

Cáncer de la Glándula Tiroides

Revisión de 36 casos

Dr. Carlos H. Lagos F. Dr. Céleo Arias Brito***

Nuestro deseo por conocer el comportamiento de cáncer tiroides en nuestro medio, surgió después de venir encontrando reportes anatomía patológicos de cáncer en varios pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico clínico, pre y post-operatorio, de bocios benignos. Se incluyen en el estudio todos los casos confirmados por patología y que han sido tratados en el Servicio de Cirugía del Hospital General San Felipe durante el período comprendido entre marzo de 1982 hasta abril 1987.

DATOS GENERALES

Durante el período ya referido, se intervinieron quirúrgicamente 282 pacientes con patología tiroidea, encontrándose Cáncer Tiroideo en 36 pacientes. Lo anterior da una incidencia global de 12.8%.

En el cuadro No. 1 se observa como la patología tiroidea es más frecuente en mujeres que en varones con una relación de 10:1 y con una incidencia de malignidad del 11 %. En el hombre la incidencia de malignización de la patología tiroidea es mayor (32%).

Se presentó en todas las edades con un rango comprendido entre los 19 y 73 años.

En el cuadro 2 vemos que es en la 5a. y 6a. década de la vida donde con mayor frecuencia se presenta para el sexo femenino, mientras para el masculino fueron la 4a. y 7a. década.

CUADRO No. 2
Frecuencia por edades y sexo

Edad (años)	M	F
19	-	1
20 - 29	-	4
30 - 39	4	5
40 - 49	-	8
50 - 59	1	8
60 - 69	3	1
70	-	1
TOTAL	8	28

CUADRO No. 1

Frecuencia de cáncer por sexo

	Masculino	Femenino
Total operados	28	257
No. con cáncer	8	28
%	32%	10.8%

* Cirujano General. Jefe Sala de Cirugía Hospital San Felipe.
Profesor Fac de Ciencias Médicas.

** Cirujano General. Jefe Servicio de cirugía Hospital San Felipe.
Cirujano Vascular de Guardia Hospital Escuela.

Sólo 11 pacientes (13.8%) presentaron síntomas y/o signos que indujeron a sospechar preoperatoriamente en cáncer. En 7 de estos se efectuaron biopsia por aspiración preoperatoria dando resultados positivos en 1, sospechoso en 2 y negativo por malignidad en 4. Un paciente tenía síntomas de toxicidad (2.8%) y diagnóstico de Enfermedad de Graves. Los procedimientos quirúrgicos efectuados se muestran en el cuadro No. 3.

CUADRO No. 3

Procedimientos quirúrgicos		
Tipo	Nº.	%
Tiroidectomía total	9	25
Tiroidectomía 80-95%	3	8.33
Lobectomías	10	27.77
Lobect. + Istmect.	6	16.66
Istmectomía	1	2.77
Polectomía unilateral	1	2.77
Biopsia abierta	4	11.11
Biopsia ganglio	1	2.77

Un 50% de los procedimientos fueron resecciones parciales debido a la ausencia de signos pre y transoperatorios de cáncer. No se efectuó ninguna disección radical del cuello.

Dos pacientes que se les había efectuado Lobectomías se completaron a Tiroidectomía Total al tener el resultado de cáncer.

En general se dio cobalto terapia como tratamiento complementario a 14 pacientes (38.8%) y Iodo-Radioactivo a 2 (10.5%) de los pacientes con la variante folicular. En el cuadro No. 4 se presenta la frecuencia del cáncer según tipo histológico.

CUADRO No. 4

Histopatología	Nº.	%
Folicular	15	41.66
Papilar	12	33.33
Anaplásico	3	8.33
Patrón Mixto	3	8.33
Medular	3	2.60
de células claras	1	2.60
Epidermoide	1	2.60

Se ve como el cáncer folicular es el más frecuente, dato que corresponde con los datos mundiales que expresan que, en las áreas endémicas la variante folicular tiende a ser la más frecuente. Se hablará en adelante de las cuatro variantes histológicas reconocidas mundialmen-

ADENOCARCINOMA PAPILAR (33.3%) En nuestro medio ocupa el segundo lugar en frecuencia. Predominó en mujeres en la 4a. y 5a. década de la vida (cuadro No. 5). La evolución de la enfermedad (Bocio) fue en promedio menor al año.

Sólo el 25% (3 de 12 pacientes) presentó signos clínicos sugestivos de malignidad. Uno de los pacientes tenía adenopatías regionales.

A los 3 pacientes se les practicó biopsia por aspiración reportadas 2 negativas por malignidad y una sospechosa.

Intraoperatoriamente se encontraron 4 tumoraciones quísticas (33%).

CUADRO No. 5

Edad	Masc.	Fem.
(años)	No.	1
19	-	1
20 - 29	-	2
30 - 39	1	3
40 - 49	-	3
50 - 59	-	2
60	-	1
TOTAL	1	11

8 de los cáncer se encontraron en el lóbulo izquierdo, 3 en el derecho y 1 en forma difusa, este último presentó metástasis a ganglios.

CUADRO No. 6

Localización del cáncer		
Región	Nº.	%
Lóbulo izquierdo	8	66.6
Lóbulo derecho	3	25
Difuso	1	8

Los tratamientos quirúrgicos se observan en el Cuadro No. 7 y se vé que las resecciones parciales predominó en un 90% como resultado, de no haber encontrado signos de malignidad transoperatorios.

CUADRO No. 7

Tipo de cirugías	No.
Lobectomías	6
Lobectomías + Istmectomía	3
Biopsia	1
Polectomía superior	1
Tiroidectomía total	1

Hacemos notar que la tiroidectomía total se practicó a una paciente que se operaba por Bocio Nodular del Lóbulo derecho e intiaoperatoriamente se encontró el Lóbulo Izquierdo de consistencia dura y es aquí donde se reportó una Ca. Papilar Oculito.

A 8 pacientes (66.%) se le administró Cobalto terapia Post-operatoria ya que había invasión, ya sea a cápsula tiroidea, a grasa o a ganglios regionales.

El control post-operatorio es deficiente ya que el paciente no regresa a control.

A continuación se muestra el período de control sin evidencia de malignidad.

Período de control	No. pacientes
* 3 años	1
2 años	4
* 1.1/2 años	1
6 meses-1 año	1
6 meses	2
*3 meses	3

* no vinieron a control después de ese tiempo.

Adenocarcinomas Folicular

El más frecuente en nuestro medio. Si agregamos los Ca. mixto que tenían predominio folicular dan un 49%. Más frecuente en el sexo femenino en la 4a., 5a. y 6a. décadas de la vida (cuadro No. 8).

CUADRO No. 8

Edad (años)	Sexo	
	Masc.	Fem.
30 - 39	3	4
40 - 49	-	4
50 - 59	-	4
60	-	1

Varios de los pacientes en que se reportó el cáncer tenían bocios con evolución hasta de 30 años. Sólo 5 pacientes (28.2) presentó signos de malignidad efectuándosele biopsia por aspiración a 3 que fue reportada como positiva en 1, sospechosa en 1 negativa en 1.1 paciente se presentó con síntomas de toxicidad y otro con antecedente de cuadros inflamatorios a repetición.

Intraoperatoriamente se encontró 2 quistes que fueron reportados como cáncer.

La neoplasia, a diferencia del Ca. Papilar, se localizó más en el lóbulo derecho (ver cuadro 9).

Localización

	No.
Lob. Derecho	10
Lob. Izquierdo	3
Difuso	4

Para esta neoplasia los procedimientos fueron en general amplios por ser muchos bocios grandes y no por pensar en malignidad. (ver cuadro No. 10).

Tipos de cirugía	No.
Tiroidectomía total	7
Tiroidectomía mayor 90%	3
Lobectomías	5
Biopsias tiroides	2

Como tratamiento complementario se dió Iodo-Radioactivo a 2 (10.3%) y Cobaltoterapia a 4 (23.5%) ya que a

estos sólo se les había practicado biopsia del tiroides y/o lobectomía.

El control post-operatorio se vé en el cuadro No. 11.

CUADRO No. 11

Control post-operatorio	
Tiempo (años)	Número
4	3
3.1/2	2
3	1
2/1/2	1
1 año	2
6 meses - 1 año	2
6 meses	2
TOTAL	13

4 pacientes no volvieron a control después de los 3 meses.

Los restantes se encontraban sin signos de recidiva en su último control. Por lo que deducimos que tiene buen pronóstico de sobrevivida.

Adeno Ca. Medular

Se encontró en un paciente femenino de 46 años, con una historia de bocio de 15 años y sin signos y/o síntomas de malignidad.

La cirugía que se le practicó fue Lobectomía Derecha e Istmetomía encontrándose un ganglio regional derecho, que fue reportado como neoplásico. A pesar de lo anterior no se le efectuó ningún otro procedimiento quirúrgico y se le administró Cobalto terapia.

Se controló por espacio de 7 meses, tiempo después del cual no volvió. Nunca trajo sus familiares para examinarlos.

Adeno Ca. Anaplásico

Todos los casos (3 pacientes) fueron en pacientes masculinos en su 6a. y 7a. década de la vida. Con una historia de enfermedad menor a los 4 meses presentando los síntomas y signos conocidos de malignidad.

Se confirmó el diagnóstico mediante biopsia abierta. En un paciente se pudo practicar Tiroidectomía Total y Traqueostomía Profiláctica. Este paciente recibió Cobaltoterapia postoperatoria y murió a los 9 meses de su cirugía.

Los dos restantes no volvieron a control. A ellos no se les efectuó ningún procedimiento quirúrgico ni tratamiento complementario.

Conclusiones:

- Se encontró una alta incidencia del Cáncer Tiroideo en nuestro medio (12.8%).
- Por ser una área endémica encontramos el Adeno Ca. Folicular en mayor frecuencia.
- Exceptuando la variedad anaplásica los restantes dan pocas manifestaciones de enfermedad neoplásica. Creemos que (13.8) ni con métodos diagnósticos como son la gammagrafía, el ultrasonido, se hubieran diagnosticado.

Esto último es reportado en artículos internacionales.

- Los procedimientos quirúrgicos limitados son aceptables, si vemos la buena evolución post operatoria del Ca. Papilar y Folicular, no pudiendo decirse lo mismo con el Ca. Anaplásico que tiene muy mal pronóstico independiente del tipo de tratamiento que se administre.

Bibliografía:

- 1.-The Surgical Treatment of Thyroid Cancer... The primary Disease Paul H. Ward. Arch. Otolaryngol Head, Neck Surg. Vol. 112, Nov. 1986 Pag. 1264-6.
- 2.- The Treatment of Thyroid Cáncer the role of Fine-Needle Aspiration Cytology. William J. Frable M.D. Arch. Otolaryngol, Head Neck Surg Vol. 112, Nov. 1986 1200-3.
- 3.- Thyroid Supresión and Medical Ablation for Differentiated Thyroid Cáncer. John T. Dunn M.D. Arch Head, Neck Surg-Vol 112 Nov. 1986. Pág. 1207-9.
- 4.- Thyroid and Parathyroid-Principles of Surgery. Schwartz, Seymour Chap 38.
- 5.- Procesos malignos de la glándula tiroides. Experiencia de la Clínica Lahey. Ricardo L. Rosi. Clínicas quirúrgicas de Norte América. Vol. 2,1985. Pág. 213-30.