

ARTÍCULO ORIGINAL

Cáncer de tiroides en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo

Characterization of the thyroid cancer in the Hospital Dr. Agostinho Neto, Guantnamo

Yondris Reyes Domínguez, Rafael Ángel Moró Vela, Ernesto Ramírez Núñez, Lázaro David Cardona

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Introducción: en Guantánamo existen pocos estudios relacionados al cáncer de tiroides. **Objetivo:** caracterizar el cáncer de tiroides en el servicio de cirugía general del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" durante los años 2012 - 2016. **Método:** se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal en 34 pacientes; se abordó las siguientes variables: edad; sexo; topografía, tamaño, etapa evolutiva y tipo histológico del tumor; lesiones asociadas; sobrevida del paciente; momento y tiempo de decisión de la tiroidectomía y complicaciones postoperatorias. **Resultados:** el mayor número de pacientes fueron mujeres; la edad osciló entre 29 y 39 años; se afectó más el lóbulo izquierdo de la glándula y el tumor fue menor de 2 cm, fue más frecuente el tumor papilar, la lesión más asociada fue el bocio multinodular. La mayor proporción de los pacientes estaban en la etapa II del cáncer y sobrevivieron de 2 a 5 años. A todos se les realizó tiroidectomía, en su mayoría se decidió desde la consulta preoperatoria. Algunos pacientes presentaron alguna complicación. **Conclusiones:** se reveló la importancia de la precocidad del diagnóstico y la decisión de la tiroidectomía total.

Palabras claves: tumores del tiroides; nódulo tiroideo; cirugía tiroidea

ABSTRACT

Introduction: in Guantanamo the thyroid cancer has not been studied. **Objective:** to characterize the thyroid cancer in the Service of General Surgery of the Hospital Dr. Agostinho Neto during the years 2012-2016. **Method:** A descriptive, prospective and longitudinal study was made. The following variables were approached: age; sex; topography, size, evolutionary stage and histological type of the tumor; injure associate; moment of choice of the total tiroidectomy and time for the choice of carrying out it and postoperative complications. **Results:** the patients were women mainly; they had age between 29 and 39 years; it was affected more the left lobe of the gland and the tumor was smaller than 2 cm; it was more frequent the tumor papilar; the most associate lesion was the goiter multinodular. The biggest proportion in the patient one was in the stage II of the cancer, and survived 2 to 5 years. All they were carried out tiroidectomy that decided from the preoperative consultation in 53.0%. 23.5% of the patients presented some complication. **Conclusions:** It is revealed the importance of the precocious diagnosis and the decision of the total tiroidectomy from the preoperative consultation.

Keywords: tumors of the thyroid; thyroid nodule; thyroid surgery

INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades de la glándula tiroides, el nódulo constituye uno de los mayores desafíos en el quehacer del cirujano general. A escala mundial, hasta un 2 % de los casos se diagnostica un cáncer de tiroides¹, este determina el 1 % de los fallecidos por cáncer, de ahí la importancia social de su estudio.²

En Cuba, el cáncer de tiroides ocupa el décimo lugar entre las causas de muertes por neoplasias. Este afectó sobre todo a pacientes con edad entre 25 y 65 años.³

En la provincia de Guantánamo, la frecuencia del cáncer de tiroides es similar a lo que se observa en el ámbito mundial y nacional, en los últimos años se ha observado un aumento en su incidencia.³ Sin embargo, no se encuentra que se haya realizado un estudio respecto al manejo médico-quirúrgico de esta afección en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" durante los años 2014-2016.

Los autores de esta investigación no encontraron que en Guantánamo se hubiera descrito el cáncer de tiroides, por ello el objetivo del estudio consiste en caracterizar el cáncer de tiroides en el Servicio de Cirugía General de dicho hospital durante los años 2012-2016.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal, de los 34 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides tratados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, en el período 2012-2016.

Se estudió la edad, sexo, topografía, tamaño, etapa evolutiva y tipo histológico del tumor, lesiones asociadas, sobrevida del paciente, momento y tiempo para la toma de la decisión de la tiroidectomía y complicaciones postoperatorias; datos extraídos de las historias clínicas.

Los datos se resumen mediante porcentajes y se presentan en tablas.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra que el mayor porcentaje de los pacientes fue mujeres (82.4 %) y tenían entre 29 y 39 años de edad

Tabla 1. Caracterización de los pacientes según edad y sexo

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-28	1	2.9	2	5.9	3	8.8
29-39	1	2.9	12	35.2	13	38.1
40-50	1	2.9	11	32.4	12	35.3
Mayores de 51	3	8.9	3	8.9	6	17.8
Total	6	17.6	28	82.4	34	100.0

La Tabla 2 revela que el tumor se localizó más en el lóbulo izquierdo de la glándula (38.2 %) y fue menor de 2 cm (58.8 %).

Tabla 2. Tamaño del tumor según tomografía

Topografía del tumor	Tamaño del tumor							
	< 2 cm		2 – 4 cm		> 4 cm		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
L. izquierdo	10	29.4	-	-	3	8.8	13	38.2
L. derecho	3	8.8	1	2.9	2	5.9	6	17.6
Istmo	-	-	-	-	1	2.9	1	2.9
Ambos L.	4	11.8	-	-	1	2.9	5	14.7
L. izquierdo/I	1	2.9	1	2.9	3	8.8	5	14.7
L. derecho/I	1	2.9	-	-	1	2.9	2	5.9
Toda glándula	1	2.9	-	-	1	2.9	2	5.9
Total	20	58.8	2	5.9	12	35.3	34	100.0

Leyenda: L: lóbulo; I: istmo

La Tabla 3 expresa que el tumor papilar fue el más común (58.8 %) y el bocio multinodular fue la lesión más asociada (53.0 %).

Tabla 3. Tipo histológico de cáncer y lesiones asociadas según sexo

Variables	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tipo histológico						
Folicular	4	11.8	9	26.5	13	38.2
Papilar	1	2.9	19	55.9	20	58.8
Medular	-	-	1	2.9	1	2.9
Lesiones asociadas						
Bocio multinodular	1	2.9	17	50.0	18	53
Tiroiditis Hashimoto	-	-	7	20.6	7	20.6
Tiroiditis crónica	1	2.9	8	23.5	9	26.5

La Tabla 4 permite afirmar que el mayor porcentaje de los pacientes fueron evaluados en la etapa II del cáncer, y la mayoría tenían una sobrevida de 2 a 5 años (35.3 %).

Tabla 4. Pacientes estudiados según etapa del cáncer y sobrevida

Edad	Cáncer tiroides	Sobrevida (años)							
		< 2 años		2 – 5		> 5 años		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 45 años	Etapa I	3	8.8	2	5.9	2	5.9	7	20.6
	Etapa II	2	5.9	3	8.8	3	8.8	8	23.5
> 45 años	Etapa I	4	11.8	4	11.8	3	8.8	11	32.4
	Etapa II	3	8.8	3	8.8	2	5.9	8	23.5
Total		12	35.3	12	35.3	10	29.4	34	100.0

La Tabla 5 revela que al mayor porcentaje de los pacientes se le realizó tiroidectomía total (76.2 %), que en el 53.0 % se decidió desde la consulta preoperatoria.

Tabla 5. Pacientes según momento de decisión de la tiroidectomía total y tiempo para la decisión de realizarla

Variables (realización de la tiroidectomía)	Tiempo de la decisión				Total	
	Primero		Segundo			
	No.	%	No.	%	No.	%
Momento de la decisión						
Consulta preoperatoria	18	53.0	-	-	18	53.0
Quirófano	8	23.5	-	-	8	23.5
Consulta postoperatoria	-	-	8	23.5	8	23.5
Subtotal	26	76.5	8	23.5	34	100.0
Complicaciones postoperatorias						
Parálisis recurrencial transitoria	-	-	4	50.0	4	50.0
Hipoparatiroidismo transitorio	2	25.0	-	-	2	25.0
Hipoparatiroidismo permanente	-	-	2	25.0	2	25.0
Subtotal	2	25.0	6	75.0	8	100.0

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio son congruentes con los publicados por otros autores que afirman que la patología tiroidea es más común en mujeres, entre 29 y 50 años de edad, y afecta más el lóbulo izquierdo.³⁻⁷ En tal sentido, Passler⁸ afirmó que la edad media de los pacientes que estudió fue de 55 años.

En este estudio se registró que el tumor papilar de la glándula tiroides fue el más común y el bocio multinodular fue la lesión más asociada al cáncer de la glándula. Estos resultados apoyan las conclusiones de Requena⁹ cuando aseveró que el bocio multinodular es el diagnóstico más común mediante el examen ecográfico. Tanto en su forma difusa como multinodular, el bocio es la manifestación más frecuente de enfermedad tiroidea.¹⁰

Se afirma que las lesiones malignas comprenden el cáncer papilar, medular, anaplásico y el linfoma, con una incidencia global de 1 a 10 casos por 100.000 habitantes al año y constituye el 1 % de todos los cánceres, de estos entre el 60 % y 90 % corresponden al carcinoma diferenciados como papilar y folicular.¹¹

Bretón I¹², Rases¹³ y Cooper¹⁴ informaron que entre los pacientes que estudiaron, el cáncer papilar fue el más común.

El mayor porcentaje de los pacientes se evaluaron en la etapa II del cáncer, y la mayoría tenían una sobrevida de 2 a 5 años. Se informa que la tasa de mortalidad por cáncer de tiroides es menor de 0.7 % y aumenta con la edad. Sin embargo, los carcinomas anaplásicos, que se presentan luego de los 60 años, tienen una supervivencia a los cinco años de hasta un 11 %.¹⁵

Rases¹³ y Cooper¹⁴ registraron una supervivencia superior al 90 % en los enfermos que estudiaron. Se reconoce que está determinada por diversos factores, por ejemplo: tamaño y tipo histológico del tumor, la etapa clínica en el momento en que se realiza el diagnóstico, las posibles metástasis, tipo de intervención quirúrgica y las recidivas locales, entre otros.

A todos los pacientes estudiados se les realizó tiroidectomía total, y en la mayoría se tomó la decisión en la consulta preoperatoria. Esta actitud es coherente con los modos de actuación de varios cirujanos que afirman que la etapa preoperatoria es la ideal para planificar el proceder definitivo en pacientes con cáncer de tiroides.¹⁶⁻¹⁸

Con relación a las técnicas quirúrgicas y las complicaciones postoperatorias registradas, los resultados que se revelan en este estudio son similares a los de otros investigadores^{16,17}, aunque se consideran casuísticos.

De manera general, los cirujanos abogan por la realización de tiroidectomía total.^{19,20} Davies y Welch²¹ realizaron la tiroidectomía total hasta en los microcarcinomas. Pérez Ruiz²² sugiere la realización de istmectomía en caso de tumores localizados en el istmo.

Otros prefieren una conducta expectante y la evaluación clínica frecuente de aquellos con microcarcinomas sin factores de riesgos asociados.²³

En general el porcentaje de complicaciones fue bajo, y las registradas son similares a las que informan otros investigadores.³⁻⁵

CONCLUSIONES

El cáncer de tiroides en el Servicio de Cirugía General del Hospital "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo durante los años 2012–2016 se manifiesta de manera similar a lo que acontece en el ámbito nacional e internacional. El tratamiento quirúrgico del cáncer tiroideo es armónico con los modos de actuación de los cirujanos de otras instituciones nacionales y extranjeras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manes Cipolletti ML. Correlación entre la clasificación TIRADS y el resultado de la PAAF, en la Fundación Médica de Río Negro y Neuquén. MEDICINA (Buenos Aires) 2013; 52 (62): 526-532.
2. García Bonafe MD, Company Campins MM, Salva Ramonell F. Punción aspiración de tiroides: criterios diagnósticos, diagnósticos diferenciales y causas de errores. Trabajo presentado en el X Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2017. [Internet]. citado [2017 Feb 12] 1 – 31 de mayo: 12 pp. Disponible en: http://www.conganat.org/9congreso/vistaImpresion.asp?id_trabajo=713&tipo=1
3. Cuba. MINSAP. Anuario Estadístico Internet. 2015 [citado 2017 ene 6]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bir/wxis/anuario/Isis>

4. González CC, Yaniskowski ML, Wyse EP, Giovannini AA, López MB, Wior ME. Cáncer de tiroides. Estudio descriptivo retrospectivo. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2016; 66 (6): 526-532.
5. Román González A, Restrepo Giraldo L, Alzate Monsalve C, Vélez A, Gutiérrez Restrepo J. Nódulo tiroideo, enfoque y manejo. Revisión de la literatura. *Iatreia*. 2013; 26 (2): 197-206.
6. Alexander EK, Kennedy GC, Chudova D, Diggans J. et. al. Preoperative diagnosis of benign thyroid nodules. *N Engl J Med*. 2012 Aug 23; 367(8):705-15.
7. Gharib H, Papini E, Paschke R, Duick DS, Valcavi R, Hegedüs L, et al. Clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules: executive summary of recommendations. *Endocr Pract*. 2010; 16(3):468-75.
8. Passler, Rosalinda Y, Asato D. Comportamiento del cáncer de tiroides en adultez. (Rio de J) 2010;66 (10/12): 247-50.
9. Requena Urioste A, Chuca Tumiri A. Tratamiento del nódulo tiroideo, Cochabamba. *Rev Med Cient Luz [Internet]*. 2010 may. [citado 2017 Feb 12];1(1):20-25. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_pdf
10. Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. Nódulo tiroideo. En: *Temas de Cirugía. T1*. La Habana: ECIMED; 2011. p.421-427.
11. Cibas ED, Ali SZ. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid [Internet]*. 2009 [citado 2017 Sep 6]; 19 (11):1159-1165. Disponible en: <http://doi:10.1089=thy.2009.0274>
12. Bretón I, Botella M, Artozqui E, Cambolor M, Bittini A, Rodríguez P et al. Estudio epidemiológico del cáncer de tiroides Buenos Aires Argentina. *Endocrinol*. 2013;39(Supl 1):44.
13. Rases F, Gross JL, Cytopathological findings from fine needle aspiration biopsy of thyroid pathology in patient with functioning thyroid nodules. *J Endocrinol Invest*. 2011;21(2):98-101.
14. Cooper D, Doherty G, Haugen B, Kloos R, Lee S, Mandel S. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2010;19:1167-1214.
15. Raush P, Nowels K, Jeffrey RB. Ultrasonographically guided thyroid biopsy: a review with emphasis on technique. *J Ultrasound Med*. 2011; 20:79-85.
16. Navarro Hechavarria, Suarez-Dapena. Resultados del tratamiento quirurgico en neoplasias del tiroides, Informe preliminar *Rev Mex Endocrinol*. 2009;11(1):07-10.
17. Yu X-M, Wan Y, Sippel RS, Chen H. Should all papillary thyroid microcarcinomas be aggressively treated? An analysis of 18,445 cases. *Ann Surg*. 2011 Oct; 254 (4):653-60.

18. Ponce JL. Controversias en el tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides. Encuesta a endocrinólogos. *Endocrinol Nutr.* 2013; 50(4):128-32.
19. Heitz Lyn. Surgery and Thyroid papillary carcinoma. *West Indian Med J.* 2010; 5(2):45 – 51.
20. Dackiw NA, Hickey RC. Thyroid Surgery. 2010; 110(6):928-935.
21. Davies L, Welch HG. Management of surgical procedures in thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2011; 26:777-800.
22. Pérez Ruiz L, Ros López. Complications of thyroid surgery. *World J Surg.* 2010; 24:971-975.
23. Udelsman R, Lakatos E, Ladenson P. Optimal surgery for papillary thyroid carcinoma. *World J Surg.* 2016; 20:88-93.

Recibido: 26 de octubre de 2017

Aprobado: 13 de noviembre de 2017

Dr. Yondris Reyes Domínguez. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Cirugía General. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** yrdominguez@infomed.sld.cu