

Carcinoma de Tiroides en el Hospital México

Dr. Alfonso Campos Rojas*
Dr. Juan I. Pucci Coronado**

RESUMEN

Se presentan 80 casos de carcinoma de tiroides todos diagnosticados y tratados durante los primeros nueve años de existencia del Hospital México, Caja Costarricense del Seguro Social.

Se corrobora a través del análisis de nuestros casos una serie de características del carcinoma de tiroides como son: su franco predominio en el sexo femenino, la mayor incidencia del carcinoma papilar, la larga sobrevivencia de estos pacientes (exceptuando los casos de carcinoma indiferenciado que son de pésimo pronóstico), y la buena correlación que existe entre este tipo de lesión y su aspecto gamagráfico.

Se discute además el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad enfatizando su mínima morbilidad y la necesidad de uniformar la conducta quirúrgica de acuerdo al tipo de lesión.

INTRODUCCION

La Cirugía de la glándula tiroides ha pasado desde el aporte original por Albucasis de Bagdad y Celsus hasta nuestros días, por diferentes períodos, algunos de mucha mayor trascendencia e importancia que otros. Enumerar los antecedentes históricos que han llevado al estado actual en el tratamiento de las enfermedades tiroideas, nos obligaría a mencionar un número considerable de anatomistas, fisiólogos, internistas, bioquímicos, investigadores y cirujanos que en mayor o menor grado han contribuido en forma brillante al mejor conocimiento y por ende a un mejor diagnóstico y tratamiento de las enfermedades tiroideas.

En las últimas décadas de estudio y tratamiento de los tumores de la glándula tiroides, se ha visto facilitado por un mejor conocimiento biológico de los mismos, de una mejor descripción del patrón histológico de las diferentes variedades y de la aceptación cada vez más amplia de una clasificación histológica que hasta hace pocos años resultaba confusa.

Si bien se señala a esta glándula como responsable únicamente del 1.3% de todos los tumores, lo cual la coloca en el número 20 como sitio anatómico en cuanto a porcentaje de incidencia, es cierto que gran número de pacientes portadores de este tipo de tumores, dada la excelente evolución que experimentan cuando son adecuadamente tratados, mueren de otras causas.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo expone la experiencia en el Hospital México en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de tiroides, durante un período de nueve años comprendido entre 1.º de setiembre de 1969 y el 31 de agosto de 1978. Se estudió un total de 80 pacientes, todos con comprobación histológica de la lesión, integrado por 69 mujeres y 11 hombres. Se estudió en ellos la distribución por edad, el motivo de consulta, la valoración reoperatorio clínica, funcional y gamagráfica. Desde el punto de vista quirúrgico se analiza la experiencia con la biopsia por congelación, el tipo de operación realizada, la mortalidad y morbilidad operatorias. Postoperatoriamente se han revisado el tipo histológico del tumor, la patología asociada y su

* Asistente Cirugía General. Hospital México.

** Residente de Cirugía General. Hospital México.

evolución.

RESULTADOS

Del total de 80 casos estudiados, 69 pacientes o sea el 86.3% correspondieron al sexo femenino y 11 (el 13.7%) al masculino (Cuadro No. 1), lo que da una relación de 6 a 1 en favor de las mujeres, semejante a la encontrada en otras estadísticas.

Casi el 70% de los casos se encontraban comprendidos entre la 3a. y 5ta. décadas de la vida. Sólo 6 casos, que representan el 7.5% eran pacientes con edad menor a los 20 años y después de los 50 se notó una franca disminución en el número de pacientes, que permaneció numéricamente estable hasta los 80 años. (Cuadro No. 2).

La edad mínima obtenida fue de 13 años y la máxima de 78, para un promedio de 40 años de edad.

Sólo 13 pacientes (el 16.2%) tenían antecedentes familiares positivos de enfermedad tiroidea, la mayoría no neoplásica.

En ninguno de los casos se encontró el antecedente de haber sufrido exposición a radiaciones ionizantes en la región del cuello y desde el punto de vista epidemiológico en razón del área de atracción que tiene el Hospital México, la gran mayoría de los pacientes eran provenientes de la Meseta Central.

El motivo de consulta o referencia al Hospital México (Cuadro No. 3) lo fue la presencia de una tumoración en la región del cuello en 43 casos, o sea el 53.7%, disfagia en 9 (11.2%), disfonía en 7 (8.7%), manifestaciones de hiperfunción tiroidea en 6 casos (7.5%) y en menor grado por bocio de larga evolución, adenopatías cervicales o disnea. En dos casos el hallazgo de carcinoma tiroideo se realizó en pacientes bajo estudio por otro tipo de patología (neumonía y carcinoma gástrico).

La imagen gamagráfica (Cuadro No. 4), realizada preoperatoriamente en casi todos nuestros pacientes, dio los siguientes resultados: nódulos "frío" en 43 casos (el 53.7%) lo cual representa el tipo de imagen más frecuente en pacientes con carcinoma tiroideo. Previos reportes nuestros han señalado en nuestro medio cifras del 28.5% de incidencia de carcinoma en pacientes portadores de nódulos "fríos". El nódulo hipocaptante le siguió en orden de frecuencia con 7 casos (el 8.7%) y menor grado, bocio difuso en 4 (5%), bocio multinodular en 3 (3.7%), bocio hipercaptante 4 (5%), glándula normal en 3 (3.7%) y con "Pocas cuentas" en 2 casos.

En 13 pacientes el estudio no se realizó

(16.2%).

De los 80 pacientes, 78 fueron sometidos a cirugía. En 31 se realizó biopsia por congelación transoperatoriamente (Cuadro No. 5), 26 de los cuales fueron reportados como positivos (83.9%), siendo en 5 casos un falso negativo (el 16.1%), cuatro de los cuales resultaron de tipo folicular y uno papilar.

No ha existido mortalidad operatoria hasta la fecha; sin embargo en 15 casos (19.2%) se presentó algún tipo de morbilidad quirúrgica (Cuadro No. 6) como: hipocalcemia transitoria (6.4%), parálisis de cuerda vocal en 3 casos (3.8%) por probable lesión del nervio laríngeo recurrente, hipoparatiroidismo en 2 casos (2.6%), persistencia de síntomas de hiperfusión en un caso (1.3%) e infección de la herida operatoria también en un solo caso. En tres pacientes fue necesario realizar una traqueotomía en el postoperatorio inmediato por insuficiencia respiratoria.

El tipo histológico reportado en nuestros 80 casos (Cuadro No. 7) fue: carcinoma papilar en 52 (65%), con un promedio de edad de 38.9 años; carcinoma folicular en 17 casos (21.3%) con una edad promedio de 32.8 años. En los 4 casos (5%) de carcinoma medular, la edad promedio fue de 45 años y finalmente los pacientes portadores de cáncer indiferenciado fueron 7 (8.7%) con el promedio de edad más alto (64.5 años).

Es importante mencionar que en 10 de nuestros casos se encontrará algún otro tipo de patología tiroidea asociada: en cinco casos tiroiditis crónica linfocitaria, todos con carcinoma del tipo papilar y en los otros cinco, hiperplasia con hipertiroidismo asociado, dos con cáncer papilar y tres del tipo folicular.

A continuación se analizarán los resultados en relación con el tipo histológico de lesión:

a) Carcinoma papilar (Cuadro No. 8).

El total de casos fue de 53, correspondiendo 48 al sexo femenino (92.3%) y sólo 4 al masculino (7.7%) guardando una proporción de 12 a 1.

Entre estos, tres correspondieron al tipo esclerosante oculto.

En 15 casos se encontraron metástasis (28.9%) a ganglios cervicales; además 2 pacientes presentaron invasión a tráquea y nervio recurrente.

El tipo de operación practicada varió considerablemente desde una tiroidectomía total del lado correspondiente a la lesión con resección del istmo y subtotal del otro lado en 19 casos (37.2%), hasta una tiroidectomía total con linfadenectomía en un caso. Otros métodos empleados lo fueron la tiroidecto-

mía subtotal bilateral en 6 casos (11.7%) extirpación del nódulo también en 6, subtotal unilateral en 4 casos (7.8%) lo mismo que tiroidectomía total ampliada y total más disección radical modificada del cuello de un lado. Una tiroidectomía bilateral se empleó sólo en 2 casos (3.9%). A la mayoría de los pacientes se les dió terapia sustitutiva con hormona tiroidea y a algunos pocos se les agregó además yodo-131 o radioterapia.

En el momento de realizar el presente estudio se encontraban bien 44 pacientes (84.6%) y habían presentado recidiva local 3 pacientes (5.8%). Se encontró un caso con enfermedad neoplásica avanzada y uno había fallecido (1.9%) por la enfermedad. Únicamente tres pacientes no habían seguido el control.

b) Carcinoma folicular (Cuadro No. 9)

Se presentaron 17 casos: 13 mujeres (76.5%) y 4 hombres (23.5%).

Sólo se encontraron metástasis preoperatoriamente en un caso, localizadas en pulmón y hueso.

Fueron intervenidos 16 pacientes y en 9 de ellos se realizó tiroidectomía casi total bilateral (56%). En tres casos fue total, en uno subtotal bilateral; extirpación del nódulo en dos y en una tiroidectomía total más linfadenectomía. Además en casi el 60% de los casos se dio otro tratamiento más (I-131, radioterapia o ambos).

De estos pacientes únicamente uno ha fallecido y quince se encuentran bien actualmente.

c) Carcinoma medular (Cuadro No. 10)

Se han presentado únicamente cuatro casos de carcinoma medular en el Hospital México, dos en cada sexo.

Se encontraron metástasis en ganglios cervicales en 2 casos y una en el mediastino.

En los tres pacientes operados se realizó tiroidectomía total; uno de ellos con disección radical modificada del cuello.

En el cuarto paciente la lesión fue un hallazgo de autopsia.

Los tres pacientes operados se encuentran bien uno, cuatro y medio, y seis años después.

d) Carcinoma anaplásico o indiferenciado (Cuadro No. 11)

Se han presentado siete casos de esta variedad: 6 en el sexo femenino y sólo uno en el masculino.

Seis pacientes presentaron metástasis a los ganglios del cuello y uno al pulmón. Además

cuatro pacientes tuvieron invasión a tráquea, tres a los músculos del cuello y dos a esófago.

La mayor parte se intervinieron en forma paliativa. En cuatro casos se realizó tiroidectomía subtotal bilateral y en uno unilateral. Se realizó con fines curativos una tiroidectomía total más disección radical de cuello bilateral en un caso; y finalmente se realizó sólo biopsia en un caso.

En dos pacientes con cirugía paliativa se realizó a la vez traqueotomía.

En 6 casos se dio radioterapia postoperatoriamente y en dos I-131.

Hasta la fecha han fallecido cinco pacientes, con un promedio de sobrevivencia de 2,8 meses. Dos se encuentran bien 6 y 32 meses después de la intervención.

CONCLUSIONES

1. El cáncer de tiroides se presenta predominantemente en el sexo femenino, con una relación de 6 a 1 en nuestra serie, y alrededor del 70% se presentan entre los 20 y 50 años de edad, sin embargo la tercera parte son menores de 30 años.
2. La mayoría de los pacientes (53,7%) consultaron por la presencia de una tumoración a nivel del cuello, la cual correspondía al nódulo tiroideo.
3. Llama la atención la presencia de 6 casos con hipertiroidismo asociado. La imagen gammagráfica es fundamental en la valoración de este tipo de lesiones, correspondiendo la mayoría de ellas a un nódulo tiroideo (frío) o hipocaptante (62,5%). El 15% sin embargo, mostraron otras imágenes (como bocio difuso o multinodular) e incluso cuatro pacientes presentaron nódulos hipercaptantes. Únicamente en tres pacientes el estudio fue normal. Creemos que la presencia de nódulos "fríos", por su alta asociación con carcinoma de tiroides, amerita un tratamiento más radical.
4. La biopsia por congelación transoperatoria sigue siendo una ayuda muy significativa para decidir la conducta quirúrgica, pero debemos tener siempre en cuenta un índice importante en falsos negativos (en nuestro estudio del 15%) sobre todo en el carcinoma folicular.
5. Existe un predominio franco del carcinoma papilar (65%) sobre los otros tres tipos, siendo el medular bastante infrecuente (únicamente el 5%). Llama la atención, que en nuestra serie el pro-

- medio de edad de los pacientes con carcinoma folicular es menor al de aquellos con papilar, hecho contrario a la experiencia de otros autores. Definitivamente el carcinoma indiferenciado se presenta en los pacientes de mayor edad (64 años de promedio).
6. La mortalidad operatoria en nuestro caso fue nula, y la morbilidad aunque relativamente elevada (19%) es poco significativa. En realidad únicamente los pacientes con parálisis de cuerda vocal (3.8%) e hipoparatiroidismo (2.6%), presentaron lesiones que significaron una secuela permanente. Cabe señalar que dos pacientes tenían invasión nerviosa previa por el tumor y en el tercer caso este fue seccionado a propósito, con el fin de practicar una cirugía radical. El resto de complicaciones fueron únicamente transitorias y sin mayor consecuencia para el paciente.
 7. Es tal la variedad de procedimientos quirúrgicos utilizados (10 diferentes), que no podemos concluir sobre cuál es la relación entre el tipo de cirugía y la evolución de los casos. Es indispensable para el futuro el unificar criterios en cuanto al tipo de cirugía para cada tipo de tumor.
 8. A pesar de la gran variabilidad de tratamiento quirúrgico, de los 52 pacientes con carcinoma papilar, únicamente uno

ha fallecido (1.9% de mortalidad) y cuatro siguen con enfermedad neoplásica (7.7%). El resto se encuentra sin recidiva aparente.

9. Los pacientes con carcinoma folicular fueron tratados en forma más agresiva (en 70% se efectúa tiroidectomía total, por lo menos del lado de la lesión) siendo la sobrevida el 100% en la actualidad. Únicamente un paciente se encuentra con metástasis.
10. El carcinoma anaplásico sigue siendo de pésimo pronóstico, y en el momento de su diagnóstico generalmente se encuentra en un estadio avanzado, alcanzando nuestra pequeña serie un 71% de mortalidad. La cirugía radical temprana aunada a la radioterapia siguen siendo la única esperanza de curación.
11. Tanto el carcinoma papilar como el folicular siguen siendo de excelente pronóstico y en nuestra serie no encontramos una diferencia significativa entre ambos.
12. Los tres pacientes con carcinoma medular operados (tiroidectomía total bilateral) también han tenido una buena evolución.
13. Finalmente cabe agregar que cualquier esfuerzo en el diagnóstico y estudio precoz de los nódulos tiroideos redundaría en un mejor pronóstico y sobrevida de los pacientes.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	No.	%
0-10 años	0	0
11-20	6	7,5
21-30	21	26,2
31-40	18	22,5
41-50	16	20
51-60	9	11,3
61-70	4	5
71 o más	6	7,5

CUADRO No. 1

SEXO	No.	%
Femenino	69	86,25
Masculino	11	13,75
TOTAL	80	100

CUADRO No. 3

MOTIVO DE CONSULTA O REFERENCIA	No.	%
Tumoración de cuello	43	53,75
Disfagia	9	11,25
Bocio de larga evolución	7	8,75
Disfonía	7	8,75
Manifestaciones de hipertiroidismo	6	7,5
Diagnóstico previo de CA de tiroides	4	5
Adenopatías cervicales	2	2,5
Disnea	1	1,25
Otros	1	1,25

CUADRO No. 4

IMAGEN GAMAGRAFICA	No.	%
Nódulo "frío"	43	53,75
Nódulo hipocaptante	7	8,75
Bocio difuso	4	5
Bocio hipercaptante	4	5
Bocio multinodular	3	3,75
Normal	3	3,75
"Pocas cuentas"	2	2,5
Bocio difuso hipercaptante	1	1,25
No efectuada	13	16,25

CUADRO No. 5

BIOPSIA POR CONGELACION TRANSOPERATORIA	No.	%
Positivas	26	83,9
Negativas	5	16,1
TOTAL	31	100

CUADRO No. 6

MORBILIDAD OPERATORIA	No.	%
Hipocalcemia transitoria	5	6,4
Parálisis cuerda vocal	3	3,8
Traqueostomía por insuf. resp.	3	3,8
Hipoparatiroidismo	2	2,6
Hipertiroidismo persistente	1	1,3
Infección de herida	1	1,3
TOTAL	15	19,2

CUADRO No. 7

TIPO HISTOLOGICO	No.	%
Papilar	52	65
Folicular	17	21,3
Indiferenciado	7	8,7
Medular	4	5

CUADRO No. 8

CARCINOMA PAPILAR					
	No.	%			
SEXO FEMENINO	48	92,3			
SEXO MASCULINO	4	7,7			
TOTAL	52				
METASTASIS	15	28,8	Ganglios cervicales invasión a tráquea y nervio laríngeo	15 1	
TRATAMIENTO	No.		EVOLUCION	No.	%
Cirugía	52		Bien	44	84,6
Hormona tiroidea	41		Recidiva local	3	5,8
Hormona + I-31	4		CA avanzado	1	1,9
Hormona + RA	2		Fallecida	1	1,9
			Sin control	3	5,8

CUADRO No. 9

CARCINOMA FOLICULAR				
		No.		%
SEXO FEMENINO		13		76,5
SEXO MASCULINO		4		23,5
TOTAL		17		100

METASTASIS -1-		-Pulmón y hueso-		
TRATAMIENTO	No.	EVOLUCION	No.	%
Cirugía	16	Bien	15	88,2
Hormona tiroidea	2	Con metástasis	1	5,9
Hormona + I+ 131	7	Sin control	1	5,9
Hormona + I-131+ RA I-131	1			

CUADRO No. 10

CARCINOMA MEDULAR				
		No.		%
SEXO FEMENINO		2		50
SEXO MASCULINO		2		50

MESTASTASIS		3 75		
			Ganglios	2
			Mediastino	1

TRATAMIENTO	No.	EVOLUCION	No.
Cirugía	3	Bien	3
Hormona tiroidea	1	Fallecido	1 (hallazgo autopsia)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BARBER'S COMPANY: Symposium of malignant disease of the thyroid gland, The British Journal of Surgery. 62. 1975.
- 2.- BEAHR'S, H.O.: Cancer of The Thyroid Gland. Current Problems in Surgery, Dec. 1969.
- 3.- BECKER, F.: The occurrence of carcinoma in hot thyroid nodules, Annals of Internal Medicine. 58:877, 1963.

- 4.- BURN J.I. and TAYLOR S.: Natural history of thyroid carcinoma. Brit. Medicine Journal. 2-1218,1962.
- 5.- GRANT. H.: The enigmatic Thyroid nodules Aun. of Surgery 158:205,1963.
- 6.- GROOT, L.J.: Thyroid carcinoma The medical Clinics of North America 59,1233, 1975.
- 7.- KAARLE F.: Is the differentiation between papillary and follicular thyroid carcinoma valid? Cancer 32 - 853. 1974.
- 8.- MAISEY M.N.: Improve Methods of thyroid seanning. J.A.M.A. 22-761. 1972.
- 9.- MEADOWS P.M.: Seitillation scanning in the management of the clinical single thyroid nodule. J.A.M.A. 177:229,1971.
- 10.- ROBINSON, E.: Incidence of cancer in thyroid nodule. Surg. Gin. and Obst. 123: 1024,1966.
- 11.- RUSSELL, N.O.: Thyroid carcinoma. Cancer 16 - 1425. 1963.
- 12.- SAMPSON, R.J. and KEY CH. R.: Thyroid carcinoma in Hiroshima and Nagasaki. J.A.M.A. 109:65.1969.
- 13.- TAYLOR S.: Carcinoma of the thyroid glands. Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburg. 14:183. 1969.
- 14.- TAYLOR S. and PSARRAS, A.: The solitary thyroid nodule benign or malignant Praxis 56:370,1967.
- 15.- TAYLOR S.: Surgical treatment of carcinoma of the Thyroid. British Journal of Surgery. 521, 1965.
- 16.- THOMAS, C.: Surgery of the thyroid. The Medical Clinics of North America. 59:5 1975.
- 17.- THYROID INVESTIGATIONS. J. Nuclear Medicine, 12:318, 1971.

CUADRO No. 11

CARCINOMA ANAPLASICO

		No.	%
SEXO FEMENINO		6	85,7
SEXO MASCULINO		1	14,3
METASTASIS		7	100
			Ganglios linfáticos: 6
			Pulmón: 1
INVASION	Tráquea:	4	
	Músculo:	3	
	Esófago:	2	
TRATAMIENTO	No.	EVOLUCION	No. %
Cirugía:	6	Fallecidos	5 71,4
RA:	6	Bien	2 28,6
I-131:	2		