



Enrique Glückmann, Antoni Sitges-Serra,
Pablo Moreno Llorente y José Manuel Rodríguez.

El riesgo dictamina la terapia en cáncer diferenciado de tiroides

El riesgo varía la terapia en cáncer de tiroides diferenciado. Sin embargo, la cirugía de inicio es esencial en este tipo de tumor, incluso para minimizar las recidivas.

PÁG. 15

ONCOLOGÍA UNA ADECUADA CIRUGÍA INICIAL REPERCUTE EN PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA

El riesgo varía la terapia en el cáncer diferenciado de tiroides

→ La clasificación del riesgo en el que se encuentran los pacientes con cáncer de tiroides diferenciado es la piedra angular para implantar la

terapia. No obstante, los expertos consideran la exéresis quirúrgica como una pieza clave, así con el vaciamiento ganglionar.

■ Laura Pérez Torres Málaga

El tratamiento quirúrgico del cáncer diferenciado de tiroides es el emblema del tratamiento definitivo del carcinoma. Para tener un buen éxito final hay que plantearse una estrategia de inicio perfecta y al hacer un buen tratamiento quirúrgico inicial se tendrá un mejor seguimiento, un menor índice de recidiva y, por lo tanto, un mejor pronóstico a largo plazo, han asegurado los expertos que han participado en la jornada sobre Avances en el Seguimiento y Tratamiento del Cáncer Diferenciado de Tiroides, celebrada en Málaga.

Según Antoni Sitges-Serra, de la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital del Mar, de Barcelona, también se debe tener en cuenta la clasificación en los pacientes, y dependiendo del riesgo, no tratarlos a todos del mismo modo. "Nos acercamos al declive del rastreo de seguimiento, al declive del rastreo del diagnóstico pos-



Enrique Glückmann Maldonado, Antoni Sitges-Serra, Pablo Moreno Llorente y José Manuel Rodríguez González, participantes en el encuentro sobre cáncer de tiroides.

operatorio, la relevancia de la ecografía y, sobre todo, a la introducción progresiva de las clasificaciones según riesgo. A pesar de hablar de riesgo alto, medio y bajo, todos los enfermos pasan por el mismo cribado. Y ahora se está empezando a introducir un nuevo sistema para valorar el riesgo de recidiva del cáncer papilar ya que hay que tratar a los enfermos de acuerdo con el riesgo", ha concretado.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, "se introduce de

En el acto quirúrgico se observa que buena parte de los enfermos que aparentemente no tienen los ganglios invadidos sí tienen afectados esos órganos

forma definitiva la tiroidectomía total en el cáncer de tiroides, ya que hay estudios que indican que tanto la recidiva como la supervivencia se benefician cuando se realiza", según Sitges-Sierra.

Tiroidectomía total

"La tiroidectomía total es el referente cuando hablamos de tumores de diversos tamaños frente a la lobectomía, excepto para los microcarcinomas, ya que la ventaja que puede tener la lobectomía es marginal, y es más marginal cuando más pequeño es el tumor, aunque en Japón se utiliza mucho".

El siguiente paso es que la tiroidectomía total debe acompañarse de la exéresis completa del tumor; es importante reseca aquellas estructuras verticales que pueden estar implicadas en los

tumores avanzados, precisamente para conseguir la resección completa del tumor. "Esto es importante porque el pronóstico es infausto para los enfermos en los que parte del tumor queda en el lecho quirúrgico. En cambio, cuando a estos pacientes jóvenes se les hace la resección de forma completa tienen una curva de supervivencia prácticamente similar a los pacientes sin afectación extratiroidea".

Vaciamiento ganglionar

Las bases oncológicas son útiles para defender la realización del vaciamiento ganglionar central, primero porque "ya en el acto quirúrgico se observa que un porcentaje notable de enfermos que aparentemente no tienen los ganglios invadidos sí los tienen. Y los ganglios detrás del nervio recurrente pueden estar afectados, siendo una parte muy delicada de la operación". La situación actual del vaciamiento ganglionar es dispar y ya en algunas guías no se recomienda de forma rutinaria. En el otro extremo están los japoneses, que la recomiendan siempre.

LA JUSTIFICACIÓN DE VACIAR

En cáncer de tiroides y a partir de la década de los 90 se hace la resección sistemática de todos los compartimentos. "La sistematización del vaciamiento ganglionar no es sólo un problema de técnica quirúrgica. El mensaje es que lo que hay que hacer de forma sistemática es que cuando haya afectación ganglionar laterocervical se debe realizar el vaciamiento por lo menos de los grupos II, III y IV", según Antoni Sitges-Sierra.

El especialista ha insistido en que "lo que más se utiliza en la cirugía actual es el vaciamiento laterocervical de los compartimentos, fundamentalmente del tiroides, el 3 y el 4; ocasionalmente, si hay más extensión, del 2 y 5; y de forma cada vez más sistemática el compartimento central donde consideramos que alrededor de 9 ganglios son el estándar".