
INCIDENCIA DEL CANCER DE TIROIDES EN PACIENTES TIROIDECTOMIZADOS. HOSPITAL "Dr. José R. Vidal" DE LA CIUDAD DE CORRIENTES

Karin Alejandra Gómez, Valeria María Gómez, Nestor Fabián Fernández
Dra. Graciela Roux

Resumen:

Objetivo: Conocer la incidencia del cáncer de tiroides en pacientes tiroidectomizados.

Material y Métodos: se revisarán informes del Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. José R. Vidal" de pacientes con patología tiroidea, tiroidectomizados, con sus respectivos informes, del Servicio de Anatomía Patológica de dicho hospital.

Conclusiones: En 5 años en el Hospital "Dr. José R. Vidal" con un total de 43 pacientes que corresponden al 100 % de la muestra, la incidencia de patología maligna corresponde al 23,2%; de éste, la presentación histológica más frecuente es la papilar con un 70 % en relación con la variedad indiferenciada con un 30%.

Palabras claves: tiroidectomizados, papilar, indiferenciado, incidencia.

Summary:

Objective: knowing the incidence of thyroids cancer in thyroidectomized patients.

Material and Methods: reports from the "Surgery Service of Jose R. Vidal" Hospital, about thyroidectomized patients with thyroid pathology, and also their respective reports, that were taken from the Service of Pathological Anatomy of the above mentioned hospital, will be revised.

Conclusions: In 5 years, in the "Dr. Jose R. Vidal" Hospital, with a total of 43 patients that corresponds to the 100% of the sample, the incidence of malignant pathology corresponds to the 23, 2%; from this, the more frequent histological presentation is the papillary with a 70% in relation to the indistinguishable variety with a 30%.

Key words: thyroidectomized, papillary, indistinguishable, incidence.

INTRODUCCION:

La glándula tiroides (del griego *thyreos*: escudo y *leidos*: forma) está situada en la región anterior del cuello por delante del cartílago cricoides y de la parte superior de la traquea. Muestra la forma de una mariposa; los dos lóbulos miden cerca de 5 x 2 cm. Los lóbulos se componen estructuras esféricas que se llaman *folículos*, que consisten en coloide rodeado por una capa única de células epiteliales cubiertas por una membrana basal. El coloide consiste sobre todo en la proteína tiroglobulina, que es la forma de almacenamiento de T4 y T3. El papel principal de estas sustancias es regular el metabolismo tisular.^(1,2)

La glándula tiroides es peculiar entre los órganos endocrinos en que pueden originarse síntomas por dos tipos generales de problemas. El hiperfuncionamiento (hipertiroidismo o tirotoxicosis) o la disminución de la hormona tiroides (hipotiroidismo o mixedema), o el aumento de tamaño físico de tiroides (bocio).^(3,4)

La exposición a la radiación externa en el cuello en altas dosis, incrementa el riesgo del cáncer de tiroides, así como la exposición intravenosa a la radiación durante exámenes y tratamientos médicos no incrementa el riesgo de desarrollo de cáncer de tiroides.⁽¹⁰⁾

Los nódulos solitarios son patologías comunes, se estima un 1,5% en el sexo masculino y un 6,4% en mujeres entre 30 y 59 años, que

aumenta con la edad siendo un hallazgo del 50% en autopsias de personas de 70 a 80 años de edad. El carcinoma de tiroides representa el 4 al 10 % de los nódulos solitarios.^(13,14)

Raramente pacientes con nódulo solitarios que son malignos tienen hipertiroidismo o hipotiroidismo.⁽¹¹⁾

Los carcinomas tiroides pueden ser: papilares con una frecuencia del 60%, foliculares 20%, indiferenciados o anaplásicos entre el 15 y el 20% y medular entre el 5 y 10%.

Por lo antes expuesto surge la idea de investigar la incidencia de patología tiroidea maligna en pacientes tiroidectomizados en nuestro hospital.⁽³⁾

MATERIAL Y METODOS

Se obtuvo información de los archivos del Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. José R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes, con los respectivos informes anatomopatológicos en un período de tiempo correspondido entre los años 2000 y 2004 hallando un total de 43 casos.

Fueron incluidos en este trabajo pacientes que hayan sido tiroidectomizados por haber presentado patología tiroidea.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, presentación clínica y diagnóstico anatomopatológico, obtenidos del material de la pieza quirúrgica.

Dicha información se volcó en tablas de la planilla de cálculos Excel, obteniéndose los porcentajes y gráficos ilustrativos.

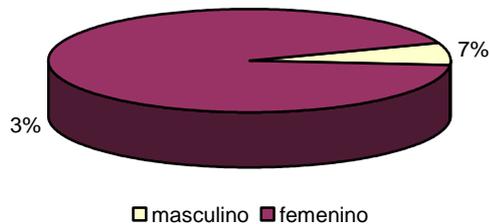
Se realizaron cálculos de medida de tendencia central: media o promedio, mediana y modo.

RESULTADOS

La incidencia de patología tiroidea según sexo sobre un total de 43 pacientes equivalentes al 100 % de la muestra, fue mayor en el sexo femenino (93,02%) con relación al sexo masculino (6,97%).

sexo	pacientes	porcentajes
masculino	3	6,97%
femenino	40	93,02%
total	43	100%

**CANCER DE TIROIDES:
INCIDENCIA SEGUN SEXO**



Con respecto a la edad se hallaron los siguientes resultados:

Mediana: 45 años.

Media: La edad promedio que presenta patología tiroidea corresponde a 43,02 años.

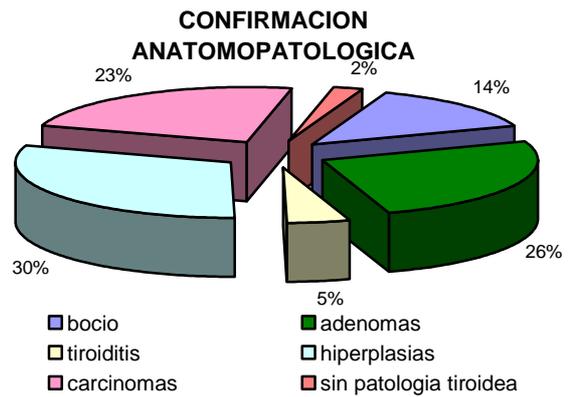
Moda o modo: la observación más frecuente de patología tiroidea corresponde a 48 y 49 años.

En cuanto a la presentación clínica los hallazgos fueron los siguientes:

Presentación Clínica	Casos	Porcentajes
Bocio	13	30,23%
Nódulo	28	65,11%
Quiste	2	4,65%

Con respecto a los informes anatomopatológicos de las muestras extraídas los resultados arrojaron los siguientes datos:

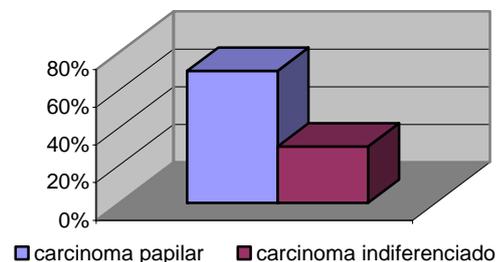
Anatomía Patológica	Pacientes	Porcentaje
Bocio	6	13,95%
Adenomas	11	25,58%
Tiroiditis	2	4,65%
Hiperplasias	13	30,23%
Carcinomas	10	23,25%
Sin patología tiroidea	1	2,32%



Con respecto a la patología tiroidea maligna, hay predominio del carcinoma papilar, lo que coincide con la bibliografía revisada y con otros trabajos antes publicados. La otra variedad de carcinoma hallado es el carcinoma indiferenciado.

Variedad histológica	Pacientes	Porcentaje
carcinoma papilar	7	70%
carcinoma indiferenciado	3	30%
Total	10	100%

**CARCINOMA DE TIROIDES:
VARIEDADES HISTOLOGICAS**



DISCUSION

Concordando con la bibliografía consultada, nuestro trabajo coincide con la prevalencia de la patología tiroidea en las mujeres, encontrando solo tres casos en el sexo masculino.^(6,7)

Teniendo en cuenta la presentación clínica los nódulos tiroides son los más frecuentes, presentándose en mujeres de entre 25 y 55 años de edad, cuando se presentan antes de los 14 o luego de los 65 años deben siempre considerarse sospechosos de malignidad. En nuestra investigación los tres casos hallados en el sexo masculino fueron nódulos tiroideos por lo cual son altamente sospechosos de patología maligna, ya que un hallazgo de esta naturaleza triplica las posibilidades de malignidad comparado con el sexo femenino.⁽¹⁵⁾

En cuanto a la anatomía patológica los hallazgos obtenidos más frecuentemente son hiperplasia (30,23%), adenoma (25,58%) y bo-

cio (13,95%) dentro de la patología benigna, que coincide con otros estudios revisados, y carcinoma (23,28%).

En la patología maligna, hubo predominio de carcinoma papilar, lo que nuevamente coincide con la bibliografía revisada. ^(6,7,8)

La conducta a seguir ante un paciente con nódulo tiroideo no puede ser basada sobre un solo parámetro, sino que se logra correlacionando un buen criterio clínico, hallazgos bioquímicos, ecográficos, resultados obtenidos por Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) y confirmación por biopsia. ⁽¹²⁾

En cuanto a la Biopsia por congelación: se aconseja realizarla intraoperatoriamente en la cirugía de la glándula tiroides, si bien la punción con citología (+) tiene un notable porcentaje de aciertos ésta se confirma por la biopsia por congelación.

La mayoría de las series se informa excelentes resultados ya que es necesario sólo diferir el diagnóstico en el 2-4 % de los casos, la sensibilidad oscila entre el 70 al 90 % y la especificidad del 94 al 100 %. ^(10,11)

CONCLUSION

Como consecuencia de los datos obtenidos podemos concluir que: En el Hospital "Dr. José R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes la patología maligna tiroidea se presenta con mayor incidencia en mujeres a razón de 93,02% versus 6,97% en hombres, siendo la edad promedio de presentación 43,02 años.

De un total de 43 pacientes tireoidectomizados, la presentación clínica de éstos el nódulo tiroideo fue la forma principal con un 65%, le siguen en frecuencia el bocio con 30% y el quiste con 4%.

De estos 10 correspondieron a neoplasia maligna, representando el 23,2% siendo el más frecuente la variedad papilar con un (70 %) con una edad promedio de 38,7 años. La otra variedad hallada es la indiferenciada o anaplásica con un 30%, y con respecto a la edad; coincidiendo con la bibliografía revisada un caso de 81 años y dos casos de 29 años.

Agradecimientos:

- Al Servicio de Cirugía del Hospital "Dr. José R. Vidal"
- A la Prof. Dra. Ofelia Gorodner del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "Dr. José R. Vidal."

BIBLIOGRAFIA

1. Dos Santos Lara JA. Anatomía y Fisiología. Buenos Aires. Argentina. Editorial Troquel S.A. 9º Ed. 1965; 338
2. Degraot LJ, Niepomnieszeze H. Biosíntesis of Thyroid Hormona: Basic and Clinical Aspects. Metabolism 1997; 26:665.
3. Wyngaarden JB, Smith LH. Tratado de Medicina interna. Glándula Tiroides. España. Ed Interamericana. Libro. 16ª Ed. Vol. II. 1985. 1255-1299.
4. FarrerasVP, Mazzei SE, Masnatta G. Medicina Interna Glándula Tiroides. España. Ed Marin. Libro. 7ª Ed. Vol. II. 1975; 2092-2097
5. Ortiz FE, Deschamps JH, Grinfeld D, Wilks AE. Escuela Quirúrgica Christmann. Enfermedades de la Glándula Tiroides. Nociones tecnicoquirúrgicas. Buenos Aires. Ed El Ateneo. 1985. 26:344-358
6. Guardo AJ, Calb I, De Gracia A, Robledo H, Palma JB, Caporale S. Carcinoma Anaplasico de la glándula tiroidea. Nuestra Experiencia. Revista Argentina de Cancer. Marzo 1995; Vol. XXIII N° 3: 126-133
7. Bobrow Catalina. Biopsia con aguja fina. Revista Separata. 2000. Buenos Aires. Argentina. 38:78-80.
8. Braga de Aquino J y Col. Carcinoma diferenciado de tiroides: A Validade de Compleção de tireoidectomia. Revista do colegio Brasileiro de cirurgios 2001; 28:121-124.
9. Gonzalez Aguilar. Cáncer de Tiroides. Retrato Oficial. Revista Argentina de Cirugía. 1997. Buenos Aires. Argentina. 57-190.
10. Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins and Cottrand Pathologic Basis of Disease. 7 th ed. St Louis. Saunders. 2005:1177-1180.
11. De Luis DA, Peláez JL. Abordaje diagnóstico ante la patología tiroidea nodular. Revista Clínica Española. 2004; Vol. 204 N° 5: 266-268.
12. Ayala LJ, Gallego E. Exposiciones y conferencias presentadas en la XI Jornadas Científicas del Hospital Vargas. Enfermedades tiroideas. Archivo Hospital Vargas. 2000; Vol. 42 N°4:215-220.
13. De la Guardia G. Panorámica Diagnóstica y Terapéutica del Cáncer de Tiroides en Camaguey. Revista Cubana de Cirugía. 2001; 40:263-267.
14. Medina Perez M, Lazo Taraneza JM. Limitaciones de la punción aspiración con aguja fina en el diagnóstico del linfoma primario de tiroides. Revista Clínica Española. 1998; Vol. 198:663.
15. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003:249-253.