



18

salud al día
PREVENCIÓN

EL NUEVO DÍA
NOVIEMBRE 2006

Combatiendo el cáncer de tiroides

POR CARLOS JIMÉNEZ MARCHAN MD

El cáncer de tiroides es el más común del sistema endocrinológico. La glándula tiroides está situada en la base de la garganta. Tiene dos lóbulos, uno en el lado derecho y otro en el izquierdo y produce hormonas importantes que ayudan al cuerpo a funcionar normalmente.

Típicamente, los pacientes diagnosticados con cáncer de tiroides presentan un nódulo en el cuello, descubierto incidentalmente en un examen físico o palpado por el mismo paciente. Los nódulos tiroideos son muy comunes, afectando al 5 por ciento de la población, pero la mayoría son benignos. Las glándulas tiroideas agrandadas con múltiples nódulos y los nódulos hiperfuncionales (producen hormonas tiroideas) tienden a tener una baja incidencia de cáncer. Por otro lado, los nódulos solitarios hipofuncionales (no producen hormonas) tienden a tener una incidencia de cáncer de 10 a 15 por ciento. Desafortunadamente, los estudios de imagen, como el ultrasonido y el escáner de tiroides, no pueden diferenciar con certeza entre los nódulos benignos hipofuncionales y los malignos. Por esto, todo nódulo sospechoso se debe evaluar mediante una biopsia con aguja fina.

El cáncer de tiroides representa el 1 por ciento de todos los cánceres. Con un diagnóstico temprano, un tratamiento apropiado y un seguimiento adecuado se consiguen niveles de supervivencia muy altos. Hay cuatro tipos principales de cáncer de tiroides: papilar, folicular, medular y anaplásico. El tipo papilar es el más común y generalmente tiene un buen pronóstico con tratamiento. Los otros tipos

se consideran más agresivos y difíciles de tratar.

Tratamiento

Cirugía: la extirpación total o casi total es el tratamiento más frecuente del cáncer de tiroides nodiseminado. Las principales complicaciones de la cirugía son hipotiroidismo, o función demasiado baja de la glándula; parálisis de las cuerdas vocales; y extirpación accidental de las glándulas paratiroides, lo que da como resultado una disminución del calcio sanguíneo.

Yodo radiactivo: se administra en forma de cápsula generalmente seis semanas después de la cirugía. Su propósito es destruir el carcinoma microscópico oculto

dentro del lecho tiroideo y el tratamiento de metástasis. También es utilizado para destruir los tejidos residuales tiroideos después de la cirugía. Su uso es necesario para monitorear al paciente, ya sea con ultrasonido, rastreos corporales con Yodo-131 o mediante tiroglobulina en sangre. Tras la cirugía del tiroides o ablación con yodo radiactivo, suele ser necesaria la reposición de las hormonas tiroideas con la hormona sintética levotiroxina (Synthroid o Levoxyl).

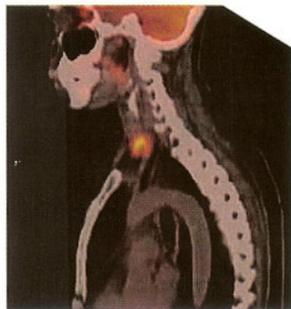
Seguimiento

Los pacientes que reciben tratamiento contra el cáncer de tiroides deben recibir seguimiento cuidadoso y rutinario mediante exámenes

físicos, análisis del nivel de tiroglobulina, ultrasonido del cuello y, en ocasiones, con rastreos de cuerpo completo con Yodo-131.

La tiroglobulina juega un papel primordial, ya que es una glicoproteína producida únicamente por las células tiroideas normales o neoplásicas.

El autor es director de la Sección de PET-CT de San Patricio MRI y del Laboratorio de Medicina Nuclear del Ashford Presbyterian Community Hospital. Para información, llame al 787-620-5757.



La tiroglobulina no debe detectarse en pacientes con ablación tiroidea completa y su detección indica la presencia de persistencia o recurrencia de la enfermedad. Cuando los niveles de tiroglobulina aumentan y no se detecta el lugar de recurrencia por los métodos tradicionales radiológicos, el escáner PET-CT es el estudio recomendado, ya que tiene el mayor poder de localización de tumores recurrentes o metastáticos.

19

salud al día
PREVENCIÓN

EL NUEVO DÍA
NOVIEMBRE 2006