



Dr. Fabián Pitoia

Presidente Electo de la Sociedad Latinoamericana de Tiroides
Jefe de la Sección Tiroides. Coordinador del Área de Investigación,
División Endocrinología. Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires,
Argentina

¿QUÉ ES LA VIGILANCIA ACTIVA EN PATOLOGÍA TUMORAL MALIGNA TIROIDEA? ¿CUÁLES SON LAS BARRERAS PARA IMPLEMENTARLA AMPLIAMENTE EN LA ARGENTINA?

La vigilancia activa (VA) es una herramienta estratégica para el manejo de pacientes con patología tumoral de lento crecimiento, utilizada con el fin de evitar tratamientos excesivos. Este enfoque emergió en las últimas décadas como una alternativa a la exposición de pacientes a un tratamiento definitivo y, por lo tanto, a sus efectos adversos, hasta que la enfermedad haya avanzado a una etapa que justifique la cirugía. La VA surgió inicialmente a partir de la advertencia de los efectos secundarios del tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de próstata localizado de bajo riesgo. En este grupo, los beneficios de la observación superaron ampliamente el riesgo de disminución severa de la calidad de vida por disfunción intestinal, urinaria y/o eréctil posquirúrgica, sin cambios significativos en el pronóstico. Bajo esta premisa, en el año 1993, el Dr. Akira Miyauchi y su equipo, en el hospital Kuma en Kobe, Japón, lideraron el primer ensayo clínico de vigilancia activa en microcarcinomas papilares de tiroides.

Luego de estudiar la historia natural y el comportamiento biológico del microcarcinoma papilar de tiroides (MCP), este investigador hipotetizó que, si bien una pequeña cantidad de estos podrían progresar lentamente, posponer la cirugía hasta que dicha progresión sea diagnosticada, no influiría sobre el pronóstico final. Por el contrario, intervenir quirúrgicamente todos los MCP podría derivar en mayores daños que beneficios. A través de los años, el reclutamiento de pacientes fue exponencial, y finalmente, en 2014, se exhibieron los resultados del mayor trabajo publicado hasta el momento. Es así como se halló que un 8% de 1235 pacientes presentó crecimiento tumoral (aumento de diámetro de 3 mm o mayor) y un 3,8% desarrolló adenopatías metastásicas locorregionales. Además, este fue el primer estudio que demostró la existencia de una

relación inversa entre progresión de enfermedad y edad del paciente al diagnóstico.

A partir de los conocimientos aportados por estos investigadores, la vigilancia activa progresivamente tomó notoriedad y resultó tema de interés para varios investigadores alrededor del mundo. En estos estudios (Cuadro 1), se mostraron resultados similares, con un crecimiento tumoral mayor de 3 mm de diámetro en alrededor de un 10% de pacientes y desarrollo de metástasis ganglionares en cerca de un 5% de los casos dentro de los primeros 5 a 10 años de seguimiento, lo que no cambió el pronóstico final cuando se planteó el tratamiento quirúrgico.

En el Hospital de Clínicas de Buenos Aires comenzamos con nuestra experiencia de VA en 2014 y publicamos los primeros datos en 2019; estos fueron actualizados en 2020, demostrando adicionalmente que aquellos pacientes con MCP candidatos a VA que optaron por la cirugía fueron tratados con tiroidectomía total en lugar de lobectomía en la mayoría de los casos (por preferencia del mismo paciente o del equipo quirúrgico tratante) y presentaron una alta frecuencia de efectos adversos que podrían haberse evitado con la conducta de VA. Por otro lado, demostramos que los costos de la cirugía exceden como mínimo en 3 o 4 veces los de la VA, situación que podría estar subestimada, debido a que se consideraron los valores del nomenclador nacional de PAMI (Programa de Atención Médica Integral).

En nuestra experiencia, solo el 25% de los pacientes a los cuales se les ofreció esta alternativa, la aceptaron, y el 10% de quienes la aceptaron finalmente terminaron moviéndose hacia la cirugía, principalmente como consecuencia de la ansiedad relacionada con esta modalidad.

Las hipótesis que se plantean en relación con la baja aceptación de la VA en la Argentina tienen que ver con el impacto que genera la palabra “cáncer” en nuestra población de pacientes, a la influencia de la personalidad “maximalista” de los pacientes, tendientes a buscar una resolución de la enfermedad de manera expeditiva, considerando que la cirugía de tiroides será un procedimiento inocuo. Por otro lado, la experiencia muestra que los pacientes “minimalistas” que se mueven hacia la modalidad de VA, en general, son los que ya conocen esta alternativa, y buscan al equipo

Cuadro 1. Estudios de vigilancia activa de carcinoma papilar de tiroides en el mundo

Cohorte (año)	n	Mediana de seguimiento (meses)	Crecimiento tumoral ≥ 3 mm (% pacientes)	Metástasis ganglionares (% pacientes)	Metástasis a distancia (% pacientes)	Muertes (% pacientes)
Sugitani y col. ¹ (2010)	230	5	9,6	1,3	0	0
Ito y col. ² (2014)	1235	120	8	3,8	0	0
Oda y col. ³ (2016)	1179	36	2,3	0,5	0	0
Kwon y col. ⁴ (2017)	192	30	14	0,5	0	0
Tuttle y col. ⁵ (2017)	291	25	3,8	0	0	0
Kim y col. ⁶ (2018)	126	26	5,6	0,8	0	0
Sakai y col. ⁷ (2018)	61	88,8	7	3	0	0
Smulever y Pitoia ⁸ (2019)	34	42	17	0	0	0
Molinaro y col. ⁹ (2019)	93	19	2,1	1	0	0

médico que esté dispuesto a acompañarlos en la decisión. Finalmente, los médicos también solemos influir activamente en las conductas adoptadas por nuestros pacientes, cuando no balanceamos correctamente la información y la brindamos de acuerdo con nuestras creencias o preferencias. Este trabajo de concientización a la población médica sobre brindar la información y movernos acompañando la

decisión de nuestros pacientes probablemente constituya un cambio en el paradigma de la medicina que nos lleve lenta pero inexorablemente a abandonar la “medicina paternalista”, en la cual el médico es el que decide por el paciente, hacia una medicina en la que se puedan explicar las alternativas disponibles y el profesional pueda acompañar al paciente en el camino elegido.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Sugitani I, Toda K, Yamada K, et al. Three distinctly different kinds of papillary thyroid microcarcinoma should be recognized: our treatment strategies and outcomes. *World J Surg* 2010;34:1222-1231.
2. Ito Y, Miyauchi A, Kihara M, et al. Patient age is significantly related to the progression of papillary microcarcinoma of the thyroid under observation. *Thyroid* 2014; 24:27-34.
3. Oda H, Miyauchi A, Ito Y, et al. Incidences of Unfavorable Events in the Management of Low-Risk Papillary Microcarcinoma of the Thyroid by Active Surveillance Versus Immediate Surgery. *Thyroid* 2016;26:150-155.
4. Kwon H, Oh HS, Kim M, et al. Active Surveillance for Patients With Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Single Center's Experience in Korea. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:1917-1925.
5. Tuttle RM, Fagin JA, Minkowitz G, et al. Natural History and Tumor Volume Kinetics of Papillary Thyroid Cancers During Active Surveillance. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2017; 143:1015-1020.
6. Ramundo V, Sponziello M, Falcone R, et al. Low-risk papillary thyroid microcarcinoma: Optimal management toward a more conservative approach. *J Surg Oncol* 2020; 121:958-963.
7. Sakai T, Sugitani I, Ebina A, et al. Active Surveillance for T1bN0M0 Papillary Thyroid Carcinoma. *Thyroid* 2019; 29:59-63
8. Smulever A, Pitoia F. Active surveillance in papillary thyroid carcinoma: not easily accepted but possible in Latin America. *Arch Endocrinol Metab* 2019; 63:462-469.
9. Molinaro E, Campopiano MC, Pieruzzi L, et al. Active Surveillance in Papillary Thyroid Microcarcinomas is Feasible and Safe: Experience at a Single Italian Center. *J Clin Endocrinol Metab* 2020;105(3): e172-e180.

BIBLIOGRAFÍA

- Smulever A, Pitoia F. High rate incidence of post-surgical adverse events in patients with low-risk papillary thyroid cancer who did not accept active surveillance. *Endocrine*. 2020; 69(3):587-59.
- Pitoia F, Smulever A. "Vigilancia activa encubierta" y los costos de la ausencia de implementación de la "cirugía diferida" en Argentina. *Rev Arg Endocrinol Metab*. 2020;57(3):40-4.