

CARCINOMA DE TIROIDES; PRESENTACION DE 52 CASOS

Dr. Julio Prado Jiménez*
Dr. José Luis Rodríguez*
Dr. Baudilio Mora Mora*
Dr. Eric Mora Morales*

RESUMEN

Se estudian 52 pacientes con edades que variaron entre los 13 y 76 años (promedio 45 años). 45 casos correspondieron a mujeres (87%) y 7 (13%) a hombres. El Carcinoma Papilar predominó en la 3a, 5a, y 6a décadas, mientras el Folicular lo hizo en la 3a y 8a décadas. Otros tipos de Carcinoma Troideo medular, indiferenciado y de células de Hurtle, se presentaron arriba de los 40 años.

El tiempo de evolución del bocio fue mayor en pacientes con Carcinoma Papilar, mientras que en los foliculares e indiferenciados, el tiempo de evolución fue significativamente menor. El tamaño del nódulo, el crecimiento rápido del bocio y su firmeza, fueron datos que se correlacionaron con malignidad.

Un alto porcentaje de nuestros pacientes, tenían metástasis al momento de la operación (37%). A pesar de esto, algunos pacientes han alcanzado sobrevivida de 20 años en la categoría de Carcinoma Papilar y de 17 años en la categoría de Carcinoma Folicular.

SUMMARY

52 patients (age group 13 to 76 years, mean 45) were studied: 87%(45) females and 13%(7) were males-the Papillary Carcinoma was present in the 3rd, 5th and 6th decade whereas the Follicular Carcinoma was detected in the 3rd and 8th decade. Other types of thyroid carcinomas such as medullary, undifferentiated and Hurtle cell were diagnoses beyond the fourth decade.

Patient with Papillary Carcinoma were to have this condition for a longer period compared to those having follicular and undifferentiated Carcinomas - the nodule size, growth rate and firmness were parameters highly suggestive of malignancy. A high number of patients assessed had metastasis when the operation was performed (37%). Nevertheless this fact contrasts with a high survival rate up to 20 years in the papillary carcinoma group and 17 years for those with proven follicular carcinoma.

INTRODUCCION

El diagnóstico y tratamiento del Carcinoma de Tiroides es difícil por lo variable de su comportamiento biológico, el cual depende casi exclusiva-

mente de la extirpe histológica. Aunque existen diferentes clasificaciones, no podemos dejar de reconocer que mucho se ha avanzado en este sentido en los últimos años, lo que ha facilitado la aceptación de la clasificación de la Asociación Americana

*Hospital Dr. Rafael Calderón Guardia

de tiroides (1). Afortunadamente el carcinoma de tiroides es poco frecuente; la incidencia de nódulos tiroideos varía ampliamente en las diferentes regiones, variando desde un 3% en los Estados Unidos (2) hasta un 5,3% en Gran Bretaña (2). El Servicio de Salud de los Estados Unidos reporta 25 pacientes con carcinoma de tiroides por millón de habitantes por año (3) mientras diferentes autores señalan una incidencia entre 4 y 29% (4) de carcinoma en los nódulos tiroideos.

La mortalidad atribuible al carcinoma de tiroides es baja, sólo 4 defunciones por millón de habitantes al año en hombres y 8 en mujeres por millón al año (5). Contrasta con lo anterior que en estudios postmortem aparezca una incidencia de carcinoma oculto que varía de 13 a 28% (5), en tiroides clínicamente normales, explicable quizá por la evolución lenta e indolora que siguen estos tumores. Aún cuando la verdadera etiología de estos tumores no está clara, parece evidente que existen factores que influyen directa o indirectamente en la génesis de los mismos, tales como la dieta alta en yodo y la radiación en los pacientes con carcinoma papilar, la dieta baja en yodo con niveles altos de TSH para el folicular, la herencia para el carcinoma medular y el cáncer precursor (Papilar y Folicular) para el indiferenciado (6). Por otro lado, se ha demostrado una mayor incidencia de carcinoma en los nódulos hipocaptantes, en los bocios uninodulares, en hombres (proporcionalmente) (7) y en pacientes jóvenes o niños, encontrándose hasta 50% de carcinoma en nódulos tiroideos en niños. (5)

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia del carcinoma de tiroides, su distribución por edad y sexo, la prevalencia de metástasis en el momento del diagnóstico, sitios más frecuentes de la metástasis, la relación entre la velocidad de crecimiento y el tipo de carcinoma.

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 52 pacientes con cáncer de tiroides que fueron atendidos en el Servicio de Endocri-

nología del Hospital Calderón Guardia desde 1971 hasta 1985. A todos se les sometió a un protocolo de estudio con historia clínica, determinaciones hormonales, anticuerpos antitiroideos, radiografía de partes blandas del cuello y gammagrafía de tiroides.

Posteriormente se presentaron a la Clínica de Tiroides y se refirieron a cirugía con recomendación sobre el tipo de operación susceptible de modificación por el cirujano de acuerdo a los hallazgos en el momento del acto quirúrgico. Se hizo distribución por edad y sexo, se analizó el tiempo de evolución aparente del bocio, así como la evolución postoperatoria y la aparición de metástasis después de la cirugía.

Se analizaron los síntomas y signos más frecuentes, el tipo de bocio, el tamaño del nódulo principal, el comportamiento gammagráfico y la condición funcional tiroidea. Finalmente se hizo un análisis en cuanto a la presencia de metástasis antes y después de la operación.

RESULTADOS

Se estudiaron 52 pacientes con edades que variaron entre los 13 y los 72 años con un promedio de 45 años. De ellos 45 (87%) pacientes correspondieron a mujeres y 7 (13%) a hombres, con un ligero predominio en la 3a, 5a y 6a décadas de la vida, distribución que se mantiene en el carcinoma papilar. El carcinoma folicular fue más frecuente en la 3ª y 8ª décadas, mientras los medulares, los indiferenciados y los carcinomas de células de Hurtle se presentaron arriba de los 40 años. 37 (71%) correspondieron a carcinoma papilar, 7(13%) a folicular, 2 (4%) a medular, 4(8%) a indiferenciado y 2(4%) a carcinoma medular de células de Hurtle. De los 37 pacientes con carcinoma papilar, 35(96%) se presentaron en mujeres; y 5 (71%) de los 7 carcinomas foliculares se encontraron en el mismo grupo femenino. Para el medular y el indiferenciado la distribución fue similar en ambos sexos (cuadro N°1).

24 pacientes (46%) tenían hasta dos años de evolución aparente del bocio y 10 pacientes (19%) tenían entre 2 y 5 años de evolución del bocio, proporción que se mantuvo en los pacientes con carcino-

CUADRO N°1
RELACION: EDAD, SEXO Y TIPO DE CANCER EN 52 PACIENTES CON CARCINOMA DE TIROIDES. 1971-1983

EDAD	Papilar 37 (71%)		Folicular 7 (13%)		Medular 2 (4%)		Indif. 4 (8%)		C. Hurtle 2 (4%)	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
11-20	35	2	5	2	1	1	2	2	2	-
21-30	5	-	-	1	-	-	-	-	-	-
31-40	5	-	-	1	-	-	-	-	-	-
41-50	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-
51-60	6	-	-	-	1	-	-	1	1	-
61-70	8	1	1	-	-	-	-	1	-	-
71 y más	3	-	-	-	-	1	1	-	-	-
	5	2	2	-	-	-	1	-	-	-

CUADRO N°2
TIEMPO DE EVOLUCION DEL BOCIO EN AÑOS Y TIPO DE CANCER EN 52 PACIENTES CON CANCER DE TIROIDES. 1971-1983.

Años evol.	N° ptes.	%	Papilar 37	Folicular 7	Medular 2	Indif. 4	C. Hurtle 2
Total	52	(100%)	(71%)	(13%)	(4%)	(8%)	(4%)
0-2	24	(46%)	16	5	-	3	-
2.1-5	10	(19%)	7	-	2	-	1
5.1-10	3	(6%)	3	-	-	-	-
10.1-15	4	(8%)	3	-	-	1	-
15.1-20	2	(4%)	2	-	-	-	-
20.1 y más	1	(2%)	-	-	-	-	1
No especific.	8	(15%)	6	2	-	-	-

ma papilar. Cinco de los 7 pacientes con carcinoma folicular y tres de los cuatro pacientes con cáncer indiferenciado refirieron menos de 2 años de evolución del bocio (cuadro n° 2). 45 pacientes (87%) se llevaron a cirugía con el diagnóstico de la Clínica de Tiroides de bocio uninodular hipocaptante, de los cuales 34 (76%) tenían carcinoma papilar; los 7 pacientes con cáncer folicular estaban en el grupo de estos bocios uninodulares.

En 5 casos (10%) el cáncer de tiroides se encontró en bocios uninodulares, dos de ellos papilares, dos indiferenciados y uno con carcinoma de células de Hurtle. De los casos con diagnóstico de bocio difuso, uno correspondió a un cáncer indiferenciado no operado y el otro a un carcinoma papilar cuyo bocio producía compresión de estructuras vitales, cursaba con hipertiroidismo, tenía metástasis a cuello y el antecedente de cirugía de tiroi-

CUADRO N°3
FUNCION TIROIDEA EN 52 PACIENTES CON
CANCER DE TIROIDES. 1971-1983

	EUTIROIDE	HIPOTIROIDE	HIPERTIROIDE
Total	46 (88%)	1 (2%)	5 (10%)
Folicular	6	-	1*
Medular	2	-	-
Indiferenciado	4	-	-
Células Hurtle	1	-	1
Papilar	33	1	3

* Paciente operado por BV autónomo. Se encontró cáncer en el lóbulo contralateral.

des varios años antes.

En 36 (65%) de 45 pacientes con bocio uninodular, el tamaño del nódulo estaba entre 1 y 5 cms y en 20 de ellos el nódulo medía entre 1 y 2 cms. En los bocios multinodulares el nódulo prominente sobrepasó los 3 cms. En 28 pacientes (54%) hubo crecimiento lento del bocio, en 17 (33%) lo fue rápido y entre estos pacientes con crecimiento rápido del bocio, 10 tenían carcinoma papilar, 2 tenían carcinoma folicular, uno medular y 4 pacientes tenían carcinoma indiferenciado, cuyo diagnóstico se hizo por biopsia a cielo abierto en dos casos y a través de autopsia en los 2 restantes. Predominó la consistencia dura y leñosa en 29 pacientes (56%) y en

11 pacientes (21%) la consistencia se reportó como firme. Sólo en 4 casos se apuntó consistencia normal o blanda y no se especificó en 8 pacientes. La función tiroidea fue normal en 46 (88%) de los 52 pacientes. En un paciente con carcinoma papilar las pruebas de función tiroidea se reportaron bajas, en cinco pacientes las pruebas se reportaron en límites de hiperfunción y correspondieron a tres pacientes con carcinoma papilar, uno con carcinoma de células de Hurtle y otro paciente con carcinoma folicular, caso en el que se encontró el carcinoma en un nódulo no detectado clínicamente y cuya intervención se realizó por un nódulo contralateral autónomo (cuadro N°3).

De los 52 pacientes con carcinoma de tiroides, a dos pacientes se les efectuó biopsia a cielo abierto (carcinoma indiferenciado), cinco pacientes ya habían sido operados en otros centros hospitalarios cuando consultaron en este servicio y a 46 (88%) pacientes se les sometió a cirugía habiéndose realizado lobectomía total de un lado y subtotal del otro en 21 de ellos, lobectomía total unilateral en tres pacientes y tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar en 6 pacientes. Tres pacientes (carcinoma indiferenciado) no fueron tiroidectomizados. En siete pacientes el cirujano sólo efectuó nodulectomía, por lo que se reintervinieron pocos días después. A dos pacientes se les realizó lobectomía subtotal bilateral y a otros dos se les realizó lobectomía bilateral.

19 pacientes (37%) tenían metástasis a distancia al momento de la operación, de los cuales 17

CUADRO N°4
METASTASIS AL MOMENTO DE LA OPERACION EN 52 PACIENTES
CON CANCER DE TIROIDES. 1971-1983

	N° Ptes.	Papilar	Folicular	Medular	Indif.	C. Hurtle
Total	19 (37%)	14	2	1	2	-
A ganglios de cuello	17 (33%)	14*	1*	1	1**	-
A pulmón	4 (8%)	1*	1	-	2**	-
A hueso	1 (2%)	-	1*	-	-	-

* Un papilar con metástasis a pulmón y un folicular a hueso y ganglio.

** Un indiferenciado con metástasis a cuello y pulmón.

(33%) presentaban las metástasis en ganglios del cuello, cuatro en pulmón y uno en hueso. Catorce de los diecinueve pacientes con metástasis tenían carcinoma papilar, las siembras se localizaron en cuello, además uno de ellos presentó metástasis en pulmón. De los 2 pacientes con carcinoma folicular con metástasis, uno invadió ganglios del cuello y columna lumbar y el otro invadió pulmón. Dos carcinomas indiferenciados dieron metástasis a pulmón y uno de ellos también a ganglios del cuello (cuadro nº4). En el grupo de pacientes con carcinoma papilar la sobrevivida mayor es de 20 años y de 17 años en el grupo de carcinoma folicular, incluyendo los casos que previamente habían sido operados y diagnosticados en otro centro hospitalario. Todos los pacientes con carcinoma indiferenciado fallecieron antes de los cinco meses posteriores al diagnóstico.

COMENTARIO

El carcinoma de tiroides sigue siendo un problema de diagnóstico y tratamiento a pesar de los avances técnicos y terapéuticos actuales, si bien no dejamos de reconocer que mucho se ha avanzado en este sentido. Los reportes estadísticos varían mucho en cuanto a la incidencia de malignidad y aún hoy día el diagnóstico temprano de carcinoma de tiroides solo se sigue sospechando en base al comportamiento clínico, de laboratorio, gamagráfico, ultrasonográfico y hasta estadístico, en la mayoría de los casos. Así, Hoffman y col. (4) encontraron una prevalencia de carcinoma de tiroides de 29% en una serie de 202 bocios uninodulares, y en nuestro medio obtuvimos una prevalencia de 9.5% de carcinoma en 209 pacientes con bocio uninodulares operados (independientemente de su comportamiento gamagráfico).

El comportamiento del carcinoma de tiroides puede variar ampliamente yendo desde aquel cuya agresividad es mínima: carcinoma papilar (sólo el 11% de los pacientes mueren de la enfermedad a los 30 años) hasta el carcinoma anaplásico que lleva a la muerte en el 90% de los casos (5) y en la totalidad de los casos nuestros que murieron antes de los 6 meses posteriores al diagnóstico.

Siendo el bocio una afección que se presenta más frecuentemente en mujeres, la incidencia de

carcinoma de tiroides es mayor en ellas y nuestros resultados revelan que es 6.4 veces más frecuente en el sexo femenino. Sin embargo no debe olvidarse que todo nódulo solitario en hombres y/o niños tiene mayor probabilidad de ser maligno que si estuviera en una mujer. El carcinoma de tiroides se puede presentar a cualquier edad, pero en general se acepta que los tumores diferenciados aparecen a menor edad en relación a los carcinomas indiferenciados. En nuestro estudio, si bien pudimos ver que los tumores menos diferenciados se presentaron en edades superiores de los 40 años, los diferenciados se encontraron en todas las edades comprendidas entre los 11 y 80 años. El carcinoma de tiroides sigue siendo de difícil diagnóstico preoperatorio a excepción de los pacientes que consultan con signos de metástasis. La presencia de un nódulo solitario en el tiroides, de consistencia aumentada, con crecimiento rápido, con disfonía, no doloroso, gamagráficamente hipocaptante y sólido por ultrasonido es altamente sospechoso de malignidad y difícilmente podríamos negar la existencia de un carcinoma sin hacer un estudio histológico de la pieza operatoria. Lamentablemente este diagnóstico no siempre es fácil y la citología por aspiración y la biopsia con aguja no son lo suficientemente confiables a menos que se cuente con una vasta experiencia en la interpretación histológica de patología del tiroides.

A pesar de que hay mucha discrepancia en cuanto a operar a todos los bocios uninodulares sospechosos de malignidad, recomendamos lobectomía total del lado del nódulo y subtotal de lado contralateral o subtotal bilateral cuando el nódulo es central o se trata de un bocio multinodular con nódulo prominente. Sin embargo, el cirujano no siempre se apega a estas recomendaciones, a veces por los hallazgos en el acto operatorio, a veces por criterio personal. Hay otros grupos más conservadores que proponen una conducta expectante con tratamiento a base de terapia hormonal supresiva (6) y otros que son más radicales y agresivos.

Lógicamente, la conducta quirúrgica varía cuando se opera a un paciente con diagnóstico definido de carcinoma tiroideo, siendo recomendable una conducta más radical: tiroidectomía total y vacilamiento ganglionar simple si el caso lo amerita. Está claro, de acuerdo a lo reportado en la literatura, que la evolución post operatoria del carci-

noma de tiroides es mucho mejor cuando se practica tiroidectomía total, no mejorando el pronóstico ni las recurrencias en aquellos pacientes en quienes se realiza disección radical de cuello.

Sin embargo, tomando en cuenta que la gran mayoría de nuestros pacientes, se llevaron a sala sólo por sospecha de malignidad, no creemos conveniente exponerlos a la morbilidad de una tiroidectomía total, que si bien en buenas manos es poco riesgoso, no debe dejarse de tomar en cuenta. Siendo el carcinoma papilar el más frecuente, 71% en nuestro estudio y de una evolución poco maligna, creemos ser lo suficientemente agresivos con el tipo de cirugía ya mencionado y no exponer al paciente a los riesgos de una tiroidectomía total, por lo que recomendamos la lobectomía total del lado del nódulo y subtotal contralateral, al igual de otros autores (10).

Esto nos permite que en aquellos casos con carcinoma folicular o en aquellos papilares potencialmente más agresivos a juzgar por el tamaño del nódulo, invasión local y/o metástasis a distancia podamos llevar a cabo ablación total del tejido tiroideo con I 131 que se administrará no antes de seis semanas posterior a la cirugía, habiendo suspendido la terapia hormonal supresiva por igual período de tiempo.

En los pacientes con carcinoma medular de tiroides se recomienda la tiroidectomía total. En nuestros casos la cirugía consistió en lobectomía total y subtotal contralateral, ya que la comprobación histológica se obtuvo varios días después y consideramos que era mayor el riesgo que el beneficio, el someter a los pacientes a una reintervención.

En el caso del carcinoma indiferenciado el tratamiento quirúrgico es muy difícil, casi siempre imposible, debiendo limitarse la operación a una biopsia y más adelante a traqueotomía descompresiva. El pronóstico es muy grave a corto plazo, falleciendo antes de los 6 meses posterior al diagnóstico el 100% de nuestros pacientes. Por otro lado se sabe que no responden a tratamiento con I 131 o radiación externa aunque últimamente aparece en la literatura reportes con buenos resultados mediante el tratamiento combinado con adriamicina y radiación externa (11).

Es sabido el papel que juega la TSH en la génesis del Carcinoma de tiroides, por lo que recomendamos mantener terapia hormonal supresiva, asegurándose de la dosis mediante un examen de TRH con respuesta plana de TSH y esto realizado en forma periódica, al mismo tiempo que se vigila la aparición de metástasis.

Creemos que todo nuestro esfuerzo no debe terminar con ello, por el contrario debemos ser vigilantes y motivar a los pacientes para que lleven un control y tratamiento permanente, para lo cual también es necesario contar con la ayuda del Servicio Social.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman's Surgical Pathology. Editorial Mosby. Sexta Edición. 1981.
2. Beckers, C. Hipotiroidismo y bocio: nódulos tiroideos en Clínica Endocrinológica. Vol. 7, N°1. Págs. 196-258. 1980.
3. Williams, E. Hipotiroidismo y bocio: etiología de los nódulos tiroideos en Clínica Endocrinológica. 1980, Vol. 7, N°1, P. 221.
4. Hoffman, G. The solitary thyroid nodule. Arch Surg 1972. 105:379.
5. Felig, P. y col. Tiroides: nódulos y neoplasia en Endocrinología y metabolismo. Primera Edición. 1981. P. 383.
6. Ingbar and Werner. The thyroid Gland. Textbook of Endocrinology. Wilson y Foster. W.B. Saunders Company. Seventh Edition. 1985. 797-806.
7. Woeber, K., Ingbar, S. La glándula tiroides. Tratado de Endocrinología Williams. Editora Importécnica. Quinta Edición. 1984. P. 246.
8. Wang, C. Needle biopsy of the thyroid. Sug. Ginecol. Obstet. 1976. 143:365.
9. Shimaoka, K. Supressive Therapy of nontoxic goiter. Am. J. Med. 1974. 57:576.
10. Mazzaferrri, E. et. al. Papillary thyroid carcinoma: the impact of therapy in 576 patients. Medicine 1977. 56:171.
11. Kim, J; Leeper RD. Treatment of anaplastic giant and spindle cell carcinoma of the thyroid gland with combination adriamycin and radiation therapy. A new approach. Cancer: