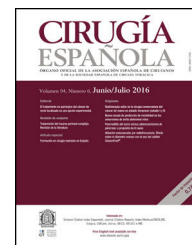




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Factores de riesgo de metástasis ganglionares en el microcarcinoma papilar de tiroides. Comentario sobre la selección de pacientes para el estudio

Risk factors of metastatic lymph nodes in papillary thyroid microcarcinoma. Comment on patients selection for the study

Apreciado Director:

Hemos leído con interés el reciente artículo del Dr. José Ruiz Pardo et al.¹. Se trata de un estudio retrospectivo en el que los autores comparan un grupo de pacientes con microcarcinoma papilar de tiroides con adenopatías cervicales metastásicas (grupo 2, n = 15), con otro grupo de pacientes sin adenopatías metastásicas (grupo 1, n = 146), con el fin de identificar factores predictores de la presencia de metástasis ganglionares. Su interés viene dado por la controversia sobre la realización o no de disección profiláctica del compartimento central en el cáncer papilar de tiroides. Metodológicamente no se ha podido diseñar ni realizar ningún estudio aleatorizado que pudiera aportar datos definitivos sobre este tema². Las guías científicas actuales reservarían su realización para casos de mayor riesgo: tumores avanzados (a partir de T3; > 4 cm), presencia de multicentricidad, pacientes mayores de 50 o menores de 15 años, cuando haya presencia de metástasis laterocervicales^{3,4}. A pesar de ello son muchos los grupos quirúrgicos que realizan disección profiláctica del compartimento central de forma sistemática, evidenciando que el 30-35% de los casos con microcarcinoma presentan adenopatías metastásicas cervicales en el estudio histológico final⁵⁻⁷.

En el estudio presentado nos llama la atención que en el grupo de 146 pacientes sin metástasis ganglionares solo en 11 (7,5%) se había realizado una disección del compartimento central. Por lo tanto, en los 135 casos restantes, más de la mitad de ellos incidentales tras tiroidectomía por otra causa (87 pacientes), no se hizo ningún tipo de disección ganglionar cervical (central o laterocervical). Nos surge la siguiente duda: ¿cómo se puede considerar a estos pacientes como «sin metástasis ganglionares» sabiendo que si se hubiera realizado una disección del

compartimento central en un 30-35% de casos se habrían encontrado metástasis ganglionares? En resumen, los autores comparan un grupo de pacientes en los que se diagnosticaron metástasis ganglionares en la disección ganglionar con otro grupo de pacientes en los que mayoritariamente (> 90%) no se realizó ningún tipo de disección ganglionar, y en los que se desconoce cuántos de ellos realmente presentaban metástasis o no. Lo estrictamente correcto hubiera sido comparar a los pacientes con disección ganglionar con adenopatías sin metástasis (n = 11 en lugar de n = 146) con los pacientes con disección ganglionar con adenopatías con metástasis (n = 15).

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Pardo J, Ríos A, Rodríguez JM, Paredes M, Soriano V, Oviedo MI, et al. Risk Factors of Metastatic Lymph Nodes in Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Cir Esp.* 2020;98:219–25.
2. Carling T, Carty SE, Ciarleglio MM, Cooper DS, Doherty GM, Kim LT, et al. American Thyroid Association design and feasibility of a prospective randomized controlled trial of prophylactic central lymph node dissection for papillary thyroid carcinoma. *Thyroid.* 2012;22:237–44.
3. Sancho JJ, Lennard TW, Paunovic I, Triponez F, Sitges-Serra A. Prophylactic central neck dissection in papillary thyroid

- cancer: A consensus report of the European Society of Endocrine Surgeons (ESES). *Langenbecks Arch Surg*. 2014;399:155-63.
4. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26:1-133.
 5. Liu LS, Liang J, Li JH, Liu X, Jiang L, Long JX, et al. The incidence and risk factors for central lymph node metastasis in cN0 papillary thyroid microcarcinoma: A meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017;274:1327-38.
 6. Luo Y, Zhao Y, Chen K, Shen J, Shi J, Lu S, et al. Clinical analysis of cervical lymph node metastasis risk factors in patients with papillary thyroid microcarcinoma. *J Endocrinol Invest*. 2019;42:227-36.
 7. Zhang C, Li BJ, Liu Z, Wang LL, Cheng W. Predicting the factors associated with central lymph node metastasis in clinical node-negative (cN0) papillary thyroid microcarcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020;277:1191-8.

María del Carmen González-Sánchez^{a,b,c,*}
y Guzmán Franch-Arcas^{a,b,c}

^aUnidad de Cirugía Endocrina, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^bDepartamento de Cirugía, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^cInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crmngs@hotmail.com
(M.d.C. González-Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.005>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta - Factores de riesgo de metástasis ganglionares en el microcarcinoma papilar de tiroides

Reply - Risk Factors of Metastatic Lymph Nodes in Papillary Thyroid Microcarcinoma



Estimado Editor:

En primer lugar agradecer a la Dra. González y al Dr. Franch Arcas el comentario sobre nuestro artículo «Factores de riesgo de metástasis ganglionares en el microcarcinoma papilar de tiroides»¹.

El comentario que realizan los autores es interesante. Sin embargo, hay que tener en cuenta una serie de aspectos que condicionan el diseño del estudio realizado en contra de comparar estrictamente aquellos casos en los que solo se realizó vaciamiento central (11 vs. 11 casos con y sin adenopatías metastásicas centrales, respectivamente).

Lo primero que condiciona el diseño de nuestro estudio es que el vaciamiento central profiláctico en el microcarcinoma papilar prácticamente no se realiza hoy en día. Las referencias que indican la Dra. González y el Dr. Franch Arcas, cuando indican que sistemáticamente se realiza disección profiláctica del compartimento central, corresponden a centros asiáticos, donde su realización ha estado más extendida^{2,3}. Sin embargo, actualmente esta tendencia está cambiando, y en dichos grupos se está extendiendo el tratamiento mediante vigilancia activa,

es decir, manejo conservador con seguimiento y sin ningún gesto terapéutico, operándose solamente el pequeño porcentaje de microcarcinomas que presenta evolución tumoral o mal pronóstico⁴. Esto condiciona que en la actualidad las series quirúrgicas asiáticas de microcarcinomas sean de tumores que presentan peor evolución, por lo tanto son más agresivos y en consecuencia presentan mayor afectación linfática.

Por ello, si se comparan solo los pacientes con vaciamiento central, se va a realizar una comparación entre microcarcinomas de peor pronóstico¹⁻⁵, ya que en ellos es donde se plantea su realización. Esto va a dar una visión no real de los microcarcinomas tratados, excluyendo el grueso de tumores que presentan un pronóstico excelente.

En este sentido, es aceptado que pacientes que han sido tratados con cirugía y que tras un seguimiento prolongado cumplen criterios de curación pueden considerarse curados y que no presentan extensión linfática. Si bien, siempre puede existir una pequeña duda sobre si se presentó o no alguna micrometástasis subclínica que haya permanecido latente en el tiempo.

Hay que recordar tal y como indican nuestros colegas, la Dra. González y el Dr. Franch Arcas, que no es posible la realización de estudios prospectivos aleatorizados, los cuales