

TUMOR MALIGNO DE LA GLÁNDULA TIROIDES

Codificación CIE10

C73 tumor maligno de la glándula tiroides

Problema: El carcinoma tiroideo es la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. Los tumores diferenciados (papilar o folicular) son sumamente tratables y generalmente curables. Los 4 tipos de cáncer tiroideo son el papilar, folicular, medular y anaplásico. Los carcinomas papilar y folicular son llamados diferenciados debido a su parecido histológico y a que preservan la secreción de tiroglobulina; son poco malignos. Los carcinomas anaplásico y medular metastásico son poco frecuentes, altamente malignos, hacen metástasis temprano y evolucionan rápidamente. La mayoría de cánceres del tiroides se presentan como nódulos asintomáticos. El cáncer tiroideo afecta a la mujer con mayor frecuencia que al hombre y suele presentarse entre las personas de 25 a 65 años de edad. La incidencia de esta enfermedad ha ido en aumento durante el último decenio. La incidencia global de cáncer en un nódulo frío es de 12 a 15%, pero es más alta en las personas menores de 40 años.

Estadíos tumor maligno de tiroides (cáncer papilar o folicular)

| Estadio | Clasificación TNM | Clasificación TNM |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| | < 45 años | > 45 años |
| I | Cualquier T, cualquier N, M0 | T1, N0, M0 |
| II | cualquier T, cualquier N, M1 | T2 ó T3, N0, M0 |
| III | — | T4, N0, M0 Cualquier T, N1, M0 |
| IV | — | Cualquier T, cualquier N, M1 |
| Cáncer medular | | |
| I | T1, N0, M0 | |
| II | T2-T4, N0, M0 | |
| III | Cualquier T, N1, M0 | |
| IV | Cualquier T, cualquier N, M1 | |
| Cancer tiroideo anaplásico | | |
| IV | Todos los casos son estadio IV | |

Los criterios de clasificación incluyen:

- T tamaño y extensión del tumor primario (T1 1 cm; T2 > 1 a < 4 cm; T3 > 4 cm; T4 invasión a través de la cápsula tiroides).
- N0 ausencia ó N1 presencia de ganglios linfáticos regionales.
- M0 ausencia ó M1 presencia de metástasis.

Adaptado de: American Joint Committee on Cancer staging system for thyroid cancers using the TNM classification

OPCIONES ESTANDAR DE TRATAMIENTO:

Se utilizan cuatro tipos de tratamiento estándar:

- El tratamiento usual es la remoción quirúrgica seguida por la administración de yodo radioactivo para la eliminación de tejido tumoral residual.
- Radioterapia externa.
- Terapia hormonal tiroidea.
- Quimioterapia

Cirugía

La cirugía es el tratamiento más común para el cáncer de tiroides. Se puede usar uno de los siguientes procedimientos:

- Lobeisectomía: extirpar el lóbulo de la tiroides y al istmo donde se encuentra el cáncer.
- Tiroidectomía casi total: extirpación de toda la tiroides, excepto una pequeña parte, menor a 2 gr.
- Tiroidectomía total: extirpación de toda la tiroides.
- Extirpación de los ganglios linfáticos del cuello que contienen cáncer.

Radioterapia, incluso tratamiento con yodo radiactivo

Hay dos tipos de radioterapia, la externa y la interna. La manera en que se administra la radioterapia depende del tipo y estadio del cáncer que se está tratando.

El cáncer de tiroides folicular y el papilar a veces se tratan con yodo radiactivo (IR). Se usan dosis más altas que las usadas para diagnosticar el cáncer de tiroides. Debido a que sólo el tejido tiroideo absorbe el yodo, el IR destruye el tejido tiroideo canceroso sin dañar otros tejidos. Antes de administrar una dosis completa de tratamiento con IR, se administra una pequeña dosis de prueba para determinar si el tumor absorbe el yodo.

Yodo terapia - indicaciones:

- Tratamiento adyuvante para enfermedad microscópica residual.
- Ablación de tejido tiroideo remanente luego de resección parcial.
- Eliminación de metástasis ganglionares funcionantes.
- Eliminación de metástasis microscópicas.
- Curación de metástasis pulmonares pequeñas.
- Las lesiones a distancia voluminosas, sobretodo esqueléticas, no suelen responder.
- Se administra en pacientes de alto riesgo, con imágenes positivas al rastreo con I^{131} (3-7mCi).

La ablación tiroidea con I^{131} , se realiza por los siguientes factores:

- Multifocalidad.
- Alta frecuencia de enfermedad en lóbulo contralateral.
- Posibilidad de transformación de un residuo bien diferenciado a uno anaplásico.

Quimioterapia:

En cancer de tiroides no hay beneficio de la quimioterapia, solo tiene indicaciones con fines paliativos en cancer anaplásico.

TRATAMIENTO DE TUMOR MALIGNO DE TIROIDES SEGÚN ESTADÍO:

Cáncer de tiroides papilar y folicular en estadio I y II

Opciones estándar de tratamiento:

La cirugía es la terapia de elección para todas las lesiones primarias (tiroidectomía o lobeisectomía). La tasa de supervivencia puede ser similar para ambos procedimientos, la diferencia se encuentra en la mayor incidencia de recidivas locales y complicaciones con el segundo procedimiento. La tiroidectomía se recomienda por el frecuente compromiso multicéntrico de los dos lóbulos tiroideos, pero hay una elevada incidencia de hipoparatiroidismo, problema que se puede obviar cuando el cirujano conserva un pequeño segmento contra lateral a la lesión. Eventualmente, la administración de I^{131} disminuye la tasa de recidivas en forma adicional a la administración de tiroxina.

La lobeisectomía es asociada con hasta 10% de recurrencias pero tiene una menor incidencia de complicaciones; el cáncer folicular se extiende con metástasis a huesos y pulmones, por lo cual se debe administrar I^{131} en el postoperatorio. Se debe realizar resección concurrente de lesiones ganglionares vecinas, siempre y cuando se tenga evidencia clínica, de imagen o histológica de metástasis. Siguiendo el procedimiento quirúrgico los pacientes deben recibir tiroxina para disminuir la producción de TSH, lo cual disminuye la tasa de recurrencias.

Cáncer de tiroides papilar y folicular en estadio III

Opciones estándar de tratamiento:

Tiroidectomía total y resección de los ganglios linfáticos comprometidos.

Administración de I¹³¹ después de la tiroidectomía, si el tumor demuestra afinidad por el isótopo.

Radioterapia externa si la captación de I¹³¹ es mínima.

Cáncer de tiroides papilar y folicular en estadio IV**Opciones estándar de tratamiento:**

El cáncer de tiroides papilar y el cáncer de tiroides folicular en estadio IV, reseccable, diseminado a los ganglios linfáticos, a menudo se puede curar con cirugía, I 131 y radioterapia externa cuando está indicada.

Cuando el cáncer se diseminó hasta los pulmones y los huesos, el tratamiento generalmente no cura el cáncer, pero puede aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. El tratamiento puede incluir los siguientes procedimientos:

- Tratamiento con yodo radiactivo I¹³¹. Las metástasis que muestran avidéz por el isótopo pueden ser eliminadas.
- Radioterapia externa para pacientes con lesiones localizadas que no responden al I¹³¹.
- Cirugía para extirpar el cáncer de las áreas hasta donde se diseminó.
- La supresión de TSH mediante la administración de tiroxina, puede ser efectiva en muchas lesiones que no responden a la administración de I¹³¹.

Cáncer de tiroides medular**Opciones estándar de tratamiento:**

- Tiroidectomía total si el cáncer no se diseminó hasta otras partes del cuerpo.
- Extirpación de los ganglios linfáticos que contienen cáncer.
- Radioterapia externa como tratamiento paliativo para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer recidivante. El yodo radioactivo no tiene lugar en el tratamiento de pacientes con cáncer medular del tiroides.
- Quimioterapia como terapia paliativa para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes cuyo cáncer se diseminó hasta otras partes del cuerpo.
- La quimioterapia se ha reportado produce ocasionales respuestas en pacientes con enfermedad metastásica; sin embargo no hay un régimen de drogas que se considere como estándar.

Cáncer de tiroides anaplásico**El cáncer de tiroides anaplásico se considera cáncer de la tiroides en estadio IV.**

Se consideran carcinomas altamente malignos, puesto que crecen rápidamente y se extienden a las estructuras vecinas a la tiroides. Generalmente ocurre en personas de edad. La supervivencia a los 5 años es reducida, puesto que se presenta como cáncer diseminado en el cuello.

Opciones estándar de tratamiento:

- Traqueotomía como terapia paliativa para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- Tiroidectomía total como terapia paliativa para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes cuyo cáncer no se diseminó más allá de la tiroides.
- Radioterapia externa en pacientes cuyo tumor no puede ser extirpado.
- Quimioterapia. El cáncer anaplásico de la tiroides no responde al I¹³¹. El tratamiento con doxorubicina puede producir una remisión parcial en algunos pacientes; la combinación de doxorubicina + cisplatino parece ser más efectiva que la administración de doxorubicina sola.

Cáncer de tiroides recidivante**Opciones estándar de tratamiento:**

- Cirugía, con tratamiento con yodo radiactivo o sin éste.
- Tratamiento con yodo radiactivo cuando el cáncer se encuentra solamente mediante una ecografía de la tiroides y no se puede palpar durante un examen físico.
- Radioterapia externa o radioterapia intra operatoria cuando es irresecable y no capta I 131 como terapia paliativa o paliación para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- Quimioterapia se ha reportado produce algún tipo de remisión parcial.

Selección de los medicamentos de elección:

| Principios activos | | Eficacia | Seguridad | Conveniencia | Niveles |
|---------------------------|---------------------|-----------------|------------------|---------------------|----------------|
| 1 | Levotiroxina sódica | ++ | +++ | ++ | 3 |

| | | | | | |
|----------|---------------------------|---|---|----|----------|
| 2 | Doxorubicina | + | + | ++ | 3 |
| 3 | Doxorubicina + cisplatino | + | + | ++ | 3 |

Principio activo: *levotiroxina sódica (T4)*

Presentación:

Tabletas de 0.05 y 0.2 mg.

Posología:

Inicialmente 0.05 - 0.1 mg (0.025 en ancianos), vía oral, diariamente.

Se puede elevar 0.05 mg, diariamente, cada 4 semanas.

Indicaciones:

En el caso del tratamiento del cáncer de la tiroides, se pueden administrar medicamentos para evitar que el cuerpo elabore la hormona estimulante de la tiroides (HET), hormona que puede aumentar la probabilidad de que el cáncer de tiroides crezca o recidive.

ESQUEMAS DE QUIMIOTERAPIA CANCER DE TIROIDES:

Paliativo en cancer de tiroides anaplásico:

Doxorubicina

Cuando se emplea sola, la dosis es 60 a 75 mg/m², ó 1.2 a 2.4 mg/kg, una vez cada 3 semanas.

ó

Doxorubicina 30 a 60 mg/m² cada 3 semanas

+ Cisplatino 40 mg/m², semanal, durante 5 semanas.

REGISTRO DE MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN QUIMIOTERAPIA

- **Tiroxina** (Ver protocolo Hipotiroidismo)
- **Cisplatino** (Ver descripción en tumor maligno de estómago)
- **Doxorubicina** (Ver descripción en tumor maligno de mama)