

Tiroidectomía sin yodo radioactivo en pacientes con cáncer de tiroides de bajo riesgo

Elisa Fernández Fernández¹

¹Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Revista original: Vol. 386. 2022 **Thyroidectomy without Radioiodine in Patients with Low-Risk Thyroid Cancer**. Sophie Leboulleux, Claire Bournaud, Cecile N Chougnat, Slimane Zerdoud, Abir Al Ghuzlan et al. *N Engl J Med*. [Acceda al Artículo original](#)

ABSTRACT

La mayoría de los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides tiene un bajo riesgo de recurrencia. La tiroidectomía y el tratamiento posterior con yodo radioactivo ha sido la terapia clásica para este tipo de tumores. Sin embargo, desde hace varios años se recomienda el tratamiento yodo radioactivo para un determinado grupo de pacientes, pero es controvertido el beneficio de la administración de yodo en pacientes de riesgo bajo e intermedio.

Especialidad:

- Endocrinología
- Oncología
- Medicina General

Most patients with differentiated thyroid cancer have a low risk of recurrence. Thyroidectomy and subsequent treatment with radioiodine has been the classic therapy for this type of tumor. However, for several years radioiodine has been recommended for a certain group of patients, and the benefit of radioiodine administration in low and intermediate risk patients remains controversial.

Palabras Clave:

- Yodo radioactivo
- Cáncer tiroideo de bajo riesgo
- Tiroglobulina

Keywords:

- Radioiodine
- Low-Risk Thyroid Cancer
- Thyroglobulin

ARTÍCULO

Se presentan los datos del ensayo aleatorizado de fase 3 *Essai Stimulation Ablation 2* (ESTIMABL2), en el que participaron pacientes con cáncer de tiroides de bajo riesgo para evaluar la no inferioridad del seguimiento sin administración de yodo radioactivo (I131) tras la cirugía, frente al tratamiento con dosis bajas de I131 (1,1 GBq-30 mCi). Se recogió el número de eventos (funcionales, estructurales o bioquímicos) en ambos grupos durante los 3 años posteriores a la aleatorización.

Se seleccionaron pacientes con cáncer de tiroides diferenciado, con tumores pT1a multifocales (con un diámetro de cada lesión de ≤ 1 cm y una suma de los diámetros mayores de las lesiones de ≤ 2 cm)

o un tumor pT1b (>1 cm y ≤2 cm), sin evidencia de afectación ganglionar (N0) o Nx. Aquellos pacientes con subtipos histológicos agresivos o extensión extratiroidea fueron excluidos. La edad media fue de 52 años y el 83% eran mujeres. La mayoría tenían tumores papilares (95,9%) y los estadios pTN fueron en el 81,1% de casos pT1b N0 o Nx.

Entre los 730 pacientes que pudieron ser evaluados a los 3 años el porcentaje sin eventos fue del 95,6% (intervalo de confianza [IC] del 95 % 93-97,5) en el grupo sin tratamiento con I131 y del 95,9% (IC del 95 % 93,3-97,7) en el grupo tratado con I131, alcanzando el límite de no inferioridad.

Los eventos primarios ocurrieron en 16 de 367 pacientes (4,4%) en el grupo sin I131 y en 15 de 363 pacientes (4,1%) en el grupo de I131. Consistieron en alteraciones funcionales o estructurales en 8 pacientes y anomalías bioquímicas (elevación de niveles de tiroglobulina o anticuerpos antitiroglobulina) en 23 pacientes. En los dos grupos, los pacientes tenían puntuaciones similares con respecto a la calidad de vida, la ansiedad, angustia y el miedo a la recurrencia. La frecuencia de disfunción salival o lagrimal también fue similar en los dos grupos, salvo la alteración lagrimal a los 2 meses de la aleatorización, que fue más común en el grupo que recibió I131.

Los autores concluyen que el seguimiento sin tratamiento con I131 después de la tiroidectomía en paciente con cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo no fue inferior a la administración de dosis bajas de I131.

COMENTARIO

El cáncer diferenciado de tiroides es la neoplasia maligna endocrina más frecuente, con una incidencia mundial cada vez mayor. En alrededor del 90% de los casos, los subtipos histológicos más comunes son el papilar (al menos el 80% del total) y el folicular.

La recurrencia de la enfermedad supone un problema mucho más común que el riesgo de muerte, por lo que la Asociación Americana de Tiroides (ATA) desarrolló un sistema de estadificación que estima el riesgo de recurrencia, teniendo en cuenta una serie de características patológicas, incluyendo la multifocalidad del tumor, el tamaño y la invasión capsular o vascular, el grado de afectación de los ganglios linfáticos cervicales y la existencia de mutaciones somáticas predictivas, como BRAF V600E¹. Otro avance para determinar el riesgo de recurrencia es la medición de los niveles de tiroglobulina tras la tiroidectomía, ya que en principio niveles bajos predicen la ausencia de enfermedad. Sin embargo, esta opinión es controvertida y varias guías actuales no recomiendan basar la decisión de tratamiento adyuvante en los niveles de tiroglobulina^{2,3}.

Se han producido cambios considerables en el tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides durante las últimas décadas, basados en un mejor conocimiento de la biología del tumor, en los avances en la terapia, así como la disponibilidad de herramientas diagnósticas más precisas⁴.

El manejo convencional inicial de estos tumores es la cirugía, seguida de la valoración del tratamiento con I131, que puede administrarse como tratamiento ablativo (dirigido al remanente tiroideo benigno), adyuvante (dirigido al presunto tumor microscópico) o terapéutico (dirigido a lesiones macroscópicas)². Aunque los potentes efectos beneficiosos del I131 son indiscutibles en pacientes de alto riesgo, sigue habiendo mucha controversia en torno a la terapia con I131 en pacientes con riesgo bajo e intermedio, con un debate permanente sobre si debe administrarse tratamiento con I131 y en qué casos. Esta discusión se ve obstaculizada por la insuficiente evidencia, al no disponer de ensayos controlados aleatorios prospectivos⁵. En pacientes con cáncer de tiroides de bajo riesgo, los estudios retrospectivos no han demostrado beneficio con la administración de I131 en cuanto a mortalidad, con resultados contradictorios en términos de recurrencia⁴.

Son necesarios estudios prospectivos como el presentado por Leboulleux para poder establecer con seguridad la indicación de la terapia con I131. El estudio tiene varias limitaciones, como la inclusión de pacientes con enfermedad de bajo riesgo, la inesperada baja frecuencia de eventos por las características de los pacientes y, sobre todo, el período de seguimiento relativamente corto, por lo que sería interesante confirmar los resultados con un seguimiento más prolongado, así como disponer de más estudios prospectivos en esta línea.

REFERENCIAS

Vol. 26 Nº1; págs. 1-133. 2016. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC 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*. Doi: <https://doi.org/10.1089/thy.2015.0020>

Vol. 147 Nº9; págs. 2345-2354. 2020. Juweid ME, Tlchinsky M, Mismar A, et al. Contemporary considerations in adjuvant radioiodine treatment of adults with differentiated thyroid cancer. *Int J Cancer*. Doi: <https://doi.org/10.1002/ijc.33020>

Vol. 386 Nº10; págs. 990-991. 2022. Cooper DS. Radioiodine for Low-Risk Thyroid Cancer - the Swinging Pendulum. *N Engl J Med*. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMe2200665>

Vol. 17 Nº1; págs. 176-188. 2021. Schlumberger M, Leboulleux S. Current practice in patients with differentiated thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol*.

Vol. 33 N°2; págs. 68-74. 2021. Eilsberger F, Verburg FA. Controversies in Radioiodine Treatment of Low- and Intermediate-risk Thyroid Cancer. Clin Oncol (R Coll Radiol). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2020.11.009>

AUTOEVALUACIÓN

1. De acuerdo con el artículo, señale la opción **FALSA**:
 - a) Se observó un mayor riesgo de eventos en pacientes con un tamaño tumoral de menos de 14mm.
 - b) En los dos grupos, los pacientes obtuvieron puntuaciones similares en cuanto a la calidad de vida.
 - c) El grupo de tratamiento con I131 tuvo mayor tasa de respuesta excelente que el grupo sin tratamiento.
 - d) Hubo un mayor riesgo de eventos en pacientes con tiroglobulina superior a los valores de corte evaluados en ausencia de anticuerpos.
2. De acuerdo con el artículo señale la afirmación **VERDADERA** en cuanto a la definición de eventos:
 - a) En ambos grupos, los eventos incluyeron hallazgos anormales en la ecografía del cuello (eventos estructurales).
 - b) Sólo en el grupo de radioyodo, los eventos incluyeron la presencia de focos de captación de radioyodo fuera del lecho tiroideo.
 - c) En los dos grupos, una cifra de tiroglobulina por encima del valor de corte y la detección de anticuerpos anti-tiroglobulina por encima del límite superior del rango normal o un aumento en más del 50% entre dos mediciones realizadas con 6 meses de diferencia se consideró evento bioquímico.
 - d) Todas las respuestas anteriores son verdaderas.