

CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES

Alfonso Campos Rojas. F.A.C.S.*

RESUMEN

Se presenta la experiencia acumulada en el diagnóstico y tratamiento de 51 casos de carcinoma folicular de tiroides que representan el 17.5% de un total de 291 casos de carcinoma tiroideo, en un período comprendido entre el 1° de enero de 1971 y el 31 de agosto de 1993.

Cuatro quintas partes del total de casos estaban constituidas por pacientes del sexo femenino, cuya edad promedio fue de 47.4 años y cuyo motivo principal de consulta o referencia fue la presencia de una tumoración en la cara antero-inferior del cuello. La indicación quirúrgica fue en la mayoría de los casos la presencia de un nódulo tiroideo frío único en la glándula. En 13 pacientes se realizó biopsia por aspiración previa a la intervención quirúrgica, que fue positiva por neoplasia en un 61.5% de los casos.

El procedimiento quirúrgico más frecuentemente empleado fue la resección total del lóbulo tiroideo en donde se encontraba el nódulo, más resección del istmo y subtotal del lado contrario. Nueve pacientes han desarrollado metástasis a distancia posterior a la operación y siete de los pacientes intervenidos fallecieron en el primer año, después del tratamiento quirúrgico.

INTRODUCCION

Numerosos intentos de clasificación histológica para el cáncer de la glándula tiroidea han sido realizados desde que Langhans en 1907⁽¹⁾, con bastante

minuciosidad, dividió los tumores epiteliales de la glándula en siete grupos.

En 1924, los tumores tiroideos fueron agrupados por Graham⁽¹⁾ en tres grupos diferentes de cáncer, que él denominó carcinoma escirroso, papilar y adenoma maligno.

Posteriormente Dunhill, en 1931⁽²⁾, los dividió en dos grandes grupos: tumores diferenciados que comprendían los de tipo papilar y folicular y los indiferenciados o anaplásicos, clasificación que obtuvo gran auge durante varios años por ser simple y razonable. Muchas otras clasificaciones fueron empleadas entre los años de 1940 y 1950⁽¹⁾. Beahrs, en 1959⁽³⁾ en conjunto con Miembros del Departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Mayo, publicó un estudio de 885 casos, en el que trató de establecer un criterio uniforme, en relación con la histología de los tumores tiroideos, que fue considerado como el intento más serio para llegar a una clasificación universalmente aceptada por todos.

En 1964, Hazard y Smith⁽³⁾, presentaron una clasificación de tumores divididos en cuatro tipos: papilar, folicular, medular y anaplásicos, que fue aceptada y que vino a llenar una necesidad inaplazable, dada la diversidad de criterios antes de la misma.

Smith reagrupó los cuatro tipos en dos grandes grupos: tumores derivados de las células foliculares que comprenden los tipos papilar y folicular y anaplásicos y los originados de las células parafoliculares que incluye únicamente el carcinoma medular. Esta clasificación ha sido la de mayor aceptación y de uso más difundido hasta la fecha. En 1979, Campos y Pucci⁽⁴⁾ realizaron una revisión sobre cáncer de tiroides en

* Servicio Cirugía General
Hospital México

el Hospital México, en el cual el tipo folicular constituyó el 21,3% del total de casos estudiados, basado en los criterios histológicos previamente mencionados.

En la actualidad, se considera que el carcinoma folicular de tiroides no excede el 10% de los tumores tiroideos, considerados éstos como aquellos que presentan distorsión de la arquitectura folicular, atipia y pleomorfismo celular; a la vez se demuestra en ellos la presencia de metástasis a distancia o invasión de la cápsula y de los vasos sanguíneos⁽⁵⁾.

El criterio anterior nos ha llevado a realizar una revisión de los carcinomas tiroideos, considerados como foliculares por el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital México, desde el 1° de enero de 1971 hasta el 31 de agosto de 1993 y que constituye el presente trabajo.

MATERIAL Y METODOS

De 291 casos de carcinoma de glándula tiroides, diagnosticados entre el 1° de enero de 1971 y el 31 de agosto de 1993, en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital México, San José, Costa Rica, 51 correspondieron a carcinoma folicular (17,5%). El estudio de estos expedientes clínicos brindó los siguientes resultados.

RESULTADOS

Los 51 casos estaban constituidos por un grupo de 41 mujeres (80,4%) y por 10 hombres (19,6%), con una proporción de mujer/hombre de 4:1. La edad promedio en el grupo de 51 pacientes fue de 47,4 años (ámbito 14-80).

El mayor número de pacientes se concentró entre 31 y 40 años de edad, siguiendo en orden de frecuencia la segunda y cuarta décadas, respectivamente. Treinta y un pacientes eran me-

nores de 40 años y 20 fueron mayores de esa edad.

El motivo de consulta de referencia fue la presencia de un nódulo palpable en la cara antero-inferior del cuello, que aparentemente correspondía a la glándula tiroides en 17 casos, o sea el 33,3%. En 16 casos (31,3%) se notó la presencia de una tumoración en cuello, de origen a determinar. Con el diagnóstico de bocio multinodular crónico fueron referidos 8 pacientes (15,6%). En los 10 pacientes restantes, el motivo de consulta fue hipertiroidismo en cinco casos y disfagia en los otros cinco.

Entre los estudios diagnósticos preoperatorios, se realizó biopsia por aspiración de tiroides en 13 pacientes, de los cuales en 8 casos el diagnóstico fue positivo por carcinoma, sin especificarse el tipo, para un 61,5% de certeza diagnóstica. En cuatro casos la biopsia fue reportada como inespecífica y un caso resultó falso negativo.

Se realizó gammagrafía de tiroides en 26 casos. En 19 de ellos la imagen reportada fue un nódulo tiroideo frío. En 6 casos el gammagrama correspondió a un bocio multinodular y en un caso se reportó un nódulo tiroideo hipercaptante. El procedimiento quirúrgico empleado en la mayoría de los casos fue la resección total del lóbulo tiroideo del lado en donde se encontraba la tumoración, más resección del istmo y tiroidectomía subtotal contralateral. Treinta y nueve de los pacientes (76,4%) fueron sometidos a este tipo de cirugía. En cuatro casos se realizó biopsia por congelación, la cual fue reportada como positiva por carcinoma, y se realizó tiroidectomía total bilateral. En cuatro casos se realizó únicamente enucleación del nódulo, y finalmente, en los restantes cuatro pacientes se realizaron diversos procedimientos, como resección de la masa ganglionar, descompresión de estructuras vecinas y en dos casos reintervención quirúrgica.

ca, después de haber sido operados en otro centro hospitalario, para la extirpación de la mayor cantidad de tejido tiroideo residual.

A todos los pacientes se les administró terapia supresiva con Levotiroxina sódica en el período postoperatorio.

Después de 6 semanas de la intervención quirúrgica y de instaurar la terapia supresiva, a 26 pacientes se les realizó una gammagrafía tiroidea y administración de [131I], para ablación total del tejido tiroideo no extirpado.

En nueve pacientes (17,6%) se ha demostrado en su evolución postoperatoria metástasis a distancia, cinco a pulmón, uno a húmero, uno a codo y otro a columna vertebral. En otro paciente, se encontró infiltración grasa y en los ganglios mediastinales superiores.

Al momento del presente estudio, 7 pacientes (13,7%) habían fallecido en menos de un año, después de haber sido intervenidos; como consecuencia de su enfermedad tiroidea, 23 pacientes se encontraban entre 2 y 5 años de la operación, ocho entre 5 y 10 años, siete entre 10 y 15 años y seis con más de 15 años de supervivencia.

DISCUSION

El número de casos de carcinoma folicular acumulado en el hospital México en los últimos 22 años representa un 17,5% del total de neoplasias malignas de origen tiroideo.

Si bien esa cifra es inferior a 21,5%, reportada previamente por Campos y Pucci⁽⁴⁾ en 1979, aún representa un porcentaje de casos mayor que el máximo esperado en países como los Estados Unidos y Suecia⁽⁵⁾

La explicación para este hecho estriba en que en Costa Rica la población estuvo expuesta, por muchos años, a un déficit de la ingestión de yodo, por carencia de programas en la iodización de

la sal, lo cual se vino a solventar a partir de 1976. El estímulo prolongado de TSH sobre las glándulas adenomatosas, como sucede en áreas endémicas de bocio, aumenta la posibilidad de neoplasias malignas en la glándula tiroidea⁽⁶⁾

El segundo factor que es necesario mencionar es el criterio anatomopatológico estricto establecido en recientes años para diagnosticar histológicamente el carcinoma folicular, lo cual ha hecho más selectivo el número de casos encontrados.

El carcinoma folicular de tiroides representa un tipo de tumor más agresivo que el carcinoma papilar. Svend⁽⁷⁾ señala una mortalidad del 14% por carcinoma folicular, que es semejante a la encontrada por nosotros en el presente estudio (13,6%). La biopsia por aspiración de nódulos tiroideos, en manos experimentadas, ha dado índices de certeza diagnóstica realmente sorprendentes, como los señalados por Crile⁽⁸⁾ en la Cleveland Clinic, Lowhagen⁽⁹⁾ en el Instituto Karolinska de Suecia o Miller⁽¹⁰⁾ en el Hospital Henry Ford, que superan el 90%.

Este procedimiento permite una planeación más adecuada de la intervención quirúrgica y, por ende, mejores resultados.

Habíamos señalado que en 1980⁽¹¹⁾, la biopsia por aspiración de nódulos tiroideos fríos proporcionó sólo un 33% de correlación entre el diagnóstico de malignidad por citología y la biopsia definitiva. De ahí que siendo la mayoría de los pacientes portadores de un nódulo tiroideo frío, la cirugía se planifique para tal fin y no específicamente para el tratamiento de un carcinoma folicular. El porcentaje de pacientes portadores de carcinoma folicular con metástasis a distancia por vía hematológica (17,6%) obliga a estudiar adecuadamente a todos estos pacientes en el pre y

postoperatorio, con el fin de tratar de detectar la diseminación.

Por tanto, la variedad folicular del carcinoma tiroideo representa aún en Costa Rica un porcentaje significativo dentro de las neoplasias malignas de la glándula tiroides.

Su detección preoperatoria resulta difícil, debido a la poca experiencia con la biopsia por aspiración de nódulo tiroideo con aguja fina, que ha proporcionado un índice relativamente bajo de certeza diagnóstica, y por la dificultad para el patólogo de diagnosticar el carcinoma folicular adecuadamente en algunas ocasiones, específicamente en las biopsias por congelación transoperatorias.

La imagen gamagráfica y el ultrasonido tampoco permiten distinguir el carcinoma folicular de otras neoplasias transoperatorias.

La imagen gamagráfica y el ultrasonido tampoco permiten distinguir el carcinoma folicular de otras neoplasias tiroideas.

La diseminación hematógena del carcinoma folicular con metástasis a distancia en nueve de nuestros pacientes, así como una supervivencia menor de un año en el 13.7%, hacen imperativo el correcto y gresivo tratamiento y seguimiento de todos los casos.

ABSTRACT

Fifty one patients with folicular carcinoma of the thyroid gland were seen at the Mexico Hospital between 1st of January of 1971 and 31st of August of 1993.80% of the patients were females and 20% males, and the average age among the 51 patients was 47.3 years. They were seen at the Mexico Hospital mainly because of the presence of a cervical nodule. In 19 of these cases, a cold solitary nodule was reported in the preoperative gama study.

In 13 patients, a fine needle biopsy was done. In 65% of these cases, the result was positive for carcinoma.

Total thyroidectomy of the same side of the nodule with resection of the isthmus and subtotal lobectomy on the other side was the most common surgical procedure used.

13.7% of the patients died in the first postoperative year.

BIBLIOGRAFIA

1. Fransilla Koasli. Value of histologic classification of thyroid cancer. *Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica*. Sección A - 197: Supplement N° 225.
2. Taylor S. Carcinoma of the Thyroid Gland. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*. Vol 14, p. 183-192. July 1959.
3. Beshrs Oliver H, Pasternak Bart M. Cancer of the Thyroid Gland. *Current Problems in Surgery*. December 1969, p. 3-36.
4. Campos A. Pucci J. Carcinoma de Tiroides en el Hospital México. *Acta Médica Costarricense*. Vol 33, N° 3:110-114;1990.
5. Grant Clive. *Operative and Postoperative Management of the Patient with Follicular and Hürtale Cell Carcinoma: Do They Differ? Manual of Endocrine Surgery*. Postgraduate Course #16. 79th Annual Clinical Congress American College of Surgeons.
6. De Groot Leslie, Thyroid Carcinoma. *The Medical Clinics of North America* 1975. Vol 59, N° 5:1233-1245.
7. Svend B., Ljungberg G., Tibblin S: A Clinical Epidemilogic Study of Thyroid Carcinoma 1n Malzo, Sweden. *Current Problems in Surgery*. August 1984, Vol VIII, N° 14:7-45.
8. Crile G Jr and Hauk A Jr. Aspiration Biopsy of Thyroid Nodules. *Surg. Gynecol Obstct*. 1973:136-241.
9. Lowhagen T, William G.S, Lundell G: Aspiration Biopsy Cytology in Diagnosis of Thyroid Cancer. *World J. Surg*. 1981; 5:1-49.
10. Miller J.M: Diagnosis of Thyroid Nodules by fine Needly Aspiration. *JANA*. 1979:481-486.
11. Campos A, Boza J: Biopsia por Aspiración de Nódulos Tiroideos. *Acta Médica Costarricense*. Vol 33, N°3:110-114, 1990.