



Tumores de la glándula tiroidea

D. Hartl

Los tumores de la glándula tiroidea son un problema fundamental de salud pública, porque los nódulos tiroideos benignos son muy frecuentes en la población general y a menudo son asintomáticos, descubriéndose de forma fortuita en una ecografía cervical realizada por otro motivo. Los cánceres tiroideos representan menos del 5% de los tumores de la glándula y sólo suponen el 1% de los cánceres del ser humano. El estudio inicial se basa en las pruebas de laboratorio, la ecografía y la citología (estos últimos exámenes deben realizarlos médicos con experiencia en patología tiroidea) y tiene como objetivo determinar la naturaleza del nódulo (benigno o maligno) antes de recurrir a la cirugía, lo que permite evitar intervenciones inútiles, perjudiciales y costosas. Los tumores hipersecretores (nódulos «calientes») se tratan con yodo radiactivo o con cirugía; los otros tumores benignos se tratan con cirugía, pero sólo si el tamaño lo requiere. En el caso contrario, está indicado realizar un seguimiento ecográfico simple. En la glándula tiroidea pueden desarrollarse tanto los cánceres más asintomáticos (microcánceres papilares) como los cánceres humanos más agresivos (cánceres anaplásicos). El tratamiento de los cánceres diferenciados consiste en cirugía seguida de la administración de yodo radiactivo. Los cánceres medulares se tratan exclusivamente con cirugía si no existen criterios de laboratorio de mal pronóstico. Los cánceres localmente invasivos, debido a un pronóstico relativamente bueno, también se tratan mediante cirugía, siempre que se conserven al máximo las funciones laríngeas y faríngeas. Los cánceres metastásicos requieren tratamientos tópicos, a menudo con métodos poco invasivos de radiología intervencionista, pero también tratamientos sistémicos con moléculas antitiroideas. La quimioterapia convencional tiene muy pocas indicaciones en la actualidad. Los carcinomas anaplásicos pocas veces son reseccables, e incluso con tratamientos agresivos (radio y quimioterapia) su pronóstico sigue siendo grave. Por último, existen otros tumores tiroideos infrecuentes, sobre todo linfomas, así como localizaciones secundarias de otros cánceres, en los que hay que tratar de determinar su origen.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Glándula tiroidea; Nódulo; Cáncer; Ecografía; Citopunción; Tiroidectomía

Plan

■ Introducción	2	■ Tratamiento de los cánceres diferenciados	6
■ Epidemiología	2	Cirugía	7
■ Modo de descubrimiento	2	Administración de yodo radiactivo (¹³¹ I)	7
■ Evaluación inicial	3	Factores pronósticos	8
Clínica	3	Casos particulares	9
Pruebas de laboratorio	3	■ Cánceres diferenciados localmente invasivos	9
Ecografía	3	■ Cánceres medulares de glándula tiroidea	9
Citología	4	■ Pacientes con metástasis	10
■ Tratamiento de los tumores benignos	5	■ Cáncer anaplásico de glándula tiroidea	10
■ Cirugía diagnóstica para tumores con citología folicular sospechosa (Bethesda IV o V)	6	■ Tumores raros	11
		■ Conclusión	12

■ Introducción

En Francia, por ejemplo, se realizan 50.000 tiroidectomías (parciales o totales) anualmente. Esta cifra es similar al número de tiroidectomías realizadas en Estados Unidos, cuya población es seis veces mayor que la de Francia [1]. Por tanto, los tumores tiroideos son un problema considerable de salud pública, aunque los tumores malignos de la glándula tiroidea sólo suponen el 1% de los cánceres del ser humano. En la actualidad, conviene seleccionar a los pacientes antes de cualquier intervención quirúrgica para limitar el número de cirugías inútiles que se realizan para tumores benignos que, en su mayor parte, no requieren ningún tratamiento específico.

Por tanto, en este artículo se describen tanto los tumores benignos (adenomas, seudonódulos de tiroiditis, quistes) como los tumores malignos (cánceres diferenciados y medulares, anaplásicos, linfomas y otros tumores infrecuentes, así como las metástasis tiroideas y otros cánceres). Los bocios homogéneos y las tiroiditis sin tumor quedan excluidos.

Como se ha señalado en la introducción, lo fundamental es establecer el diagnóstico de un tumor benigno frente a un tumor maligno antes de recurrir a la cirugía, para limitar el número de cirugías tiroideas (problema de salud pública) y eliminar las cirugías inútiles (problema de calidad de vida, médico-legal y médico-económico).

■ Epidemiología

Los nódulos tiroideos son muy frecuentes en la población general, pues el 4-7% de las personas tienen nódulos palpables. En cambio, la incidencia de nódulos subclínicos visibles en la ecografía es más frecuente, pues se detectan nódulos en más del 50% de la población general femenina mayor de 60 años [2,3]. Los factores de riesgo principales son: la edad, el sexo femenino y los antecedentes familiares de nódulos tiroideos o de tiroiditis. Sólo el 5% de los nódulos tiroideos son cánceres. Un nódulo tiroideo no se «transforma» en cáncer, sino que es maligno desde el comienzo, aunque puede asociarse a nódulos benignos adyacentes.

La incidencia de los cánceres tiroideos se ha triplicado en 20 años, sin un aumento de la mortalidad [4]. Se trata sobre todo de un aumento de los microcánceres (de tamaño inferior o igual a 10 mm), de diagnóstico fortuito, bien por un diagnóstico precoz mediante ecografía, o bien en un análisis histológico fino de un bocio nodular [5]. Los macrocánceres también presentan un aumento de su incidencia, lo que se ha atribuido a algunos factores ambientales, pero sin pruebas formales [6]. Es

seguro que los accidentes nucleares de Chernóbil en Ucrania en 1986 y de Fukushima en Japón en 2011 no han sido responsables de este aumento [5], sino únicamente de un incremento de la incidencia de los cánceres tiroideos en los niños que vivían cerca de dichas localidades (cf infra).

La incidencia anual de cánceres tiroideos en Francia es de alrededor de 6.500 [7] (Cuadro 1). Los factores de riesgo de cáncer diferenciado de glándula tiroidea son la radioterapia o la exposición a la radiación ionizante en la infancia o la adolescencia [8] y los antecedentes familiares de primer grado de cáncer no medular de glándula tiroidea que aumentan el riesgo relativo de cáncer de glándula tiroidea por un factor de 5-9 [9]. La carencia de yodo, que es infrecuente en los países desarrollados, no predispone a cánceres, pero el cáncer folicular es más frecuente en estos pacientes [8]. La tiroiditis (linfocítica de Hashimoto o autoinmunitaria de Basedow) se ha asociado a un riesgo mayor de cáncer en algunos estudios, pero el nivel de evidencia es bajo [10,11]. El único factor de riesgo conocido para los carcinomas medulares de glándula tiroidea (CMT) es un antecedente familiar de carcinoma medular, en los pacientes portadores de una mutación germinal del protooncogén *RET* en el contexto de una neoplasia endocrina múltiple (MEN) de tipo 2 (MEN2A) o de un carcinoma medular de glándula tiroidea familiar (considerado como una variante de la MEN2A).

■ Modo de descubrimiento

Clásicamente, un nódulo se descubre mediante palpación cervical por el propio paciente o por un médico (médico de atención primaria, médico del trabajo, cardiólogo, etc.), pero en la actualidad, en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico se realiza por una ecografía cervical solicitada por otro motivo (molestias cervicales, estudio de la obesidad, Doppler de los troncos arteriales supraaórticos, etc.). En menos ocasiones, el diagnóstico se establece ante una alteración estética, signos compresivos (disfagia, disnea sobre todo de decúbito, apnea obstructiva del sueño, disfonía) o signos de invasión de las estructuras contiguas (disfonía, hemoptisis, disnea, disfagia).

A veces, el nódulo se descubre en una tomografía computarizada (TC), una resonancia magnética (RM), una tomografía por emisión de positrones con 18-fluorodesoxiglucosa (¹⁸FDG-PET), u otra prueba de imagen realizada por otro motivo. Se observa un nódulo tiroideo en el 1-2% de los pacientes en quienes se realiza una ¹⁸FDG-PET. Los tumores tiroideos que se descubren en la ¹⁸FDG-PET (tumores PET+) son malignos con más frecuencia que los tumores PET- (33% frente al 5-10%)

Cuadro 1.

Clasificación histopatológica de los tumores primarios tiroideos (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2004) [12,13].

Carcinomas	Adenomas y relacionados	Otros tumores
Carcinoma papilar	Adenoma folicular (vesicular)	Linfoma primario y plasmocitoma
Carcinoma folicular	Tumor trabecular hialinizante (tumor de Carney)	Timoma ectópico
Carcinoma poco diferenciado		Angiosarcoma
Carcinoma indiferenciado (anaplásico)		Tumores de músculo liso
Carcinoma epidermoide		Tumores de los nervios periféricos
Carcinoma mucoepidermoide		Teratoma
Carcinoma mucoepidermoide esclerosante con eosinofilia		Paraganglioma
Carcinoma mucinoso		Histiocitosis de células de Langerhans
Carcinoma medular		Tumor de células foliculares dendríticas
Carcinoma mixto, medular y folicular		Tumor fibroso solitario (tumor desmoide)
Tumor de células fusiformes con diferenciación de tipo tímico (SETTLE)		Metástasis
Carcinoma con diferenciación de tipo tímico (CASTLE)		

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053093>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053093>

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