

ARTÍCULO CLÁSICO

Comportamiento de los tumores malignos de tiroides en nuestro medio

Dr. Yuri Medrano Plana¹

Dr. Félix Manuel Becerra Cabanes²

Dr. José Luis Llovera Rodríguez³

Est. Mauricio Rafael Ortiz Vargas⁴

Est. Ramón Bladimir Ramírez Cárdenas⁴

Est. Sabrina Rebeca Santana Valencia⁴

RESUMEN

El carcinoma es el cáncer más frecuente de las tumoraciones de la glándula tiroides y la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. El cáncer tiroideo afecta a la mujer con mayor frecuencia que al hombre y suele presentarse en personas de 25-65 años de edad. Se estudiaron los pacientes intervenidos quirúrgicamente por tumores malignos de la glándula tiroides en el Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Santa Clara en el período de un año (enero–diciembre de 2003). La incidencia fue de un 34.3%, con predominio del sexo femenino en relación al masculino y mayor incidencia en las edades comprendidas entre 31 y 60 años. La manifestación clínica fundamental fue el aumento de volumen a nivel cervical. Se realizaron estudios preoperatorios de importancia marcada para el diagnóstico y el tratamiento: hemograma, leucograma, ultrasonido cervical y biopsia por aspiración con aguja fina, los dos últimos son muy necesarios para definir la conducta a seguir. El tratamiento en todos los pacientes fue quirúrgico, en el 75% de los casos se practicó la tiroidectomía total, con resultados favorables. El 75% de los pacientes fueron egresados satisfactoriamente, con una estadia hospitalaria inferior a tres días.

DeCS:

NEOPLASMAS DE LA TIROIDES

SUMMARY

Carcinoma is the most frequent thyroid gland tumor and also the most frequent endocrine system malignancy. Thyroid cancer affects women more frequently than men, usually having an onset between ages 25 and 65 years. A study was performed including all cases with thyroid malignancy surgically treated in the Provincial University Hospital Arnaldo Milián Castro between January and December 2003. The incidence was 34.3%, with a female gender preference, with a peak at ages between 31 and 60 years. The main clinical symptom was cervical mass. Preoperative ancillary tests were performed in order to help diagnosis and therapy (hemogram, cervical ultrasound and fine needle aspiration biopsy), being the last two procedures of utmost importance regarding the practical management. The treatment was surgical in all cases, with a total thyroidectomy in 75% of them. The 75% of cases were discharged successfully, with a hospitalization of less than 3 days.

MeSH:

THYROID NEOPLASMS

INTRODUCCIÓN

Fue Schlüter, en 1857, quien describió por primera vez un caso de cáncer de tiroides. De las tumoraciones malignas de esta glándula el carcinoma es el cáncer más frecuente y la neoplasia maligna más común del sistema endocrino.^{1,2}

Los tumores bien diferenciados (papilar o folicular) son sumamente tratables y generalmente curables, mientras que el medular y el anaplástico (tumores poco diferenciados) son mucho menos comunes, de rápida evolución, hacen metástasis temprana y tienen un pronóstico mucho más precario.^{1,3}

El cáncer tiroideo afecta a la mujer con mayor frecuencia que al hombre y suele presentarse en personas de 25-65 años de edad. La incidencia de esta enfermedad ha aumentado durante el último decenio.^{1,3,4}

A finales de los años 80 se introdujo en nuestro centro el uso conjunto de la biopsia por aguja fina (BAAF) y el ultrasonido cervical (Us cervical) para ayuda del diagnóstico preoperatorio de estas lesiones malignas y se han alcanzado resultados muy favorables que han revolucionado la conducta a seguir en el tratamiento de los nódulos tiroideos.

Motivados por este hecho decidimos realizar esta investigación, con el objetivo de conocer el comportamiento de los tumores malignos de la glándula tiroides en nuestro centro y estudiar variables importantes como: edad, sexo, manifestaciones clínicas, estudios preoperatorios, diagnóstico final, tipo de tratamiento, complicaciones y estadía hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de los pacientes operados por tumores de la glándula tiroides en el período de un año, comprendido entre enero y diciembre de 2003.

Técnicas y procedimientos

De selección de la muestra: Del universo de pacientes operados por tumores benignos y malignos de la glándula tiroides durante el año de estudio (35), se tomó una muestra de 12 pacientes; todos con el diagnóstico de tumores malignos de la glándula tiroides, que representa un 34.3% del universo de la investigación.

De recogida de la información: Para la recogida de la información se consultó la base de datos de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica y se elaboró una ficha, en la cual se vertieron los datos provenientes de las historias clínicas individuales de los pacientes (anexo).

Variables para caracterizar demográficamente la muestra estudiada:

- Sexo (se consideraron ambos sexos).
- Edad:
 - 15 – 30
 - 31 – 60
 - Más de 60

Variables utilizadas para describir clínicamente los pacientes afectados:

- Aumento de volumen cervical
- Dolor a nivel cervical
- Pérdida de peso
- Anorexia
- Astenia

- Dificultad al tragar
- Ronquera
- Otras

Variables utilizadas para describir los estudios preoperatorios indicados:

- Leucograma
- Coagulograma
- Us cervical
- BAAF
- Otras

Variables utilizadas para describir el tratamiento realizado:

- Tratamiento quirúrgico
 - Tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar funcional
 - Lobectomía

Variables utilizadas para describir las complicaciones postoperatorias:

- Disnea postoperatoria
- Mixedema postoperatorio
- Tormenta tiroidea
- Hemorragia
- Lesión recurrencial
- Tetania por exéresis de las paratiroides
- Hiperparatiroidismo recurrente
- Infecciones
- Lesión de la tráquea y el esófago
- Lesión del paquete vascular del cuello
- Otras

De procesamiento y análisis: Para el procesamiento de la información se resumieron las variables con calculadora de mesa por ser compatibles con el tamaño de la muestra. Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó el método de por cientos.

RESULTADOS

En el universo estudiado encontramos un predominio de los procesos benignos con relación a los malignos, que constituyen el 34.3%. De éstos el de mayor por ciento fue el carcinoma papilar, presente en ocho pacientes, seguido del carcinoma folicular (tabla 1).

Tabla 1. Resultados histopatológicos de las biopsias de tiroides

Resultados histológicos	Cantidad	%
Hiperplasia nodular tiroidea	17	48.6
Carcinoma papilar	8	22.8
Carcinoma folicular	4	11.4
Tiroiditis crónica de Hashimoto	4	11.4
Hiperplasia nodular con metaplasma de células de Hürter	1	2.9
Graves Basedow	1	2.9
Total	35	100

Fuente: Expedientes clínicos

Se evidencia, en la muestra estudiada, un predominio del sexo femenino con un total de 11 casos (91.7%). El mayor número de pacientes de la muestra se encontraba en edades comprendidas entre 31 y 60 años para un 58.3% (tabla 2).

Tabla 2. *Distribución de la muestra según la edad del paciente*

Grupo de edades	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
15 – 30	3	27.3	-	-	3	25.0
31 – 60	7	63.6	-	-	7	58.3
Más de 60	1	9.1	1	100	2	16.7
Total	11	91.7	1	8.3	12	100

Fuente: Expedientes clínicos

El 100% de los pacientes presentaba aumento de volumen a nivel cervical, seguido en frecuencia por síntomas generales como pérdida de peso y astenia. Se presentaron también, de forma aislada y en menos frecuencia, otros síntomas entre los que se encontraron la ronquera, la disfagia y el nerviosismo (tabla 3).

Tabla 3. *Principales manifestaciones clínicas*

Manifestaciones clínicas	Cantidad	%
Aumento de volumen cervical	12	100
Pérdida de peso	5	41.7
Astenia	4	33.3
Nerviosismo	1	8.3
Ronquera	1	8.3
Dificultad al tragar	1	8.3

Fuente: Expedientes clínicos

En la totalidad de los pacientes se realizaron estudios complementarios preoperatorios entre los que se encontraban: hemograma y coagulograma, Us cervical y BAAF de la lesión tumoral (tabla 4). Solo en uno de estos pacientes se realizaron otros estudios como T₃, T₄ y TSH.

Tabla 4. *Estudios preoperatorios indicados*

Estudios complementarios	Cantidad	%
Hemograma completo	12	100
Coagulograma	12	100
Us cervical	12	100
BAAF	12	100
TSH	1	8.3
T ₃ y T ₄	1	8.3

Fuente: Expedientes clínicos

El 100% de los casos recibió tratamiento quirúrgico (tabla 5). A tres pacientes se les realizó solamente lobectomía; en el resto fue aplicada la tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar funcional (75%).

Solo en uno de los pacientes operados se presentaron complicaciones postoperatorias dadas por dificultades respiratorias en el postoperatorio inmediato y paresia de una de las cuerdas vocales.

Tabla 5. Modalidad de tratamiento quirúrgico

Modalidad	Cantidad	%
Tiroidectomía	9	75.0
Lobectomía	3	25.0
Total	12	100

Fuente: Expedientes clínicos

El 75% de los pacientes tuvo una estadía hospitalaria inferior a los tres días, el resto (25%) estuvieron ingresados siete días (tabla 6).

Tabla 6. Estadía hospitalaria

Días	Cantidad	%
Menos de 3 días	9	75.0
4 – 7 días	3	25.0
Más de 7 días	-	-
Total	12	100

Fuente: Expedientes clínicos

DISCUSIÓN

En el estudio realizado se observa un predominio de las lesiones benignas con respecto a las malignas; las hiperplasias nodulares (48.6%) y los carcinomas papilares (22.8%), tal como se menciona en la literatura consultada.^{1,3,4}

Con relación al sexo coincidimos con la mayoría de los autores consultados,³⁻⁷ el sexo predominante en los procesos malignos encontrados en nuestro estudio fue el femenino, asociado a edades comprendidas entre los 31 y los 60 años. También coincide el predominio del carcinoma papilar con relación al folicular, ya que esta entidad se presenta con más frecuencia en la tercera y la quinta décadas de la vida.³

En relación a las manifestaciones clínicas de estos pacientes, encontramos que la totalidad de ellos presentaba, al momento del ingreso, un aumento de volumen del cuello, motivo principal por lo cual acudieron a la consulta. Le continuaron, en orden de frecuencia, algunos síntomas generales como la pérdida de peso y la astenia, relacionado con el proceso anarquicoproliferativo de base. Llama la atención la escasa frecuencia con que se presentó el nerviosismo, que solo estuvo presente en uno de los enfermos, este dato nuestro no coincide con lo publicado por otros autores.^{3,4,6,8}

En cuanto a los complementarios indicados en el preoperatorio de los pacientes, y en coincidencia con estudios publicados,^{2,9-11} encontramos que al 100% de éstos se les realizaron estudios como hemograma y coagulograma completo, Us cervical y BAAF. Estos fueron de vital ayuda en la definición de la conducta quirúrgica a seguir: en aquellos en que la BAAF dio positiva, y antecedentes de Us cervical con lesiones únicas y pequeñas (menores a 1cm), se definió la realización solo de lobectomía, no así en el resto de los casos, tal y como comentan algunos autores.^{6,7,12-15} En la totalidad de los pacientes operados se logró corroborar el diagnóstico preoperatorio con los resultados histopatológicos de las biopsias.

Encontramos que en la mayoría de los pacientes que conformaron la muestra, la estadía hospitalaria fue inferior a los tres días; acorde con lo que se publica actualmente en el tratamiento de estas afecciones.

Solamente encontramos un paciente con complicaciones en el postoperatorio inmediato, manifestadas por dificultad respiratoria y paresia de una de las cuerdas vocales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saito T. Multiple endocrine neoplasia. *Nippon Rinsho*. 2004;62(5):962-6.
2. Jiménez C, Gagel RF. Genetic testing in endocrinology: lessons learned from experience with multiple endocrine neoplasia type 2. *Growth Horm IGF Res*. 2004;14 Suppl A:150-7.
3. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM. In: A National Cancer Data Base report on 53 856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995. *Cancer*. 1998;83(12):2638-48.
4. Khoo MI, Asa SL, Witterick IJ. Thyroid calcification and its association with thyroid carcinoma. *Head Neck*. 2002;24(7):651-5.
5. Segovia IG, Gallowitsch HJ, Kresnik E, Kumnig G, Igerc I, Matschnig S, et al. Descriptive epidemiology of thyroid carcinoma in Carinthia, Austria: 1984-2001. *Thyroid*. 2004;14(4):227-86.
6. Iribarren C, Haselkorn T, Tekawa IS. Cohort study of thyroid cancer in a San Francisco Bay area population. *Int J Cancer*. 2001;93(5):745-50.
7. Tie Y, Mao JP, Liu B, Song Y, Dong Y, Sun ZX. Effect of Papillary Thyroid Carcinoma Related Gene PTC1 on Subcellular Localization and Function of ATM Cell. *Ai Zheng*. 2004;23(5):487-92.
8. Fraker DL, Skarulis M, Livolsi V: Thyroid tumors. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 1740-1762.
9. Rajesh L, Saha M, Radhika S, Das Radotra B, Rajwanshi A. Morphometric image analysis of follicular lesions of the thyroid. *Anal Quant Cytol Histol*. 2004;26(2):117-20.
10. Sanders LE, Cady B. Differentiated thyroid cancer: reexamination of risk groups and outcome of treatment. *Arch Surg*. 1998;133(4):419-25.
11. Thyroid American Joint Committee on Cancer. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 6th ed. New York: Springer; 2002. p. 77-87.
12. Stephenson TJ. Papillary carcinoma of the thyroid: difficult yet fascinating model of oncogenesis and tumour progression. *Pathology*. 2004;44(5):498-500.
13. Guercioni G, Siquini W, Taccaliti A, Marmorale C. Surgical treatment of differentiated thyroid carcinoma. *Ann Ital Chir*. 2003;74(5):501-9.
14. Lennard CM, Patel A, Wilson J. Intensity of vascular endothelial growth factor expression is associated with increased risk of recurrence and decreased disease-free survival in papillary thyroid cancer. *Surgery*. 2001;129(5):552-8.
15. Godballe C, Asschenfeldt P, Jorgensen KE. Prognostic factors in papillary and follicular thyroid carcinomas: p53 expression is a significant indicator of prognosis. *Laryngoscope*. 1998;108(2):243-9.
16. Voutilainen PE, Multanen MM, Leppäniemi AK. Prognosis after lymph node recurrence in papillary thyroid carcinoma depends on age. *Thyroid*. 2001;11(10):953-7.

DE LOS AUTORES

1. Residente de Cirugía General.
2. Especialista de I y II Grado en Cirugía General.
3. Especialista de I Grado en Cirugía General.
4. Estudiante de Medicina.

ANEXO

Ficha de recolección de la información

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Número de HC: _____

Manifestaciones clínicas:

Aumento de volumen cervical _____

Pérdida de peso _____

Astenia _____

Ronquera _____

Dolor a nivel cervical _____

Anorexia _____

Dificultad al tragar _____

Otras _____

Estudios preoperatorios indicados:

Leucograma _____

Us cervical _____

Otras _____

Coagulograma _____

BAAF _____

Tipo de tratamiento:

Quirúrgico:

Otros:

Complicaciones postoperatorias:

Disnea postoperatoria _____

Recidiva tumoral _____

Hemorragia _____

Infecciones _____

Tetania por exéresis de las paratiroides _____

Hiperparatiroidismo recurrente _____

Lesión del paquete vascular del cuello _____

Mixedema postoperatorio _____

Tormenta tiroidea _____

Lesión recurrencial _____

Lesión de la tráquea y esófago _____

Fecha de ingreso: _____

Fecha de egreso: _____

Estadía hospitalaria: _____