

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **1**
Volume

Número **3**
Number

Julio-Septiembre **2003**
July-September

Artículo:




**Terapéutica actual del cáncer bien
diferenciado de tiroides**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Terapéutica actual del cáncer bien diferenciado de tiroides

José Francisco Gallegos Hernández*

Aunque existe una gran variedad de tumores originados en la glándula tiroides, la mayoría de los tumores malignos son bien diferenciados e incluyen al carcinoma papilar, folicular, mixto y de células de Hürthle.

De los carcinomas bien diferenciados la mayoría son carcinomas papilares y se caracterizan por su alta prevalencia de multicentricidad y de metástasis ganglionares; en segundo lugar están los carcinomas foliculares, caracterizados por la mayor frecuencia de metástasis sistémicas (aproximadamente 30%) y pobre linfofilia. Los carcinomas mixtos son considerados, debido a su comportamiento, carcinomas papilares.¹

A su vez dentro de los carcinomas bien diferenciados, existen variedades de alto riesgo como son: el carcinoma papilar de células altas, el escirro, el trabecular y el insular que generalmente se presentan con invasión extratiroidea y en pacientes masculinos de edad mayor; estas variedades deben ser consideradas como carcinomas de alto grado y no como bien diferenciados.²

El carcinoma medular de tiroides es originado en las células C o parafoliculares y es un capítulo aparte en las neoplasias del tiroides, no debe ser considerado dentro de los carcinomas bien diferenciados.

La meta en el tratamiento de los carcinomas bien diferenciados del tiroides es la curación de la enfermedad con morbilidad mínima por la cirugía tiroidea y por los tratamientos sistémicos adyuvantes.

El tratamiento de los pacientes con carcinoma bien diferenciado del tiroides debe fundamentarse en los factores pronóstico de la neoplasia y de acuerdo a la división de los pacientes en “alto riesgo” y “bajo riesgo”, los facto-

res que determinan el riesgo pueden depender del tumor (grado tumoral, extensión extratiroidea y metástasis sistémicas) o del propio paciente (edad al momento del diagnóstico).²

Existen diversos métodos para la clasificación de los pacientes; sin embargo, en general, son considerados pacientes de bajo riesgo aquellos menores de 45 años de edad, con tumores < 4 cm sin metástasis sistémicas o bien con metástasis sistémicas y/o tumores > 4 cm pero < 45 años de edad o mayores de 45 años pero sin metástasis sistémicas y con tumores < 4 cm de diámetro. Se consideran de alto riesgo los pacientes mayores de 45 años, con tumores > 4 cm, extensión extratiroidea y metástasis sistémicas.²

Aún existe gran controversia en relación a la extensión de la tiroidectomía en pacientes con cáncer tiroideo bien diferenciado, por un lado, los “maximalistas” proponen la tiroidectomía total (TT) basados en la multicentricidad de la neoplasia (hasta 80%), sin embargo la baja tasa de recurrencia local en el tiroides remanente (5% a 7%) hace dudar de la efectividad de dicha conducta; otro argumento para proponer la TT como tratamiento rutinario es la necesidad de ablación con I¹³¹ y de seguimiento con tiroglobulina y rastreos corporales; lo cual no se puede hacer con tejido tiroideo residual, sin embargo este tipo de tratamiento no es necesario en pacientes de bajo riesgo.

Por otro lado, los “minimalistas” proponen la hemitiroidectomía en forma rutinaria y sólo tiroidectomía total cuando ambos lóbulos están afectados. Debido a la falta de evidencia de nivel 1 para decidir rutinariamente el tipo de tiroidectomía a realizar, se recomienda decidir la magnitud de la cirugía con base en los factores pronóstico del tumor.¹

Terapéutica local. En pacientes con bajo riesgo la hemitiroidectomía con istmectomía (si la enfermedad está confinada a un solo lóbulo) es suficiente y no es necesaria la terapia adyuvante con I¹³¹ y/o radioterapia externa. En pacientes con alto riesgo está indicada la tiroidectomía total; la extensión de la tiroidectomía se debe basar en los factores pronóstico y el análisis de los grupos de riesgo más que en el diagnóstico de cáncer *per se*; se recomienda que ante la presencia de algún factor adverso relacio-

* Cirujano del Servicio de Cabeza y Cuello. Hospital de Oncología CMN-XXXI, IMSS.

Correspondencia:

Dr. J. Francisco Gallegos Hernández.
Hospital Ángeles Lomas, Consultorio 730, Vialidad de la Barranca S/N, Interlomas. Huixquilucan, Edo. Méx.
Correo electrónico: gal61@prodigy.net.mx

Aceptado: 05-08-2003.

nado al tumor (tumor > 4 cm, extensión extratiroidea o metástasis sistémicas) se realice tiroidectomía total, independientemente de la edad del paciente.

Tratamiento de la enfermedad localmente invasora. El carcinoma bien diferenciado raramente invade estructuras no ganglionares; si bien la invasión tumoral a tejidos blandos es un factor pronóstico adverso, no es un criterio de irresecabilidad; la invasión extratiroidea no tiene impacto en el pronóstico de pacientes jóvenes si se logra la resección tumoral total. Las estructuras más frecuentemente resecadas son: músculos pretiroideos, nervio laríngeo inferior, cartílagos laringo-traqueales y musculatura faringo-esofágica; la laringectomía, resección traqueal y faringo-esofagectomía están indicadas en pacientes con evidente invasión endoluminal tumoral en los que se pueda efectuar la resección completa del tumor.

Obviamente todos estos pacientes deben de ser sometidos a tiroidectomía total y recibirán dosis ablativas de I^{131} y radioterapia externa.^{1,2}

Tratamiento del cuello. El sitio más frecuente de metástasis ganglionares es el compartimiento central o nivel VI el cual debe de disecarse en forma rutinaria, preservando los nervios recurrentes y las glándulas paratiroides, en todo paciente sometido a tiroidectomía por cáncer.

La linfadenectomía electiva de los cuellos laterales (en pacientes sin ganglios palpables o N0) no está indicada; aunque la prevalencia de metástasis ganglionares en cuello es alta, no se considera un factor pronóstico adverso si es adecuadamente tratada.

En pacientes con metástasis ganglionares clínicas el procedimiento mínimo a realizar es la disección selectiva de cuello niveles II a V preservando el músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular interna y el XI par craneal; el nivel I puede ser preservado si no hay evidencia clínica de metástasis a este nivel.^{3,4} Procedimientos menores a la disección de cuello (nodulectomía, tumorectomía, biopsia excisional al azar, etc.) no son recomendables debido a la alta tasa de recurrencia tumoral regional que acompaña a estos procedimientos.⁵⁻⁷

Los pacientes con metástasis ganglionares masivas tienen alto riesgo de metástasis sistémicas, por lo que se debe de administrar terapia ablativa con I^{131} .

INDICACIONES PARA ADMINISTRAR I^{131}

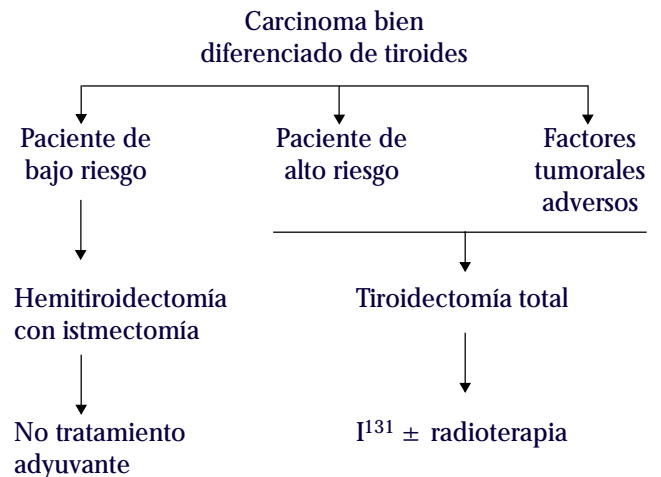
1. Ablación de tejido tiroideo remanente posterior a tiroidectomía en pacientes que requieran seguimiento con rastreo y determinaciones seriadas de tiroglobulina (pacientes con alto riesgo).
2. Residual tumoral micro o macroscópico posterior a cirugía.

3. Múltiples metástasis ganglionares cervicales.
4. Metástasis sistémicas que captan el I^{131}

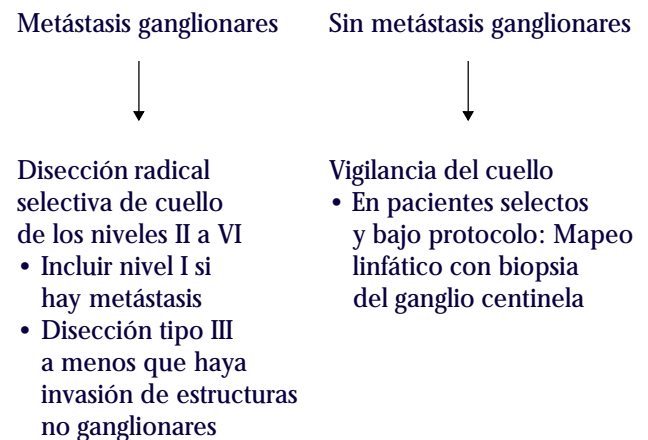
INDICACIONES DE RADIOTERAPIA EXTERNA EN CÁNCER BIEN DIFERENCIADO DE TIROIDES

1. Paciente de alto riesgo con tumor de alto riesgo.
2. Tumor residual macroscópico posterior a cirugía.
3. Metástasis encefálicas y/u óseas.
4. Invasión masiva de los tejidos blandos.

TRATAMIENTO DEL TUMOR PRIMARIO



TRATAMIENTO DEL CUELLO



REFERENCIAS

1. Block MA. Surgical therapy of thyroid tumors. In: Thawley SE, Panje J, Batsakis JG, Lindberg RD editors. *Comprehensive management of head and neck tumors*. 2nd. ed, Philadelphia: WB Saunders Company; 1999: 1727-1751.

2. Shah JP, Loree TR, Dharker D. Prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland. *Am J Surg* 1992; 164: 658-61.
3. Gallegos-Hernández JF, Flores R, Martínez H. La disección radical de cuello. Indicaciones, extensión y radicalidad. *Cir Ciruj* 2002; 1: 18-24.
4. Hughes CJ, Shaha AR, Shah JP. Impact of lymph node metastasis in differentiated carcinoma of the thyroid: a matched-pair analysis. *Head and Neck* 1996; 18: 127-32.
5. Shaha AR, Patel SG. Thyroid and parathyroid tumors. In: Shah JP editor. *Cancer of the head and neck*. Hamilton: BC Decker Inc, 2001: 251-273.
6. Hay ID, Taylor WF. A prognostic score for predicting outcome in papillary thyroid carcinoma. *Endocrinology* 1986; 119 Suppl: 1-15.
7. Herrera A, Granados M, Barrera JL, Carrillo JF. Tumores de tiroides. En: *Comité para el estudio de tumores de cabeza y cuello*. SMEO editor. Tumores de Cabeza y Cuello. Mc Graw-Hill-Interamericana, 2000: 89-100.

