CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

1. INCIDENCIA

1. Es creciente con 8,7 casos/10⁵ hab/año en 2002 por diagnóstico más preciso y precoz (eco y PAAF).
2. 60-80% son micropapilares < 1 cm con excelente pronóstico.
3. La mortalidad va decreciendo

2. DIAGNÓSTICO

1. Nódulo tiroideo por palpación o ecografía.

2. Ecografía Tiroidea:

- Hasta 50% casos encontraré nódulos
- < 5% serán malignos

3. PAAF

- Todo nódulo > 1 cm
 - Nódulo < 1 cm si:
 1. Historia de RTx en cabeza y cuello
 2. Antecedentes familiares de Ca de tiroides
 3. Palpación sospechosa
 4. Presencia de adenopatías cervicales
 5. Ecografía sospechosa (hipoecoico, microcalcificaciones, ausencia de halo periférico, bordes irregulares o adenopatías).
4. Falsos positivos o negativos en la PAAF
 - Escasa muestra: REPETIR
 - Carcinoma folicular: CONSIDERAR CIRUGÍA SI **TSH normal** y **GAMMAGRAFIA fría**
 5. Analítica:
 - escaso valor de Test de función tiroidea y Tiroglobulina
 - **CALCITONINA** imprescindible por alta sensibilidad en Tumores Medulares, mayor que con la PAAF.

3. TRATAMIENTO INICIAL

1. CIRUGÍA:

a. Tiroidectomía total o casi total:

- i. Tras cirugía diagnóstica en tumores > 1 cm
- ii. Para cualquier tamaño en:
 1. Enf. metastática
 2. Enf. multifocal
 3. Historia familiar

b. Tiroidectomía subtotal: en hallazgos casuales de tumores unifocales tras cirugía por patología benigna siempre que sean pequeños, intratiroides y de histología favorable:

1. papilar clásico
2. papilar variante folicular
3. folicular minimamente invasivo

c. Linfadenectomía profiláctica (sin datos de afectación):

- i. No disminuye recurrencia ni mortalidad.
- ii. Afina el estadio, el pronóstico y el tratamiento posterior.
- iii. Obligatoria si existe evidencia o sospecha de afectación: “*micro disección compartimental*”
- iv. En manos expertas, menos 2% complicaciones:
 1. Parálisis laringea
 2. Hipoparatiroidismo

2. **ADMINISTRACIÓN DE YODO 131:**

- i. Disminuye la recurrencia local
- ii. Favorece el seguimiento mediante
 - a. Tiroglobulina
 - b. Gamma-grafía con Yodo 131
- iii. Indicado en todos los pacientes **EXCEPTO aquellos que cumplan TODOS:**
 - 1. Tumores T1 unifocales
 - 2. < 1 cm
 - 3. Histología favorable
 - 4. Sin extensión extratiroidea
 - 5. Sin afectación ganglionar
- iv. Requiere estimulación previa con TSH (TSH recombinante humana o rh-TSH) mientras el paciente está en tratamiento con levo tiroxina (LT4). (tan eficaz como la supresión de LT4).

4. **ESTADIFICACION POST ABLACIÓN**

- i. Varios protocolos basados en:
 - 1. Resultados histopatológicos
 - 2. Gammaografía con radioIodo
 - 3. Ecografía tiroidea

ii. AJCC-UICC-TNM

T: Tumor primario:	T0: Tumor no palpable
	T1: Tumor < 1cm
	T2: Tumor 1- 4 cm
	T3: Tumor > 4 cm
	T4: Invasión local extratiroidea
N: Adenopatías:	N0: No adenopatías
	N1a: Adenopatías ipsilaterales
	N1b: Adenopatías bilaterales
M: Metástasis a distancia:	M0: No metástasis
	M1: Presencia de metástasis

Clasificación clínica en base a la clasificación TNM:

Estadio clínico	Clasificación TNM
I: Intratiroideo	T1-3; N0; M0
II: Adenopatías cervicales	T1-3; N 1a-1b; M0
III: Invasión local	T4; cualquier N; M0
IV: Metástasis a distancia	M1

TNM.

Estadio < 45 años	≥ 45 años
I cualquier T y N, M0	T1, N0, M0
II cualquier T y N, M1	T2, N0, M0
	T3, N0, M0
III	T4, N0, M0
	Cualquier T, N1, M0
IV	Cualquier T, Cualquier N, M1

iii. EUROPEAN CONSENSUS REPORT

1. **Riesgo muy bajo:**
 - a. T1 unifocal (<1 cm) N0M0
 - b. No extensión extracapsular
 - c. Histología poco agresiva, por ej. Células altas, insular, columnar)
2. **Riesgo bajo:**
 - a. T1 (>1 cm) o
 - b. T2 N0M0 o
 - c. Multifocal T1N0M0
3. **Alto riesgo:** cualquier
 - a. T3
 - b. T4
 - c. N1
 - d. M1

iv. GUIAS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE TIROIDES

1. **Riesgo bajo:**
 - a. T1-2 N0M0
 - b. No extensión extracapsular
 - c. Histología poco agresiva, por ej. Células altas, insular, columnar)
2. **Riesgo intermedio:**
 - a. T3 o
 - b. Histología agresiva o
 - c. Invasión vascular
3. **Alto riesgo:** cualquier
 - a. T4
 - b. N1
 - c. M1

5. SEGUIMIENTO

- i. Propósito: diagnóstico precoz de enfermedad persistente o recurrente local o a distancia
- ii. La mayoría aparecen en los primeros 3 años, pero una minoría puede ocurrir hasta 20 años después.
- iii. Hormonas tiroideas (FT3, FT4 y TSH) a los 2-3 meses para ver función postablación.
- iv. Cada 6 y 12 meses:
 1. Exp física
 2. Ecografía cervical
 3. Tiroglobulina estimulada con rhTSH con/sin Gammagrafía
- v. Mantener suprimida TSH con LT4 en alto riesgo durante 4-5 años.

6. ENFERMEDAD RECURRENTE o RECIDIVANTE

- Pacientes con enfermedad residual o valores elevados de **Tiroglobulina**
 - Requieren pruebas de imagen para localizar la enfermedad
 - Requieren tratamiento con dosis de I_{131}
- En esta categoría entran:
 - 5-10 % de pacientes diagnosticados que no alcanzan RC
 - 5-10% de pacientes que recidivan

- De estos:
 - 66% alcanzarán RC en enfermedad localizada
 - 33% alcanzarán RC en enf. a distancia
- **TRATAMIENTO ENF. LOCOREGIONAL:**
 - Combinación de **Cirugía y Radio Iodo**
 - **RTx externa** si:
 - Cirugía con borde afecto
 - No captación de RadioYodo
- **TRATAMIENTO ENF. A DISTANCIA:**
 - Curan con Radio Yodo si:
 - Captan en Gammagrafía
 - Son de pequeño tamaño (no se ven en RX)
 - Macro Mts pulmonares, se benefician de Yodo pero rara vez curan.
 - Mts óseas: son las de peor ptco, tratamiento combinado con Radio Yodo y RTx externa.
 - Mts. SNC: poco frecuentes y de mal ptco: Cirugía y RTx externa.
 - QUIMIOTERAPIA: restringida a pacientes que no puedan ser tratados con otras modalidades, malos resultados, en espera de tratamientos dirigidos.