



Servicio de Cirugía General y Digestiva

Área de cirugía endocrina y obesidad mórbida

Cáncer de tiroides

**Dr. Emilio Vicente López
Dra. Yolanda Quijano Collazo**

**Dr. Hipólito Durán Giménez-Rico
Dr. Eduardo Díaz Reques
Dra. Isabel Fabra Cabrera
Dr. Ramón Puga Bermúdez
Dr. Benedetto Ielpo**

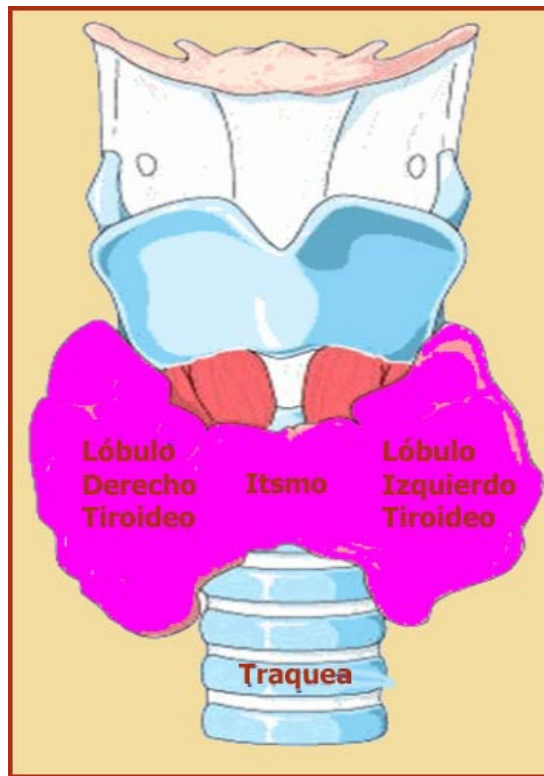


Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro

Docencia

CANCER DE TIROIDES

1.- Anatomía de la glándula tiroidea



Se trata de una glándula con forma de mariposa que se sitúa en el cuello delante de la tráquea y que tiene dos lóbulos unidos por el istmo. Es una glándula endocrina que produce hormonas tiroideas para el control del metabolismo del cuerpo humano.

La glándula tiroidea está formada por 2 tipos de células: las foliculares y las parafoliculares. Las foliculares producen la hormona tiroidea y las parafoliculares producen una hormona llamada calcitonina que ayuda a regular el calcio en el organismo. Para el funcionamiento de la glándula, en el organismo tiene que haber yodo, si no hay yodo o existe en escasa cuantía, no se fabrica hormona tiroidea.

La glándula tiroidea se regula a través de otra hormona que se produce en el cerebro (glándula pituitaria) y que se llama TSH (thyroid stimulating hormone). Esta hormona no sólo estimula la producción de hormona tiroidea sino que tan bien estimula al tiroides para que produzca una proteína que se llama tiroglobulina.

2.- ¿Qué es el Cáncer de Tiroides?

Las células del organismo crecen, se dividen y mueren en un orden controlado. Cuando este orden pasa a ser un desorden y se descontrola se produce un tumor. Este crecimiento descontrolado de las células puede tener características benignas o malignas según los estudios anatomopatológicos realizados. Si las características son malignas es cuando se debe de hablar de cáncer.

El cáncer de tiroides es raro pero se da entre 5-20% de la población que tiene tumores tiroideos. Su índice de curación es muy alto con los medios de que disponemos en la actualidad.

3.- Síntomas del Cáncer tiroideo

Además del tumor que se palpa en el cuello, el paciente puede notar ronquera, dificultad para tragar, dolor local o ganglios palpables en el cuello.

Aquellos pacientes que han recibido radiación en la cabeza y/o cuello son más propensos a padecer cáncer de tiroides.

4. -¿Cuáles son los diferentes tipos de cáncer de tiroides?

Hay 4 grandes grupos:

- Papilar.
- Folicular (Incluye el de células de HÜRTHLE).
- Anaplásico.
- Medular.

En cada tipo de cáncer las células que crecen de forma descontrolada son distintas pero los más frecuentes (80%-90%) son los mixtos (papilares y foliculares) y tienen buen pronóstico con las "armas" terapéuticas que disponemos.

Hay que estudiar los ganglios cervicales por si estuvieran afectados ya que si así fuera habría que destruirlos, bien extirpándolos mediante una operación quirúrgica, bien "quemándolos" con yodo radioactivo.

Es muy importante la anatomía definitiva del tumor extirpado ya que nos va a indicar el grado de agresividad que tiene el cáncer y por consiguiente el pronóstico

5.- ¿Cómo se diagnostica un cáncer de tiroides?

Frecuentemente el paciente tiene un nódulo en el tiroides o en el cuello que a la palpación es duro, fijo y mal delimitado indicando el cirujano una PAAF (punción aspiración con aguja fina) de dicho nódulo. La PAAF consiste en aspirar por medio de una aguja fina y guiado por ecografía las células del tumor que se palpa. Dichas células son analizadas (citología) indicando o sugiriendo malignidad o benignidad.

El resultado de la PAAF-Ecografía junto con las pruebas de función tiroidea orientarán e incluso diagnosticarán si el tumor es maligno o no lo es. En ocasiones hay que pedir TAC e incluso resonancia magnética.

Una vez indicada la cirugía, si el diagnóstico no es definitivo, se puede realizar biopsias durante la intervención para añadir valor al diagnóstico y así tratar con mejor criterio las lesiones.

La certeza y el pronóstico lo tendremos cuando el anatomopatólogo analice toda la pieza indicándonos las características del tumor.

Existen 2 sustancias consideradas como marcadores tumorales del tiroides:
-La tiroglobulina (proteína producida por las células foliculares del tiroides)
-La calcitonina: (hormona producida por las células parafoliculares del tiroides)

Estos marcadores son de gran utilidad tanto antes como después de la Cirugía.

6.- ¿Cómo se trata el Cáncer de Tiroides?

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, asociando después tratamiento complementario con yodo radioactivo, radioterapia o quimioterapia. En ocasiones y debido a la naturaleza del tumor se aplica quimioterapia y/o radioterapia antes de la intervención.

La cirugía se realiza bajo anestesia general por medio de una incisión horizontal en la parte anterior del cuello, disimulándola con los pliegues cervicales fisiológicos.

Se pueden realizar varios tipos de cirugía, pero si hay elevada sospecha de cáncer de tiroides el tratamiento de elección es extirpar en su totalidad la glándula tiroidea. Si hay evidencia de afectación ganglionar se realizará una "limpieza" ganglionar en el mismo acto quirúrgico. Si durante la cirugía se extirpa alguna glándula paratiroidea se autotransplantará siempre que se tenga la certeza que no está afectada por el tumor. Si la sospecha de malignidad es baja se puede realizar una cirugía más conservadora extirpando el lóbulo afectado por el tumor junto con la casi totalidad del otro lóbulo. Así el riesgo de lesionar las glándulas paratiroides es menor.

7.-¿Cuáles son las complicaciones de la Cirugía Tiroidea?

Son raras (1%-2%) y fundamentalmente dependen del tipo de cirugía practicada. Así las cirugías más agresivas como la extirpación total del tiroides junto con una limpieza ganglionar tendrán un índice de complicaciones mayores que aquellas en las que sólo se extirpa parte de la glándula tiroidea.

Se pueden enumerar las siguientes: infección y hemorragia, ronquera o voz bitonal por afectación del nervio laríngeo recurrente y afectación de las glándulas paratiroides con el consiguiente descontrol del calcio en sangre en el postoperatorio.

En las primeras horas después de una extirpación total del tiroides hay que vigilar de forma estricta los niveles de calcio en sangre. En ocasiones estos niveles

bajan pero de forma transitoria, recuperándose al cabo de unos días o semanas, durante las cuales es necesario administrar calcio con Vitamina D.

8.- ¿Qué ocurre después de la Cirugía?

El paciente sale del quirófano con unos tubos de drenaje que se retiraran a las 24-48 horas, pudiéndose entonces ir de alta.

Puede que precise tomar hormona tiroidea para el resto de su vida, en cuyo caso, así se lo indicará su cirujano. Del mismo modo ocurre con el calcio y vitamina D.

Los puntos de piel se retiran en 5-7 días, y se le realizará controles periódicos cada 6-12 meses, según los niveles de hormonemia y calcio en sangre. Del mismo modo se realizarán rastreos isotópicos anuales y/o controles analíticos con marcadores como la tiroglobulina o la calcitonina. Para poder realizar los rastreos isotópicos, el paciente debe de dejar de tomar hormona tiroidea durante 20-25 días antes de la prueba.

Si en los controles sucesivos se objetivan restos tiroideos en un paciente tratado de un cáncer tiroideo se valorará darle yodo radioactivo para suprimir esos restos.

9.-¿Pueden alterarse la voz y la deglución con la cirugía?

Es raro, pero, si ocurre por lesión del nervio recurrente laríngeo, existen terapias para recuperar, si no todo, sí parte de lo afectado, pudiendo realizar vida normal. Esto se logra gracias a la labor de logopedas rehabilitadores de la voz.

10.-¿Se puede vivir sin glándula tiroidea?

Sí, sólo necesita tomar la medicación todos los días y realizarse los controles necesarios para regular los niveles de hormona tiroidea en sangre.



Teléfono Hospital: +34 91 756 78 00.

**Teléfono Consultas externas:
+34. 91 756 79 00 / 902 10 74 71.**

**Teléfono Consultas Cirugía General:
+34 91 756 79 00. Ext: 4136.**

Fax: +34 91 750 04 55

<http://www.cirugiasanchinarro.es>

email: cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com