

MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: PRESENTACIÓN DE CASO

Dr. Jorge Jiménez Barahona ¹, Dr. Pablo Jiménez Benavides ²

Cirujano oncólogo del Staff Hospital Alcívar 1
Médico Residente Hospital Alcívar 2

RESUMEN

La incidencia de microcarcinoma papilar de tiroides se ha incrementado de manera sostenida en los últimos años, debido a mejoría en las técnicas diagnósticas tanto de imagen como de estudios anatomopatológicos, y en su gran mayoría se diagnostica de manera incidental. Alrededor de un 50 % de los nuevos casos anuales que se producen de carcinoma papilar de tiroides se tratan de microcarcinomas. Son tumores de crecimiento lento y de excelente pronóstico, con una supervivencia de 97 % a 20 años de seguimiento, con bajo riesgo de recurrencia local o metástasis a distancia. En la actualidad, el manejo del microcarcinoma de tiroides no está totalmente establecido, por lo cual está sujeto a debate donde se incluye una amplia variedad de conductas, que van desde la estrategia de vigilancia activa hasta el tratamiento quirúrgico temprano. La extensión de la cirugía es controversial, tiroidectomía total es la indicada para algunos y lobectomía ampliada, para otros. La terapia ablativa posoperatoria no ha demostrado ser beneficiosa. Presentamos el caso de una paciente asintomática con antecedentes familiares de cáncer de tiroides, diagnosticada de manera incidental en un estudio ecográfico de screening.

PALABRAS CLAVE: Microcarcinoma papilar de tiroides

ABSTRACT

The incidence of papillary thyroid microcarcinoma has increased steadily in recent years, due to improvements in both imaging and pathological diagnostic techniques, and the vast majority are diagnosed incidentally. About 50% of the new annual cases of papillary thyroid carcinoma are microcarcinomas. They are slow-growing tumors with an excellent prognosis, a 97% survival at 20 years of follow-up, and a low risk of local recurrence or distant metastasis. At present, the management of thyroid microcarcinoma is not fully established, so it is subject to debate which includes a wide variety of behaviors, ranging from the active surveillance strategy to early surgical treatment. The extent of the surgery is controversial, total thyroidectomy is indicated for some and extended lobectomy for others. Postoperative ablative therapy has not been shown to be beneficial. We present the case of an asymptomatic patient with a family history of thyroid cancer, diagnosed incidentally in an ultrasound screening study.

KEYWORDS: Papillary thyroid microcarcinoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de tiroides representa la patología neoplásica endocrina más frecuente, corresponde al 1 % de todas las neoplasias. El Microcarcinoma de tiroides fue definido en 1992 por la OMS, como aquel tumor de hasta 10 mm de diámetro. En 1948 erróneamente se denominaban "carcinoma oculto de tiroides", como referencia a la aparición de metástasis de cáncer de tiroides en los ganglios linfáticos de pacientes sin patología. (1) (5)

En Estados Unidos de Norteamérica, la incidencia global del cáncer de tiroides es de 5 casos por 100.000 habitantes por año y, en cambio, el Microcarcinoma tiene una incidencia de 1 por 100.000 habitantes por año, pero en estudios de autopsias la frecuencia aumenta a cifras variables entre 4 y 36 %. La incidencia de Microcarcinoma papilar de tiroides ha aumentado de manera considerable en los últimos 20 años, principalmente por una mejoría en las técnicas diagnósticas tanto de imagen como de estudios anatomopatológicos. (2) En su gran mayoría suele diagnosticarse en forma incidental, tanto en pruebas diagnósticas de imagen, como en resultados de biopsias de piezas quirúrgicas, por causas distintas al de la lesión. La tasa de incidencia del Microcarcinoma papilar de tiroides es tres veces mayor en el sexo femenino que en el masculino. Otros factores de riesgo además del sexo, en este tipo de neoplasias son: la edad, bocio nodular, tiroiditis de Hashimoto, exposición previa a radiación y genética. (3)

El Microcarcinoma de tiroides ha sido considerado como un tumor de crecimiento lento y de excelente pronóstico, con una supervivencia de 97 % a 20 años de seguimiento, con bajo riesgo de recurrencia local o metástasis a distancia. Sin embargo en los últimos años, se ha reportado que el comportamiento del Microcarcinoma tendría un curso más agresivo, en relación a ciertos factores, como la multifocalidad, la presencia de ganglios regionales metastásicos, compromiso de la cápsula del linfonodo, la presencia de metástasis a distancia, la presencia de la variante familiar y edad mayor de 45 años entre otras. (4) En estos casos se podrían presentar tasa de recurrencia locoregional en alrededor de un 30 %- 60 % de los casos.

El diagnóstico se basa en el estudio ecográfico y la punción con aguja fina (PAAF). Según la Asociación Americana de Tiroides (ATA) en el 2015 llegó al consenso de que el tamaño corte para poder realizar la PAAF era mayor o igual a 5 mm.

En la actualidad, el manejo del microcarcinoma de tiroides no está totalmente establecido, por lo cual está sujeto a debate donde se incluye una amplia variedad de conductas, que van desde la estrategia de vigilancia activa hasta el tratamiento quirúrgico temprano. Alrededor de la opción quirúrgica, se discute la extensión óptima de la misma, desde practicar una lobectomía hasta una tiroidectomía total y el papel de vaciamiento ganglionar electivo de los niveles VI y VII. Existen grupos

que divergen en la conducta ante un microcarcinoma, unos más conservadores que otros. Algunos son más agresivos si existe invasión de los ganglios próximos al nódulo, mientras que antiguamente algunos cirujanos planteaban que el proceder consistía en una lobectomía e istmectomía del lóbulo afectado por el nódulo. (5)(6) En el manejo del Microcarcinoma papilar de tiroides es necesario identificar y diferenciar factores de mal pronóstico, y en consecuencia realizar tratamientos más o menos agresivos, minimizando así la morbimortalidad quirúrgica, las persistencias, recurrencias y mortalidad relacionada con la enfermedad. (7)

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo femenino, 35 años de edad. Antecedentes familiares de madre y tía materna con cáncer de tiroides. Antecedentes patológicos personales de fibroadenoma mama derecha operada. Acude a la consulta por chequeo preventivo, asintomática al momento de la valoración. Por los antecedentes familiares se solicita Eco de tiroides y pruebas de función tiroidea. La ECO de tiroides reportó: Tiroides de tamaño normal. Lóbulo derecho: nódulo hipocogénico de bordes irregulares de aproximadamente 6,4 x 5,8 mm con microcalcificaciones. Lóbulo izquierdo e istmo sin patología, no ganglios regionales. Fig. 1. Pruebas de función tiroidea normales. Tiroglobulina 18,23.

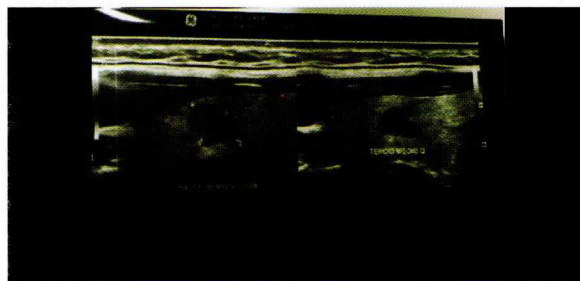


Fig. 1 Ecografía de tiroides.

Se solicita una PAAF (Punción Aspirativa con Aguja Fina), reportando Bethesda V – citología sospechosa de malignidad. Se programa para cirugía, la misma que se lleva a cabo practicándose una lobeistmectomía derecha más estudio por congelación, el estudio transoperatorio demostró ser positivo para malignidad. Por el reporte transoperatorio de malignidad se realiza totalización de la glándula (lobectomía izquierda) más exploración de ganglios regionales sin encontrar evidencia de enfermedad macroscópica. Fig.2

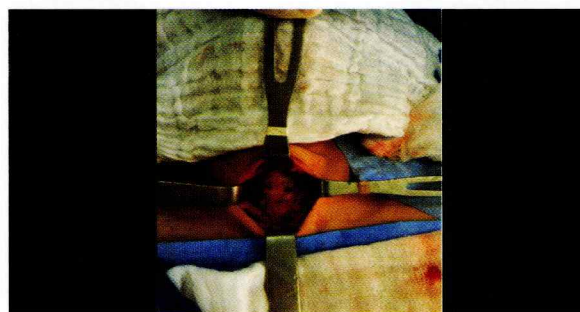


Fig. 2 Tiroidectomía Total

Su posoperatorio evoluciona en forma favorable. A los 10 días de su posoperatorio se obtiene el informe definitivo de patología: Microcarcinoma Papilar encapsulado de 7 mm en producto de lobeistmectomía derecha. Microcarcinoma Papilar con patrón folicular de 5 mm en lobectomía izquierda. Fig. 3

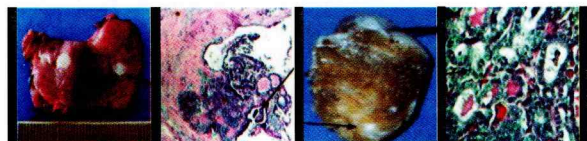


Fig.3 Macroscopía y microscopía de tiroides.

Se solicita interconsulta con el Servicio de Medicina Nuclear quienes, luego de evaluar el caso, no recomiendan tratamiento con I-131. Paciente inicia tratamiento supresivo con Levotiroxina.

DISCUSIÓN

La incidencia del cáncer de tiroides ha aumentado más rápidamente que cualquier otra neoplasia maligna en las últimas tres décadas tanto para hombres como para mujeres. Aunque la causa de este aumento continuo en la incidencia sigue siendo objeto de debate, estudios poblacionales recientes han atribuido la mayor parte de este aumento al diagnóstico de carcinoma micropapilar de tiroides. (8) Estos tumores pequeños son notables por su indolencia, que se caracterizan por un vasto reservorio subclínico, una biología no agresiva, pacientes asintomáticos y de un pronóstico excelente. (9)

Este tipo de neoplasia suele presentar recurrencia locorregional, se han enfocado los últimos estudios en describir los factores de riesgos predictivos en esta patología, lográndose describir los siguientes: el género femenino es un factor de riesgo no solo de recurrencia sino para enfermedad multifocal, tamaño del tumor > 5 mm con mayor incidencia en recurrencia de la enfermedad y metástasis cervical, extensión extra-tiroidea, metástasis ganglionar y multifocalidad. (3)

En el presente caso de estudio nuestra paciente inicia enfermedad actual a los 35 años, presentando un factor de riesgo y pronóstico importante como lo es el sexo, siendo descrito anteriormente como factor predictivo importante en este tipo de neoplasias, sumado al antecedente familiar importante de cáncer papilar de tiroides en familiares de primer y segundo grado. La paciente asintomática con hallazgo incidental en un ultrasonido de un nódulo con características ecográficas altamente sospechosas de malignidad en el lóbulo derecho, con ausencia de lesión en el lóbulo contralateral y con función tiroidea normal. Se solicitó un PAAF cuyo informe reportó: Bethesda V. Con este cuadro la paciente es programada para lobeistmectomía derecha más estudio por congelación, cuyo resultado el patólogo informa positivo para malignidad y compatible con un Microcarcinoma papilar de tiroides de diámetro mayor de 7 mm, este tamaño es considerado como otro factor predictivo y sumado a los antes mencionados se optó por completar la tiroidectomía.

Durante la cirugía no se evidenció enfermedad ganglionar locorregional que ameritaría realizar linfadenectomía.

El cáncer de tiroides en tumores mayores a 1 cm en el procedimiento quirúrgico inicial debe ser una tiroidectomía total o casi total, mientras que la realización de cirugías menos agresivas, incluso lobectomía ampliada (lobectomía + istmectomía), podría ser suficiente para carcinomas papilares pequeños, menores de 1 cm, unifocales, intratiroides, sin antecedente de irradiación de cara o cuello y sin metástasis cervical o a distancia. Se debe mencionar que no todos los autores están de acuerdo al respecto, ya que algunos estudios han mostrado que la realización de tiroidectomía total o casi total en pacientes de bajo riesgo, también puede disminuir la frecuencia de recurrencias y de mortalidad por el cáncer. (10)

El objetivo de cualquier tratamiento debe ser reducir el riesgo de recurrencia locorregional y de metástasis a distancia y la minimización de morbilidad iatrogénica. Actualmente, no se conoce ningún indicador probado para distinguir cánceres indolentes de los potencialmente más agresivos. No obstante, existen distintos factores de riesgo (tabla 1) ante cuya presencia, la cirugía mediante la Tiroidectomía Total es la cirugía indicada. (11)

Tabla 1. Factores de riesgo de progresión tumoral en los microcarcinomas papilares de tiroides

Hallazgo no incidental
Edad <40 años
Sexo masculino
Hª familiar de cáncer de tiroides
Irradiación cervical previa
Histología desfavorable (células altas, columnares, en tachuela, desmoplásicos...)
Tamaño >0,5 cm
Multifocalidad
Extensión tumoral extratiroides. Invasión traqueal, laríngea, esofágica, nervio laríngeo recurrente, etc.
Metástasis linfáticas
Metástasis a distancia

El resultado definitivo del estudio anatomopatológico demostró: Microcarcinoma Papilar encapsulado de 7 mm en producto de lobeistmectomía derecha y Microcarcinoma Papilar con patrón folicular de 5 mm en lobectomía izquierda, es importante mencionar que en la ecografía tiroidea preoperatoria no se evidenció lesión en el lóbulo izquierdo. Con este resultado es interconsultado el servicio de Medicina Nuclear para ver la posibilidad de recibir tratamiento complementario con I-131 y luego de un análisis del comité no se decide por administrar ninguna dosis del radiofármaco.

El yodo radiactivo no se recomienda de forma rutinaria para el tratamiento adyuvante del carcinoma micropapilar de tiroides. Los datos recientes de estudios prospectivos y multicéntricos no han podido encontrar beneficio alguno en la sobrevida global o específica de la enfermedad con la adición del yodo radiactivo a pacientes con estadios I o Microcarcinoma. (8)

A diferencia de otras neoplasias malignas en las cuales se prefiere intervenir en estadios tempranos, la tendencia en el Microcarcinoma de Tiroides es el manejo expectante a través de la estrategia de vigilancia activa, como fue propuesto por Miyauchi desde 1993. (6) La tendencia actual en el manejo del cáncer de tiroides es a disminuir su sobretratamiento.

La Vigilancia Activa parece ser poco aceptada en países como el nuestro. Los argumentos principales son: el temor a la progresión de la enfermedad y el potencial desarrollo de metástasis, a pesar de una exhaustiva explicación de los datos publicados hasta el momento. Sin embargo, es una alternativa implementable en centros con experiencia. (12)

Es fundamental clasificar a los pacientes con diagnóstico de Microcarcinoma papilar de tiroides en subgrupos en función del riesgo, de alto o bajo riesgo, y poder manejarlos de una forma más agresiva o más conservadora de acuerdo al caso. (2)

CONCLUSIONES

El microcarcinoma papilar de tiroides ha sufrido un incremento en la incidencia en las últimas décadas y el manejo no está totalmente establecido, por lo cual está sujeto a debate donde se incluye una amplia variedad de conductas, que van desde la estrategia de vigilancia activa hasta el tratamiento quirúrgico temprano y esto estará en función de su riesgo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Fardella C. Características de presentación del Microcarcinoma papilar de tiroides. Experiencia retrospectiva de los últimos 12 años. Rev. Méd. Chile 2005; 133: 1305-1310.
2. Del Hierro C. Microcarcinoma papilar de tiroides. Universidad de Cantabria. 2016.
3. Mijares A. Factores predictivos y de riesgo en el Microcarcinoma papilar de tiroides. Revista Venezolana de Oncología. 2019.
4. Chow S, Stephen C, Chan JK, Siu-Kie AU, Yau S, Lau WH. Papillary Microcarcinoma of the thyroid. Prognostic significance of lymph metastasis and multifocality. Cancer 2003; 98: 31-40.
5. Iglesias G. Incidencia del Microcarcinoma papilar en enfermos operados de cáncer de tiroides. Rev. Ciencias Médicas vol. 25 no.1 Pinar del Río ene.-feb. 2021
6. Figueroa D. Microcarcinoma papilar de tiroides: ¿es adecuada la selección para protocolo de vigilancia activa? Rev. Colombiana Cir. 2021; 36: 248-56
7. Ruiz J. Factores pronósticos en el Microcarcinoma papilar de tiroides. Universidad de Murcia. Feb. 2018.
8. Chae A., Martínez S. Demasiado Bueno: Ablación con Yodo radiactivo para el Microcarcinoma Papilar de tiroides. American Surgeon. Mayo 2018.
9. Allen S. Ho, Chen I. Evolving management considerations in active surveillance for micropapillary thyroid carcinoma. www.co-endocrinology.com. 2018.
10. Santomauro M., Briceño Y. Microcarcinoma papilar de tiroides en adolescente: Extensión de la tiroidectomía y necesidad de terapia ablativa. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. V.9 N.9. 2011.
11. Lopez F, García P. Papillary thyroid microcarcinoma: current controversies and management. Hospital Universitario Central de Asturias. Octubre 2020.
12. Pitoia F. Vigilancia activa encubierta y los costos de la ausencia de implementación de la cirugía diferida en Argentina. Rev. Argent. endocrinología. 2020.

Correspondencia:
Dr. Jorge Jiménez Barahona
Correo: jmjimenezbarahona@yahoo.es