

Hospital Clínicoquirúrgico Provincial Docente "Amalia Simoni," Camagüey

## PANORÁMICA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DEL CÁNCER DE TIROIDES EN CAMAGÜEY

*Dr. Eduardo de la Guardia Gispert,<sup>1</sup> Dr. Armando Quintana Proenza,<sup>1</sup> Dr. José de Jesús Quintana Marrero,<sup>2</sup> Dra. Tania Sánchez Rojas,<sup>3</sup> Dr. Evelio Salvador Reyes Balseiro<sup>3</sup> y Dr. Eduardo de la Guardia Milla<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo con 88 pacientes operados de cáncer de tiroides en la provincia Camagüey, desde 1985 hasta 1995. El sexo femenino fue el más afectado en una proporción de 5,8:1 en relación con el masculino. El 73,86 % de los casos estaba comprendido entre 19 y 50 años de edad. La localización anatómica del tumor fue en mayor cuantía en la glándula tiroidea. El examen paraclínico más utilizado fue la gammagrafía y el resultado más frecuente, el nódulo "frío". La biopsia aspirativa con aguja fina resultó ser de gran sensibilidad diagnóstica en los casos donde se practicó. La técnica quirúrgica mayormente utilizada fue la tiroidectomía total.

*DeCS:* NEOPLASMAS DE LA TIROIDES/diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA TIROIDES/cirugía; NEOPLASMAS DE LA TIROIDES/terapia; BIOPSIA CON AGUJA; RAYOS GAMMA/uso diagnóstico; ULTRASONOGRAFIA.

La incidencia del cáncer de tiroides a escala mundial es de 2,4 en el hombre y 5,8 en la mujer por 100 000 habitantes; su forma de presentación más común son los nódulos y la prevalencia absoluta de la enfermedad en presencia de éstos es del 25 %.<sup>1</sup> Su diagnóstico ha constituido siempre un reto, pues muchas veces la clínica no ayuda a diferenciar las afecciones benignas de las malignas. La gammagrafía ha sido

internacionalmente usada, el ultrasonido la complementa y la biopsia aspirativa con aguja fina (BAFF) vino a poner punto final a los otros medios diagnósticos.<sup>2,3</sup>

En la actualidad prevalece el criterio<sup>4,5</sup> de que para el cáncer de tiroides la cirugía debe ser el tratamiento de elección, excepto para el carcinoma indiferenciado; la cuestión radica en la extensión de la técnica quirúrgica.

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

El propósito de esta investigación es dar a conocer una panorámica del diagnóstico y tratamiento del cáncer del tiroides en la provincia Camagüey.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo con 84 pacientes operados de cáncer del tiroides en 5 hospitales de la provincia Camagüey, desde 1985 hasta 1995. La fuente primaria de la información fueron los expedientes clínicos y una encuesta realizada a los pacientes cuyas variables respondían a los intereses de la investigación según bibliografía revisada. Los datos se procesaron con estadísticas descriptivas del programa Microstat.

## RESULTADOS

De los 88 pacientes 75 eran mujeres (82,23 %) y 13 hombres (17,77 %) para una razón de 5,8:1. El 73,86 % de los casos estaba comprendido entre 15 y 50 años, el resto rebasaba su sexta década de vida. La presencia tumoral en el cuerpo de la glándula tiroides se presentó en 79 pacientes (89,77 %), en el resto se inició como metástasis en ganglios regionales.

En la tabla 1 se exponen los resultados de los 3 principales exámenes paraclínicos realizados para facilitar el diagnóstico del cáncer tiroideo. La tabla 2 agrupa los diagnósticos histológicos por parafina; se evidencia con alta significación estadística ( $p= 5,946E-03$ ) la incidencia del carcinoma papilar, seguido en orden de frecuencia por el carcinoma folicular. La distribución de frecuencia según la técnica quirúrgica utilizada se expone en la tabla 3; la tiroidectomía total fue la técnica más practicada (55,69 %) y en otros 11 casos se combinó con vaciamiento del cuello. La lobectomía más istmectomía (25,00 %) secundó a la primera técnica antes mencionada, donde el tanto por ciento acumulativo de los 3 procedimientos fue del 93,19

Las complicaciones posoperatorias ocurrieron en 20 pacientes (22,72 %); la lesión del nervio recurrente prevaleció en la mitad de los casos complicados, otras complicaciones fueron la lesión del nervio laríngeo superior y el hipoparatiroidismo.

A 85 casos (96,59 %) se les indicó tratamiento adyuvante y de éstos al 85,89 % con  $I_{131}$  más hormonas ( $p= 1,783E-39$ ); 6 enfermos sólo recibieron hormono-terapia por ser objeto de seguimiento oncológico; 3 pacientes de la serie no recibieron terapia adyuvante (uno por haber fallecido y 2 por no asistir al seguimiento por consulta) (tabla 4).

TABLA 1. Exámenes paraclínicos y sus resultados

Resultados	Gammagrafía		Ultrasonografía			Biopsia con aguja fina		
	No. de casos	%	Resultado	No. de casos	%	Resultado	No. casos	%
Nódulo frío	65	84,42*	Nódulo mixto	11	30,00	Positivas	17	65,38
Nódulo tibio	6	7,78	Nódulo sólido	7	31,82	Normal	6	23,08
Nódulo caliente	3	3,90	Normal	3	13,64	No útil	2	7,69
Normal	3	3,90	Quiste	1	4,54	Dudosa	1	3,89
Total	77	100,00	Total	22	100,00	Total	26	100,00

Fuente: Formulario

\* $P= 8,035E-17$

Habían fallecido al concluir el estudio 4 casos, 2 con carcinoma folicular; 1 de carcinoma medular y 1, papilar.

TABLA 2. Diagnóstico histológico por parafina

Tipo histológico	No. de casos	%
Carcinoma papilar	52	59,08*
Carcinoma folicular	30	34,09
Carcinoma mixto	4	4,55
Carcinoma medular	1	1,14
Carcinoma de células de Hürthle	1	1,14
Total	88	100,00

Fuente: Formulario

\*P=5,946E-03.

TABLA 3. Técnicas quirúrgicas utilizadas

Técnica	No. de casos	%	% acumulativo
Tiroidectomía total	49	55,69	55,69
Tiroidectomía total con vaciamiento del cuello	11	12,50	68,19
Lobectomía más istmectomía	22	25,00	93,19
Tiroidectomía subtotal	3	3,41	96,60
Istmectomía	2	2,27	98,87
Lobectomía, istmectomía y parotidectomía	1	1,13	100,00
Total	88	100,00	100,00

Fuente: Formularios.

TABLA 4. Tratamiento adyuvante a la cirugía

Tipo de tratamiento	No. de casos	%
Iodo 131 más hormonas	73	85,89*
Hormonas	6	7,05
Iodo 131 más cobalto 60	3	3,52
Cobalto 60 más citostáticos	2	2,36
Iodo 131	1	1,18
Total	85	100,00

Fuente: Formularios

\*P=1,783E-39.

## DISCUSIÓN

En la bibliografía revisada<sup>1,6-8</sup> se refleja que el cáncer del tiroides es más frecuente en las mujeres comprendidas entre 25 y 65 años de edad, sin dejar de ser infrecuente en las edades extremas de la vida. Los resultados obtenidos en el presente estudio revelaron un franco predominio en el sexo femenino, en una proporción casi invariable para los grupos de edades de 5,8:1, en relación con el sexo opuesto.

La localización del tumor en el cuerpo de la glándula fue predominante y su forma de presentación nodular fue de carácter distintivo; esta característica clínica de presentación es coincidente en diferentes reportes de la literatura médica nacional y extranjera.<sup>1,6,9</sup>

La gammagrafía ha sido tradicionalmente utilizada cuando existe la presencia de una lesión nodular en la glándula tiroidea, y pese a que su uso nunca ha sido definitivo para el diagnóstico positivo del cáncer, porque las imágenes "frías" se corresponden solamente en el 20 % con carcinomas, fue una prueba diagnóstica útil con una sensibilidad significativa. El ultrasonido, aunque por sí solo es incapaz de distinguir malignidad, complementó la gammagrafía y permitió la evaluación de masas pequeñas que se mostraban casi imperceptibles al examen físico, y fueron las imágenes mixtas y sólidas las de mayor correspondencia con el cáncer en los casos donde se utilizó; iguales observaciones hicieron Davis<sup>3</sup> y Ould Beddi<sup>10</sup> en sus investigaciones.

Desde hace algunos años la BAAF ha devenido el proceder inicial para evaluar la afección tiroidea, ahorra tiempo y recursos al definir el tipo de conducta médica o quirúrgica que se deberá seguir. Autores con experiencia en su uso<sup>11,12</sup> la llegan a colocar en un plano superior a la biopsia por congelación transoperatoria y es rele-

gada a un segundo lugar cuando se trata de lesiones foliculares y neoplasias de células de Hürthle por su complejo histológico. En la serie estudiada sólo se le realizó a 26 pacientes, y resultaron positivas 17 con una sensibilidad diagnóstica del 65 %; resultados similares reflejan autores contemporáneos.<sup>13-15</sup> La no utilización más frecuente de este proceder diagnóstico se debe a su introducción de forma estandarizada en la provincia en el año 1993.

El carcinoma papilar fue el más frecuente en la serie seguido del folicular, en igual correspondencia con otras publicaciones.<sup>13,14</sup> El carcinoma medular al parecer de tipo esporádico se halló sólo en un paciente sin antecedentes familiares del tumor.

Al ser la tiroidectomía total el proceder quirúrgico más practicado a pesar de su alta morbilidad y ser mayormente utilizada en nuestra provincia, suma a los ci-

rujanos al criterio internacional que aboga por la exéresis completa de la glándula sobre la base de la multifocalidad del carcinoma tiroideo, mejor control de la enfermedad, menor índice de recidivas locales y mejor índice de supervivencia.<sup>10,13,15</sup>

La lesión del nervio recurrente fue la complicación posoperatoria más frecuente al igual que otros reportes<sup>2-5,10</sup> y del total solamente 2 han sido permanentes. El único caso de hipoparatiroidismo presentado se diagnosticó por la clínica. Otras publicaciones<sup>10,14</sup> sitúan a esta complicación en los primeros lugares, pues realizan pesquisajes y dosifican el calcio sérico. En la mayoría de los casos se utilizó como terapia adyuvante el I<sub>131</sub> y hormonoterapia conforme al consenso internacional,<sup>3,16</sup> por ser la combinación más efectiva que permite el diagnóstico precoz de recidivas y una mayor supervivencia.

## SUMMARY

A multicenter, descriptive and retrospective study was conducted in 88 patients operated on of thyroid cancer in the province of Camagüey, from 1985 to 1995. Females were the most affected in a ratio of 5.8:1 compared with males. 73.86 % of the cases were between 19 and 50 years old. The tumor was mostly anatomically located in the thyroid gland. The most used paraclinical examination was scintigraphy, whereas the most frequent result was the "cold" nodule. The fine needle aspiration biopsy proved to be of great diagnostic sensitivity in the cases where it was performed. Total thyroidectomy was the most used surgical technique.

*Subject headings:* THYROID NEOPLASMS/diagnosis; THYROID NEOPLASMS/surgery; THYROID NEOPLASMS/therapy; BIOPSY, NEEDLE; GAMMA RAYS/diagnostic use; ULTRASONOGRAPHY.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez VP; Fernández CM. Nódulo de tiroides. *Rev Cubana Cir* 1972;18:223-7.
2. Ducci M, Appetechia M, Marzetty A. Differentiated carcinoma in autonomously functioning thyroid nodule. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1996;16(3):281-5.
3. Davis TE. Approach to the management of thyroid cancer. En Kelly WN, ed *Textbook of Internal Medicine*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992: 1172-3.
4. Mc Henry CR, Sandoval BA. Management of follicular and Hürthle cell neoplasms of the thyroid gland. *Surg Oncol Clin North Am* 1998;7(4):893-910.
5. Hamming JF, Vriends MR, Goslings BM, Songun I, Fleuren GJ. Role of fine needle aspiration in determining the extent of thyroidectomy. *World J Surg* 1998; 22(6):575-80.

6. González QJ, Cárdenas VR, Oliva GJ, Bell CL. Nódulo de tiroides: estudio de 504 pacientes. *Rev Cubana Cir* 1982;21:595-604.
7. Tzavara I, Vlassopoulou B, Alevizaki C, Kokoulis G, Tzamelas M, Koumoussi P, et al. Differentiated thyroid cancer: a retrospective analysis of 832 cases from Greece. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999;50(5):643-54.
8. Baeza A. Thyroid cancer. Analysis of the diagnosis, treatment and follow-up in 151 cases. *Rev Med Chil* 1999;127(5):5881-8.
9. Robie DK, Dinuer CW, Tuttle RM, Ward DT, Parry R, McClellan D, et al. The impact of initial surgical management on outcome in young patients with differentiated thyroid cancer. *J Pediatr Surg* 1998;33(7):1134-40.
10. Oul BM, N'Besso RD, Keita AK, Djedje AT. The value of ultrasound in the diagnosis of thyroid disease in Mauritania. *Sante* 1999;9(3):179-82.
11. Poblete SMT. ¿Es de utilidad la biopsia rápida en el diagnóstico de las lesiones foliculares de tiroides? *Cuad Cir* 1996;10(1):71-4.
12. Becuarn G, Duquesne M, Saint-Andre JP, Bigorgne JC, Arnaud JP, Ronceray J. Value of fine-needle aspiration and extemporaneous examination in thyroid surgery. *J Chir (Paris)* 1996;133(5):2124-31.
13. Henry JF, Gramatica L, Denizot A, Kvachenyuk A, Puccini M, Defechereaux T. Morbidity of prophylactic lymph node dissection in the central neck area in patients with papillary thyroid carcinoma. *Langenbecks Arch Surg* 1998;383(2):167-9.
14. Fraker DL, Skarulis M, Livolskis V. Thyroid tumor. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. *Cancer: principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott, Raven, 1997:1629-52.
15. Chao TC, Jeng LB, Lin JD, Chen MF. Completion thyroidectomy for differentiated thyroid carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;118(6):896-9.
16. Sim R, Soo KC. Surgical treatment of thyroid cancer: the Singapore General Hospital experience. *J R Coll Surg Edinb* 1998;43(4):239-43.

Recibido: 20 de noviembre del 2000. Aprobado: 2 de marzo del 2001.

Dr. *Eduardo de la Guardia Gispert*. Calle 8va, edificio 35, bloque 5, apto. 6, entre 1ra y 13, Reparto "Julio Antonio Mella", Camagüey, Cuba.