

Prevalencia, diagnóstico y tratamiento del cáncer de tiroides en el Hospital Central Militar.

Estudio retrospectivo

Mayor M. C. Roberto **Sandoval-Pacheco**,* Tte. Cor. M.C. Emmanuel **Martínez-Lara****

Escuela Militar de Graduados de Sanidad-Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN

Antecedentes. El cáncer de tiroides es un padecimiento heterogéneo que afecta a todos los grupos de edad, las diferentes presentaciones y variedades impiden protocolizar este padecimiento. En 95% de los casos, el cáncer de tiroides presenta la forma de un nódulo o masa en la glándula. En ocasiones, las metástasis distantes a pulmones o huesos constituyen el primer signo de cáncer del tiroides.

Material y métodos. Se realizó una investigación retrospectiva de los casos de cáncer de tiroides tratados en el Hospital Central Militar, en los años 1997 y 1998, se clasificó de acuerdo con el TNM, determinando edad del paciente, sexo, tamaño del tumor, tipo histológico, afección o no regional en cuello, metástasis a distancia, tipo de tratamiento, método diagnóstico y recurrencias de la tumoración. Criterios de inclusión aquellos expedientes de los pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides durante los años 1997-1998. Criterios de exclusión no contar con el expediente clínico del paciente.

Resultados. Se encontraron 31 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de tiroides, se incluyeron únicamente 26. La frecuencia según el sexo del paciente fue de 26.9% para el sexo masculino y 73.1% para el femenino. Por edad: > 45 años 84.6% y < 45 años 15.4%. Tipo histológico: papilar (80.8%) y folicular (19.2%). De 22 biopsias por aspiración con aguja fina (BAAF), 5 (22.7%) fueron positivas.

Discusión. El cáncer de tiroides en el HCM tiene una frecuencia de 0.0004% de los ingresos en un año. La relación según el sexo fue de 3:1 fem-mas. En cuanto a la edad predominó el grupo mayor de 45 años siendo de 84.6% y el resto para menores de 45. El tipo histológico predominante concuerda con otros autores. El 80.7% de los pacientes fue tratado en estadio I-II. La sensibilidad de la BAAF está por

Prevalence, diagnosis and treatment of thyroid cancer at the Military Central Hospital.

A retrospective study

SUMMARY

Background. Thyroid cancer is an heterogeneous disease that affects all ages. The different manifestations and its varieties are so many that it is not possible to follow a pattern. In 95% of the cases, the cancer presents the shape of a nodule or mass in the gland. In some occasions the metastasis to lungs and bones are the first symptom of thyroid cancer.

Methods. A recent research had place in the Military Central Hospital in 1997 and 1998, they classified patients by sex, age, and size of tumor, histological type and affection in the neck, metastasis at distance, type of treatment and diagnostic test and tumor recurrence. Cases included: patients with dossier with diagnosis of thyroid cancer. Cases excluded: patients with diagnosis of thyroid cancer without dossier.

Results. There were found 31 patients with histopatologic diagnosis of thyroid cancer. Only 26 were included in this research, 73.1% were women and 26.9% were men. For ages, 84% were people of more than 45 and 15.4% under 45 years-old. The most common histological type founded was the papilar, with 80.8% and then the folicular type with 19.2%. Of 22 fine needle aspiration biopsy (FNAB), only five were positive.

Discussion. Thyroid cancer has a frequency of 0.0004% of patients admitted in a year at the Military Central Hospital. Relation female-male was 3:1. Regarding age, 84.6% had of more than 45 years old and the rest were under 45 years old. Histological type is concordant with other authors. 80.7% of patients were treated in stage I-II. The sensibility of FNAB is under 40% for the diagnosis of cancer.

* Comandante de la Sección Sanitaria Fija, Base Aérea Militar # 18, Hermosillo, Sonora.

** Departamento de Medicina Interna, Hospital Central Militar.

debajo de 40% para la identificación de neoplasias positivas a células malignas.

Conclusiones. El cáncer de tiroides predomina en el sexo femenino, en pacientes mayores de 45 años y el tipo histológico más frecuente es el papilar. La complicación quirúrgica más frecuente fue el hipoparatiroidismo (11.5%). La BAAF como método diagnóstico del cáncer de tiroides no es tan útil en nuestro medio como refieren otros autores.

Palabras clave: cáncer, tiroides, prevalencia.

Conclusions. Thyroid cancer is more common in women, and in patients with more than 45 years-old. Papillary carcinoma was the most common histological type. The most common complication in surgery was the hypoparathyroidism. According to this research, FNAB is not as a good method as other authors think.

Key words: Cancer, thyroid, prevalence.

Introducción

El cáncer de tiroides es un padecimiento heterogéneo que afecta a todos los grupos de edad, no existe un plan de tratamiento establecido porque las diferentes presentaciones y variedades impiden protocolizar a todos los pacientes con este padecimiento.¹²

En 95% de los casos, el cáncer de tiroides presenta la forma de un nódulo o masa en la glándula.

En casos aislados, el primer signo de trastornos será linfadenomegalia cervical; ello suele ocurrir particularmente en niños, si bien en la exploración cuidadosa, por lo regular se palpa un pequeño foco primario en la forma de un nódulo tiroideo. En raras ocasiones, las metástasis distantes a pulmones o huesos constituyen el primer signo de cáncer del tiroides.³

Los nódulos tiroideos son muy comunes, sobre todo en EUA la frecuencia de nódulos tiroideos es de 4%, en promedio, en la población de adultos. En niños de corta edad la frecuencia es de 1%, en jóvenes de 11 a 18 años 1.5% y en personas mayores de 60 años en promedio 5%.³

A diferencia de los nódulos tiroideos, el cáncer en esta glándula es un trastorno raro, y según el *Third National Center Survey* tiene una frecuencia de 0.004% por año.²

Por la razón señalada, casi todos los nódulos tiroideos son benignos y hay que utilizar algún método para identificar los que tienen posibilidad de ser malignos.²

Material y métodos

Se realizó una investigación retrospectiva de los casos de cáncer de la glándula tiroides, tratados en el Hospital Central Militar (HCM), que se presentaron en los años 1997 y 1998.

Una vez recolectados los pacientes, se procedió a la revisión de la patología, se clasificó de acuerdo con el TNM, determinando edad, estableciendo parámetros como sexo, tamaño del tumor, tipo histológico, presencia o no de afección regional en cuello, metástasis a distancia, tipo de tratamiento, método, diagnóstico y recurrencias de la tumoración.

Criterios de inclusión. Todos aquellos expedientes de los pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides durante los años 1997-1998.

Criterios de exclusión. No contar con el expediente clínico del paciente o no tener algún registro por medio del cual se pueda localizar al paciente.

Resultados

Se encontraron 31 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de tiroides durante el periodo comprendido de enero de 1997 a diciembre de 1998, de los cuales sólo fue posible revisar 26 porque cinco expedientes no fueron encontrados en el archivo clínico del Hospital Central Militar, durante ese mismo periodo de tiempo ingresaron al hospital 59,457 pacientes, 28,857 en 1997 y 30,632 en 1998, lo que arroja una frecuencia de 0.0004% por año en ambos casos porque el número de pacientes con cáncer de tiroides en 1997 fue el mismo que en 1998 (13 pacientes).

La frecuencia según el sexo del paciente fue de 26.9% para el sexo masculino (siete pacientes) y 73.1% para el sexo femenino (19 pacientes).

La clasificación por edad arrojó los siguientes resultados: > 45 años 84.6% (22 pacientes) y < 45 años 15.4% (cuatro pacientes).

El tipo histológico que predominó en este estudio fue el carcinoma papilar con 80.8% (21 pacientes) y los restantes cinco pacientes presentaron un diagnóstico histopatológico de carcinoma folicular, lo que representa 19.2%.

Los estadios en los que se clasificó a los pacientes fueron:

- Estadio I: 6 pacientes (23.1%).
- Estadio II: 15 pacientes (57.7%).
- Estadio III: 2 pacientes (7.7%).
- Estadio IV: 3 pacientes (11.5%).

Los estadios según el tipo histológico:

- Papilar 21 pacientes:
 - Estadio I: 5 pacientes (23.8%).
 - Estadio II: 14 pacientes (66.7%).
 - Estadio III: 0 pacientes.
 - Estadio IV: 2 pacientes (9.5%).
- Folicular 5 pacientes:
 - Estadio I: 1 paciente (20%).
 - Estadio II: 1 paciente (20%).
 - Estadio III: 2 pacientes (40%).
 - Estadio IV: 1 paciente (20%).

Las características clínicas con las que se presentaban los pacientes a su ingreso fueron:

Disfonía: 5 pacientes (19.2%).

Disfagia: 4 pacientes (15.4%).

Bocio: 16 pacientes (61.5%).

Cefalea: 1 paciente (3.8%).

Nódulo: 14 pacientes (53.9%).

Tipo de tratamiento quirúrgico:

Tiroidectomía total: 15 pacientes (57.7%).

Tt + disección radical de cuello: 3 (11.5%).

Hemitiroidectomía: 6 pacientes (23.1%).

Tiroidectomía subtotal: 2 pacientes (7.7%).

Tratamiento complementario:

Radioterapia: 11 pacientes (42.3%).

Quimioterapia: 2 pacientes (7.7%).

Yodo 131: 3 pacientes (11.5%).

Se les aplicó quimioterapia a dos pacientes, uno de ellos con carcinoma papilar por tumor residual en retroperitoneo y el otro de ellos por carcinoma papilar con abundantes cuerpos de psamoma con metástasis a cerebro en lóbulo frontal derecho.

Los ciclos de radioterapia fueron para aquellos pacientes en los que la ruptura de la cápsula o invasión a tejidos blandos peritiroideos así lo ameritaban, además de los pacientes sometidos a radioterapia.

Las principales complicaciones encontradas en este estudio fueron:

Parálisis de hemilaringe derecha: 1 paciente

Fístula quilosa: 1 paciente (3.8%).

Hipoparatiroidismo: 3 pacientes (11.5%).

Se realizaron en total 22 BAAF de las cuales sólo cinco (22.7%) fueron positivas, cabe recalcar que un estudio era extrahospitalario. Se reportaron de la siguiente manera:

Muestra insuficiente: 2 (9.0%)

Muestra no concluyente: 4 (18.0%)

(+) a células malignas: 5 (22.7%)

(-) a células malignas: 8 (36.3%)

Muestra inadecuada: 3 (13.6%)

Discusión

El carcinoma de la glándula tiroides, patología que es tratada en el HCM, tiene una frecuencia 10 veces menor a la reportada por estudios realizados en otros países, significa el 0.0004% de los ingresos en un año, no es valor muy significativo, pero dada la naturaleza del padecimiento y el comportamiento observado en este tipo de patología cabe hacer hincapié en la manera de abordar, diagnosticar y tratar a estos pacientes.⁷

Los tumores malignos tratados en el HCM tuvieron una presentación en las mujeres con respecto a los hombres similar a la reportada por la literatura mundial, encontrándose una razón de casi 3:1 en comparación al sexo masculino. La edad también fue determinante, porque predominó principalmente en el grupo de edad mayor de 45 años, siendo de 84.6% para ese grupo y el resto para los menores de 45 años, se presentó únicamente un caso con

un paciente de 11 años el cual no fue posible darle seguimiento por pérdida del expediente clínico, así que no fue integrado al grupo en estudio.

El tipo histológico encontrado en este estudio es como se reporta en diversas bibliografías, predominando el tipo papilar con 80.8% en nuestro medio comparado con 58 a 75% reportado por otros autores, el otro tipo histológico fue el carcinoma folicular con 19.2% comparado con 19 a 39% en la literatura mundial.

El diagnóstico en nuestros pacientes se puede tomar casi en su mayoría como temprano y con un buen pronóstico en la sobrevivida a 10 años, ya que 80.7% fue tratado en estadio I-II de la American Joint Committee on Cancer, teniendo un índice de sobrevivida de hasta 95% a 10 años.

Con lo que respecta a la BAAF se puede afirmar que a pesar de la alta especificidad que se le atribuye en otras series de hasta 98% para emitir un resultado ya sea maligno o benigno en una lesión tiroidea, en nuestro medio se comprobó que la sensibilidad está por debajo de 20% para la identificación de neoplasias positivas a células malignas. Es penoso que el diagnóstico tenga que ser realizado posteriormente a la biopsia escisional de la lesión o hasta la cirugía parcial de la glándula tiroides, siendo necesario someter al paciente en ocasiones a una segunda cirugía aumentando los costos y lo más importante, la morbilidad a un paciente, que con un diagnóstico certero se puede determinar el tipo de tratamiento más adecuado según la presentación, extensión y tipo histológico de la masa. No es mera responsabilidad del Servicio de Patología ya que juega un papel muy importante todo el personal médico y técnico que participa en el manejo de estos pacientes; una de las metas de este estudio es integrar un equipo en el que todos participen activamente emitiendo un juicio fundamentado para mejorar la calidad no sólo de la BAAF, sino durante todo el abordaje y seguimiento del paciente.

Conclusiones

- La frecuencia del cáncer de tiroides es 10 veces menor que la reportada en otras series de estudios.
- El cáncer de tiroides se presenta fundamentalmente en el sexo femenino con una relación de casi 3:1.
- La edad juega un papel importante en la aparición del cáncer de tiroides correspondiendo 84.5% para el grupo de más de 45 años.
- La mayoría de los tumores malignos tiroideos corresponde al cáncer papilar con 80.8%.
- La complicación quirúrgica más frecuente fue el hipoparatiroidismo encontrado en 11.5%.
- La BAAF como método diagnóstico del cáncer de tiroides no es tan útil en nuestro medio como refieren autores de otros países.

Referencias

1. Burch HB. Evaluation and management of the solid thyroid nodule. *Endocrine Metab Clin North Am* 1995; 24: 663.

2. Colran Ranzi S, et al. Patología estructural y funcional. Madrid: Interamericana; 1995, p. 1234-57.
3. Correa P, Chen Vw. Endocrine Gland Cancer. Cancer 1995; 75: 338-52.
4. Cummings ChW, et al. Otolaryngology head and neck surgery. Michigan: Mosby; 1993; 2414-53.
5. De Vita LA. Oncology: Cancer of the endocrine system chapter 39 Vol II, p. 1269-86.
6. Douglas L, Fraker, et al. Thyroid tumors. In: De vita Vicent T. Junior, Hellman Samuel y Rosenberg Steven A. Cancer, principles and practice of oncology. Vol. 1. Philadelphia: Lippincott Raven; 1997, p. 1629-50.
7. Kaplan L Edwin. Tiroides y paratiroides. En: Schwartz S, Shires TG, Spence FC. Principios de cirugía. Vol. 2, México: Mc Graw-Hill, 1995, p. 1655-89.
8. Mazzaferri LE, Caruso RE. Disorders of the thyroid gland. In: Cummings CW: Otolaryngology head and neck surgery. Michigan, Mosby, 1993; 2414-53.
9. Oertel YC. Fine-needle aspiration and the diagnosis of thyroid cancer. Endocrine Metab Clin North Am 1996; 25: 69.
10. Robbins J, et al. Thyroid cancer: A lethal endocrine neoplasm. Ann Int Med 1991; 115-33.
11. Rojesky MT, Gharib H. Nodular thyroid disease: Evaluation and management. N Engl Med 1995; 313: 428.
12. Simpson WJ, et al. Papillary and follicular thyroid cancer. Prognostic factors in 1578 patients. Am J Med 1997; 83: 479.
13. Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Cirugía de la glándula tiroides. Sánchez MJ, Gómez MM, Novelo GE. Fascículo VII México: 1997.
14. The Am Association of Clinical Endocrinologist. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of thyroid nodules. E.U.A: Stanley Feld, 1996.
15. Warlfsky Leonard. Diseases of thyroid. In: Fauci Anthony S, Braundwald Eugene, Isselbacher Kurk J y cols. Harrison's principles of internal medicine. Vol. 2. U.S.A.: Mc Graw Hill; 1998, p. 2012-35.