

1 SÍNTOMAS

El cáncer de tiroides es el cáncer endocrinológico más frecuente; sin embargo, es raro en comparación con otros cánceres. En los Estados Unidos sólo hay aproximadamente 20,000 pacientes nuevos por año. Aunque el diagnóstico de cáncer suele ser aterrador, el pronóstico para los pacientes con cáncer de tiroides es usualmente excelente. Primero, porque la mayoría de los cánceres de tiroides son fácilmente curables con cirugía. Segundo, el cáncer de tiroides rara vez produce dolor o incapacidad. Tercero, existe un tratamiento efectivo y fácil de tolerar para las formas más comunes de cáncer de tiroides.

¿Cuáles son los síntomas del cáncer de tiroides?

El signo principal del cáncer de tiroides es un bulto (nódulo) en la tiroides, y la mayoría de los cánceres no producen ningún síntoma (véase el folleto de *Nódulo tiroideo*). Sin embargo, su médico puede descubrir el nódulo durante un examen físico de rutina o usted puede notar un bulto en el cuello al mirarse en un espejo. Algunos pacientes con cáncer de tiroides se pueden quejar de dolor en el cuello, la mandíbula o el oído. Si el cáncer es lo suficientemente grande, puede causar dificultad al tragar, o causar un "cosquilleo en la garganta", o dificultad para respirar si está presionando la tráquea. Rara vez, puede producir ronquera si el cáncer irrita un nervio que va hacia la laringe.

¿Cuál es la causa del cáncer de tiroides?

El cáncer de tiroides es más común en personas con historia de exposición de la glándula tiroides a la radiación, con una historia familiar de cáncer de tiroides y en personas mayores de 40 años. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes, no conocemos la razón específica por la cual desarrollan cáncer de tiroides.

La exposición de la tiroides a la radiación puede causar cáncer de tiroides en pacientes susceptibles, especialmente si la exposición ocurrió durante la infancia. Hace muchos años, (en los años 1940s y 1950s), la exposición a la radiación se debía a los tratamientos con rayos X indicados para el acné, inflamación de las amígdalas, adenoides, nódulos linfáticos o agrandamiento de la glándula timo. Los rayos X también se utilizaban para medir el tamaño de los pies en las tiendas de calzado. Actualmente, la exposición a los rayos X, generalmente está limitada al tratamiento de otros cánceres más serios como la enfermedad de Hodgkin (cáncer de los nódulos linfáticos). La exposición a los rayos X de rutina (por ejemplo rayos X dentales, radiografías de tórax y mamografías) no causa cáncer de tiroides.

El cáncer de tiroides también puede ser causado al absorber yodo radiactivo liberado durante un accidente en una planta de energía nuclear, como sucedió durante el accidente en la planta nuclear de Chernobyl en Rusia. Los niños expuestos fueron los más afectados, y los cánceres comenzaron a verse a los pocos años del desastre. Usted puede protegerse de desarrollar cáncer de tiroides por un accidente en una emergencia en una planta nuclear tomando yoduro de potasio, el cual impide que la glándula tiroides absorba el yodo radiactivo. El gobierno de los Estados Unidos está actualmente desarrollando unas recomendaciones para distribuir yoduro de potasio a la gente que vive cerca de las plantas de energía nuclear.

MÁS INFORMACIÓN WWW.THYROID.ORG

Para más detalles sobre este u otros temas relacionados con la tiroides, por favor visite la sección de información al paciente en la página de Internet de la Asociación Americana de la Tiroides en www.thyroid.org

2 DIAGNOSTICO

¿Cómo se diagnostica el cáncer de tiroides?

El diagnóstico del cáncer de tiroides se hace en base a una punción con aguja fina de un nódulo tiroideo o después que el nódulo es removido durante la cirugía (véase el folleto *Nódulo tiroideo*). Aunque los nódulos tiroideos son muy comunes, menos de 1 de cada 10 contiene un cáncer de tiroides.

¿Cuáles son los tipos de cáncer de tiroides?

Cáncer papilar de la tiroides. El cáncer *papilar* de tiroides es el tipo más común, constituyendo aproximadamente el 70% al 80% de todos los cánceres de tiroides. El cáncer papilar de la tiroides puede ocurrir a cualquier edad. Hay sólo aproximadamente 12.000 nuevos casos de cáncer papilar en los Estados Unidos por año, pero como estos pacientes tienen una expectativa de vida tan larga, se estima que 1 de cada 1.000 personas en los Estados Unidos tiene o ha tenido este tipo de cáncer. El cáncer papilar tiende a crecer lentamente y a extenderse primeramente a los ganglios linfáticos del cuello. A diferencia de otros tumores, el excelente pronóstico del cáncer papilar no se ve afectado por la extensión de este cáncer a los ganglios linfáticos.

Cáncer folicular de tiroides. El cáncer *folicular* de tiroides, que constituye aproximadamente del 10% al 15% de todos los cánceres de tiroides en los Estados Unidos, tiene la tendencia a ocurrir en pacientes algo mayores que en el cáncer papilar. Como en el cáncer papilar, el cáncer folicular puede diseminarse primero hacia los ganglios linfáticos del cuello. El cáncer folicular tiene la tendencia a diseminarse con más frecuencia que el cáncer papilar hacia los vasos sanguíneos y desde ahí extenderse a áreas distantes, particularmente los pulmones y los huesos.

Cáncer medular de tiroides. El cáncer *medular* de tiroides, responsable del 5% al 10% de todos los cánceres de tiroides, suele ocurrir en familias y se asocia con otros problemas endocrinológicos. De hecho, el cáncer medular de tiroides es el único cáncer de tiroides que puede ser diagnosticado por pruebas genéticas de las células sanguíneas. En los familiares de una persona afectada, una prueba positiva del proto-oncogen RET puede permitir el diagnóstico temprano de cáncer medular de tiroides y en consecuencia indicar la cirugía que resultará en su curación.

Cáncer anaplástico de tiroides. El cáncer *anaplástico* de tiroides es el cáncer de tiroides más avanzado y agresivo, y el que tienen menores probabilidades de responder al tratamiento. Afortunadamente, el cáncer anaplástico de tiroides es raro y se encuentra en menos del 5% de los pacientes con cáncer de tiroides.

3 TRATAMIENTO

¿Cuál es el tratamiento del cáncer de tiroides?

Cirugía. El tratamiento primario de todas las formas de cáncer de tiroides es la cirugía. Generalmente se recomienda extraer toda la glándula, o la mayor cantidad de tejido tiroideo que puedan extraer de una manera segura. Después de la cirugía los pacientes necesitan tomar hormona tiroidea de por vida (véase el folleto sobre *Tratamiento con hormona tiroidea*). Con frecuencia, el cáncer de tiroides se cura solo con la cirugía, especialmente si el cáncer es pequeño. Si el cáncer dentro de la tiroides es grande o si se ha extendido a los ganglios linfáticos del cuello, o si su médico piensa que usted tiene un alto riesgo de recurrencia, el yodo radiactivo puede ser utilizado como una "bala mágica" para destruir las células tiroideas cancerosas que puedan quedar después sacar la glándula tiroides con la cirugía.

Terapia con yodo radiactivo. Una de las principales razones por la cuales los pacientes con cáncer papilar y folicular de tiroides tienen generalmente un pronóstico excelente, es porque el yodo radiactivo puede ser utilizado como una bala mágica para buscar y destruir las células tiroideas cancerosas con un mínimo o sin ningún daño a los otros tejidos del cuerpo.

Las células tiroideas normalmente concentran el yodo de la sangre para usarlo en la producción de las hormonas tiroideas. En contraste, las células cancerosas de la tiroides captan sólo una pequeña cantidad de yodo. Sin embargo, los altos niveles circulantes de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) pueden estimular a las células cancerosas de la tiroides para que capten cantidades significativas de yodo.

Si su doctor recomienda tratamiento con yodo radiactivo, su cuerpo producirá altos niveles de TSH, al encontrarse usted hipotiroideo por un corto tiempo- ya sea al no comenzar las tabletas de hormona tiroidea después de remover la tiroides con la cirugía, o al suspender las tabletas si ya usted estaba tomando esta medicación. A veces, para minimizar los síntomas de hipotiroidismo, es posible que su médico le recete Cytomel™ (T3) para que lo tome mientras se está volviendo hipotiroideo. Es posible que también su médico le recomiende una dieta baja en yodo antes de la dosis de yodo radioactivo con el fin de aumentar la efectividad del tratamiento con yodo radiactivo. Una vez que el nivel de TSH está lo suficientemente alto, se hará un centellograma del cuerpo entero administrando una pequeña dosis de yodo radiactivo para determinar si existen células tiroideas que necesiten ser destruidas. Si el centellograma del cuerpo demuestra suficientes células, se administrará una dosis alta de yodo radiactivo (I^{131}), y luego se re-iniciarán las tabletas de hormona tiroidea. El tratamiento con yodo radiactivo es seguro y es bien tolerado y ha incluso curado casos de cáncer de tiroides que ya se había extendido a los pulmones.

¿Qué tipo de seguimiento necesitan los pacientes con cáncer de tiroides?

Los exámenes de seguimiento periódicos son esenciales para todos los pacientes con cáncer de tiroides porque este cáncer puede recurrir- a veces después de muchos años del tratamiento inicial aparentemente exitoso. Estas visitas de seguimiento incluyen una historia y examen físico cuidadoso, con especial atención al área del cuello, al igual que exámenes de sangre para determinar si se necesita algún cambio en la dosis de hormona tiroidea. En particular, se realizarán exámenes de sangre para medir los niveles de T4 y TSH, así como de una proteína de las células tiroideas, la *tiroglobulina*, que sirve como un marcador de cáncer de tiroides. La dosis de hormona tiroidea se ajustará para antener a la TSH en un rango bajo. Si el nivel de tiroglobulina es detectable aún cuando la TSH está suprimida, significa que posiblemente existen todavía células cancerosas funcionando en el cuerpo. Este hallazgo puede conducir a pruebas adicionales y posiblemente a tratamiento con más yodo radiactivo o cirugía. Desafortunadamente, en algunos pacientes con cáncer de tiroides, la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre puede interferir con la medición correcta de la tiroglobulina.

Además de las pruebas sanguíneas de rutina, su médico puede solicitar repetir el centellograma o rastreo del cuerpo entero periódicamente para determinar si todavía persisten células tiroideas. Esto se puede hacer después de aumentar su nivel de TSH, ya sea dejando de tomar la hormona tiroidea lo cual resultará en desarrollo de hipotiroidismo (véase arriba) o administrando inyecciones de Thyrogen™ (TSH humana sintética).

¿Cuál es el pronóstico del cáncer de tiroides?

El pronóstico del cáncer de tiroides es muy bueno. En general, el pronóstico es mejor en pacientes jóvenes que en aquellos mayores de 40 años. Los pacientes con cáncer papilar que tienen un tumor primario que está confinado dentro de la propia glándula tiroides tienen un futuro excelente: Sólo 1 de cada 100 pacientes como este habrán muerto de cáncer de tiroides 25 años más tarde. El pronóstico no es tan bueno en pacientes mayores de 40 años con tumores mayores de 4 centímetros (1 ½ pulgadas) de diámetro. Sin embargo, aún aquellos pacientes que no se pueden curar del cáncer de tiroides suelen vivir por mucho tiempo y sentirse bien a pesar del cáncer.

MÁS INFORMACIÓN WWW.THYROID.ORG

Para más detalles sobre este u otros temas relacionados con la tiroides, por favor visite la sección de información al paciente en la página de Internet de la Asociación Americana de la Tiroides en www.thyroid.org



AMERICAN
THYROID
ASSOCIATION
FOUNDED 1923