estadio I se incluyen

los pacientes de < 45 años sin metástasis a distancia y los pacientes de ≥ 45 años con tumores ≤ 2 cm sin metástasis ganglionares ni a distancia. En pacientes < 45 años el estadio II es definido por la presencia de metástasis a distancia, mientras que en los mayores de esa edad el estadio II lo integran los tumores de hasta 4 cm en ausencia de metástasis linfáticas o a distancia⁹. Se consideran pacientes de bajo riesgo los incluidos en los estadios I y II de la *American Joint Committee on Cancer* en ausencia de metástasis a distancia, ya que presentan prácticamente un 100% de supervivencia a los 5 años¹⁰.

Sin embargo, para la estimación del riesgo de persistencia o recidiva de la enfermedad se utilizan otros parámetros clínicos e histológicos^{5,6}. El Consenso Europeo define los pacientes de riesgo muy bajo y bajo según las características que se detallan en la tabla 1. Estos pacientes presentan una tasa de recidiva a largo plazo menor del 2%^{1,5}. La *American Thyroid Association* (ATA) clasifica el riesgo de recidiva en bajo, intermedio y alto⁶. Los pacientes del primer grupo presentan un riesgo de recidiva del 3%¹¹.

Fundamentos de la ablación con radioyodo

Objetivos

La ARI es una forma de tratamiento radioisotópico que se emplea tras una tiroidectomía total con los objetivos que se recogen en la tabla 2. En los pacientes de bajo riesgo el objetivo de la ARI es eliminar todo el tejido tiroideo normal residual, así como destruir posibles restos tumorales microscópicos no eliminados por la cirugía, con la finalidad de facilitar el seguimiento del paciente con determinación de tiroglobulina (Tg) sérica y rastreos corporales

Tabla 1
Estratificación del riesgo de mortalidad y del riesgo de recidiva o persistencia en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides

Riesgo de mortalidad (clasificación de la AJCC/UICC)		
	< 45 años	≥ 45 años
I	M0	T1N0M0
II	M1	T2N0M0
III		T1-2, N1a, M0
IVa		T3, N0-1a, M0
IVb		T1-3, N1b, M0
IVc		T4a, N0-1b, M0
		T4b, M0
		M1
Riesgo de recidiva o persistencia		
ATA	Consenso Europeo	
<i>Riesgo bajo</i>	<i>Riesgo muy bajo</i>	
Tumor primario completamente extirpado	Microcarcinoma unifocal (≤ 1 cm)	
No extensión extratiroidea. No metástasis ganglionares	No extensión extratiroidea. No metástasis linfáticas	
No metástasis a distancia. No invasión vascular	Cirugía completa. Histología favorable	
Si se realiza ARI: no captación fuera del lecho tiroideo		
<i>Riesgo intermedio</i>	<i>Riesgo bajo</i>	
Extensión extratiroidea microscópica	No metástasis locales o a distancia	
Metástasis ganglionares cervicales	No invasión tumoral de tejidos o estructuras locorregionales	
Histología agresiva ^a	No histología agresiva o invasión vascular	
Invasión vascular		
Captación extratiroidea tras ARI		
<i>Riesgo elevado</i>	<i>Riesgo elevado</i>	
Extensión extratiroidea macroscópica	Tiroidectomía menor que total	
Resección tumoral incompleta	Invasión tumoral de tejidos o estructuras locorregionales	
Metástasis a distancia	Metástasis ganglionares cervicales	
Tiroglobulina inadecuadamente elevada o en ascenso	Metástasis a distancia	
	Histología agresiva o invasión vascular	

AJCC/UICC: *American Joint Committee on Cancer/Union Internationale Contre le Cancer*; ARI: ablación posquirúrgica con radioyodo; ATA: *American Thyroid Association*; M0: no metástasis a distancia; M1: metástasis a distancia; N0: no metástasis en ganglios linfáticos; N1a: metástasis en ganglios linfáticos cervicales centrales (nivel VI); N1b: metástasis en otros ganglios linfáticos (niveles I a V o VII); T1: tumor ≤ 2 cm; T2: tumor > 2 cm a 4 cm; T3: tumor > 4 cm o mínima invasión extratiroidea; T4a: invasión extratiroidea macroscópica; T4b: invasión macroscópica de fascia o vasos prevertebrales.

^a Histología agresiva: variante de células altas, células columnares, esclerosante difusa (papilar); ampliamente invasivo, pobremente diferenciado (follicular). Resumida y adaptada de Pacini et al.⁵, Cooper et al.⁶ y *American Joint Committee on Cancer*⁹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3798999>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3798999>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)