

Contenido

Prefacio.....	XI
---------------	----

Orlo H. Clark, Quan-Yang Duh y Allan E. Siperstein

Evaluación de costo justificado del paciente con un nódulo tiroideo	333
---	-----

Kenneth A. Woeber

La citología por aspiración con aguja fina se ha establecido como instrumento diagnóstico primario para la evaluación del paciente que tiene un nódulo tiroideo. Su precisión para predecir las lesiones tanto benignas como malignas pasa de 90 por ciento. Se presentan guías de referencia para adoptar un criterio que justifique los costos de esta investigación.

Exposición a las radiaciones y otros factores que predisponen a las neoplasias tiroideas humanas	339
--	-----

Douglas L. Fraker

La exposición a las radiaciones es el único factor causal identificado que se relaciona, de manera indudable, con un incremento del riesgo de cáncer tiroideo. Radioterapia con haz externo para el tratamiento médico, exposición aguda a los rayos gamma de fuentes ambientales (bombas nucleares, accidentes de las plantas de energía nuclear) e ingestión de isótopos radiactivos del yodo de vida breve son las fuentes primarias de exposición a las radiaciones e incrementan el riesgo de neoplasias tiroideas benignas y malignas. El riesgo relativo es directamente proporcional a la dosis de exposición e inversamente proporcional a la edad en el momento de la exposición.

Tratamiento de pacientes con bocios subesternales	349
---	-----

Eberhard Mack

A menudo se hace caso omiso a los bocios subesternales, en particular cuando son asintomáticos. En este artículo se habla de incidencia, patogenia, tipos, histología (y tasa de malignidad), sintomatología, datos físicos, procedimientos diagnósticos y tratamientos médico y quirúrgico de los bocios subesternales, lo mismo que sobre los resultados del tratamiento de estos bocios. Debe evitarse la insuficiencia respiratoria que pone en peligro la vida mediante intervención quirúrgica temprana, de tipo profiláctico o terapéutico, puesto que, en manos experimentadas, la tasa de morbilidad es baja, las complicaciones raras y el pronóstico global excelente.

Tratamiento operatorio y posoperatorio de pacientes con carcinomas de células foliculares y de Hürthle: ¿difieren entre sí?.....	367
--	-----

Clive S. Grant

Casi todas las características de los carcinomas de células foliculares y de células de Hürthle son semejantes; sin embargo, deben reconocerse diferencias importantes.

Resultarán malignos cerca de 20% de los nódulos tiroideos que se consideran sospechosos, según las imágenes de la biopsia por aspiración con aguja fina; la proporción restante de 80% representa nódulos foliculares o de células de Hürthle benignos. Los adenomas benignos suelen tratarse con lobectomía unilateral total, en tanto que carcinomas y tumores muy sospechosos de carcinoma se resecan mediante tiroidectomía total o casi total. Esto permite no sólo eliminar por completo el tumor, sino que facilita la vigilancia posoperatoria con ¹³¹I tanto diagnóstica como terapéutica.

Cáncer medular tiroideo 377

Jeffrey F. Moley

El cáncer medular tiroideo es un tumor de las células C de la glándula tiroides que se produce en situaciones clínicas esporádicas y hereditarias. Se dispone de investigación genética de los sujetos bajo riesgo y esta metodología se ha aplicado a la asistencia de los pacientes. Las valoraciones de las concentraciones plasmáticas de calcitonina son un marcador muy sensible sobre la presencia de la enfermedad. La intervención quirúrgica ofrece la mejor esperanza de curación y, además, es una modalidad eficaz para tratar la enfermedad metastática y recurrente.

Factores de crecimiento tiroideo, vías de transducción de señales y oncogenes 393

Quan-Yang Duh y Richard F. Grossman

Los progresos recientes en la biología molecular y la biología celular han mejorado los conocimientos sobre la patogenia del cáncer tiroideo. En este artículo se revisan los factores que influyen en el crecimiento de las células tiroideas, las vías de transducción de las señales celulares a través de las cuales funcionan estos factores de crecimiento y los oncogenes y los genes de supresión tumoral que contribuyen a la patogenia del cáncer tiroideo al afectar a estas vías de transducción de señales.

Indicaciones para operar a pacientes que experimentan hiperparatiroidismo primario mínimamente sintomático 409

Gordon J. Strewler

El hiperparatiroidismo primario se manifiesta, a menudo, con síntomas mínimos: se ha aconsejado la intervención quirúrgica en pacientes que están gravemente hipercalcémicos, son jóvenes, experimentan reducción de la densidad ósea o de la función renal y tienen hipercalciuria notable. Se habla de la evolución natural del hiperparatiroidismo primario y de las bases para estas recomendaciones.

Tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer papilar 417

Nilima Patwardhan, Thomas Cataldo y Lewis E. Braverman

El cáncer papilar de la glándula tiroides es un tumor indolente. Se habla con detalles de incidencia, prevalencia y tratamiento de este tumor. La terapéutica quirúrgica es motivo de controversias. Se presentan los argumentos que esgrimen quienes proponen la lobectomía y favorecen la tiroidectomía total, lo mismo las recomendaciones de los autores para la estrategia quirúrgica en caso de cáncer papilar confirmado.

Indicaciones para la paratiroidectomía y la extensión del tratamiento en pacientes con hiperparatiroidismo secundario 43

Kevin S. Packman y Michael J. Demeure

Se observa hiperparatiroidismo secundario en la mayor parte de los casos de insuficiencia renal crónica, aunque rara vez requiere tratamiento operatorio. La fisiopatología es compleja y abarca riñón, hígado, intestino y hueso, además de glándula paratiroides. Aunque suele bastar con tratamiento médico en la mayoría de los casos, los restantes requerirán paratiroidectomía. Se habla de las indicaciones para operar y de la extensión del tratamiento.

Estudios de localización en pacientes con hiperparatiroidismo 45

Bradford K. Mitchell, Ronald C. Merrell y Barbara K. Kinder

Se ha aconsejado la ejecución sistemática de los estudios de localización de las paratiroides antes de operar a fin de mejorar los resultados, ahorrar tiempo y reducir los costos. Como consecuencia de la tasa alta de buenos resultados de la intervención quirúrgica nada más, estos estudios están indicados sólo para los casos de reoperación. Se propone un nuevo algoritmo que combina la imagenología sestamibi y la ultrasonografía.

Selección de pacientes con tumores suprarrenales incidentales para la operación..... 46

Edgar D. Staren y Richard A. Prinz

Se puede descubrir de manera incidental una tumoración suprarrenal hasta en 2% de los pacientes en los que el estudio de CT del abdomen es normal. El dilema clínico consiste en identificar al tumor suprarrenal funcionante o maligno raro que requerirá resección, a la vez que se evitan las pruebas y las intervenciones quirúrgicas innecesarias en la mayoría de los pacientes cuyas lesiones suprarrenales son no funcionantes y benignas. Son básicos historia clínica y exploración física concienzudas, y aplicación sensata de las pruebas de laboratorio, para identificar la probabilidad de una tumoración renal de importancia clínica. No hay motivo para poner en duda la necesidad de resecar las tumoraciones suprarrenales funcionantes o de gran tamaño (< 6 cm); también se aconseja la adrenalectomía en el caso de los tumores suprarrenales de 3 a 6 cm de diámetro en pacientes menores de 50 años de edad, y en los que tienen tumoraciones con características de CT ominosas. Se recomienda la observación con estudios de CT seriados en los pacientes de 50 años de edad o mayores, cuyas tumoraciones suprarrenales miden 3 a 6 cm, lo mismo que en todos los pacientes con tumoraciones inactivas desde el punto de vista hormonal que miden menos de 3 centímetros.

Progresos en el tratamiento de pacientes con síndrome de Zollinger-Ellison 4

Susan L. Orloff y Haile T. Debas

Se presenta una descripción detallada de los progresos recientes en el tratamiento de los pacientes que experimentan síndrome de Zollinger-Ellison (ZES). Se revisa la presentación clínica y se habla de los nuevos instrumentos diagnósticos tanto preoperatorios como transoperatorios. Se ofrece una actualización sobre el tratamiento quirúrgico, con indicaciones para la exploración abdominal, las técnicas

transoperatorias de localización, la resección quirúrgica y el criterio ante los sujetos con metástasis o en los que no se encuentra tumor. Se revisan, del mismo modo, las nuevas estrategias del tratamiento médico de dicho síndrome. Se presenta una actualización de la supervivencia de los pacientes y se habla de la asistencia de los que experimentan neoplasia endocrina múltiple tipo 1 y síndrome de Zollinger-Ellison.

Operaciones paliativas para pacientes con una neoplasia endocrina irreseccable..... 493

Theresa G. Zogakis y Jeffrey A. Norton

Es raro el cáncer endocrino. La intervención quirúrgica es el único tratamiento curativo para los pacientes que experimentan esta clase de cáncer. Los endocrinos malignos suelen ser de progreso lento y los individuos pueden vivir muchos años con enfermedad metastática. Por tanto, podría estar indicado en ellos intervenir con energía para extirpar las neoplasias primarias y metastáticas. La resección quirúrgica de los localizados suele producir curación. La de los tumores metastáticos puede prolongar la supervivencia. Del mismo modo, puede aliviar los síntomas relacionados con la producción excesiva de hormonas y con el tamaño del tumor. El cirujano debe individualizar la intervención quirúrgica en las personas con cáncer endocrino para identificar la reseccabilidad del tumor, la tasa potencial de morbilidad y los beneficios para el paciente.

Índice alfabético 507