CÁNCER DE TIROIDES

RADIOTERAPIA SIGLO XXI

Incorporado a la multinacional:
21st Century Oncology

La glándula tiroides está en el medio del cuello y es la encargada de producir las hormonas tiroideas, estas hormonas se encargan de regular el metabolismo del cuerpo. El cáncer de tiroides se produce cuando las células normales de la tiroides se transforman en células anormales y crecen de manera descontrolada y corresponde a la malignidad más común del sistema endocrino. Existen distintos tipos de cáncer de tiroides y son clasificados de acuerdo a sus características histológicas. Según la célula de origen algunos son más graves que otros.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del cáncer de tiroides es de aproximadamente **9/100.000 por año** y se incrementa con la edad. Es infrecuente antes de los 20 años de edad, comprendiendo sólo el 1% de todos los tumores malignos ocurridos antes de los 18 años de edad, presentando un excelente pronóstico. Si aparece después de los 65 años se asocian a un peor pronóstico. Es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación 3:1.

ETIOLOGÍA

La radiación externa en edades tempranas a dosis sub terapéuticas constituye un factor de riesgo para desarrollar cáncer de tiroides a largo plazo. El 3% de los carcinomas papilares y algunos foliculares pueden tener un componente hereditario. El 20-25% de los carcinomas medulares tiene un mecanismo de transmisión hereditaria de tipo autosómico dominante que puede originar la aparición de carcinoma medular familiar aislado o en el contexto de una neoplasia endocrina múltiple

DIAGNÓSTICO

El diagnostico de cáncer de tiroides es por biopsia. Por lo general la **BAAF (biopsia por aspiración por aguja fina)** permite un diagnóstico precoz. La presencia de concentraciones elevadas de calcitonina en suero **(indicadoras de cáncer medular)** o de tiroglobulina indican la presencia de tumor en recaída.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Al principio, es posible que las personas no noten ningún síntoma, podrían descubrir que tienen cáncer de tiroides después de que el médico les realice un estudio de imagen del cuello, por otro motivo, y se detecte la presencia de un nódulo, aunque cabe aclarar que sólo el 5% de tales nódulos es maligno. Algunas veces, el primer signo es un ganglio linfático crecido. Lo más común es un crecimiento llamado **"nódulo"** en la glándula tiroides y según la localización y el tamaño puede llegar a producir voz ronca o no poder hablar, dificultad para respirar, dificultad para tragar, tos o tos con sangre y síntomas de hipotensión o hipertensión.

¿Cómo se estapifica el cáncer de tiroides?

Las neoplasias primarias de la tiroides se clasifican en:

Carcinomas diferenciados:

- Carcinoma papilar
- Carcinoma folicular
- Carcinoma de células de ***Hurtle***
- Carcinoma medular
- Carcinoma indiferenciado **(anaplásico)**

Para carcinomas bien diferenciados la edad forma parte del estadiaje, considerando a los pacientes menores de 55 años como un factor de buen pronóstico; para los otros tipos histológicos la edad no forma parte del estadio. El cáncer de tiroides se clasifica según la AJCC por grupos de pronóstico los cuales se basan en el **"T"** que corresponde al tamaño tumoral y al compromiso de extensión extratiroidea, al **"N"** dependiendo si existe o no compromiso ganglionar y su localización; y por último en el **"M"** referente a la presencia o no de enfermedad metastásica a distancia. Los estadios clínicos tienen valor pronóstico y varían según el tipo histológico.

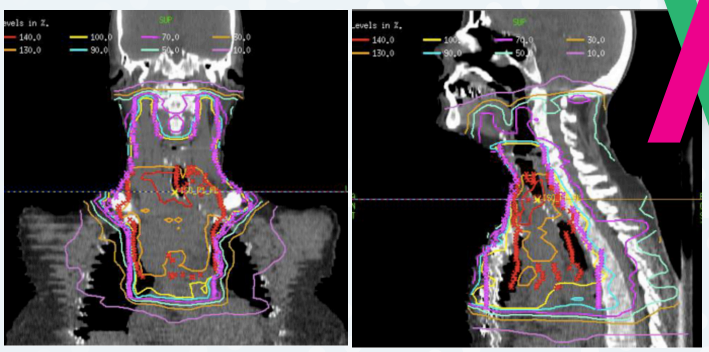
¿Cómo se trata el cáncer de tiroides?

La cirugía es el principal tratamiento del cáncer de tiroides. La decisión entre tiroidectomía parcial o total con o sin disección de cuello dependen del tipo histológico, el tamaño y localización del tumor así como la presencia o no de ganglios. Dependiendo del tipo histológico se brindan terapias adyuvantes. En el cáncer bien diferenciado se suele dar yodo radioactivo, la indicación depende de la presencia o no de factores de riesgo de recaída tales como el tamaño tumoral, los márgenes, el número de ganglios afectos y si estos tienen o no extensión extracapsular; y de los niveles de tiroglobulina post operatoria; además se debe de bloquear la producción de **TSH** por lo que se mantiene al pacientes con dosis de levotiroxina elevadas que permitan niveles de **TSH** menores a 0,1mU/ml. Mientras que los tumores poco o mal diferenciados y el medular no son ávidos al yodo y la presencia de factores de riesgo de recaída deben de ser tratados con otras modalidades de adyuvancia como lo son la radioterapia y, en el caso de los anaplásicos, la quimioradioterapia.

¿Cuál es el rol de la radioterapia en el cáncer de tiroides?

En cáncer de tiroides bien diferenciado la **RT (radioterapia)** está indicada para:

- Pacientes que tienen enfermedad residual macroscópica inoperable después de la tiroidectomía, con avidez por radioiodo inadecuada o ausente.
- Pacientes con enfermedad no resecable en el cuello a pesar de la ingesta de yodo radioactivo, si el grado de consumo de yodo comparado con el tamaño de la enfermedad residual sugiere que el radioiodo solo no será suficiente para controlar la enfermedad.
- Pacientes mayores de 55 años con márgenes de resección microscópicamente positivos y enfermedad no ávida al radioiodo que no son candidatos para la reoperación.
- Pacientes mayores (55 años o más) que tienen extensión extratiroidea (enfermedad T4) en el momento de la cirugía y pacientes más jóvenes seleccionados con enfermedad T4b o T4a extensa y características histológicas deficientes, cuya enfermedad se reseca pero en la que existe una alta probabilidad de enfermedad microscópica residual que se sabe o se sospecha que no es ávida al radioiodo.



- Pacientes con múltiples recurrencias en el lecho tiroideo o los ganglios cervicales, especialmente si el intervalo entre las recurrencias es corto.
- Se utiliza RT para la paliación en pacientes con metástasis pulmonares sintomáticas y / o progresivas no resecables no susceptibles a radioiodo. La radiocirugía estereotáctica se prefiere a la EBRT para metástasis no resecables del sistema nervioso central. Los pacientes con metástasis óseas dolorosas no resecables o metástasis óseas múltiples que son refractarias a la terapia con iodo radioactivo deben derivarse para RT para ayudar a controlar el dolor. La RT también se usa para controlar las metástasis óseas asintomáticas si se encuentran en sitios de carga de peso.

En cáncer anaplásico:

La RT siempre se administra en el entorno adyuvante, después de la resección quirúrgica, o como tratamiento primario en pacientes con enfermedad inoperable.

En cáncer medular de tiroides:

Se recomienda RT adyuvante cuando hay factores de riesgo de recurrenica como lo son: **enfermedad recurrente, margen positivo, extensión extratiroidea, enfermedad residual macroscópica y en enfermedad irresecable.**

CENTRO MÉDICO DE RADIOTERAPIA SIGLO XXI

Tels: (506) 2290-3475 | 2290-3481

Dirección: Clínica de Radioterapia Siglo XXI
San José, Costa Rica, La Uruca, de las Bodegas de la Imprenta Nacional 75 metros oeste y 25 metros al sur.

info@siglo21.cr | www.siglo21.cr