

Editorial sobre “Nuevas perspectivas en el manejo del cáncer de tiroides de bajo riesgo. Experiencia con la lobectomía tiroidea en una cohorte de 114 pacientes”

Editorial on New perspectives in the management of low-risk thyroid cancer. Experience with thyroid lobectomy in a cohort of 114 patients.

José L. Novelli*

El manejo del cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo (CDTBR) continúa siendo motivo de controversia. Como dicen los autores, dada su naturaleza indolente y la dificultad en alcanzar un balance adecuado entre la morbilidad del tratamiento y el riesgo de progresión de la enfermedad, aún se discute en lo concerniente al tratamiento quirúrgico la extensión: tiroidectomía total (TT) versus hemitiroidectomía (lobectomía más istmectomía) (HT) por cervicotomía clásica y también, en pacientes seleccionados, el abordaje quirúrgico remoto, en este caso el abordaje transoral o TOETVA (Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach)^{1,2}.

Saco y cols., en el artículo publicado en este número, realizan un estudio observacional a partir del análisis retrospectivo de los datos obtenidos de las historias clínicas computarizadas de una cohorte de 114 pacientes con CDTBR tratados con HT mediante distintos abordajes quirúrgicos –cervical y remoto (transoral)– entre enero de 2015 y abril de 2023; ellos incrementaron las HT desde 3,07% en 2015 hasta 29,3% en 2023³.

Se analizan las características ecográficas preoperatorias y el informe citológico por PAAF de los tumores, la estadificación según TNM, analizando la curva de sobrevida y el riesgo de recurrencia según la American Thyroid Association (ATA), y también los hallazgos anatomopatológicos en los 114 pacientes.

Llama la atención la inclusión en el tratamiento quirúrgico de pacientes con nódulos punzados e informados como Bethesda 1 y 2. Los Bethesda 3 no están subdivididos en FLUS y en AUS. Con respecto al informe de la PAAF (punción-aspiración con aguja fina), los autores aclaran que, en los pacientes intervenidos que no fueron categoría 5 y 6 de Bethesda, pero fueron incluidos en esta serie, ello se debió al informe de anatomía patológica posoperatoria o intraoperatoria de carcinoma.

En los resultados hablan de la inclusión para HT de 4 pacientes con istmectomía, difiriendo esta inclusión del título de este trabajo.

El tamaño y la multifocalidad son factores para tener en cuenta en las recurrencias. En este estudio, el

hallazgo de multifocalidad no modificó la indicación de la lobectomía realizada.

Con respecto al tamaño del nódulo (sobre todo los mayores de 4 cm) parecería que, en seguimientos superiores a 10 años, la HT tiene una leve mayor recurrencia que en la TT y los pacientes con nódulos menores de 4 cm tienen una sobrevida libre de enfermedad mejor que en el caso de presentar los mayores de 4 cm. En este trabajo se incluyeron dos pacientes con nódulos mayores de 4 cm, pero los autores no informan su evolución en el seguimiento.

El nivel de complicaciones referido por los autores es bajo, solo una parálisis recurrencial transitoria y equimosis en los de abordajes remotos.

En el informe anatomopatológico diferido (Tabla 3) se hallaron variante folicular de carcinoma papilar (14) y variante con características de mayor riesgo (8) (no se especifican las variantes y tampoco el porcentaje de compromisos de estas variantes halladas). En cuanto a material y métodos del trabajo, se incluyó solo el carcinoma papilar usual.

Los autores dicen que solo hay dos indicaciones categóricas de completar la tiroidectomía total: la invasión vascular, cuando es mayor de 4 vasos, y las histologías agresivas (células altas), cuando el porcentaje de células con estas características es mayor del 30%.

En esta serie, el 95,6% de los pacientes incluidos fue clasificado como de riesgo de recurrencia bajo inicial, no relatan muerte ni metástasis regional o a distancia, y otros 5 pacientes fueron considerados con cánceres de riesgo intermedio por hallazgos en la anatomía patológica diferida, los cuales no se reoperaron para completar la tiroidectomía total, por decisión del comité médico y/o decisión del paciente. No tenemos información acerca del seguimiento de esos pacientes de riesgo intermedio.

El paciente debe ser informado preoperatoriamente por la posibilidad de completar la tiroidectomía en caso de hallazgos intraoperatorios o hallazgos en el examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica (6-20%) y aceptar un riesgo de reintervención con fines diagnósticos o terapéuticos durante el seguimiento (5-10%) para completar la TT.

*Cirujano de cabeza y Cuello. Unidad de Tiroides del Grupo Oroño, Rosario, Argentina. Instituto Cardiovascular de Rosario.

En este trabajo se puede evaluar el riesgo inicial de recurrencia realizando una HT, pero no las modificaciones de ese riesgo inicial en el seguimiento dinámico como consecuencia de que es escaso el tiempo de seguimiento. Es una serie de casos no muy grande y el seguimiento es escaso, como lo aclaran los autores (el seguimiento promedio fue de 33,4 meses, con un rango de 2 a 101 meses).

No se consideró una serie con tiroidectomía total con la cual comparar resultados.

Además de la extensión quirúrgica también debería evaluarse el abordaje remoto (TOETVA) y la satisfacción del paciente por ser este solo un abordaje

selectivo con importancia en los resultados estéticos.

Según las Recomendaciones de la ATA, la lobectomía tiroidea sola es tratamiento suficiente para carcinomas intratiroides pequeños, unifocales, en ausencia de irradiación previa de cabeza y cuello, carcinoma de tiroides familiar o metástasis ganglionares cervicales clínicamente detectables⁴.

Se coincide con los autores y con las Recomendaciones ATA en que la lobectomía tiroidea es suficiente para el tratamiento quirúrgico del carcinoma diferenciado de tiroides con bajo riesgo de recurrencia, y es importante contar con un seguimiento mayor para poder realizar el seguimiento dinámico prolongado en el tiempo.

■ ENGLISH VERSION

As the authors of the paper state, the management of low-risk differentiated thyroid cancer (DTC) remains controversial because of the indolent nature of the disease and the challenge of balancing morbidity of treatments with the risk of disease progression. The extent of thyroid resection is still a matter of debate: total thyroidectomy (TT) versus hemithyroidectomy (HT) (lobectomy plus isthmusectomy) using either a conventional neck incision or, in selected patients, a remote-access procedure, in this case the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA)¹.

In the article published in this issue, Sacco et al. report the results of an observational study analyzing retrospective data obtained from the electronic medical records of a cohort of 114 patients with low-risk DTC managed with HT through different surgical approaches (neck incision and remote transoral approach) between January 2015 and April 2023. The number of TH procedures increased from 3.07% in 2015 to 29.3% in 2023².

The preoperative ultrasound characteristics, fine needle aspiration (FNA) cytology results, and TNM stage were analyzed. Additionally, the survival curve and the risk of recurrence according to the American Thyroid Association (ATA) and the pathological findings in 114 patients were evaluated.

Strikingly, patients with Bethesda I and II nodules were included for surgical management. Bethesda III nodules are not divided in FLUS and AUS. Regarding the FNA cytology results, the authors state that patients with a Bethesda category other than V and VI were included in this series due to the postoperative or intraoperative pathology report of carcinoma.

Among the results, 4 patients with isthmusectomy were included, and this inclusion is not consistent with the article title.

Size and multifocality should be considered in recurrences. In this study, the presence of multifocality

did not modify the indication of the lobectomy performed.

Nodules > 4 cm seem to have a slightly higher recurrence rate at 10 years after TH compared to TT, and patients with nodules < 4 cm have a better disease-free survival than those > 4 cm. In this study, two patients with nodules > 4 cm were included. The authors do not report how these patients evolved during follow-up.

The complication rate reported by the authors is low, temporary recurrent laryngeal palsy in one case and mild ecchymosis in those patients who underwent the remote approach.

The final diagnosis of the pathology report (Table 3) indicated that 14 patients had follicular variant of papillary thyroid carcinoma and that 8 patients had high-risk variants, although the specific variants and the extent of their involvement were not specified. In the material and methods section only the usual papillary carcinoma is included.

The authors mention that there are only two categorical indications for completion thyroidectomy: vascular invasion > 4 vessels and aggressive histology (tall cells) if the percentage of cells with these characteristics is > 30%.

In this series, 95% of the patients were classified as low risk of recurrence in the initial assessment, the authors do not report death or regional or distant metastases, and 5 patients were considered in the intermediate risk category based on the findings of the delayed pathology report. In these patients, total thyroidectomy was not performed based on the recommendation of the treating team or patient preference. We do not count with information about the long-term follow-up outcomes in these intermediate risk patients.

Patients should be informed preoperatively about the possibility of completion thyroidectomy based on the intraoperative findings or pathological examination of the surgical specimen (6-20%) and accept the risk of reintervention for diagnostic or

therapeutic purposes during follow-up (5-10%) for completion thyroidectomy.

In this study, the initial risk of recurrence after HT can be determined, but this baseline risk cannot be modified over time due to the short follow-up period. The series is relatively small, and the follow-up period is relatively short, as noted by the authors (the mean follow-up period was 33.4 months, with a range of 2 to 101 months).

The authors did not compare these results with a series of patients with total thyroidectomy.

In addition to the extent of surgery, the remote approach (TOETVA) and patient satisfaction should have been evaluated, as this is a selective

approach that is important for aesthetic outcomes.

According to the ATA recommendations, thyroid lobectomy is an adequate treatment for small, unifocal, intrathyroidal carcinoma in the absence of prior head and neck radiation therapy, familial thyroid carcinoma, or clinically detectable neck lymph node metastases³.

I agree with the authors and the ATA recommendations that thyroid lobectomy is an appropriate surgical management option for differentiated thyroid carcinoma with a low risk of recurrence. It is crucial to have a longer follow-up period to perform a dynamic follow-up over an extended period.

Referencias bibliográficas /References

1. Song E, Han M, Oh H, Kim W, Jeon M, Lee Y, et al. Lobectomy is feasible for 1–4 cm papillary thyroid carcinomas: a 10-year propensity score matched-pair analysis on recurrence. *Thyroid*. 2019;29: 6470.
2. Anuwong A. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World J Surg*. 2016; 40:491-7.
3. Saco PA, Voogd A, Beguerí A, Valdez P, Russier G, Matsuda M y cols. Nuevas perspectiva en el manejo del cáncer de tiroides de bajo riesgo. Experiencia con la lobectomía tiroidea en una cohorte de 114 pacientes. *Rev Argent Cirug*. 2024;106 (2):95-105
4. Haugen B, Alexander E, Bible K, Doherty G, Mandel S, Nikiforov Y, 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.