

INDICACIÓN DE TSH RECOMBINANTE PARA CÁNCER DE TIROIDES



El Simposio “Carcinoma diferenciado de Tiroides, una nueva visión” será el sábado 12 de septiembre en el Centro Médico Docente la Trinidad.

Millones de personas sufren de desordenes de la tiroides en el mundo y muchos no lo saben aún. En varias personas los síntomas pasan desapercibidos o no tienen diagnóstico preciso y por ende, el tratamiento no es el correcto mientras que el tiempo transcurre ocasionando debilitamiento del organismo por los desajustes característicos. La buena noticia es que en el presente esas enfermedades son bien tratadas hasta con una sencilla medicación.

La tiroides es una glándula ubicada en la porción anterior del cuello, con forma de

mariposa. Tiene 2 lóbulos y el ítimo, cual si fuese una H. Produce las hormonas tiroideas relacionadas con el metabolismo del ser humano, como por ejemplo el crecimiento del cabello y la uñas, el estado de la piel, etc. “Es una glándula clave en el funcionamiento normal del organismo. Genera las hormonas tiroideas que regulan el metabolismo del cuerpo” describe la doctora Aisa Manso, jefa del Servicio de Medicina Nuclear del Centro Médico Docente La Trinidad.

El método diagnóstico más importante es el ultrasonido de alta resolución. Con el advenimiento de estos equipos pueden detectarse nódulos sumamente pequeños y es posible caracterizarlos como sospechosos o no de malignidad o si son completamente benignos, los cuales solamente exigen tratamiento médico a ser indicado por el médico endocrino.

En los últimos años se ha observado un aumento en la frecuencia de la patología tiroidea nodular y de los casos de cáncer diferenciado de tiroides, siendo el más frecuente el Carcinoma Papilar; esto en parte se debe a un mejor diagnóstico por el uso cada vez más frecuente del ultrasonido de alta resolución y por la mayor exposición del ser humano a radiaciones ionizantes, por ejemplo, en accidentes nucleares, incluso hay países europeos, que tienen una alta incidencia como consecuencia de la contaminación por radiación producto de accidentes nucleares ocurridos.

HALLAZGOS EN CONSULTA

Cuando vamos a un chequeo usualmente el médico palpa el cuello y nos indica tragar con el fin de detectar el aumento de tamaño de la glándula tiroideas. Si la tiroides está de tamaño normal, generalmente, no se ve ni se palpa, pero si está aumentada de tamaño se observa que al deglutir se moviliza en el cuello pudiéndose tocar incluso algún nódulo.

Existen patologías benignas de la tiroides, como son el hipertiroidismo y el hipotiroidismo vinculados al aumento o disminución en la producción de las hormonas tiroideas y que se pueden presentar en buena parte de la población, aunque no sea cáncer. Los síntomas conducen a la consulta cuando las personas dicen sentir frío o calor cuando los demás no lo sienten, también si duermen y siguen con sueño o al haber pérdida de peso excesiva, el paciente puede estar nervioso, tiene temblor, está muy ansioso, puede presentar ojos brotados (que se llama exoftalmo) en cuyo es tratado por el endocrinólogo con medicamentos antitiroideos y, eventualmente, si no se controla es posible indicar el yodo radiactivo o quizás una cirugía, pero es una patología benigna que no tiene que ver con cáncer.

LOS NÓDULOS

Si el paciente tiene nódulos en la tiroides debe controlarse con el endocrinólogo, tomando en cuenta que si presentan cambios en el tamaño, o ciertas características en el ultrasonido, como la presencia de calcificaciones, estar muy vascularizado o ser más alto que ancho, pudieran ser sospechosos de malignidad.

Ese tipo de nódulo debe ser clasificado mediante un sistema denominado TIRADS, clasificación que toma en cuenta las características ultrasonográficas del nódulo y si éste es sospechoso el paciente debe ir a una punción con aspiración de aguja fina (PAAF) cuyo material será estudiado por el patólogo. Esa muestra la puede obtener el endocrinólogo apoyado en el ultrasonido o el cirujano, en un procedimiento ambulatorio. Si el resultado es compatible con un cáncer de tiroides el paciente debe ir al tratamiento primario que es la cirugía dependiendo del tamaño de la lesión, edad del paciente (en cáncer de tiroides es bien importante la edad, pacientes menores de 45 años tienen mejor pronóstico que los mayores), sexo, factores de riesgo de la biopsia definitiva como el tamaño del tumor, si había ganglios comprometidos o si existía invasión local, etc.

BAJA MORTALIDAD

En cuanto al tamaño de la lesión-dice Manso- si son lesiones muy pequeñas (menores de 1 cm) son denominadas microcarcinomas y el paciente pudiera no ir a una tiroidectomía total sino parcial en la cual es extirpado el lóbulo afectado y el istmo. En la gran mayoría de los casos cuando son superiores a 1 centímetro de diámetro el cirujano practica una tiroidectomía total y luego el paciente es clasificado de acuerdo al riesgo de recurrencia de la enfermedad pues el riesgo de mortalidad es muy bajo, incluso este tipo cáncer se considera relativamente "benigno" porque no mata, ya que el paciente tiene una sobrevida muy larga que se mide incluso a más de 20 años. En general en otros tipos de cáncer la sobrevida se mide a 5 años, pero en cáncer de tiroides se mide a 20 años. Tiene una supervivencia muy larga por tanto debe evaluarse el riesgo del paciente para hacer recaídas, el riesgo de recurrencia porque ya sabemos que la mortalidad es muy baja. Un paciente con cáncer de tiroides inclusive estadio IV avanzado, con lesiones en múltiples ganglios o tumor local extenso o enfermedad metastásica, su sobrevida pudiera ser relativamente alta si se compara con otros tipos de neoplasias malignas. Es un cáncer muy manejable y existen muchas armas terapéuticas que se pueden utilizar hoy en día.

Hasta hace pocos años después de la cirugía indicaban yodo radiactivo a los pacientes y eso cambió. Hoy los pacientes de muy bajo o bajo riesgo para recurrencia, que presentan lesiones muy pequeñas, quienes no tienen ganglios ni infiltración local, pudieran dejarse sin yodo.

NOVEDADES VITALES

Antes a casi todos los pacientes les indicaban dosis altas, pero hoy utilizan dosis cada vez más bajas porque se ha demostrado que éstas son tan efectivas como las altas y presentarán menos riesgo de complicaciones a futuro, una de las cuales pudiera ser la aparición de segundos tumores primarios en el tiempo. A los 20 o 30 años el paciente hace un segundo tumor primario posiblemente relacionado con el yodo recibido. Cada vez más se suministran menos dosis y se le ofrece a quienes realmente las necesitan. Una novedad es la categorización de riesgo del paciente para saber si requiere o no el yodo radioactivo y una mínima dosis necesaria. Los pacientes de riesgo intermedio y alto para recurrencia si ameritan yodo radiactivo como terapia.

Se utilizan unidades en milicurie (mCi) en honor a madame Curie, pero la unidad internacional se llama Becquerel y los pacientes que recibían comúnmente 100 mCi ahora se les indican 30 o 50 mCi, de manera individualizada. Ya no se irradia tanto al paciente. Otra novedad es el uso de TSH recombinante porque antes para dar el yodo el paciente debía estar hipotiroideo, es decir, no podía estar tomando hormona tiroidea, había que suspenderla. Si al paciente le extirparon la tiroides no hay producción de hormonas tiroideas, por lo cual le indican hormona sustitutiva para que no se sienta mal pues los síntomas incluyen retención de líquido, estreñimiento, enlentecimiento en los reflejos, funciones cognitivas alteradas, luce abotagado, con el metabolismo sumamente lento. Lo mencionado trajo como consecuencia el uso de TSH recombinante, que permite que no se le suspenda la hormona tiroidea al paciente sino que se utiliza para estimular el tejido residual que haya quedado postcirugía para que esté muy ávido de concentrar el yodo que vamos a dar. Deseamos estimular todos los receptores de TSH existentes en ese tejido para que capturen el yodo. La TSH recombinante los estimula sin necesidad de quitar la hormona sustitutiva, convirtiéndose en uno de los avances.

En los paciente de bajo riesgo, constituye un avance el uso de dosis bajas de yodo con TSH recombinante. En los pacientes de riesgo intermedio y alto también se puede utilizar el TSH recombinante, pero con dosis adecuadas.

EL RETORNO DEL YODO

Con respecto al yodo radiactivo, actualmente tenemos disponibilidad regular, sin embargo tuvimos un momento en el cual no contábamos con el suministro y algunos pacientes tuvieron que migrar a otros países a recibirlo. El paciente luego de la cirugía debe recibir la dosis prescrita por el médico nuclear entre las 4 y 6 semanas de la intervención quirúrgica. Durante la crisis de yodo se les prolongó el tiempo estimado para ese tratamiento, aunque no han visto recurrencias en los pacientes que reciben control.

Advierte Manso que “el problema con el yodo radiactivo es que no se produce en el país, proviene de 2 proveedores en Francia y Argentina, con los cuales se cubre la demanda de los pacientes, tanto en público como en privado”. En ambos se está utilizando el TSH recombinante, que a pesar de ser muy costoso el Estado venezolano lo ha adquirido por la importancia vital para la población afectada que acude a los hospitales, y en privado los pacientes lo adquieren a través de BADAN.

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

La visión nueva sobre el tema será expuesta en el evento ante todas las especialidades convocadas. El cáncer de tiroides debe ser abordado de manera multidisciplinaria por el endocrinólogo quien evalúa al paciente al inicio, el imaginólogo ecografista, que hace el ultrasonido, un buen patólogo para evaluar la punción y la pieza operatoria definitiva, un cirujano especialista en cabeza y cuello con mucha experiencia en este cáncer, médicos nucleares expertos que definan las dosis de yodo. Eventualmente algunos pacientes requieren radioterapia externa y debe haber un radioterapeuta oncólogo y más recientemente se están utilizando medicamentos como los inhibidores de la tirosin quinasa que han demostrado ser una excelente arma terapéutica en pacientes refractarios al yodo o sea que no responden a éste, lo cual trae como consecuencia que el oncólogo médico, que no formaba parte del equipo multidisciplinario de cáncer de tiroides, ahora si está integrado al grupo en sintonía con el resto de los participantes del equipo tratante.

Una de las novedades del evento del 12 de septiembre es que entre los conferencistas estarán 2 oncólogos médicos que hablarán de los inhibidores de la tirosin quinasa. 3 cirujanos, 3 médicos nucleares, 1 patóloga, 2 endocrinólogos y habrá una mesa redonda sobre controversias. Mayor información por los teléfonos del Centro de Extensión del Conocimiento 0212.9496249 y 0212.9496449, email: cec@cmdlt.edu.ve

Caracas, abril 2015
Por Blanca García Bocaranda
garbo64@gmail.com