



DREAMSTIME



QUIRONSALUD

SAI

**Cuatro de los seis integrantes de la Unidad Multidisciplinar del Complejo Hospitalario Juan Bravo, en Madrid, compuesta por los doctores Joaquín Gómez, María Cortés, Juan Carlos Meneu, Esteban Jódar, Alicia Vicuña y Roberto Domínguez**

## Cáncer de tiroides, la importancia de un abordaje multidisciplinar para ganar tiempo

El objetivo de esta Unidad del Ruber Juan Bravo es que entre el diagnóstico y la intervención no transcurran más de dos semanas

R. S. • MADRID

El cáncer de tiroides se origina en esta glándula con forma de mariposa situada en la parte frontal del cuello. En ella se encuentran dos tipos de células principales: las foliculares, que son las encargadas de ayudar a regular el metabolismo de una persona, y las C o parafoliculares que ayudan a controlar cómo el cuerpo utiliza el calcio. Cada tipo de célula genera diferentes tipos de cáncer, por lo que afecta tanto a la gravedad del cáncer como al tratamiento que necesita el paciente.

Existe una aceptación general de que esta patología debe ser tratada y seguida por equipos multidisciplinarios en el seno de unidades especializadas. Con el fin de atender de forma eficaz, con garantías y en un plazo de tiempo reducido, el complejo hospitalario Ruber Juan Bravo, en Madrid, ha creado recientemente una Unidad de alta resolución en cáncer de tiroides compuesta por cuatro especialistas en endocrinología y dos cirujanos endocrinos, con apoyo de especialistas en diagnóstico por la imagen, anatomía patológica y medicina nuclear.

Con esta Unidad multidisciplinar, se

consigue que «no pasen más de dos semanas entre que el paciente es diagnosticado y tratado de forma quirúrgica», explica la doctora María Costés Berdonces, especialista en Endocrinología de la citada unidad.

Algo esencial, ya que en los últimos años la incidencia de este tipo de cáncer, el más frecuente del sistema endocrino, ha aumentado. «Es llamativo el aumento de su incidencia en los últimos años. Según los datos publicados por la OMS, en el año 2018 el número de cánceres tiroideos casi se quintuplicó, llegando a casi medio millón de casos en todo el mundo. Aunque no se sabe bien la causa de este aumento en la incidencia, si que es conocido que en gran medida se debe al aumento en el número de estudios de imagen, que tiene como resultado la detección de pequeños tumores que de otra forma no se hubieran diagnosticado. Además de esto parece que hay otros factores implicados como las radiaciones ionizantes y en menor medida la obesidad, insulinoresistencia, diversos carcinógenos ambientales o el aumento de autoinmunidad tiroidea», explica la doctora Cortés Berdonces.

Afecta más a las mujeres, y existen di-

versos factores de riesgo. «Clásicamente el factor de riesgo más conocido para desarrollar este tipo de cáncer era la exposición a radiación en la infancia. Posteriormente se ha descubierto la influencia de otros aunque en menor medida que este primero como son la obesidad, el tabaco y la autoinmunidad tiroidea. Además de todo esto por supuesto influye de forma determinante la susceptibilidad genética de cada individuo», precisa la doctora.

No obstante, «su agresividad en términos generales es baja, con una mortalidad de un 2-4% a más de 20 años», puntualiza el doctor Joaquín Gómez Ramírez, especialista en Cirugía General de la misma Unidad multidisciplinar compuesta también por el doctor Juan Carlos Meneu Díaz, cirujano general, y los endocrinólogos Esteban Jódar Gimeno, Alicia Vicuña Andrés y Roberto Domínguez Fernández.

De hecho, «en general el pronóstico para el cáncer de tiroides es excelente con un tratamiento adecuado. En el cáncer papilar de tiroides, el tipo más frecuente, la supervivencia a cinco años es superior al 90-95%. En otros tipos menos frecuentes este pronóstico es sensiblemente diferente, pero siempre con bajas cifras de mortalidad si se trata en el seno de un equipo entrenado y con experiencia», añade el doctor Gómez.

En gran parte se debe a los importantes avances tanto para su diagnóstico precoz, como son los nuevos métodos de imagen molecular, como las herramientas empleadas para su tratamiento quirúrgico y que minimizan las secuelas tras la cirugía, como la neuromonitorización nerviosa intraoperatoria o el uso de dispositivos de energía en quirófano. A ellas hay que sumar las herramientas de seguimiento y detección precoz de la recidiva, fundamentalmente derivadas de las técnicas de medicina nuclear, como el radioyodo o el PET, así como el desarrollo de nuevos fármacos diseñados para el tratamiento de los pacientes metastásicos o refractarios a tratamiento con yodo radiactivo.