



Protocolo diagnóstico, terapéutico y de seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides

C. López-Tinoco, I. Gavilán Villarejo, C. Coserria Sánchez y A. García Curiel

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. ^bServicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Palabras Clave:

- Cáncer diferenciado de tiroides
- Tiroidectomía total
- Tiroglobulina
- Tratamiento con radioyodo

Keywords:

- Differentiated thyroid cancer
- Total thyroidectomy
- Thyroglobulin
- Radioiodine treatment

Resumen

El carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) supone el 85-90% de todos los cánceres de tiroides. La ecografía cervical es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico y estadificación preoperatoria, y la punción aspiración con aguja fina (PAAF) es imprescindible para el diagnóstico y orientación terapéutica. La tiroidectomía total suele realizarse en la mayoría de las ocasiones, ya que reduce la tasa de recidivas, permite la ablación de restos de tejido tiroideo y facilita el seguimiento postquirúrgico. Posteriormente, está indicado el tratamiento con radioyodo para eliminar los restos tiroideos, facilitar el seguimiento con tiroglobulina (Tg) y realizar la estadificación postquirúrgica. En el seguimiento, uno de los objetivos más importantes es conseguir la supresión de la TSH, y se fundamenta en la alta sensibilidad de la Tg como marcador tumoral. Se recomienda la realización de una exploración cervical, ecografía tiroidea y niveles de Tg, el *scanning* diagnóstico sólo estaría indicado en pacientes con moderado-alto riesgo.

Abstract

Diagnostic, therapeutic and follow-up protocol for differentiated thyroid cancer

Differentiated thyroid cancer (DTC) accounts for 85-90% of all thyroid cancer. Cervical ultrasonography is the imaging modality of choice for diagnosis and preoperative staging and fine needle aspiration (FNA) is essential for the diagnosis and therapeutic guidance. In most cases, total thyroidectomy is usually performed because it reduces the relapse rate, allows the ablation of thyroid tissue remnants and facilitates postoperative follow. Later radioiodine treatment is indicated to remove residual thyroid, facilitate monitoring with thyroglobulin (Tg) and perform post-surgical staging. In the follow, one of the most important goals, is to achieve TSH suppression and its based on the high sensitivity of Tg as a tumor marker. We recommend carrying out cervical screening, thyroid ultrasound and Tg levels, the diagnostic scanning is only indicated for patients with moderate to high risk.

Introducción

Los tumores tiroideos son las neoplasias endocrinas más frecuentes y constituyen el 1% de todos los cánceres¹. Son 2-3 veces más frecuentes en mujeres que en hombres, con una

media de edad al diagnóstico de 40-50 años. Son tumores, en general, con buen pronóstico y elevada supervivencia, aunque pueden presentar recidivas a largo plazo².

Dentro del cáncer de tiroides, el de estirpe folicular diferenciado o carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) supone el 85-90% del total, este incluye el carcinoma papilar en

un 70-85%, el tipo folicular en un 10-30% y el de células de Hurthle en un 3-5%.

Diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico preoperatorio

La técnica de imagen de elección para el diagnóstico y estadificación preoperatoria es la ecografía cervical. La tomografía computadorizada (TC) o la resonancia magnética (RM) sólo son necesarias en caso de evidencia de extensión local y/o metástasis a distancia.

La punción aspiración con aguja fina (PAAF), con una fiabilidad cercana al 100%, es imprescindible para el diagnóstico y la orientación del tratamiento quirúrgico³.

Los niveles de tiroglobulina (Tg) previos a la cirugía no aportan datos de interés en cuanto al diagnóstico y pronóstico, por lo que no se recomienda su determinación de rutina.

Cirugía

Los objetivos del tratamiento quirúrgico del CDT son: extirpar el tumor primario y las metástasis linfáticas y regionales, permitir la correcta estadificación del tumor, facilitar el tratamiento y seguimiento postoperatorio y disminuir la tasa de recurrencias⁴.

En la mayoría de las ocasiones está indicada la realización de tiroidectomía total^{5,6}, ya que reduce la tasa de recidivas, permite la ablación de restos de tejido tiroideo con ¹³¹I y facilita el seguimiento postquirúrgico.

Los factores que influyen en el tipo de cirugía son: diagnóstico histológico, tamaño de la lesión, presencia de adenopatías y metástasis a distancia, edad del paciente y categoría de riesgo.

Técnica quirúrgica

Pacientes sin diagnóstico previo de malignidad. Se prefiere la cirugía conservadora. En caso de *tumores de alto riesgo*: más de 4 cm, con marcada atipia en la citología por PAAF, citología sospechosa, historia familiar de cáncer de tiroides y antecedentes de radiación se recomienda la realización de tiroidectomía total.

Pacientes con diagnóstico previo de malignidad. Si es mayor de 1 cm, el procedimiento inicial debe ser la tiroidectomía total. En casos de bajo riesgo (tumores menores de 1 cm, sin antecedentes de radiación, unifocales) podría realizarse únicamente lobectomía.

Pacientes con citología diagnóstica de carcinoma papilar. En caso de tumores de alto riesgo (más de 4 cm, citología sospechosa, historia familiar de cáncer de tiroides, antecedentes de radiación), se recomienda tiroidectomía total más linfadenectomía central o anterior (grupo VI)/ipsilateral.

En casos de bajo riesgo (tumores menores de 1 cm, sin antecedentes de radiación, unifocales) podría realizarse únicamente lobectomía.

Si, independientemente del tamaño, el tumor se manifiesta por o con adenopatía cervical positiva, el tratamiento será con tiroidectomía total con linfadenectomía radical modificada (grupos VI y II, III, IV ipsilaterales, preservando el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular).

Pacientes con citología sospechosa de carcinoma papilar.

Realizar hemitiroidectomía con istmectomía y confirmar las características del tumor mediante biopsia intraoperatoria.

Si la biopsia confirma el tumor y este es mayor de 2 cm, se completa la tiroidectomía total y se realiza linfadenectomía del grupo ganglionar VI. Si hay ganglios positivos se completa la disección cervical.

Si la biopsia intraoperatoria no puede confirmar el tumor, se debe diferir la actitud quirúrgica al diagnóstico definitivo anatomopatológico. Si en este se confirma el tumor y se clasifica de bajo riesgo, no es preciso reintervenir. En caso contrario, se debe reintervenir para completar la tiroidectomía y realizar linfadenectomía del grupo ganglionar VI.

Pacientes con citología sospechosa de tumor folicular o de células de Hurthle.

Hemitiroidectomía con istmectomía. Si no se demuestra la existencia de tumor maligno, la intervención es definitiva.

Si se demuestra que se trata de un carcinoma folicular y este es clasificado de microcarcinoma de bajo riesgo, no es necesario reintervenir.

Si la biopsia confirma carcinoma de células de Hürthle se reintervendrá para completar tiroidectomía y extirpación del grupo ganglionar VI.

Estadificación TNM

La estadificación postoperatoria es de gran utilidad como factor pronóstico de la enfermedad (tablas 1 y 2). Nos permite tomar decisiones acerca del tratamiento ablativo con ¹³¹I,

TABLA 1

Sistema TNM (Clasificación internacional de tumores, ganglios y metástasis). Clasificación de acuerdo al tamaño del tumor, adenopatías y metástasis

Tumor primario

pT1 tumor intratiroideo ≤ 1 cm
pT2 tumor intratiroideo > 1-4 cm
pT3 tumor intratiroideo > 4 cm
pT4 tumor de cualquier tamaño, que invade la cápsula tiroidea
pTx el tamaño del tumor no puede ser medido

Nódulos linfáticos (cervicales o mediastínicos)

N0 No adenopatías
N1a Adenopatías cervicales ipsilaterales
N1b Adenopatías cervicales bilaterales, contralaterales o mediastínicas
Nx No pueden medirse

Metástasis a distancia

M0 No hay metástasis a distancia
M1 Metástasis a distancia
Mx No se conocen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809109>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809109>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)