

CÁNCER DE TIROIDES.INFORMACION PARA PACIENTES

¿Es frecuente el cáncer de tiroides?

Aunque es el cáncer endocrinológico más frecuente, en comparación con otros tipos de tumores, el cáncer de tiroides es poco frecuente. En España se diagnostican unos 3.000 casos cada año. La mayoría son cánceres diferenciados, que con muy alta frecuencia pueden ser curados con un tratamiento adecuado, y en los que el pronóstico es excelente con un seguimiento especializado.

¿Qué tipos de cáncer de tiroides hay?

Todos los tipos de células que constituyen el tiroides son susceptibles de malignizarse y provocar un cáncer de tiroides. Sin embargo, el 90% de ellos surge de las propias células que producen las hormonas tiroideas, dando lugar a los carcinomas papilares y foliculares de tiroides. Estos dos tipos de tumores se diferencian en su aspecto al microscopio pero tienen un tratamiento y una evolución similares, por lo que se suelen agrupar bajo el nombre de carcinomas diferenciados de tiroides. Los carcinomas papilares tienden a extenderse por vía linfática, hacia los ganglios del cuello, mientras que los carcinomas foliculares tienden a propagarse hacia los huesos y pulmones por vía sanguínea. El restante 10% de los cánceres de tiroides surge de otras células tiroideas y tienen un comportamiento, un tratamiento y una evolución distintos, por lo que no serán considerados en esta guía. Son los carcinomas medulares, anaplásicos, linfomas tiroideos, etc. ¿Se puede heredar el cáncer de tiroides? Los carcinomas diferenciados de tiroides, papilares y foliculares, aunque ocurren con mayor frecuencia en aquellas personas con historia familiar de cáncer de tiroides, no se heredan directamente, con excepción de aquellos que ocurren en pacientes con síndromes en los cuales se asocian los carcinomas papilares de tiroides con pólipos intestinales o tumores benignos cutáneos, como el Síndrome de Gardner y el Síndrome de Cowden.

¿Cuáles son los síntomas del cáncer de tiroides y cómo se diagnostica?

El síntoma inicial del cáncer de tiroides suele ser la aparición de un bulto en la cara anterior del cuello. Habitualmente no es doloroso ni causa cansancio, debilidad o nerviosismo, ni ninguna otra alteración del estado general del organismo. Aunque todos los cánceres tienden a crecer progresivamente, en el caso de los cánceres diferenciados de tiroides el crecimiento es tan lento que pueden transcurrir años sin que se noten variaciones apreciables de su tamaño. Hay muchas otras causas por las que puede aparecer un bulto en el cuello, por lo que la posibilidad estadística de que un bulto en el cuello sea finalmente un cáncer es muy baja (menor del 5%).

Aunque algunas características del bulto cervical apoyan la posibilidad de que sea maligno, como su dureza, la presencia de ganglios cervicales, etc., el diagnóstico se hace mediante una toma de muestra del bulto para su estudio microscópico. Esta citología se realiza habitualmente mediante una punción con aguja fina, para lo que no se precisa anestesia ni ninguna preparación especial, y su estudio citológico permite detectar o descartar con bastante probabilidad el riesgo de células malignas.

**¿Cómo se trata el cáncer de tiroides? ¿Qué tipo de intervención quirúrgica se realiza?
¿Cuáles son sus riesgos? ¿Deja alguna secuela?**

El tratamiento inicial de todos los tipos de cáncer de tiroides es la cirugía. Generalmente se recomienda la extirpación de toda la glándula (tiroidectomía total), realizada por un cirujano experto en cirugía de tiroides a través de una incisión en el cuello. Se extirparán también todos los ganglios linfáticos del cuello que puedan estar afectados, y en ocasiones es preciso extirpar otros tejidos que puedan estar invadidos por el tumor. Si no es posible la extirpación completa, se debe extirpar la mayor cantidad de tejido tiroideo que se pueda de una forma segura. Los riesgos de la tiroidectomía son los mismos que los de cualquier cirugía con anestesia general y en contados casos se pueden producir otras complicaciones específicas por daño o extirpación de otros tejidos o estructuras del cuello: • La afectación de la función de las glándulas paratiroideas, con hipocalcemia posterior, que requerirá, temporal o definitivamente, tratamiento con vitamina D y calcio. • La afectación del nervio recurrente, que puede producir alteraciones de la voz.

¿Qué es la ablación con I-131?

Aunque el cirujano haya extirpado totalmente el tiroides, siempre quedan pequeños restos celulares de tejido tiroideo, en principio sano, en el lecho donde estaba situado el tiroides. Estos restos pueden interferir con los métodos que su endocrinólogo tiene para detectar hipotéticas recaídas de su proceso canceroso en el seguimiento posterior. Por ello, se aconseja su eliminación. Esta eliminación de restos de tejido tiroideo después de la cirugía es lo que se denomina ablación. Para efectuarla se utiliza el I-131. Se trata de una variante radiactiva del yodo que tiene las mismas propiedades biológicas que el yodo natural, pero que libera radiación, que daña las células que lo captan. Dado que las células tiroideas, tanto las sanas como las cancerosas, pero con mayor afinidad las sanas, son las únicas del organismo que captan el yodo, todo el I-131 que se administre se depositará selectivamente sobre las células tiroideas, con lo que se logra una radioterapia selectiva sobre este tipo celular. De esta forma se consigue «limpiar» totalmente el organismo de células tiroideas. El I-131 también puede utilizarse como tratamiento cuando el cirujano no ha logrado extirpar totalmente el tumor o cuando se detecta una recaída tumoral (véase apartado sobre posibilidades de tratamiento en caso de reaparición del tumor). El I-131 es administrado por el servicio de medicina nuclear. Se administra una dosis única por vía oral, que carece apenas de efectos secundarios. Posteriormente, y hasta que la eliminación de radiactividad sea nula, deben seguirse los consejos de radioprotección que le indiquen en el servicio de medicina nuclear. Aunque es un compuesto de yodo, el número de moléculas de este elemento es muy reducido y por tanto no tiene riesgo de reacciones alérgicas.

¿Hay que seguir tratamiento farmacológico posteriormente?

Después de la cirugía y de la ablación con I-131 es necesario tomar comprimidos de hormonas tiroideas para reemplazar la producción normal del tiroides extirpado. La dosis de hormona tiroidea será ajustada finamente por su endocrinólogo para mantener los niveles de

TSH dentro de los márgenes indicados en cada momento. El tratamiento consigue normalizar totalmente la función tiroidea curando el hipotiroidismo debido a la falta de la glándula. El tratamiento con hormona tiroidea sólo podrá ser suspendido temporalmente en algunas ocasiones, antes de realizar pruebas de detección de tejido tumoral o para el tratamiento con yodo radiactivo.

¿Es posible llevar una vida normal tras el tratamiento del cáncer de tiroides? ¿Puede afectarse mi fertilidad?

Tras el cáncer de tiroides y su tratamiento se puede llevar una vida absolutamente normal, recordando que debe seguir tomando la hormona tiroidea y acudir a las revisiones programadas para detectar a tiempo las posibles recurrencias de la enfermedad. Tras el tratamiento del cáncer de tiroides con yodo radiactivo se debe evitar fertilidad en los primeros 12 meses, y así no existe riesgo de problemas fetales.