Entrevista

Entrevista al Profesor Julian Donckier

Julian Donckier, MD, PhD
Profesor Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.
Profesor de Endocrinología y Fisiología Universidad de Namur (FUNDP). Jefe del Servicio de Medicina Interna, Endocrinología y Diabetes del Hospital Universitario de Mont-Godinne, Universidad de Lovaina.

¿Considera que a nivel mundial ha aumentado el Cáncer de tiroides? ¿Porque?

Sí, sin duda hay una mayor incidencia de cáncer de tiroides como lo indican las encuestas en los Estados Unidos, sino también en otros países como el nuestro, Bélgica. La incidencia de cáncer de tiroides también está aumentando más rápido que el de otros tipos de cáncer. ¿Por qué? Durante mucho tiempo, se ha pensado que la mejora de los métodos de detección influyó en los diagnósticos más frecuentes. Sin embargo, es probable que haya un aumento real de la incidencia de cáncer de tiroides que podría estar relacionado sobre todo con múltiples factores de riesgo ambiental, como la exposición a la radiación. En algunos países europeos, el papel de la nube radiactiva tras el accidente de la central nuclear de Chernobyl ha sido cuestionado, pero esto todavía está sujeto a debate.

¿En qué circunstancias sospechar un MEN 2B frente a un paciente que debuta con Diabetes?

La diabetes que se diagnostica en un paciente con MEN 2B se relaciona con la aparición de feocromocitoma. En un paciente con feocromocitoma, los síntomas de la hiperglicemia, debido a una diabetes mellitus «de novo» en ocasiones puede ser la manifestación primaria. Esta diabetes ocurre con mayor frecuencia en pacientes jóvenes con un índice de masa corporal normal. También puede haber síntomas debido a la hipersecreción de catecolaminas, como la cefalea episódica, la sudoración y la taquicardia, posiblemente asociados con la hipertensión. Además, el síndrome MEN 2B incluye otras características clínicas típicas, como un hábito marfanoide o múltiples neuromas mucosales en la porción distal de la lengua, los labios y zonas subconjonctival. Finalmente, el descubrimiento de un nódulo tiroideo en esta situación puede sugerir el diagnóstico de carcinoma medular de tiroides.

¿Cuándo sospecho un Feocromocitoma y cuál es el estudio inicial antes de enviarlo al especialista?

El diagnóstico de feocromocitoma se debe sospechar por los síntomas típicos paroxística, hipertensión inusual o refractaria, el descubrimiento de un incidentaloma suprarrenal o un historial familiar de feocromocitoma o paraganglioma, posiblemente asociado con otros síntomas genéticos (MEN 2A o B, la neurofibromatosis tipo 1 y enfermedad de von Hippel-Lindau). La prueba de "screening" inicial debe ser una medida de 24 horas de catecolaminas fraccionadas (adrenalina, noradrenalina y dopamina) y de sus metabolitos (metanefrinas, normotanefrinas, VMA y HVA). Es de destacar que los mejores resultados se logran mediante la sospecha diagnóstica y la medición de metanefrinas y normotanefrinas.

¿En quién sospechar un Feocromocitoma de origen hereditario?

En primer lugar, en los pacientes con antecedentes familiares u otros signos clínicos típicos de un síndrome familiar. Como se mencionó anteriormente, los que incluyen MEN 2A y B, el síndrome de von Hippel-Lindau, la neurofibromatosis tipo 1 y síndromes hereditarios, tales como tumores glómicos. Sin embargo, estudios recientes también han sugerido que el 25% de los pacientes con feocromocitoma tienen mutaciones en línea germinal de genes. Según la Red Europea para el Estudio de los tumores suprarrenales (ENS @ T), las mutaciones también se deben sospechar en pacientes jóvenes (menores de 35 años), en pacientes con tumores múltiples o extraadrenal, feocromocitomas bilaterales y los tumores malignos. Es de notar que algunas mutaciones se pueden encontrar en pacientes con una presentación aparentemente esporádica.

Opinión frente a nuevos tratamientos (ej: inhibidores de la Tiroquinasa), en Cáncer de Tiroides metastásicos que no captan Yodo.

No hay mucho que ofrecer a los pacientes cuyo tumor no adquiere yodo radiactivo. En primer lugar, la terapia con levotiroxina debe administrarse en dosis que inhiban la TSH. Recurrencias del cuello pueden ser tratadas mediante cirugía o radioterapia externa. Algunas metástasis a distancia también pueden ser tratadas mediante cirugía, la radioterapia o la ablación por radiofrecuencia. La respuesta a la quimioterapia citotóxica es generalmente pobre. Por lo tanto, el tratamiento dirigido molecularmente con los inhibidores de la tirosina quinasa es sin duda una opción nueva e interesante. Hasta

ahora, han sido reportadas, estabilizaciones o respuestas parciales con estos fármacos. Cabe señalar que los efectos secundarios también son importantes. Los resultados de los estudios de fase III que se encuentran en marcha están a la espera de resultados, pero creemos que los inhibidores de quinasa multiblanco son prometedores nuevos tratamientos.

Criterios para identificar los sujetos con Cáncer de Tiroides que no requieren tratamiento con Yodo radiactivo

El yodo radiactivo puede no ser necesario en pacientes con un tumor de menos de 1 cm limitado a la tiroides (T1a de acuerdo al sistema de estadificación TNM), sin otras características de alto riesgo. Sin embargo, creemos que el yodo radiactivo se debe dar en los tumores T1b (de 1-2 cm limitado a la tiroides) y en etapas posteriores. Para el cáncer multifocal (que no está en la clasificación TNM), el tamaño debe ser tomado en cuenta. Esta estrategia también debe ser evaluada de acuerdo a la histología. De hecho, una variante histológica más agresiva (una variante de células altas del carcinoma papilar, por ejemplo) puede requerir yodo radiactivo tempranamente, independiente del tamaño del punto de corte. En cualquier caso, se recomienda una discusión multidisciplinaria.

Su opinión frente a la epidemia mundial de Obesidad ¿Tiene solución?

Aun cuando puede haber un contexto genético, parece que la única manera de perder peso es disminuir el consumo de energía y aumentar el gasto energético. ¿Cómo? Mediante la combinación de dieta, ejercicio y modificación del comportamiento. El ejercicio, por lo general se considera importante para mantener la pérdida de peso a largo plazo. El tratamiento farmacológico y la cirugía bariátrica deben ser propuestos de forma individual por el médico de acuerdo a una evaluación médica. Por lo tanto, en términos del mundo de la política y la sociedad, creemos que la información sobre las modificaciones de estilo de vida deben ser impulsadas por la prensa y las campañas nacionales, los médicos de cabecera y en los colegios. Las principales ventajas del aprendizaje de la escuela son la prevención y los resultados a largo plazo. Tanto los niños como sus padres podrían ser educados e informados de cómo controlar la ingesta de alimentos y aumentar la actividad física. El auto-monitoreo y la motivación son particularmente importantes. Los estilos de vida saludables, basados a través de Internet también podrían ayudar. No estamos convencidos de que los impuestos sobre los alimentos altos en grasa, como defienden algunos gobiernos, sea la solución milagrosa.

Cirugía Bariatrica como tratamiento de la Diabetes tipo 2.

Como se demuestra en ensayos de gran tamaño (como el trial SOS), la cirugía bariátrica puede reducir la incidencia de la diabetes. En algunos ensayos que compararon la cirugía con el tratamiento médico en pacientes obesos con diabetes, la diabetes puede ser resuelta o mejorar con la cirugía en un gran número de casos. Se ha observado una rápida mejoría de la sensibilidad a la insulina (sobre todo después de la derivación), así como de la liberación de la incretinas. Sin embargo, cabe señalar que las complicaciones y trastornos nutricionales también existen. De modo que, sí, la cirugía bariátrica puede reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con la obesidad. Más específicamente, se puede curar la diabetes, pero su indicación debe ser evaluada individualmente en cada paciente según el riesgo quirúrgico, la severidad de la obesidad, el fracaso de anteriores intervenciones médicas y el trasfondo psicológico. En cualquier caso, el paciente debe estar motivado y bien informado de los pros y los contras de la cirugía.

Dr. Hernán García B.
Departamento Pediatría
Unidad de Endocrinología
Pontificia Universidad Católica de Chile