

## TUMORES MALIGNOS DEL TIROIDES; REVISION DE CATORCE CASOS EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER EN EL PERIODO 1987-92

\* Dr. José D. Chanlatte Baik

\* Dra Daysi Marisela Almanzar Santana

### Resumen

Realizamos un estudio retrospectivo revisando todos los casos de carcinoma del tiroides encontrados en los archivos del departamento de patología del Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) Dr. Salvador B. Gautier en Santo Domingo, Republica Dominicana, en el periodo de seis años, 1987-92.

Encontramos un total de 14 casos, 8 de ellos (57.1%) de la variedad papilar, 3 casos (21.4%) de la variedad folicular, 1 caso (7.1%) medular y 1 caso (7.1%) anaplásico.

De los pacientes 10 pertenecían al sexo femenino (71.5%) y 4 al masculino (28.5%). La edad osciló entre los 20 y 56 años. Los procesos diagnósticos utilizados fueron, determinación en el plasma de niveles de T3 y T4, gammagrafía, sonografía y citología. En todos los pacientes se encontró un nódulo frío.

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron, tiroidectomía total 11 casos (78.5%), lobectomía 3 casos (21.4%), vaciamiento ganglionar del cuello 6 casos (42.8%).

Complicaciones quirúrgicas fueron, un caso de lesión del nervio laríngeo recurrente, hipocalcemia transitoria por lesión de las paratiroides tres casos. En relación al pronóstico 12 casos (87.7%) han sobrevivido sin complicaciones 5 años o mas.

Carcinoma del tiroides                      Hospital Dr. Salvador B. Gautier                      87.7% de sobrevivencia

### Abstract

A retrospective study was done, reviewing all the cases of thyroid carcinoma found in the files of the department of pathology of the hospital of the Dominican Institute of Social Security, Dr. Salvador B. Gautier in Santo Domingo, Dominican Republic, during a period of six years, 1987-92.

We found a total of 14 cases, 8 of them (57.1%) of the papilar classification, 3 cases (21.4%) of the folicular one, 1 case (7.1%) medular and 1 case (7.1%) anaplastic.

Of the patients 10 were feminine (71.5%) and 4 masculine (28.5%). The age range from 20 to 56 years. The diagnostic procedures utilized were, determination of the plasma levels of T3 and T4, gammography, sonography, and cytology. In all the cases we found a cold nodule.

The surgical procedures done were, total thyroidectomy 11 cases (78.5%), lobectomy 3 cases

\* Del Servicio de Cirugía General, Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Dr. Salvador B. Gautier en Santo Domingo, Republica Dominicana



(21.4%), radical nodular removal of the neck 6 cases (42.8%).

Surgical complications were, one case of lesion of the recurrent laryngeal nerve, transient hypocalcemia for damage to the parathyroids, three cases. In relation to the prognosis 12 cases (87.7%) had a 5 years survival without complications.

Thyroid carcinoma Dr. Salvador B. Gautier Hospital 87.7% survival

## INTRODUCCION

Pocas patologías han sido objeto de tanta controversia sobre la forma de hacer el diagnóstico y su manejo de manera correcta, como las enfermedades nodulares del tiroides.

La Sociedad Americana contra el Cáncer ha estimado que para el año 1995, habrá 13,900 nuevos casos de cáncer del tiroides, con una relación femenino-masculino de 3 a 1.<sup>1</sup> Sin embargo, la mortalidad por año es de solo 1,120 casos.<sup>2</sup> Esto demuestra que la mayoría de las veces es una patología curable o controlable.

Los tumores bien diferenciados del tiroides ocurren sin prácticamente manifestaciones clínicas. Histológicamente el carcinoma papilar es el más frecuente (50 a 60% de los casos). Es también el menos agresivo, aunque puede dar metástasis a los ganglios cervicales en un 35 a 40%.

El segundo tumor más frecuente es la variedad folicular (15 a 20%), con más tendencia a la diseminación por vía hematogena a los pulmones, huesos, cerebro, etc. Este tumor es seguido por el medular con un 10 a 15% y por último el indiferenciado o anaplásico con un 7%.<sup>3</sup>

Debido a la frecuencia de los nódulos solitarios del tiroides hipocaptantes o no captantes, estos deben ser motivo de preocupación y estudio ya que un 18 a 30% pueden ser malignos.<sup>4</sup> El estudio debe incluir aspiración con aguja fina para estudio citológico.

## MATERIALES Y METODO

Se realizó un estudio en el departamento de patología del Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales Dr. Salvador B. Gautier, por el periodo 1987-1992, donde revisamos 14 casos encontrados de Carcinoma del Tiroides en dicho Hospital.

Estos 14 expedientes fueron estudiados

mediante un protocolo que incluyó los siguientes datos:

Edad, sexo, hallazgos anatómicos en el cuello, método de diagnóstico de la patología, tipo de tumor encontrado, procedimiento quirúrgico efectuado, complicaciones quirúrgicas y evolución.

## RESULTADOS

Un hallazgo constante en el examen físico del paciente fue una masa anterior en el cuello.

Al sexo femenino pertenecieron 10 casos para un 71.5% y al sexo masculino 4 casos para un 28.5%.

La edad de los pacientes osciló entre 20 y 56 años.

CUADRO No. 1

### TIPOS HISTOLOGICOS DE CARCINOMA DEL TIROIDES ENCONTRADOS

TIPOS HISTOLOGICOS	No.	TASA EN %
Papilar sin metástasis ganglionar	5	35.8
Papilar con metástasis ganglionar	3	21.5
Folicular sin metástasis	2	14.3
Folicular con metástasis	1	7.1
Medular	1	7.1
Anaplásico sin metástasis	1	7.1
Anaplásico con metástasis	1	7.1
<b>TOTALES</b>	<b>14</b>	<b>100.0</b>

Los métodos diagnósticos empleados fueron:



Determinación de T3 y T4 en plasma, gammagrafía, sonografía y citología.

Todos los pacientes presentaron un nódulo frío en la gammagrafía.

Los tipos o variedad histológica encontrados los presentamos en el cuadro No. 1

Los procedimientos quirúrgicos efectuados fueron:

Tiroidectomía total en 11 casos para un 78.5%, lobectomía derecha o izquierda 3 casos para un 21.4% y vaciamiento ganglionar del cuello 6 casos para un 42.8%

Las complicaciones quirúrgicas que se presentaron fueron:

Lesión del nervio laríngeo recurrente izquierdo un caso para un 7.1% e hipocalcemia transitoria por daño a las paratiroides 3 casos, para un 21.4%.

En cuanto a la evolución de los pacientes: 12 casos se encuentran bien y libre de metástasis después de 5 o más años de la intervención quirúrgica para un 87.7%; un caso presentó recurrencia del tumor al año de la cirugía, con metástasis a la clavícula derecha para un 7.1% y un caso presentó metástasis ganglionar en el cuello a los 4 años de la intervención, para un 7.1%.

## DISCUSION

La decisión de operar un paciente con cáncer del tiroides no debe ser tomada basándose en una sola prueba diagnóstica, sino por la combinación de los hallazgos clínicos y de laboratorio.

Cuando el paciente se queja de disfonía por parálisis de una cuerda vocal, puede considerarse como malignidad, debido a que los nódulos benignos no producen parálisis de las cuerdas vocales, aunque compriman el nervio recurrente.

Un nódulo tiroideo solitario puede ser maligno en un 18 a 30%.<sup>4</sup>

El ultrasonido solamente puede distinguir los nódulos sólidos de los quísticos. Los nódulos quísticos tienen menos posibilidades de ser malignos.<sup>1</sup>

Los estudios citológicos por aspiración con aguja fina en los casos de adenomas foliculares benignos y tumores foliculares malignos, resulta

muy difícil diferenciarlos por este método, por lo que se recomienda la lobectomía en el lado de la lesión para biopsia. El patólogo debe buscar a través de la pieza quirúrgica invasión vascular o de la capsula del tumor, para hacer el diagnóstico de cáncer.

No se recomienda la biopsia por excisión del nódulo, sino la lobectomía completa. En los casos de carcinoma papilar se recomienda la tiroidectomía total. En algunos casos casi total (recomendada por algunos grupos).<sup>6-8</sup>

El carcinoma folicular angioinvasivo tiene peor pronóstico que los no angioinvasivos. El tratamiento quirúrgico preferido es la tiroidectomía total y yodo radioactivo en casos con metástasis.

El tumor de células de Hürthle cuando es maligno tiene un pronóstico relativamente malo y no responde al uso de yodo radioactivo o radiaciones externas, solo a la cirugía radical, incluyendo la linfadenectomía cervical si fuese necesario.

El carcinoma medular,<sup>9</sup> cuando es familiar, es multicéntrico y en un 80% de los casos es bilateral. En los casos no familiares es bilateral en solo un 30%. Se recomienda la tiroidectomía total como el tratamiento de elección, así como la linfadenectomía radical o modificada en algunos casos. Este tumor puede estar asociado al Síndrome de Sipple. No responde al yodo radioactivo.

El carcinoma anaplásico o indiferenciado es uno de los más agresivos y la supervivencia es solo de meses.<sup>3</sup> Es más común en pacientes de más de 60 años de edad y representa un 7% de todos los casos de tumores malignos del tiroides. Frecuentemente necesitan traqueostomía y el tratamiento es cirugía radical y radiaciones externas con pobres resultados.

## CONCLUSIONES

En nuestras investigaciones de la patología de carcinomas del tiroides y debido a que los bien diferenciados cursan sin manifestaciones clínicas, debe siempre hacerse métodos de diagnóstico que sean específicos para confirmar dicha patología.

En nuestro estudio, así como en otros de la literatura, los nódulos de tiroides fríos, no



captantes o hipocaptantes en mujeres jóvenes, pueden ser tumores malignos, por lo que su investigación debe seguir los procedimientos ya descritos en esta publicación.

En este trabajo, así como en otros, la mayoría de los tumores fueron del tipo papilar, seguidos por los foliculares y en un porcentaje menor, los medulares e indiferenciados.

Se encontró un solo caso de carcinoma medular del tiroides en este estudio, lo que demuestra lo poco frecuente que esta patología se presenta en nuestro país, contrariamente a Méjico, donde el Dr. M. Pizarro ha reportado varios casos.

Desde el punto de vista quirúrgico la tiroidectomía total es el mejor y mas efectivo tratamiento curativo de los tumores malignos del tiroides con linfadenectomía cervical en los casos positivos de metástasis.

REFERENCIAS

1.- Cassidy C. Tratamiento del nódulo solitario del tiroides.

Controversy in surgery 1976 ,pag 143-51

2.- Wilson S. Carcinoma of the thyroid. The Surgical Clinics of North America 1973; 53(1)

3.- Bell R. Thyroid Carcinoma. The Surgical Clinics of North America 1986; 66 (1): 13-27

4.- Lennguist S. The thyroid nodule. The Surgical Clinics of North America 1987; 67(2)

5.- Beahrs O. Indicaciones para la excisión de nódulo solitario del tiroides. Controversy in Surgery 1976, pag 156-58

6.- Fardon J. Principios de cirugía de tumores malignos del tiroides. Sabiston 1991, pag 338-41

7.- Caby B. Glandulas tiroides y paratiroides; cirugía técnicas y procedimientos. 3ra ed. International Mc Graw-Hill 1976

8.- Patwardhan N. Manejo quirúrgico del paciente con carcinoma papilar. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica 1995; 75 (3): 449-65

9.- Moley J F. Carcinoma medular del tiroides: Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica 1995; 75 (3): 405-19