



CURSO DE TIROIDES

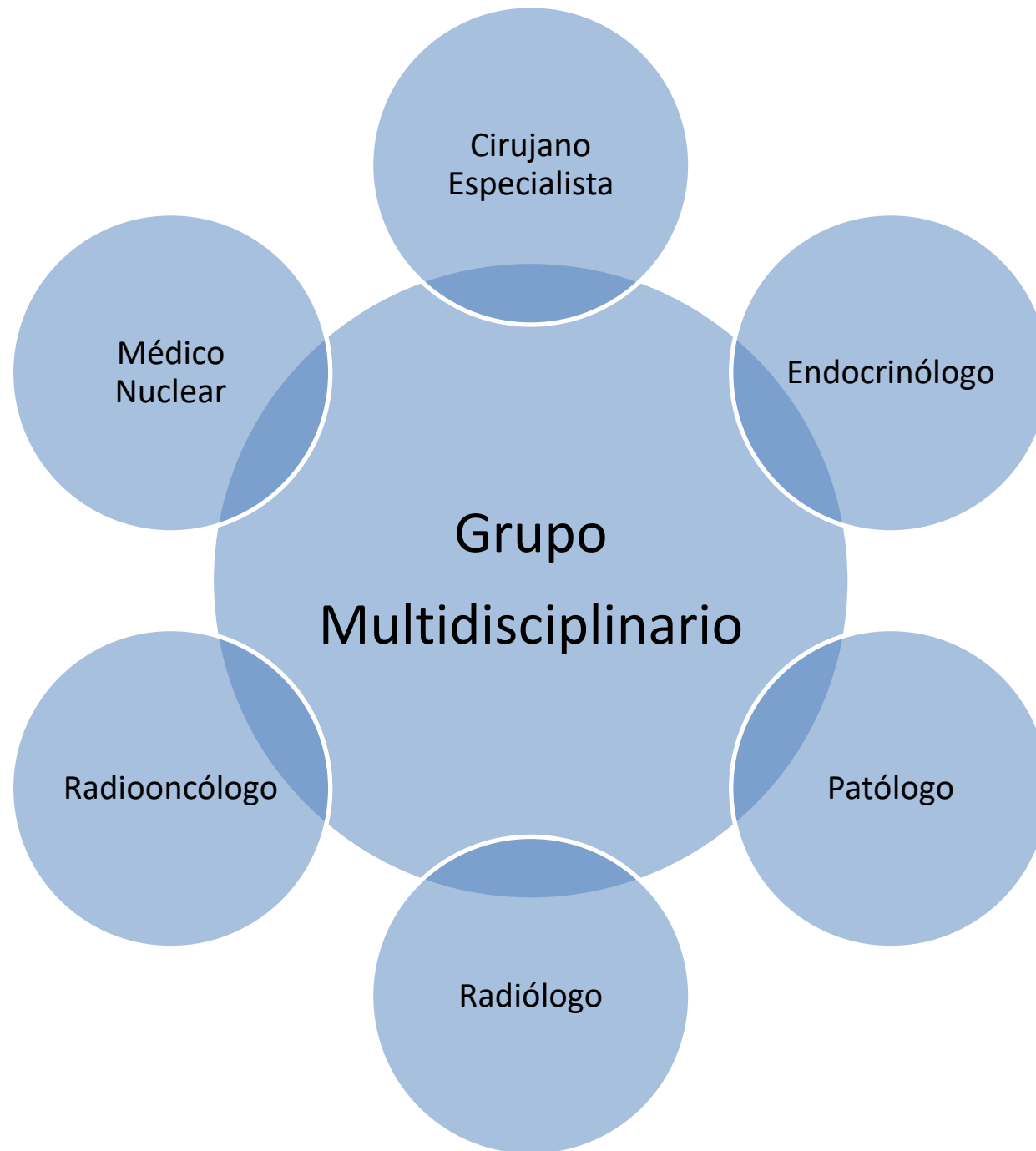
Módulo 10



Generalidades del tratamiento y seguimiento del paciente con cáncer de tiroides

Dra. Gloria González Villaseñor





Decisión de Tratamiento

- Individualizado:
 - Factores de riesgo
 - Mortalidad
 - Recurrencia
 - Datos Ultrasonográficos
 - Resultado de la Biopsia por aspiración

Autonomía

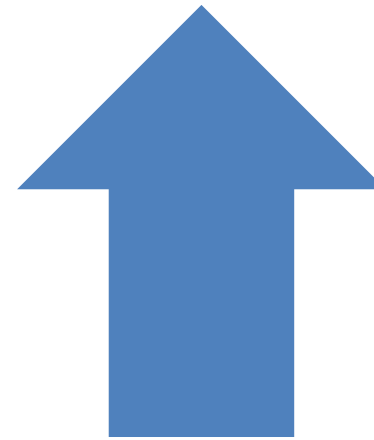


Tratamiento Inicial

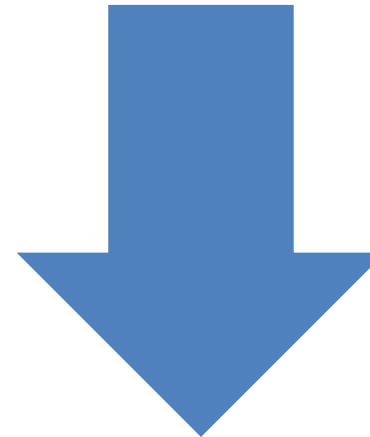
Mejorar sobrevida.
Disminuir la recurrencia.

Tratamiento quirúrgico

- Tiroidectomía total
- Lobectomía:
 - Nódulos menores de 1 cm
 - Unifocales
 - Intratiroideos
 - Sin antecedentes de Radiaciones
 - Sin Historia familiar de CDT
 - Ausencia de actividad ganglionar/ distancia
 - Microcarcinoma de Tiroides



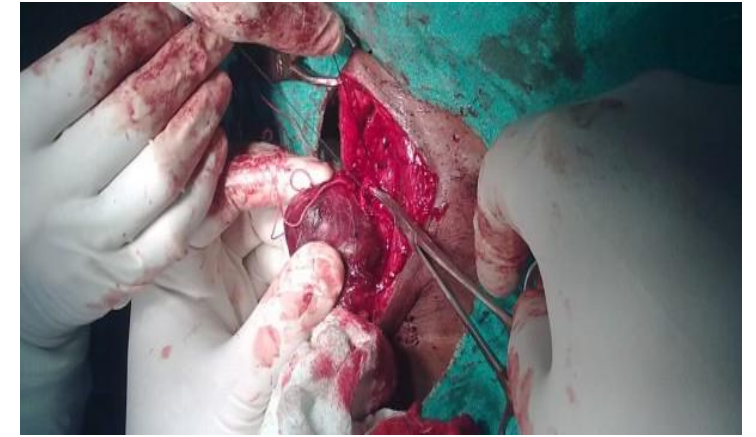
Recurrencia
Mortalidad



Recurrencia
Mortalidad

Menos Complicaciones
Menos Hipotiroidismo

Disección ganglionar

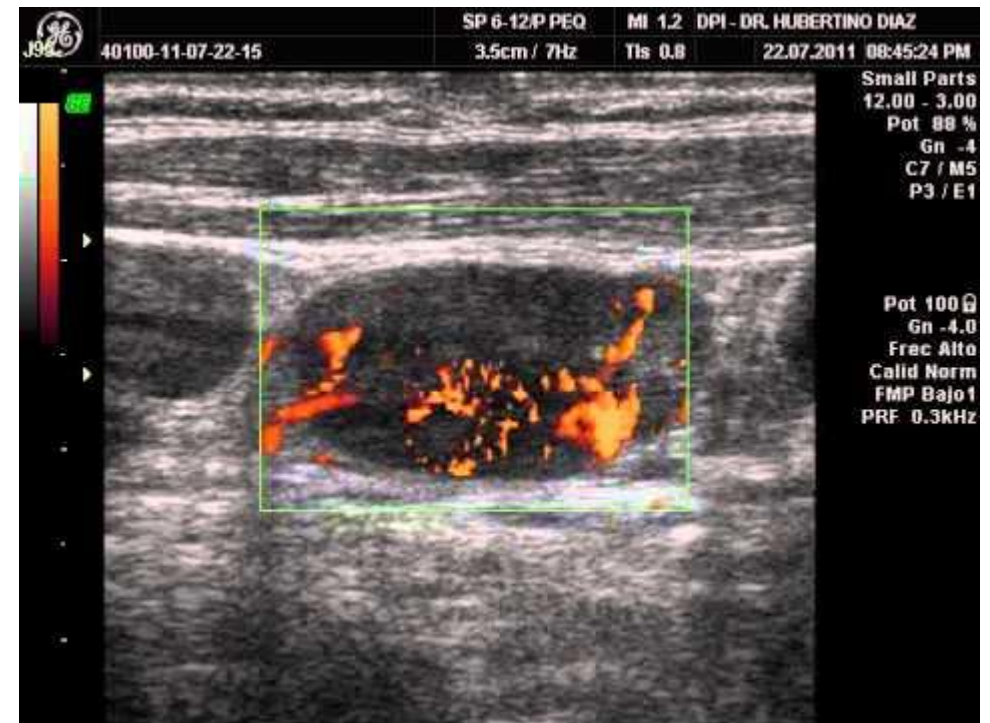


- Disección central:
 - Evidencia clínica o radiológica
 - Ganglios centrales y/o laterales
 - Pacientes con T3 o T4
- Disección lateral:
 - Unilateral
 - Bilateral
 - Evidencia clínica o radiológica

Tiroidectomía
Total

Valoración Preoperatoria Endocrinológica

- Ultrasonido de cuello reciente
 - Decidir extensión de la cirugía
- Perfil tiroideo
 - Evitar complicaciones
 - Anestésicas
 - Quirúrgicas



Complicaciones quirúrgicas

- Mortalidad <1%
- Hipotiroidismo
 - Extensión de la cirugía
- Hipoparatiroidismo
 - Transitorio 6.9%-46%
 - Permanente 0.4%- 33%
- Lesión del nervio laríngeo recurrente 0-14%
 - Unilateral/bilateral
 - Disfonía
 - Disnea

Cirujano
Experto

Ablación con I131

- Objetivo:
 - Ablación → facilitar seguimiento
 - Adyuvante → Evitar recurrencia
 - Tratamiento → ↓ Mortalidad/recurrencia
 - Metástasis a distancia
- No todo paciente recibirá I131.
 - Tiroidectomía total o casi total
 - Riesgo de recurrencia y mortalidad intermedio o alto



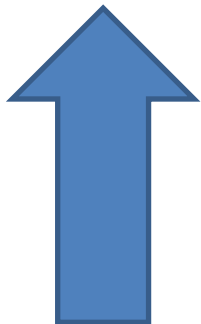
Indicaciones para I131

Indicaciones definitivas:

- Tumores mayores de 4 cm
- Extensión extratiroidea extensa independientemente del tamaño
- Metástasis ganglionares o a distancia

Sin Indicación:

- Tumor <1cm unifocal o multifocal
- Cáncer papilar variante clásica o variante folicular mínimamente invasiva sin angioinvasión o invasión de cápsula tiroidea
- Bajo Riesgo



Recurrencia/ Mortalidad



Preparación para I131

- Administrar en Centro de Salud adecuado
- Descartar embarazo
 - Método de planificación familiar
- Suspender lactancia
- Nivel de TSH >30 mUI/L
 - Suspensión de levotiroxina 3-4 semanas
 - TSHrh



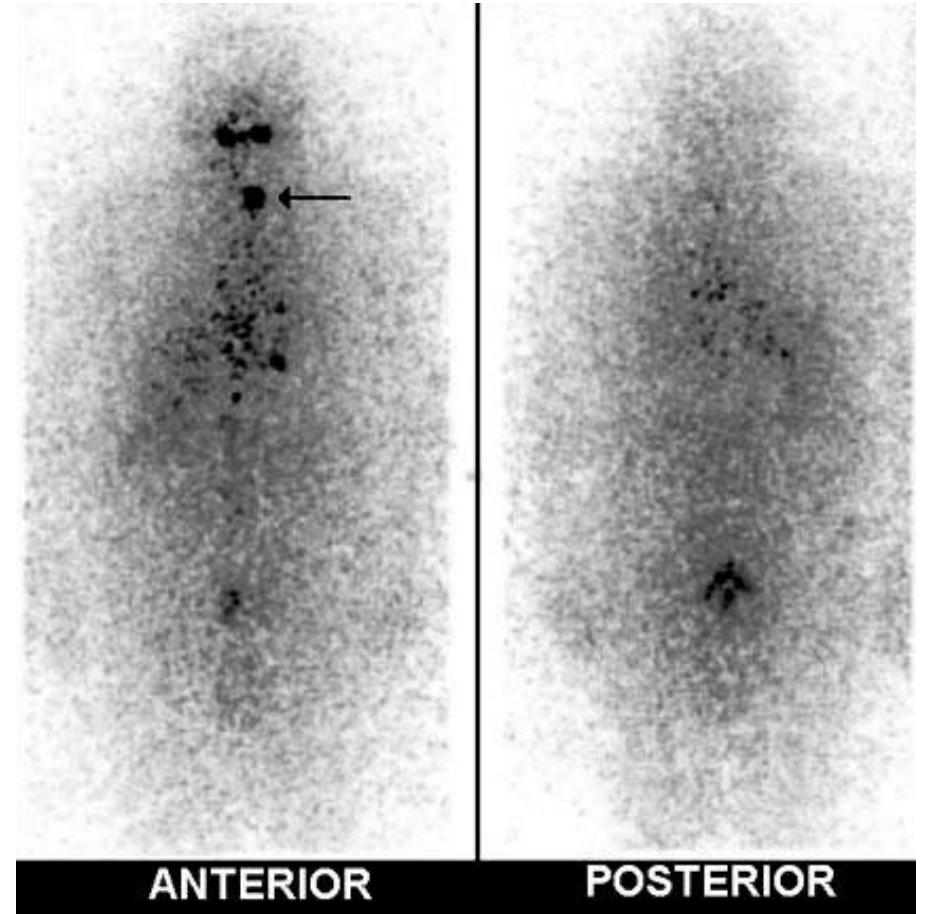
Médico Familiar/general

- Orientar al paciente sobre la aparición de síntomas de hipotiroidismo al suspender levotiroxina.
- Vigilar datos de alarma por hipotiroidismo severo.
- Vigilar reinicio de levotiroxina.
- Conocer las medidas básicas de radioprotección.



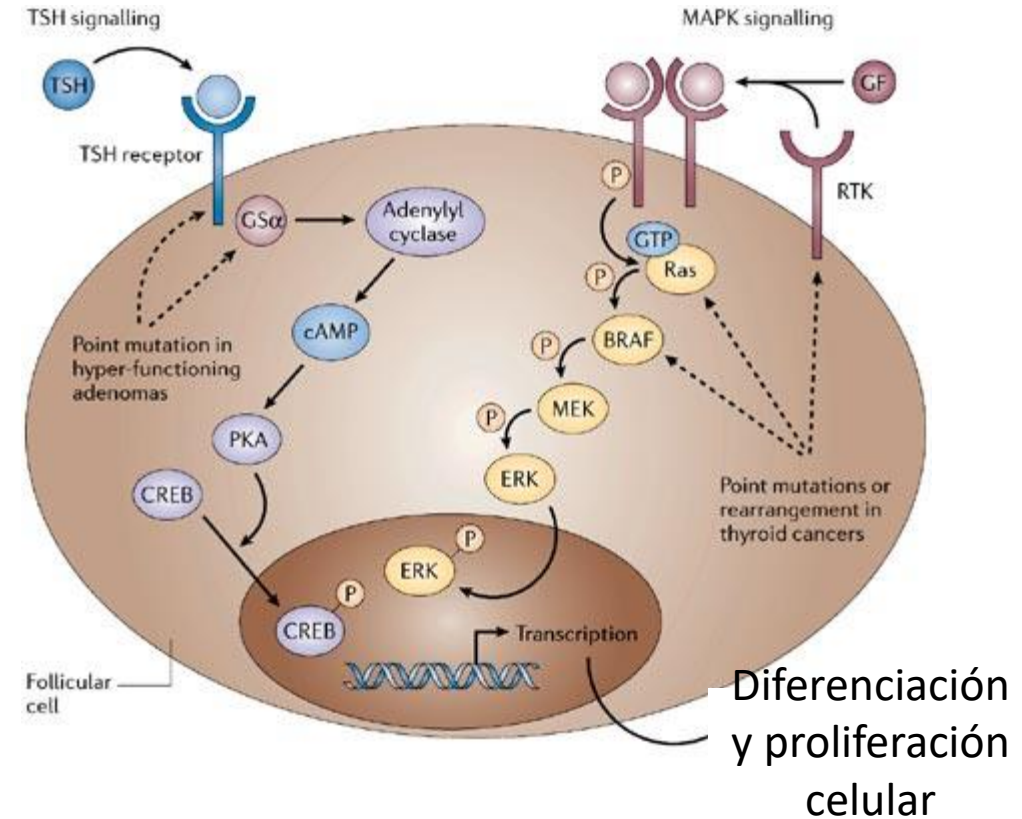
Rastreo posterior a I131

- Todo paciente
- Objetivo:
- Valorar Sensibilidad a I131
- Descartar actividad extratiroidea
- Realizar 2-10 día posterior al I131



Supresión de TSH

- TSH es un factor de crecimiento tiroideo
 - Células Benignas
 - Células Malignas
- Por tanto:
 - Más riesgo de recurrencia más beneficio



Copyright © 2006 Nature Publishing Group
Nature Reviews | Cancer

Paciente con Tiroidectomía total

- Todo paciente se debe sustituir con levotiroxina
 - No se recomienda de manera generalizada combinación con T3
- Meta de TSH dependerá del riesgo a Recurrencia

Riesgo	Metas de TSH
Bajo	0.5-2 mUI/L
Intermedio	0.1-0.5 mUI/L
Alto	<0.1mUI/L

- La dosis es dinámica
- Respuesta al tratamiento



Consulta de Medicina General/familiar

- Datos clínicos y/o físicos de hipotiroidismo o hipertiroidismo
- Ingesta adecuada de Levotiroxina
- Búsqueda de efectos por Hipertiroidismo subclínico
 - Dependerán de la edad, comorbilidades y supresión de TSH
 - Riesgo a Enfermedad Cardiovascular
 - Osteoporosis



Seguimiento.

- Objetivo
 - Permanencia libre de enfermedad
 - Recurrencia
 - Pronto tratamiento
- Dependerá de estadificación de recurrencia y mortalidad
- Individual



Paciente Bajo riesgo

- Sin administración de I131
- Valoración anual
 - Nivel de TSH
 - Ultrasonido de cuello
- Vigilancia por 5 años
 - Continúa control por Médico General/familiar



Respuesta	Excelente	Bioquímica incompleta	Estructural incompleta	Indeterminada
Tiroglobulina	Suprimida <0.2ng/ml Estimulada <1ng/ml	Suprimida > 1 ng/mL Estimulada > 10 ng/mL Incremento AcTg	Cualquier nivel de tiroglobulina	Suprimida 0.2-1ng/ml Estimulada 1-10ng/ml AcTg positivos pero en descenso
USG de cuello/ otros estudios de Imagen	Negativo	Negativo	Evidencia de actividad	Cambios no específicos
Rastreo diagnóstico con I131				Negativo
Tratamiento	Disminuir supresión de TSH. Vigilancia anual. Seguimiento por 5 años.	Tg estable o en descenso vigilancia. Tg con incremento valorar terapia adicional. Supresión de TSH. Seguimiento indeterminado.	Dependerá de la evidencia de Imagen (ganglios sospechosos o metástasis a distancia). Supresión de TSH. Seguimiento indeterminado.	Vigilancia más estrecha. Continúa con supresión de TSH. Seguimiento indeterminado.

Seguimiento Médico General/Familiar Control Hormonal

Primeros seis meses

Clínicamente

- Paciente Eutiroideo
- Complicaciones por Hipertiroidismo subclínico
- Hipoparatiroidismo

Bioquímicamente

- Perfil tiroideo de acuerdo a riesgo
- Calcio, Fósforo, Magnesio sérico y urinario

Seguimiento MG/MF Actividad macroscópica

Primeros seis meses

Clínicamente

- Interrogar sobre masas en cuello
- Presencia de datos obstructivos:
 - Disnea, disfagia, disfonía

Exploración Física

- Palpación de cuello incluyendo cadenas cervicales bilaterales

Metástasis a distancia

- Pulmones
- Óseas
- SNC

Seguimiento MF/MG

LARGO PLAZO

Hipotiroidismo

- Signos y síntomas
- Ajuste de medicamento según respuesta
- Riesgo por supresión de TSH

Hipoparatiroidismo

- Signos y síntoma de hipocalcemia
- Litiasis renal
- Electrolitos y USG renal anuales

Gracias

