

Cáncer papilar de tiroides y embarazo, análisis bioético, caso clínico

Dra. Carola Guerrero V.¹, Dr. Iván Maldonado Noboa², Dra. Tatiana Vinuesa G.³

¹ Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito - Médico Posgradista B4 de Oncología

² Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito - Médico Posgradista B3 de Oncología

³ Hospital Carlos Andrade Marín - Médico Tratante del Servicio de Oncología

Correspondencia:

Dra. Carola Guerrero V. - carolaguerrero@hotmail.com

Recibido: 22/12/2013

Aceptado: 19/11/2014

RESUMEN

Introducción: el diagnóstico y tratamiento de cáncer durante el curso del embarazo es una situación clínica desafiante para el paciente y el médico. Dada su relativa rareza, la evidencia sigue siendo escasa, ya que es prácticamente imposible llevar a cabo grandes ensayos clínicos prospectivos.

Otro tema crítico es el conflicto potencial entre el bienestar materno y fetal, esto podría conducir a la toma de decisiones inapropiadas de las mujeres embarazadas por miedo a toxicidad fetal o en el ofrecimiento de terapia que podría resultar en la morbilidad y la mortalidad fetal. Si bien hay algunas pautas generales que se pueden aplicar a todos los tipos de tumores, cada enfermedad tiene características específicas que deben ser consideradas en el curso del embarazo.

Palabras clave: cáncer en el embarazo, quimioterapia, anomalías congénitas, complicaciones fetales, principios bioéticos.

ABSTRACT

Introduction: the diagnosis and treatment of cancer during the course of pregnancy is a challenging clinical situation for the patient and the doctor. Given its relative rarity, the evidence is still scarce, as it is virtually impossible to conduct large prospective clinical trials.

Another critical issue is the potential conflict between the maternal and fetal well, this could lead to inappropriate decision making from pregnant women for fear of fetal toxicity in offering therapy that could result in fetal morbidity and mortality. While there are some general guidelines that can be applied to all types of tumors, each disease has specific characteristics that must be considered in the course of pregnancy.

Keywords: cancer in pregnancy, chemotherapy, congenital anomalies, fetal complications, bioethics principles.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 30 años de edad, debuta con un nódulo tiroideo en diciembre del año 2012 que mediante una PAAF (punción con aguja fina) se determinó la positividad para malignidad, por lo que fue sometida a una tiroidectomía total el 25 de enero de 2013, sin complicaciones. Diagnosticada según la histología de Carcinoma papilar de tiroides, variante clásico, bien diferenciado, tamaño 1.5 x 0.6 x 0.6 cm, invasión capsular y de márgenes quirúrgicos comprometidos, extensión extra tiroidea amplia infiltra tráquea, invasión linfovascular presente, ganglios 5/5 positivos, se le catalogó como estadio II. Además a la paciente a la fecha 18 de febrero de 2013 se le constata 4 semanas de gestación.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de tiroides es infrecuente, se ha estimado 60.220 casos nuevos de carcinoma de tiroides en los Estados Unidos en el 2013.¹

Tanto como los nódulos tiroideos así como los carcinomas de tiroides ocurren 2 o 3 veces más en mujeres que hombres, lo cual hace que la incidencia del diagnóstico del carcinoma de tiroides aumente en mujeres por año, actualmente ocupa el quinto lugar dentro de los cánceres más frecuentes en mujeres en Estados Unidos.^{1,2}

Aunque el carcinoma de tiroides puede ocurrir a cualquier edad, el pico de incidencia es alrededor de los 49 años.^{3,4}

El tratamiento de elección es la cirugía en caso de ser posible seguido de yodo radioactivo (I131) seguido de levo tiroxina. La terapia con radiación externa y la quimioterapia tienen roles menos eficaces en el manejo de estos tumores.^{2,5}

Cerca del 10% de los carcinomas diferenciados de tiroides tienen compromiso de los márgenes quirúrgicos o por fuera de la glándula y un crecimiento directo cerca de las estructuras vecinas incrementando tanto la morbilidad y la mortalidad. La invasión local puede ser micro o macroscópica.^{6,7}

La tasa de recurrencia aumenta dos veces más en los tumores localmente invasivos y tanto como un 33% de pacientes con estos tumores muere por esta enfermedad dentro de una década.⁸

En el embarazo el cáncer es una situación clínica relativamente rara, y el manejo difícil, una vez diagnosticado plantea varios conflictos clínicos, sociales y éticos. Generalizar las decisiones de tratamiento es muy duro por lo que cada caso debe ser discutido en forma multidisciplinaria reconociendo primordialmente la opinión de la paciente.⁹

En el embarazo el cáncer diferenciado de tiroides (CDT) representa el segundo tumor más frecuente diagnosticado solo después del cáncer de mama.^{9,10}

El tratamiento actual en esta situación se deriva de estudios fase 2, análisis retrospectivos y revisiones sistemáticas de la literatura.^{10,11,12}

El mejor momento para el tratamiento quirúrgico de la tiroides en una paciente embarazada no está claro. Una revisión sistemática evaluó el pronóstico del CDT en pacientes embarazadas relacionado al retraso de la cirugía. No encontrándose diferencias en la supervivencia global en retrasar el tratamiento quirúrgico, tampoco hubo diferencia en la mortalidad causada por CDT, ni recurrencia del CDT relacionado con el embarazo.^{12,13,14}

No hay evidencia para apoyar la terminación del embarazo cuando el diagnóstico de CDT se realiza. Las guías de la Sociedad de Endocrinología para el embarazo relacionado con CDT recomiendan la tiroidectomía después del parto en pacientes sin evidencia de enfermedad avanzada o sin progresión rápida y la tiroidectomía en el segundo trimestre del embarazo para los demás. El yodo radiactivo solo debe administrarse después del parto y el final de la lactancia materna.¹⁵

ANÁLISIS BIOÉTICO

Dilemas éticos

- Cáncer papilar de tiroides y embarazo.
- Primer trimestre y teratogénesis.
- Retraso del tratamiento oncológico relacionado a obtener un producto de la gestación viable.
- Riesgo de progresión de enfermedad en relación a la curación y pronóstico de la enfermedad.
- Análisis y discusión en un comité de bioética previo a proporcionar información a la paciente.

Esquema de razonamiento moral

Primer nivel

La reflexión se la realiza buscando en la propia conciencia de la paciente confrontándola con el dilema ético.¹⁵

Segundo nivel

La reflexión de continuar o no con el embarazo y definir cuándo se iniciaría el tratamiento con I 131 está contemplado en el Código de Ética.

En el Ecuador en base al Registro Oficial de agosto de 1992, en el capítulo III artículo 15 se menciona que el profesional médico no actuará en contra de la voluntad de la paciente y según el capítulo VI se debe llamar o convocar a una junta con especialistas relacionados cuando el caso lo amerite para intercambiar opiniones respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del enfermo, incluso con esta junta se analizará el tema del aborto terapéutico que corresponde al capítulo XVII.¹⁷

Tercer nivel

“Principios Bioéticos Involucrados”. El dilema ético en este caso se plantea como una confrontación entre los principios sobre todo de Autonomía, de Beneficencia y No-maleficencia. Para algunos profesionales de acuerdo con el principio de no maleficencia, sería lícito proponer suspender el embarazo en pacientes con cáncer, argumentando que un ser humano permanentemente privado del ejercicio de sus capacidades de autoconciencia y raciocinio no puede ser considerado una “persona” en el pleno sentido de la palabra refiriéndose al producto de la concepción y al riesgo de retrasar un tratamiento con I 131 en una mujer fértil con CDT. Considerando, por tanto, que no sería factible mantener un embarazo en una paciente con cáncer de tiroides privándola del tratamiento curativo y a la vez mantener un embarazo con alto potencial de malformaciones congénitas por el tratamiento teratogénico recibido.

Sin embargo, en base al principio de beneficencia, el caso discutido en un comité de Bioética formado por varios especialistas relacionados, para proporcionar la mejor información para ayudar a la paciente a tomar la decisión en base a los niveles de evidencia y literatura mencionada.

DISCUSIÓN

En primera instancia el médico tiene derecho a la objeción de conciencia, que quiere decir que el profesional se puede abstener a llevar a cabo ciertas decisiones elegidas por la paciente, lo cual hace indispensable la opción de transferencia a otro profesional calificado pero lo más recomendado y contemplado en el Código de Ética Médica es analizar el caso en una junta médica con profesionales relacionados; como se realizó en este caso.^{17,18,20}

En este análisis los principios éticos directamente involucrados fueron: la autonomía, beneficencia y no maleficencia. Es esencial el derecho de la paciente a tomar una decisión con el apoyo médico multidisciplinario.

Tomando en cuenta que la cirugía fue llevada a cabo en los primeros días de gestación, el dilema del asesoramiento se complica por el hecho de que no existen estudios fuertes acerca del pronóstico para el estadio II del cáncer de tiroides en una paciente que retrasa el tratamiento para lograr la viabilidad neonatal. A excepción de la pequeña revisión sistemática referida anteriormente que concluye que no hubo diferencias significativas en cuanto al pronóstico en aquellas mujeres embarazadas que retrasan la cirugía y/o el tratamiento con yodo radioactivo hasta después del parto.

CONCLUSIONES

El caso fue analizado y discutido multidisciplinariamente en un Comité Bioético con profesionales relacionados, sobresaltando los principios de la bioética y sobre todo respetando el derecho de autonomía en la paciente.

Finalmente la paciente, luego de la información recibida y otorgada, decidió continuar con el embarazo y diferir el tratamiento con I 131 hasta después de la lactancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel R. Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics, 2003. CA Cancer J Clin 2013;63:11-30
2. Thyroid Carcinoma. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2.2013
3. Hegedus L. Clinical practice. The thyroid nodule. N. England J. Med 2004;351:1764-1771
4. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2009;19:1167-1214
5. Ron E, Lubin JH, Shore RE, et al. Thyroid cancer after exposure to external radiation: a pooled analysis of seven studies. Radiat Res 1995;141:259-277
6. Mazzaferri EL, Jhiang SM. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. Am J Med 1994;97:418-428
7. Emerick GT, Duh QY, Siperstein AE, et al. Diagnosis, treatment and outcome of follicular thyroid carcinoma Cancer 1993;72:3281-3295
8. Salvesen H, Njolstad PR, Akslen LA, et al. Papillary thyroid Carcinoma: a multivariate analysis of prognostic factors including an evaluation of p-TNM staging system. Eur J Surg 1992;158:583-589
9. Smith, J, Dalrymple L, Leiserowitz GS, Danielsen B “Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997”. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001;184:1504-1513

10. Smith L.H, Danielsen B, Allen ME, and Cress R. "Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry", American Journal of Obstetrics and Gynecology 2003;189:1128-1135
11. Azim HA, Peccatori Jr. Treatment of cancer during pregnancy: the need for tailored strategies. J Clin Oncol. 2010;28:e302-3.
12. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. Oncologist. 2002;7:279-87
13. Abalovich M, Amino N, Barbour LA, et al. "Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline", The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2007; 92:S1-S47
14. Vasconcelos G, Satin A, Weber T. Prognosis of Thyroid Cancer Related to Pregnancy: A Systematic Review. J Thyroid Research 2011;10:4061
15. Taboada P. Ética clínica: Principios básicos y modelo de análisis. Boletín de la escuela de Medicina- Chile 1998;27
16. Beauchamp, T. Childress, J. Principles of Biomedical Ethics 1994 Oxford University Press. New York
17. Código de Ética Médica: Acuerdo Ministerial 14660-A. Registro Oficial 5 de 17 de agosto de 1992
18. Lavados, M, Scrani, A. Ética Clínica. Fundamentos y aplicaciones. Ediciones Universidad Católica. Santiago, 1993
19. Levi, B.H. Four Approaches to Doing Ethics. The Journal of Medicine and Philosophy 1996; 21:7-39
20. Lo, B. Sroeder, S. Frequency of Ethical Dilemmas in a Medical Inpatient Service. Arch Intern Med 1981; 141:1063-4