

Cáncer del Tiroides

Su Tratamiento Quirúrgico

A. RODRIGUEZ, M.D., J. DE FRANCISCO, M.D., MSCC, A. HAKIM, M.D., MSCC, G. PAEZ, M.D., MSCC.

Palabras claves: Carcinoma del tiroides, Papilar, Folicular, Medular, Células de Huerthle, Anaplásico, Linfoma, Tiroidectomía, Recurrencia.

Se realizó un estudio retrospectivo de 120 casos de cáncer del tiroides operados en la Clínica Palermo de Bogotá, desde enero de 1981 hasta abril de 1989, con el propósito de hacer un análisis estadístico descriptivo y una correlación clínica. La distribución histopatológica incluye, carcinoma papilar, 100 casos; carcinoma folicular, 6 casos; carcinoma de células de Huerthle, 5 casos; carcinoma medular, 4 casos; linfoma del tiroides, 3 casos; y carcinoma anaplásico, 2 casos. Estos pacientes fueron seguidos por un período promedio de 42 meses. De los 100 casos con carcinoma papilar, a 26 se les practicó tiroidectomía total y a 74 tiroidectomía subtotal. Se encontró multifocalidad en 22 casos de tiroidectomía subtotal y en 16 casos de tiroidectomía total. El porcentaje de mortalidad fue del 4% y el de recurrencia, del 12%. La lesión del nervio laríngeo recurrente se presentó en 4 casos (15.3%) luego de tiroidectomía total, y en 3 casos (4%) luego de tiroidectomía subtotal.

INTRODUCCION

Las neoplasias malignas del tiroides son entidades a las cuales se ve enfrentado el cirujano general en su práctica diaria. Se conoce que hasta el 4% de la población general tiene nódulos tiroideos palpables (1-3), los cuales tienen que ser estudiados y tratados adecuadamente. Se ha determinado que el 20% de los nódulos tiroideos pueden corresponder a lesiones malignas (4), representando el carcinoma papilar el mayor porcentaje de estas neoplasias. La incidencia general de cáncer del tiroides es del 1% (1,2,4) aunque esta incidencia ha aumentado en las últimas décadas (5).

Se debe establecer que el cáncer del tiroides no es una entidad específica, sino un grupo heterogéneo de neoplasias, con variado comportamiento clínico (6,7), a las cuales hay que enfrentar con el conocimiento adecuado del tratamiento específico para cada una de ellas.

La cirugía es el tratamiento de elección para el cáncer del tiroides (6). La escogencia del tipo de cirugía por realizar debe basarse en la histopatología del tumor, en la extensión y tamaño del mismo y en la edad y sexo del paciente.

El carcinoma papilar bien diferenciado tiene un comportamiento relativamente no letal, comparado con otras neoplasias (5). Aun así, la muerte, las metástasis a distancia y el desarrollo de recurrencias locales son un problema presente (8).

El tratamiento quirúrgico trae implícito el riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente y de hipoparatiroidismo (5), aunque este riesgo se evita con una disección cuidadosa realizada por un cirujano experimentado (9).

Se presentan los resultados del análisis estadístico realizado en la Clínica Palermo y se hace una revisión bibliográfica del tema.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer del tiroides operados en la Clínica Palermo de Bogotá desde enero de 1981 hasta abril de 1989, con el fin de recolectar los datos sobre anamnesis, examen físico, exámenes paraclínicos, tipo de cirugía realizada y tipo histológico del tumor. Las cirugías fueron realizadas por un grupo heterogéneo de cirujanos generales vinculados con la Clínica Palermo. Se llevó a cabo el seguimiento telefónico a los pacientes con el fin de determinar recurrencia, tratamientos adicionales y complicaciones postquirúrgicas. En los casos de pacientes fallecidos, se determinó la fecha y la causa de la muerte.

RESULTADOS

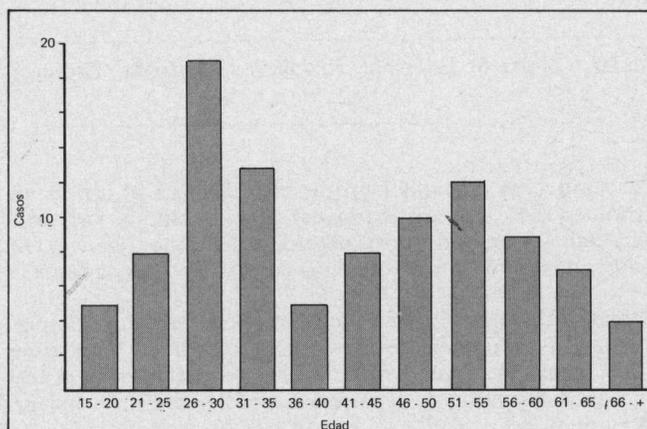
Histología tumoral

Se presentaron 120 casos de cáncer del tiroides, cuya distribución histopatológica fue la siguiente: carcinoma papilar, 100 casos (83.3%); carcinoma folicular, 6 casos (5%); carcinoma de células de Huerthle, 5 casos (4.2%); carcinoma medular, 4 casos (3.3%); linfoma del tiroides,

Doctores: Alfonso Rodríguez Rojas, Juan De Francisco Zambrano, Antonio Hakim Tawil, Guillermo Páez Roa, Clínica Palermo, Bogotá, Colombia.

Tabla 1. Distribución histopatológica del cáncer del tiroides.

Tipo histopatológico	Casos	%
Carcinoma papilar	100	83.3
Carcinoma folicular	<	5.0
Carcinoma de cél. de Huerthle	5	4.2
Carcinoma medular	4	3.3
Linfoma del tiroides	3	2.5
Carcinoma anaplásico	2	1.7

**Fig. 1.** Distribución por edad del carcinoma papilar del tiroides.**Tabla 2.** Carcinoma papilar: Manifestaciones clínicas.

Cuadro clínico	Casos
Masa asintomática	56
Masa dolorosa	26
Hallazgo ocasional	12
Disfagia	9
Disfonía	8
Presencia de adenopatías	7
Disnea	6
Ulcera de la piel	1
Metástasis pulmonar	1

Tabla 3. Carcinoma papilar: Antecedentes.

Antecedentes	Casos
Bocio multinodular	24
Tiroiditis linfoide	5
Cirugía tiroidea previa	5
Familiares	3
Exposición a drogas bociógenas	3
Radiación	1

Tabla 4. Carcinoma papilar: Examen físico.

Signos clínicos	Casos
Masa tiroidea	96
Consistencia dura	37
Fijación	18
Adenopatías	7
Dolor a la presión	3
Disfonía	2
Infiltración de la piel	1

Tabla 5. Carcinoma papilar: Histopatología.

Tipo histológico	%
Carcinoma papilar bien diferenciado	81
Carcinoma papilar, variante folicular	15
Carcinoma papilar mal diferenciado	4

3 casos (2.5%); y carcinoma anaplásico, 2 casos (1.7%) (Tabla 1).

Carcinoma papilar

De los 100 casos con carcinoma papilar, éste se presentó en mujeres en el 87%, y en hombres en el 13%. El promedio de edad de presentación fue de 41.3 años con un rango de variación de 17 a 77 años. Clasificando mayor proporción en los grupos de 26 a 35 años (Fig. 1).

CUADRO CLÍNICO

La presentación clínica para el carcinoma papilar fue predominante la de una masa asintomática, localizada en la región cervical (56%). Es importante resaltar que se presentó como hallazgo ocasional en el examen físico rutinario, en el 12% de los casos (Tabla 2).

El promedio de tiempo de aparición de síntomas fue de 2 años. Se encontró asociación de carcinoma papilar con bocio multinodular en el 24% de los pacientes. Otros antecedentes fueron tiroiditis linfoide, cirugía previa, antecedentes familiares y radiación (Tabla 3).

Como datos obtenidos del examen físico de ingreso, se encontró masa tiroidea en el 96% de los pacientes. La consistencia dura y la fijación de la masa se observó en el 37% y el 18%, respectivamente. Se presentó un caso de diagnóstico tardío, en el cual ya había infiltración de la piel (Tabla 4).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

De los pacientes con diagnóstico de carcinoma papilar, a 26 se les practicó tiroidectomía total y a 74, tiroidectomía subtotal (lobectomía, lobectomía más istmectomía, nodulectomía). Se realizó resección ganglionar modificada en 25 casos y resección ganglionar radical en 2 casos. La histopatología de las glándulas mostró carcinoma papilar bien diferenciado en el 81% de los casos; carcinoma papilar mal diferenciado en el 4% (Tabla 5).

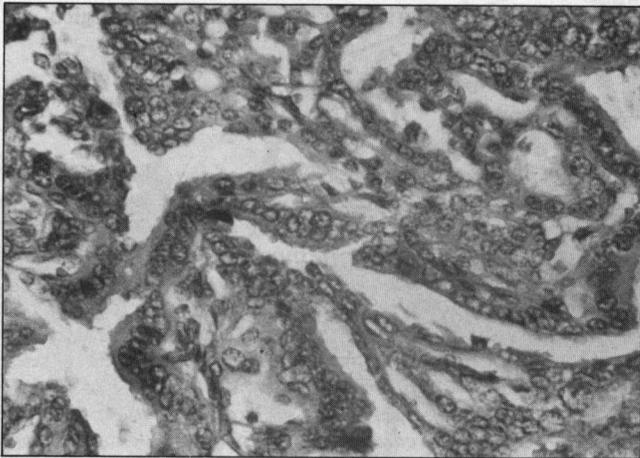


Fig. 2. Carcinoma papilar bien diferenciado. Se aprecian núcleos en espejo y formación de papilas.

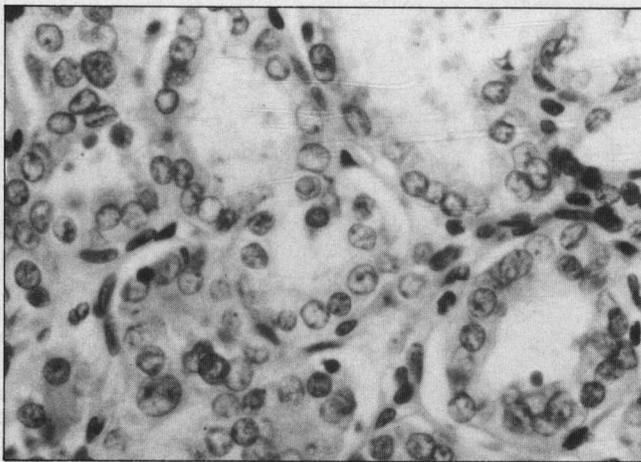


Fig. 3. Carcinoma papilar variante folicular. Se aprecian los núcleos en espejo con formación de foliculos.

La histopatología del carcinoma papilar bien diferenciado, se caracteriza por núcleos en espejo, apilamiento de núcleos y formación de papilas con tallos de tejido fibrovascular (Fig. 2). En el carcinoma papilar, variante folicular, se identifica la formación de foliculos, núcleos en espejo y bandas de tejido fibroso (Fig. 3).

Se encontró multifocalidad en 22 especímenes (29.7%) de tiroidectomía subtotal y en 16 (61.5%), de tiroidectomía total. De los ganglios resecaos en el acto quirúrgico, se confirmaron condiciones de malignidad en el 27% de los casos. Así mismo, se encontraron metástasis a tejidos vecinos en el 13% ; 1 caso con metástasis pulmonar y 1 con metástasis ósea.

Complicaciones de la cirugía

Se produjo lesión del nervio laríngeo recurrente en 4 casos (15.3%), luego de tiroidectomía total, y en 3 casos (4%), luego de tiroidectomía total. Esta complicación se pudo evidenciar por la presencia de alteraciones del tono de la voz de carácter premanente, luego de la cirugía. Es de anotar que en el seguimiento de los pacientes, se registraron datos compatibles con sintomatología de

Tabla 6. Carcinoma papilar: Recurrencias.

Histología	Edad	Cirugía	Localización	Estado
CPMD	70	TST	Regional	Muerto
CPMD	60	TST	Regional	Muerto
CPMD	66	TT	Distancia	Muerto
CPBD	29	TST	Regional	Viva
CPBD	32	TST	Regional	Viva
CPVF	24	TST	Regional	Vivo
CPBD	28	TST	Regional	Viva
CPBD	67	TST	Local	Viva
CPBD	63	TST	Local	Viva
CPBD	29	TT	Regional	Viva
CPVF	19	TT	Local	Vivo

CPBD, carcinoma papilar bien diferenciado; CPMD, carcinoma papilar mal diferenciado; CPVF, carcinoma papilar variante folicular; TST, tiroidectomía subtotal; TT, tiroidectomía total.

hipoparatiroidismo crónico en 4 pacientes a los cuales se les practicó tiroidectomía total, aunque ninguno de ellos presentó tetania en el postoperatorio.

RECURRENCIA Y MORTALIDAD

Durante el período de seguimiento, 3 (11.5%) de los 26 pacientes a quienes se les realizó tiroidectomía total tuvieron recurrencia; 9 (12.1%) de los 74 pacientes a quienes se les realizó tiroidectomía subtotal presentaron también recurrencia; ésta se evidenció en los ganglios linfáticos regionales, en 8 casos, y en el tejido tiroideo remanente, en 3 casos. El otro caso presentó metástasis pulmonar. El período de tiempo libre de enfermedad varió de 3 meses a 11 años (Tabla 6).

El porcentaje de mortalidad fue del 4% en esta serie. La mortalidad se presentó en 3 casos (4%) luego de tiroidectomía subtotal, y en 1 caso (3.8%) luego de tiroidectomía total. Tres de los 4 casos de mortalidad se debieron a carcinoma papilar mal diferenciado. Un caso se presentó en el postoperatorio inmediato, debido a obstrucción alta. Otros 2 casos se presentaron a los 2 y 11 años de la cirugía inicial, siendo la causa de la muerte la obstrucción alta. El otro caso se presentó a los 17 meses, debido a metástasis pulmonares.

DISCUSION

La extensión de la tiroidectomía para un paciente que tiene un carcinoma papilar, es un dilema que se le presenta al cirujano en la sala de cirugía. Debe escoger entre la tiroidectomía total, y la tiroidectomía subtotal, con los riesgos y beneficios que cada una de ellas conlleva.

Para resolver este dilema, el cirujano puede incluir a su paciente en el grupo de alto o de bajo riesgo. La definición del grupo de riesgo es completamente clínica y está basada en la edad, la presencia de metástasis a distancia, el tamaño y extensión del tumor primario (10). Con este

criterio el 89% de los pacientes se encuentran en el grupo de bajo riesgo, con una mortalidad de 1.8%, mientras que el 11% está en el grupo de alto riesgo con una tasa de mortalidad del 46% (10).

En varios estudios (5,8,9,11), se ha observado que no hay diferencia significativa en la frecuencia de recurrencia local, ni en la sobrevida, comparando la tiroidectomía total con la tiroidectomía subtotal. Así, a un paciente se le puede ofrecer la posibilidad de una tiroidectomía "casi" total (*near total thyroidectomy*), preservando el riesgo vascular de las paratiroides y la lesión del nervio laríngeo recurrente, evitando de esta manera las secuelas posoperatorias (11). El tipo de disección ganglionar, sí afecta la sobrevida y la tasa de recurrencia (12). Se ha determinado la asociación en la presentación de metástasis a distancia y mortalidad con el grupo de pacientes de alto riesgo (13). Es posible de esta manera, en el momento del tratamiento inicial, determinar el riesgo individual de muerte de un paciente con carcinoma papilar, para así iniciar el tratamiento postoperatorio agresivo (14).

Los pacientes con carcinoma papilar mal diferenciado, presentaron en el estudio, un curso clínico agresivo, mayor porcentaje de recurrencias, metástasis a distancia y mortalidad en la mayoría de los casos. Esto sugiere tratamiento agresivo con tiroidectomía total, disección ganglionar y terapia con I 132 (15-18).

Finalmente, cabe recalcar la importancia de la biopsia por aspiración con aguja fina en el estudio inicial del paciente con nódulo tiroideo. Se ha informado positividad

entre el 73 y el 93%, y especificidad hasta del 99.4% (19-21), lo cual nos da un elemento valioso en la valoración del paciente y una guía para el tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

A retrospective study of 120 cases of cancer of the thyroid operated at Clinica Palermo, was made between January 1981 with the purpose of carrying out a descriptive statistical analysis and the corresponding clinical correlation. The histopathological distribution encountered includes, 100 cases of papillary carcinoma; 6 cases of follicular carcinoma; 5 cases of Huerthle cell carcinoma; 4 cases of medullar carcinoma; 3 cases of lymphoma of the thyroid; and 2 cases of anaplastic carcinoma. Patients were followed for an average period of 42 months. Out of the 100 cases of papillary carcinoma, 26 were subjected to total thyroidectomy and 74 to subtotal thyroidectomy. Multifocality was found in 22 cases of subtotal thyroidectomy and in 16 cases of total thyroidectomy. The percentage mortality was 4 percent and the percentage recurrence rate was 12 percent. Recurrent laryngeal nerve injury was sustained in 4 cases, (15.3%) among the total thyroidectomies and in 3 cases, (4%) in the subtotal thyroidectomies.

Agradecimiento

A los doctores Francisco Martín y Julio Ospina del Departamento de Patología de la Clínica Palermo.

REFERENCIAS

1. Thorn G: Harrison Principles of Internal Medicine. 10a Ed. New York: MacGraw Hill, 1987
2. Rubin PH: Oncología Clínica. Quinta Ed. New York: Soc Am de Cáncer, 1978
3. Schwartz S: Principles of Surgery. Quinta Ed. New York: MacGraw Hill, 1989
4. D E Groot: Endocrinología. Terc Ed. México: Interamericana, 1983
5. Brooks J R, Starnes H F, Brooks D C et al: Surgical therapy for thyroid carcinoma: A review of 1249 solitary thyroid nodules. *Surgery* 1988; 104:6
6. Block M A: Current Problems in Surgery. 1983 Mar; 20(3):151-67
7. Patiño J F: Bocio y Cáncer del Tiroideo. Fondo educativo Interamericano 1976:153-90
8. Grant C S, Hay I D, Gough I R et al: Local recurrence in papillary thyroid carcinoma: Is extent of surgical resection important?. *Surgery* 1988; 104:954-62
9. Clark O H, Lenin K, Zeng Q T et al: Thyroid cancer: The case for total thyroidectomy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1988;24(2):305-13
10. Cady B, Rossi R: An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 1988;104:947-53
11. Stewing A E, Hie J, Brennhoud I O: Surgery in papillary thyroid carcinoma. *J Surg Oncol* 1988;37(3):147-57
12. Hamming J F, Vandeveld C S, Fleuren G F et al: Differentiated thyroid cancer: A stage adapted approach to the treatment of regional lymph node metastases. *Eur J Cancer Oncol* 1988;24(2):325-30
13. Hote J, Stenwing A E, Kullman G et al: Distant metastasis in papillary thyroid cancer. *Cancer* 1988;61:1-6
14. Smith S A, Hay I D, Goellner Jr et al: Mortality from papillary thyroid carcinoma. *Cancer* 1988;62:1381-88
15. Flynn S D, Forman B H, Stewart A F et al: Poorly differentiated carcinoma of the thyroid gland: An aggressive subset of differentiated thyroid neoplasms. *Surgery* 1988;104:963-70
16. Connor C S, Thomas J H, Robinson R G: Radioiodine therapy for differentiated thyroid carcinoma. *Am J Surg* 1988;156:519-21
17. Rossi R L, Cady B, Silverman M L et al: Surgically incurable well-differentiated thyroid carcinoma. *Arch Surg* 1988;123:569-74
18. Goolden A W: The use of radioactive iodine in thyroid carcinoma. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1988;24(2):339-43
19. Evans D E: Diagnostic discriminants of thyroid cancer. *Am J Surg* 1987; 153:569-79
20. aspiration biopsy and the diagnosis of thyroid cancer. *Br J Surg* 1987; 74:292-6
21. Nathan A R, Raines K B, Lee Y M et al: Fine-needle aspiration biopsy of cold thyroid nodules. *Cancer* 1988;62:1337-42
22. Bell R: Cáncer del tiroideo. *Surg Clin N Am. Interamericana, Mexico Vol 1* 1986:225-32
23. Lennquist S: Nódulo tiroideo. Diagnóstico y tratamiento. *Surg Clin N Am. Interamericana, Mexico. Vol 2* 1987:450-63
24. Hamming J F, Schelfhout L J, Cornelisse C J et al: Prognostic Value of DNA content in papillary and follicular thyroid cancer. *World J Surg* 1988;12:503-8
25. Reeve T S, Delbridge L, Brady P et al: Secondary thyroidectomy: A Twenty years experience. *World J Surg* 1988; 12: 449-53
26. Osaky O Ito K Kobayashi K et al: Modified neck dissection for patients with nonadvanced differentiated carcinoma of the thyroid. *World J Surg* 1988;12:825-9
27. Jansson S, Tissell L E, Hagne I et al: Partial superior laryngeal nerve lesions before and after thyroid surgery. *World J Surg* 1988;12:522-7
28. Harness J K, McLeod M K Thompson N W et al: Deaths due to differentiated thyroid cancer: A 46-year Perspective. *World J Surg* 1988;12:623-9