

11227
24-33



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Curso de Especialización en Medicina Interna
C.H. "1o. de Octubre" I.S.S.S.T.E.

D.B.O
Investigación
Dr. Miguel Ángel Vindel

CANCER DE TIROIDES



T E S I S

Que para obtener el Título de
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

presenta

DR. FRANCISCO IRIARTE CABRERA



Asesor: **DR. OSCAR SAITA KAMINO**

Prof. de Curso: **DR. OSCAR SAITA KAMINO**



México, D. F.

1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1.-	Introducción	1
2.-	Objetivo	3
3.-	Material y Métodos	4
4.-	Resultados	5
5.-	Discusión	11
6.-	Conclusión	14
7.-	Bibliografía	15

I N T R O D U C C I O N

El carcinoma de tiroides tiene una frecuencia de 1% en la población adulta y se ha calculado en el 1% de todas las neoplasias.

Se calcula que en los pacientes adultos, 36 de cada 1'000, 000 tienen la presencia de nódulos y de éstos el 3 al 4% son malignos.

En el Instituto Nacional de Cancerología se calcula una frecuencia de 0.6% en su población. (3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 12 - 13 - 20 - 21 - 23 - 24).

Predomina en mujeres con una frecuencia de 3 a 1.

La edad de mayor presentación es entre la tercera y sexta décadas de la vida (3 - 5 - 7 - 8 - 10 - 11).

El carcinoma de tiroides se clasifica en; diferenciado e indiferenciado, en el primer grupo encontramos al papilar, folicular y mixto en donde predomina el de tipo papilar. Los indiferenciados se dividen en anaplásico de células pequeñas y de células grandes.

Otro tumor tiroideo de características malignas es el medular o amiloide. La correlación de las anteriores estirpes se encuentra en la tabla No. 1 (4 - 6 - 12 - 13 - 16 - 17 - 18 - 20 - 21 - 22 - 23 - 29 - 32).

En el tipo mixto predomina la estirpe papilar por lo cual generalmente se incluye en el grupo papilar (16 - 17 - 23).

TABLA I

Neoplasia tiroidea		
Diferenciado	Papilar	72 %
	Mixto	16 %
	Folicular	
Indiferenciado	Células pequeñas	10 %
	Células grandes	
Medular o amiloide		2 %
Total		100 %

O B J E T I V O

Conocer la frecuencia de las neoplasias malignas de tiroi-
des en el Hospital General 1° de Octubre, comparándola con la -
población general, así como conocer la frecuencia por edad, sexo,
tipo histológico e incidencia con respecto a la patología de ti-
roides.

M A T E R I A L

Y

M E T O D O S

Se toma como fuente de información para la presente revisión retrospectiva, expedientes del archivo clínico del Hospital General 1° de Octubre del ISSSTE en sus diez años de vida.

Se registraron los siguientes datos; nombre, expediente, sexo, edad, tiempo de evolución, forma de presentación (bocio multinodular, nódulo tiroideo, etc.), función tiroidea, presencia clínica de adenomegalias y en la pieza anatomopatológica, captación gamagráfica niveles de T 3, T 4 y T 7, diagnóstico preoperatorio, tratamiento quirúrgico (tipo de intervención), tipo histológico reportado por el estudio anatomopatológico.

R E S U L T A D O S

. . . 5

En el período comprendido entre octubre de 1976 y junio de 1985 se encontraron 235 casos de pacientes con padecimiento en la glándula tiroides, con un total de 743094 atendidos en el hospital en el mismo período, que corresponde al 0.03 % en la población de derechohabientes que acude a nuestra unidad (cuadro 1).

CUADRO 1

Frecuencia de patología tiroidea		
No. de pacientes atendidos	743094	100 %
No. de pacientes con patología tiroidea	235	0.03 %

De los 235 pacientes con patología tiroidea, 19 tuvieron una neoplasia de la glándula tiroidea, que corresponde al 0.08% del total de los pacientes con patología de ésta glándula.

Los 19 pacientes con neoplasia tiroidea, se distribuyeron por sexo en la siguiente forma; 18 de sexo femenino y 1 de sexo masculino (cuadro 2)

CUADRO 2

Neoplasias tiroideas		
Distribución por sexos		
Sexo femenino	18	94.7 %
Sexo masculino	1	5.2 %
Total	19	100.0 %

La edad de presentación se aprecia en la gráfica No. 1 por décadas. En la tercera década se registraron 3 casos, en la cuarta década 4 casos, en la quinta década 3 casos, en la sexta década 4 casos, en la séptima década 0 casos, en la octava década 3 casos y por último en la novena década 2 casos.

El tiempo de evolución se tomó desde la detección de la masa o tumor en el cuello, resultados en la tabla no. 2.

TABLA 2

Tiempo de evolución	No. de pacientes	Porcentaje
2 meses a 1 año	6	31.5 %
2 años	3	15.7 %
3 años	1	5.2 %
4 años	3	15.7 %
6 años	1	5.2 %
7 años	2	10.5 %
8 años	1	5.2 %
12 años	1	5.2 %

El menor tiempo de presentacion fue de 2 meses y el mayor de 12 años.

La forma de presentación fue predominantemente una masa o tumor unilateral y sólo un caso multinodular, (cuadro 3).

CUADRO 3

Neoplasia tiroidea		
Masa unilateral	18	94.7 %
Masa multinodular	1	5.2 %
Total	19	100.0 %

De los 18 pacientes con tumor unilateral predomina el lado derecho en 12 casos, 6 del lado izquierdo (cuadro 4).

CUADRO 4

Neoplasia Tiroidea		
Lado derecho	12	66.6 %
Lado izquierdo	6	33.3 %
Total	18	100.0 %

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA** 9

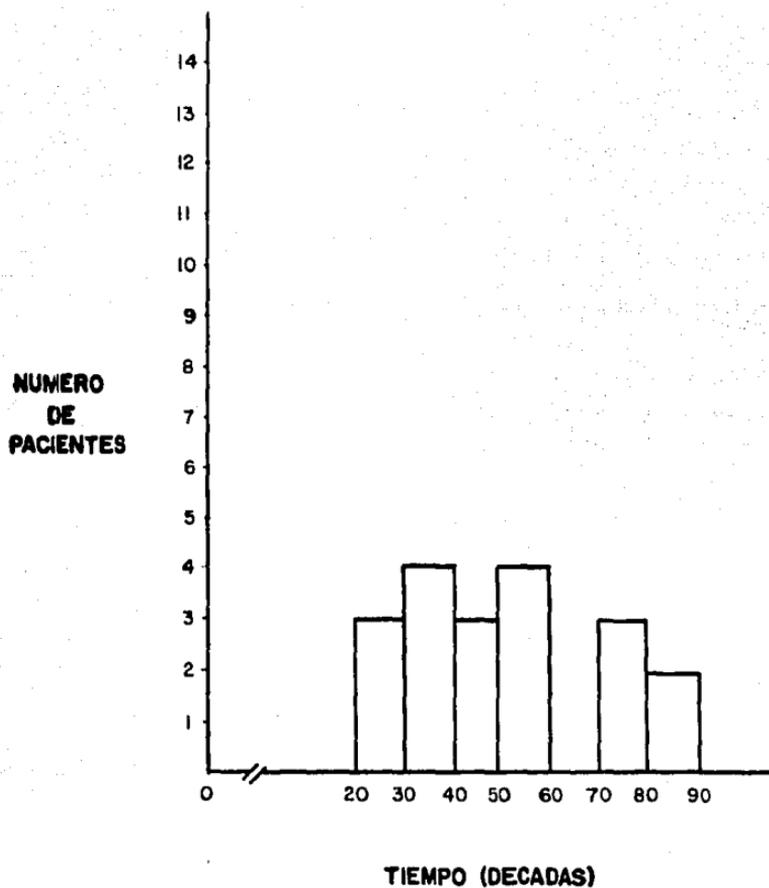
De los 17 pacientes intervenidos en 11 de ellos se realizó cirugía radical de cuello y en 6 hemitiroidectomía.

El diagnóstico anatomopatológico fue de 13 casos papilar, 4 mixto, ningún folicular y un indiferenciado (de células pequeñas) y también se reportó un caso de medular (cuadro 6).

CUADRO 6

Neoplasia Tiroidea		
Papilar	13	68 %
Mixto	4	21 %
Folicular	0	0 %
Indiferenciado	1	5 %
Medular	1	5 %
Total	19	100 %

GRAFICA I



En el cuadro no. 3 se aprecia la forma de presentación que predominó, la masa unilateral en 18 casos que corresponde al - 94.7 % un sólo caso multinodular. Al igual que en la literatura predominó la presentación de nódulo frío y solitario, (5 - 7 - 8 - 10 - 11 - 12 - 13 - 21 - 22 - 23).

De los 18 casos que se presentaron con masa unilateral fue mas frecuente en forma definitiva el lado derecho con 12 casos - que correspondió al 66:6 %, la relación de estos datos se encuentra en el cuadro no. 4.

Los resultados obtenidos con respecto a la función de la - glándula nos afirma que todos los pacientes tanto clínicamente - como por laboratorio fueron eutiroides y en el gamagrama tiroideo se apreció el defecto de captación o zona fría, (1 - 3 - 5 - 7 - 8 - 10 - 11 - 33).

La presencia de adenomegalias por clínica fue sólo en 4 - pacientes, posteriormente por patología aumentó su número a 13 que corresponde al 68 % los datos se aprecian en el cuadro no. 5.

Lo anterior demuestra la participación de la cadena linfática. No se corroboró la presencia de metástasis a distancia en otros órganos, sólo hubo un caso de estirpe indiferenciada que presentó importante invasión local por lo que se consideró inoperable. Relacionando lo anterior con lo reportado en la literatura se - corrobora el dato que el tumor con más alta incidencia de metástasis es el de estirpe indiferenciada los siguen en frecuencia - folicular, mixto, papilar y medular. Las metástasis son en orden de frecuencia invasión local a tejidos adyacentes, cadena linfática cervical y por vía hematogena generalmente a órganos a distancia como son pulmón, hígado, hueso y cerebro, (2 - 3 - 6 - 7 - 13 - 16 - 20 - 28 - 32).

En lo referente a la certeza de diagnóstico preoperatorio 12 pacientes tenían localizada la patología a nivel de tiroides, en otros 5 casos el diagnóstico no correspondía a problema tiroideo sino cervical.

De los 17 pacientes intervenidos la cirugía radical de cuello fue la preferida (11 casos), los otros 6 casos la cirugía realizada fue hemitiroidectomía. La literatura reporta como cirugía de elección, (13 - 14 - 15 - 19 - 20).

Dos de los pacientes del estudio no recibieron tratamiento quirúrgico uno por ser inoperable y el otro caso porque rehusó el tratamiento quirúrgico, (15 - 18).

En la posterior evolución de los pacientes a su cirugía no se reportó la recidiva del tumor o la presencia de metástasis algunos pacientes presentaron problemas menores secundarios locales a la intervención no significativos, la literatura reporta datos muy semejantes, (13 - 14 - 19 - 20).

La estirpe histológica que predominó fue la papilar cuadro no. 6, siguiendola en frecuencia el tipo mixto indiferenciado y medular (3 - 5 - 6 - 7 - 12 - 13 - 20 - 21 - 22 - 23 - 27).

El único caso del sexo masculino tenía 52 años de edad con una masa tumoral derecha de 7 años de evolución, se le realizó cirugía radical de cuello, la estirpe histológica reportada por patología fue mixta, su diagnóstico de ingreso al quirófano fue quiste tirogloso probablemente no se pensó en patología tiroidea primaria por sexo, edad y evolución.

El único caso medular se presentó en una paciente de sexo femenino de 73 años de edad con una masa derecha de 4 años de evolución eutiroidea y sin manifestación endocrina agragada, - también se manejo con cirugía radical de cuello.

C O N C L U S I O N

Finalmente comentaremos que la neoplasia tiroidea es poco frecuente aún en la misma patología tiroidea. Definitivamente predomina en mujeres y la década de presentación mayor se encuentra entre la tercera y sexta, el tiempo de evolución de esta neoplasia es generalmente larga, la ausencia de metástasis a distancia y poca invasión local nos habla de una baja malignidad o "relativa benignidad" de esta neoplasia. Su presentación es típicamente un nódulo frío y solitario sin repercusión a la función tiroidea, como hallazgo del estudio su predominio de la lesión en el lado derecho puede ser un dato de interés para estudio en series más grandes.

El tratamiento de elección es la cirugía radical de cuello, pero algunos autores utilizan la hemitiroidectomía si no hay evidencia de invasión local o a distancia, habrá que estar consciente del riesgo que esto implica, (13 - 14 - 15 - 19 - 20).

B I B L I O G R A F I A

L I B R O S

- 1.- Krupp, Ma et al; Diagnóstico Clínico y Tratamiento.
20a. edición, Manuel Moderno, pag. 699 - 701, 1985
- 2.- Berkow, Ro et al; Manuel Merck.
6a. edición, Merck Sharp y Dohme Reseach Lab., pag. 1365
1366, 1978
- 3.- Griffin. Ja, et al; Endocrinología y Metabolismo.
1a. edición, Editorial Científico Médica, pag. 177 - 186, 1978
- 4.- Wyngaarden, Ja. et al; Cecil Tratado de Medicina Interna.
16a, edición, Interamericana, pag. 1274 - 1277, 1985
- 5.- Robbins, Sta. et al; Patología Estructural y Funcional.
1a. edición, Interamericana, pag. 1288 - 1296, 1975
- 6.- Thorn, Ge. et al; Harrison's Principles of Internal Medicine.
8a. edición, International Estudents, pag. 2026 - 2027, 1980
- 7.- Stein. Jay et al; Medicina Interna.
1a. edición, Salvat, pag. 1845 - 1848, 1983
- 8.- Schettler. Cot. et al; Medicina Interna.
1a. edición, Salvat, pag. 486 - 488, 1975
- 9.- Willis. J. et al; Medicina Interna. Tratado para la práctica
médica.
1a. edición, Editorial Medica Panamericana, pag. 416 - 417,
1984
- 10.- Harvey. Mc Ge, et al; Tratado de Medicina Interna.
20a. edición, Interamericana, pag. 842 - 845, 1984

ARTICULOS

- 11.- Beaugie. J.M., et al; Primary malignant tumours of the thyroid; the relationship between histological clasification - and clinical behavior.
Br. J. Surg. vol. 63 (1976) pag. 173 - 181
- 12.- Staunton. M.D. et al; Thyroid Cancer; Prognosis in 460 patients.
Br. J. Surg. vol. 66 (1979) 643 - 647
- 13.- Svend Borup Ch. et al; Thyroid Carcinoma in Malmo 1960 - 1977
Cancer 53; 1625 - 1633, 1984
- 14.- Jae Ho Kim. et al; Treatment of anaplastic Giant and Spindle Cell Carcinoma of the thyroid Gland with Combination Adriamycin and Radiation therapy.
Cancer 52; 954 - 957, 1983.
- 15.- Ljungberg, Ot. et al; A Compound Follicular - Parafollicular Cell Carcinoma of the thyroid; A New Tumor Entity.
Cancer 52; 1053 - 1061, 1983.
- 16.- Sakamoto Ats. et al; Poorly Diferentiated Carcinoma of the Thyroid.
Cancer 52; 1849 - 1855, 1983.
- 17.- Esmaili. Jal et al; Anaplastic Carcinoma of the Thyroid - With Osteoclast - like Giant Cells.
Cancer 52; 2122 - 2128, 1983.
- 18.- Jeevanram. R. K. et al; Syn.hesis of Thuroglobulin in thyroid

- 27.- Close. L. G. et al; Acute Syntoms of the Aerodigeative Tract causea by Rapidly Enlarging Thyroid Neoplasma. Otolaryngol. Head Neck Surg. vol. 91 (4). 441 - 445, 1983.
- 28.- Johannessen. J. V. et al; Ultransturctural Morphometry of Thyroid Neoplasma. AM. J. Clin. Pathol. vol. 79 (2), 166 - 171, 1983.
- 29.- Clark. O. H. et al; Thyrotropin Binding and adenylate Cylase stimulation in Thyroid Neoplasma. Surgery. vol. 90 (2), 252 - 261, 1981.
- 30.- Saltial. A. R. et al; Thyrotropin Receptor - Adenglate Cyclase Fuction in Human Thyroid Neoplasma. Cancer Res. vol. 41 (6). 2360 - 2365, 1981.
- 31.- Cady. B. et al; Thyroid Neoplasma. Major. Probl. Clin Surg. vol. 15. 131 - 138, 1980.
- 32.- Geerdsen J. et al; Scintigraphic and clinical evolution af nontoxio Thyroid Neoplasma. Arch. Clin. Scand. vol. 145 (3). 133 - 136, 1979.