

2016 Septiembre, 6(4): 1-1

HIPERTIROIDISMO Y RIESGO DE CANCER DE TIROIDES

Cedola F; Ricciardi MP; Lastra S; Rielo M; Spezzi M.

Scio de ENDOCRINOLOGIA, Htal San Martin, La Plata, calle 1 y 70,
endocrino-hsanmartin@ms.gba.gov.ar

Introducción

La coexistencia de cáncer de tiroides (CT) y el hipertiroidismo se encuentra descripta aunque se desconoce la fisiopatología de esta relación. Los nódulos tiroideos son más frecuentes en personas con enfermedad de Graves (EG) que en la población general y se ha reportado malignidad en 2,3 a 45,8 %. El CT puede asociarse a diferentes formas de hipertiroidismo: EG, nódulos tiroideos tóxicos únicos o múltiples e hiperproducción hormonal por metástasis funcionantes del carcinoma tiroideo

Objetivos

1. Evaluar el hipertiroidismo como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de tiroides. 2. Evaluar las características de los pacientes con diferentes formas de hipertiroidismo asociado a CT comparado con un grupo control que incluyó personas con CT sin disfunción tiroidea. 3. Comparar el tipo histológico y la estadificación tumoral en ambos grupos.

Materiales y Métodos

Se realizó una evaluación comparativa de 21 pacientes con hipertiroidismo de distintas etiologías, asociado a cáncer de tiroides (grupo A) y un grupo de similares características en estado eutiroideo (grupo B). Se evaluó la relación: de género, edad al diagnóstico del CT, variedad histológica, estado. Se realizaron dosajes de hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos; ecografía tiroidea, gammagrafía tiroidea y curva de captación con ¹³¹I y estudio citológico por punción con aguja fina bajo control ecográfico. La confirmación de histología tumoral se realizó luego de la tiroidectomía total indicada como tratamiento de ambas patologías. Los tumores fueron estadificados de acuerdo a riesgo de recurrencia tumoral y mortalidad (TNM). Los valores promedios de los dos grupos, se compararon con el test de Student. Las tablas de independencia de los dos grupos, se analizaron con el test de Chi-2 y la relación porcentual de Femenino/Masculino se evaluó con el test de diferencia de proporciones.

Resultados

La EG fue la causa del hipertiroidismo en el 70% de las mujeres y el 60% de los varones. El resto de las causas fueron: BMNT, MTS funcionantes, y NT. La relación Femenino/Masculino fue de 76,2 + 23,8 % en el grupo A y 85,7 + 14,3 % en el grupo B ($p = 0,696$). El promedio de edad fue de 43.95 + 13.2 años en el grupo A y 40.14 +- 10 años en el grupo B ($p = 0,298$ N/S). En el grupo A el tipo histológico tumoral correspondió a carcinoma: folicular: 14% carcinoma papilar: 76% y otros tipos 10 %, mientras en el grupo B fue de 14 %, 76 % y 10 % respectivamente. ($\text{Chi}^2 = 1,333$; $p = 0,986$ N/S). El Riesgo de recurrencia tumoral en el grupo A tuvo la siguiente distribución : muy bajo 30 %; bajo: 45% intermedio: 10% alto: 15%. EN el grupo B se observó un 9.5 %; 43.8 %; 23.8 % y 23.8 % respectivamente. . ($\text{Chi}^2 = 1,7$; $p = 0,791$ N/S). La Clasificación TNM fue para el grupo A: Estadio I 62%; Estadio II: 5%; Estadio III: 19% y Estadio IV: 14%. La estadificación del los pacientes del grupo B fue de 76%; 5%; 14% y 5% respectivamente. ($\text{Chi}^2 = 0,81$; $p = 0,573$ N/S)

Conclusiones

El hipertiroidismo ha dejado de ser considerado como un factor de protección para el desarrollo de cáncer de tiroides. En nuestro estudio, el análisis comparativo de los pacientes con carcinoma tiroideo asociado a hipertiroidismo y un grupo control con de eutiroideos con cáncer de tiroides no presentó diferencias significativa considerando la edad, el género ni el tipo histológico y la estadificación tumoral. Sin embargo, la posible coexistencia de carcinoma tiroideo en el contexto de un paciente hipertiroidico, deberá ser tomada en cuenta para decidir la conducta terapéutica más adecuada.

Palabras claves: hipertiroidismo, cáncer, tiroides