

19
24
11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO LA RAZA



ENFOQUE QUIRURGICO DE LOS NODULOS
TIROIDEOS

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JULIO CESAR CABRERA PEREZ

ASESORES: VICTOR MANUEL HEREDIA
MARCO ANTONIO PIZARRO



MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



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 está 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.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

**** DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ

*** DR. MARCO ANTONIO PIZARRO

** DR. VICTOR MANUEL HEREDIA

* DR. JULIO CESAR CABRERA P.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA

- *** JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL
DEL H.E.C.M.R.**

- ** ENCARGADO DEL SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO
DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL DEL
H.E.C.M.R.**

- * MEDICO DE BASE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
GENERAL DEL H.E.C.M.R.**

- MEDICO RESIDENTE III DEL DEPARTAMENTO DE
CIRUGIA GENERAL DEL H.E.C.M.R.**

I N D I C E .

| | Páginas |
|----------------------------------|---------|
| HISTORIA | 1 - 5 |
| OBJETIVO | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 - 8 |
| MATERIAL Y METODOS | 9 - 10 |
| RESULTADOS | 11 - 19 |
| CONCLUSIONES | 20 - 22 |
| DISCUSION | 23 - 26 |
| TABLAS Y GRAFICAS | 27 - 31 |
| BIBLIOGRAFIA | 32 - 34 |

HISTORIA.

La primera monografía sobre la glándula tiroides la hacen los Hindúes, Egipcios y Chinos aparecen en la literatura hacia el año 2,000 a.C. La descripción inicial y la recopilación de sus enfermedades es dada por Paulus de Aegina 500 a.C., al efectuar la extirpación de bocio. Algunos autores consideran que fue Albacasis quien efectuó la primera tiroidectomía con éxito.

Rogerio (1770) recomienda la ingestión de algas marinas (por su alto contenido en yodo) para el tratamiento del bocio; sin embargo, años más tarde Guy de Chauliuc preconiza la cirugía como el tratamiento más adecuado y aparecen un sinnúmero de técnicas como la de Muys (1629), que consistía en la ligadura de las arterias tiroideas. (6)

Warton le da el nombre de tiroides en el año de 1646 por su parecido a un escudo (Thyreos: escudo).

En el ámbito hispano-americano, los cronistas muestran preocupación por la prevalencia de la enfermedad (bocio) en los siglos XVIII y XIX; algunos autores coinciden en señalar que este ya era conocido antes de la conquista.

Los Aztecas lo llamaban "Quechpezahuailiztli" y los Mayas Pjadsisi.

Las primeras descripciones hechas al comienzo del siglo XIX, sirvieron como base para el tratamiento con yodo. La palabra coto se deriva del Quechus (vocablo Kcoto), e indica el aumento de la glándula tiroides. La primera presentación según los tratadistas fué Fray Bartolome de las Casas. En 1813, la misión Francesa encabezada por Boussingault, al estudiar el problema, hace un análisis fisiológico a partir de los cuales utiliza el yodo como preventivo de la enfermedad. Es tanto la incidencia de la enfermedad en la Nueva Granada, que Francisco Jose de Caldas (1808) promueve un premio para quien de pautas para la curación de esta. (6)

Según la literatura, Halsted fué el primero en documentar la operación del tiroides, realizandola en el año de 1895.

A partir de 1872 son los profesores Bern, Swtzerland, Kocher quienes realizan las primeras tiroidectomías; pero es Lucke quien la realiza con aparente éxito. Billroth

abandona el procedimiento por una gran mortalidad por sepsis y sangrado. En 1876 Brubergner documenta la realización de 124 cirugías por bocio. En 1883 Kocher y Bern reportan sus primeros 100 casos, 30 de ellos fueron tiroidectomías totales de la glándula. En estos últimos pacientes la "Cachexia Strumipriva" fue desarrollada; siendo reconocido posteriormente que la cirugía ocasionaba un estado similar al mixedema.

Después de esto Kocher evita en todo lo posible la tiroidectomía total y en 1895 reporta 900 casos con una mortalidad del 1% en enfermedad tiroidea no causada por carcinoma o hipertiroidismo, con un caso de mixedema y otro de hipocalcemia permanente. Posteriormente publica 600 casos más, con una muerte de un paciente con patología benigna y que fue causada por la anestesia. En 1901 él mismo reporta una casuística de 2000 tiroidectomías incluyendo cáncer del tiroides y hipertiroidismo con una mortalidad de 4.5%.

Durante esta Era la fisiología de la glándula tiroides y paratiroides se desarrollan más rápidamente incitando al cirujano. (4)

Shiff confirma en animales de experimentación el mixedema después de tiroidectomía totales y en 1890 Von Eiselsberg es el primero en distinguir la tetania como fenómeno distinto a la "Cachexia Strumipriva". Eley en 1891 reduce la tetania en animales por excisión de las paratiroides.

Murray en 1891 y Horowitz en 1892 inician la utilización de extracto tiroideo en el tratamiento del mixedema.

En 1906 Halsted inicia el tratamiento del tetano posterior a tiroidectomía con dieta suplementaria de la glándula paratiroidea de ganado vacuno. Posteriormente se confirma por experimentación que el extracto o el trasplante de glándulas paratiroides corrige la tetania producida al retirar las glándulas. En 1908 Halsted, Hopkins, Maccollun y Voegtlin demostraron que las sales de calcio corrigen el estado de tetania y así el eslabón entre la glándula paratiroides y el metabolismo del calcio. (6)

En 1909 a Theodoro Kocher le es entregado el premio Nobel de medicinas por su contribución al conocimiento de la glándula tiroides.

En 1912 Mayo reporta 278 pacientes con bocio y exoftalmos operados sin mortalidad. Plummer en 1923 es el primero en reportar el uso del yodo en solución en el hipertiroidismo como preparación para la cirugía.

Astwood y Mackenzie en 1943 tratan el hipertiroidismo con propiltiuracilo y en 1946 el yodo radiactivo es introducido para su uso diagnóstico y terapéutico por Chapman.

La relación entre la irradiación de la glándula tiroides ocurrida inadvertidamente durante el tratamiento del acné, la hipertrofia linfóide, el crecimiento del timo y la posterior aparición del cáncer del tiroides fue reportada por primera vez por Duffy y asociados en 1950.

En 1951 una nueva variedad de carcinoma es reportado por Horn, el carcinoma medular. En 1962 Copp descubre una nueva hormona, la calcitonina. (4)

La investigación continua hasta llenar a la década de los 80 donde se investiga la densidad del DNA en los tumores y así determinar su comportamiento.

O B J E T I V O S :

1. Determinar la naturaleza benigna o maligna de los nódulos tiroideo.
2. Establecer la sensibilidad y especificidad de los métodos diagnósticos en la valoración de estos pacientes.
3. Establecer las indicaciones quirúrgicas de los nódulos tiroideos.
4. Determinar el valor del estudio transoperatorio en la extensión de la cirugía.
5. Fundamentar el estudio del nódulo tiroideo en forma racional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los nódulos tiroideos tienen una incidencia del 4% en la población general y 8% en los estudios de autopsia. En mujeres mayores de 50 años la incidencia aumenta al 15% y en algunas regiones como en el sur de Alemania y Suecia llega a ser mayor (8, 14, 15). Por consiguiente el cirujano debe conocer la estrategia de estudio, el momento de esperar, la técnica quirúrgica, las complicaciones derivadas de esta y como resolverla.

Los métodos actuales para determinar la naturaleza benigna o maligna de un nódulo tiroideo, ya sean de tipo invasivo o no, desafortunadamente no merecen toda la confianza esperada. Ya que para ello intervienen varios factores desde los metodológicos hasta la experiencia del médico para valorar cada uno de ellos; es el caso de la biopsia y la citología por aspiración de la glándula tiroidea donde los resultados van a depender de la calidad de la muestra y experiencia del patólogo; igualmente podríamos decir de la tomografía axial computarizada, la gammagrafía, el ultrasonido y de las pruebas de función tiroideas (8,11).

Después de solicitar todos estos exámenes "necesarios en la valoración del paciente con nódulo tiroideo", el cirujano se enfrenta a la valoración cuidadosa de cada uno de ellos para determinar el mejor tratamiento de su paciente y así ofrecerle el mejor pronóstico. Sin embargo, esa certeza diagnóstica en pocas ocasiones se logra y esta solo es posible en el postoperatorio con el estudio histopatológico definitivo. Siendo necesario en algunas ocasiones reevaluar nuestra conducta terapéutica inicial. Esta incertidumbre conlleva solo a retraso quirúrgico, pérdida de la confianza al cirujano, operar sin necesidad o bien a cirugías incompletas o extensas no justificadas.

Por lo anterior revisamos la propuesta terapéutica al paciente con nódulo tiroideo, con el afán de encontrar aquella que se adapte a las necesidades de trabajo tanto en un tercer nivel como en los niveles inferiores y así brindar el mejor beneficio a nuestros pacientes.

MATERIALES Y METODOS.

Se revisaron todos los pacientes que consultaron por masas en la región anterior del cuello de localización infrahioides, supuestamente consideradas como masas tiroideas; desde enero de 1990 hasta diciembre del mismo año en el servicio de Cabeza y Cuello del Departamento de Cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Medico la Raza.

Los datos fueron obtenidos de los expedientes, del paciente y sus familiares en algunos casos. Así mismo se revisaron los estudios transoperatorios y definitivos de las piezas estudiadas.

De los 80 expedientes revisados se consideraron útiles 57, los demás se excluyeron por estar incompletos y en algunos casos no se encontraron estos.

Los pacientes fueron evaluados por el jefe del servicio de Cabeza y Cuello y un cirujano general en adiestramiento. Utilizando los recursos disponibles en este Centro Medico desde métodos diagnósticos como determinación de T3, T4, T4i, captación de yodo radiactivo,

gammagrafia, ultrasonido con transductores de 3.5 y 7 mhz., tomografía axial computarizada y un laboratorio de patología con alta tecnología.

Los tiempos quirúrgicos fueron realizados por médicos residentes de último año del servicio de cirugía general, cirujanos generales en adiestramiento de patología de Cabeza y Cuello y el jefe del servicio, todos ellos supervisados por este último.

Se consideraron en el estudio a los pacientes con sospecha de recurrencia tumoral y los ya operados en los hospitales generales de zona enviados para completar su tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS.

Se revisaron 57 expedientes de pacientes que consultaron por masa(s) en región anterior del cuello de localización infrahioidea y que fueron sometidos a exploración quirúrgica, desde enero del 90 hasta el 31 de diciembre del mismo año, en el servicio de Cabeza y Cuello del H.E. C.M.R. de la ciudad de México.

El 85% de los pacientes procedían del Distrito Federal mientras que el resto (15%) de los diferentes estados de la República. Sus edades comprendían entre los 20 y 72 años de edad con una media de 47.7 años; la mayoría de ellos pertenecían al sexo femenino (87.5%) Figura 1.

Solo 3 pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer y 32 tenían antecedentes personales de enfermedad tiroidea, 19 por enfermedad benigna y 13 por carcinoma, de los cuales en 8 se encontró recidiva.

El 91.6% de los pacientes consultaron por masas en región anterior del cuello de la localización infrahioidea, catalogadas como de origen tiroideo. Los demás pacientes

aunque con masas en cuello esta no era su queja principal. Las masas encontradas tenian una evolución de 20 dias hasta 25 años con un promedio de 3.7 años y un tamaño de 0.5 cms. de diametro hasta 18 x 15 cms.

Los sintomas acompañantes más frecuentes encontrados fueron: dolor, disfagia, disfonía, nerviosismo, intolerancia al calor y temblor. El 6.6% de los pacientes se presentaron asintomáticos. Figura 11.

A todos los pacientes se le realizaron estudios de laboratorios llamados de rutina, tales como biometria hemática, química sanguínea y tiempos de coagulación; encontrandose estos en el 100% de los casos dentro de limites normales.

Enfermedades coexistentes durante el estudio como hipertensión arterial, diabetes mellitus y tirotoxicosis estaban controladas.

Una paciente con lupus eritematoso sistémico no tenia enfermedad activa. Otra paciente con antecedente de cáncer de mama no tenia evidencia de recidiva. Una tercera

paciente postoperada de hipofisectomía por un prolactinoma, se encontraba con tratamiento sustitutivo.

De los exámenes de gabinete, solo a 10 pacientes se les realizó ultrasonido de tiroides determinando el aumento del tamaño de la glándula, las relaciones de esta con las estructuras adyacentes y si los nódulos eran quísticos o sólidos. De los 10 estudios, 8 resultaron ser masas sólidas 2 de ellas carcinomas y las dos quísticas una fue carcinoma papilar.

Las radiografías simples de cuello y torax no se realizaron como estudio inicial.

En un paciente con masa que comprendía la región anterior del cuello y torax, se tomó tomografía axial computarizada para determinar su origen ya que inicialmente se manejó como aneurisma disecante de la aorta torácica, descartandose con la tomografía su naturaleza vascular y solo durante el acto quirúrgico se confirmó como carcinoma papilar que compremetía los músculos infrahioides en su tercio inferior y al manubrio esternal.

La determinación de hormonas tiroideas se realizó en 35 pacientes (61.4%) encontrándose dentro de límites normales en todos excepto en 3. Uno con enfermedad de Graves-Basedow el cual se encontró asociado a carcinoma papilar, los otros dos pacientes fueron bocio nódular y bocio difuso tratados con hemitiroidectomía y tiroidectomía total respectivamente. Encontrándose en todos los casos pruebas de funcionamiento tiroideo en correlación con la sintomatología del paciente.

La gammagrafía se realizó en 29 pacientes (50.8%) del estudio, reportándose aumento del tamaño de la glándula en 20. Nódulos tiroideos fríos o hipocaptantes en 8 pacientes (27.5%) de los cuales 4 fueron reportados por el estudio histopatológico como malignos (50%). Nódulos calientes o hipercalecientes fueron dos, en ambos casos se encontró carcinoma papilar.

También se utilizó la gammagrafía para determinar la presencia de recidivas o metástasis, siendo positivo en dos pacientes de los cuales uno resultó falso positivo.

La citología por aspiración fué tomada por parte del departamento de endocrinología en 16 pacientes (28%). Reportándose como probable neoplasia en 7 pacientes y

confirmandose malignidad en 3 con el estudio histopatológico definitivo (42.8%).

De los 9 restantes citologías reportadas como negativas para carcinoma, el estudio definitivo de la pieza quirúrgica encontró en 3 de ellas la evidencia de enfermedad neoplásica. Para una efectividad del 56.25%.
Tabla 1.

El diagnóstico preoperatorio se realizó en base al cuadro clínico, exámenes de laboratorio y a los estudios de gabinetes mencionados. La certeza diagnóstica fué posible en 33 pacientes (61.4%). Mientras que los falsos diagnósticos se encontraron en 21 pacientes.

En 20 pacientes se hizo el diagnóstico preoperatorio de carcinoma del tiroides, confirmandose posteriormente en 11 (55%). Mientras que cuando se hizo el diagnóstico de patología benigna 37 pacientes este se confirmó en 22 (59.4%).

En 9 pacientes de los 57 del estudio el diagnóstico de certeza se realizó con el estudio histopatológico definitivo ya que el transoperatorio no fué concluyente, erróneo o no se pidió.

De estos 4 reportados (44.4%) como patología maligna en el transoperatorio, posteriormente se rectificó como benigna.

Igualmente 5 reportes de patología benigna, el estudio definitivo confirmó su malignidad.

Un paciente con patología maligna en quien hubo demora en el reporte transoperatorio, el cirujano terminó el acto quirúrgico considerando el nódulo como benigno y realizando hemitiroidectomía solamente, por lo que fué necesario programar nuevamente al paciente para completar el tratamiento quirúrgico.

El manejo quirúrgico de las masas se estableció durante la cirugía en base a los hallazgos y principalmente al transoperatorio. En los 57 pacientes se realizaron 60 procedimientos.

En 3 pacientes (5.2%) se realizó nodulectomía por patología benigna. En 5 tumorectomía por carcinoma recidivantes (8.7%).

En 16 se hizo hemitiroidectomía (26.5%) de los cuales 14 por patología benigna y en dos por carcinoma, uno para

completar el tratamiento quirúrgico realizado en otra unidad y el otro, error diagnóstico del transoperatorio. A siete pacientes se les realizó linfadenectomía, todas ellas por tratamiento complementario a patología maligna; presencia de ganglios positivos. De las 4 tiroidectomías subtotales efectuadas 2 fueron por patología maligna y 2 por nódulos benignos. La tiroidectomía total se efectuó en 20 pacientes (35.5%) de los cuales 12 fueron carcinoma (60%) y en 8 bocio difuso y multinodular. En un sólo paciente se efectuó disección radical de cuello por carcinoma papilar recidivante. Dos istmectomía por nódulos benignos localizados en esta región.

También se efectuó una exceresis de lipoma y la resección de un quiste tirogloso (O. Sistrunk) que inicialmente se catalogaron como masas tiroideas.

Los resultados histopatológicos de las piezas quirúrgicas fueron 22 carcinomas papilares, dos de ellos asociados a tiroiditis de Hashimoto y uno a enfermedad de Graves-Basedow; un carcinoma folicular (1.7%), un carcinoma papilar-folicular y un medular.

El resto de las piezas quirúrgicas se reportó como benigna, 26 adenoma folicular, bocio nodular o bocio difuso; uno como adenoma con funciones pseudo papilares, dos como hiperplasia folicular, 2 reportes de tejido linfoide normal, un lipoma y un quiste tirogloso.

La radioterapia con I131 se usó en 8 pacientes (14%) como complemento de la terapia quirúrgica y/o en el tratamiento de las recidivas.

La terapia sustitutiva se usó en 35 pacientes (64.8%) con una dosis que varía entre 1-2 tabletas de tiroxina y triyodotironina al día. También se usó el calcio y la vitamina D en 3 pacientes por hipoparatiroidismo permanente.

Las complicaciones encontradas en los 57 pacientes operados por masas tiroideas fueron:

La disfonía en 6 pacientes, una transitoria y 5 permanentes, de estas una por lesión del nervio laríngeo superior y 4 por lesión del recurrente laríngeo. En 3 pacientes el nervio estaba incluido dentro del tumor por lo que fué necesario su sacrificio y en un paciente fué accidental e inadvertido durante la cirugía (1.7%).

El hipoparatiroidismo se presentó en forma permanente en 3 pacientes (5.2%) a los cuales se les realizó tiroidectomía total. En dos casos se encontró una glándula paratiroides en la pieza quirúrgica.

Además se encontró un hematoma en el postoperatorio temprano, sin consecuencias. Dos sangrados transoperatorios uno de los cuales llevó a la paciente al choque hipovolémico durante la cirugía, siendo el caso de la paciente con carcinoma papilar intratorácico a la cual se le realizó toracotomía media. La infección de la herida quirúrgica se presentó en un solo paciente.

Una lesión del nervio espinal (XI) ocurrida durante la disección radical de cuello modificada. En 3 pacientes se presentó hipoxia (5.2%) por extubación temprana en el transanestésico.

En un paciente la cirugía tuvo que ser suspendida por no ser posible la intubación.

CONCLUSIONES:

- a) Es necesario una buena preparación preoperatoria con exámenes de laboratorio como biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación y en ocasiones pruebas de funcionamiento hepático. También es importante un examen físico completo y en caso necesario valoración cardiorespiratoria.

- b) No es necesario solicitar en todos los pacientes determinaciones de pruebas de función tiroidea. Esto puede abreviarse haciendo un cuidadoso interrogatorio para descartar hipo o hipertiroidismo asociado a nódulos y en los casos dudosos podrían ser solicitados.

- c) El ultrasonido tiene poca sensibilidad y especificidad para hacer el diagnóstico de patología benigna o maligna de la glándula tiroides. Su utilidad está en la posibilidad de determinar las características morfológicas y las relaciones con las diferentes estructuras del cuello. Otra utilidad del ultrasonido en la valoración de los nódulos tiroideos es en la

guía de la aguja para la realización de la biopsia o citología por aspiración y de esta manera aumentar su sensibilidad.

- d) El estudio gammagráfico no fue de utilidad para establecer la naturaleza benigna o maligna del nódulo tiroideo. Sin embargo, es un estudio básico para el seguimiento del paciente con patología maligna, específicamente en el paciente con carcinoma papilar o folicular que capta el trasador radiactivo en la búsqueda de recidiva o metástasis. (15).

También puede ser útil en la determinación y evaluación de masas en cuello, mediastino y base de la lengua. (4)

- e) La citología por aspiración es de gran ayuda diagnóstica en los pacientes con nódulos tiroideos (3, 13, 15). En nuestro estudio se encontró una efectividad de 56.25% por lo que se debe revalorar todo el procedimiento, desde la técnica de obtención de la muestra hasta su interpretación histopatológica.

- f) De todo lo mencionado hasta ahora lo más importante es la realización del transoperatorio en forma rutinaria y su confiabilidad, ya que determina la extensión del tratamiento quirúrgico y sus falsos resultados con llevan cirugías más extensas o a reintervenir y con ello mayor morbi-mortalidad.

Una vez más se demuestra que la cirugía de la glándula tiroides tiene poca morbilidad (0.03 a 12.3%) y nula mortalidad (1, 11, 14). Los mayores problemas que encontramos fueron inherentes al acto anestésico (dificultad para intubar, hipoxia, bronco espasmo etc.).

En relación a la cirugía podemos mencionar la lesión incidental del nervio recurrente (1.7%) la hipocalcemia en 3 pacientes (5.2%) y los dos pacientes que sangraron. Ante esta morbilidad y nula mortalidad no hay razones para demorar un tratamiento quirúrgico cuando esta indicado.

DISCUSION.

El porcentaje de incidencia de cáncer en nódulos tiroideos parece ir aumentando (10) como lo demuestra varias revisiones entre ellas la del Doctor John Brooks quien encuentra una incidencia del 30% en la década de los 80 contra un 9% en la década de los 40.

También observó el aumento en la frecuencia del cáncer del tiroides en el sexo masculino. En nuestra serie la incidencia de cáncer fué de 40%.

El uso de métodos diagnósticos como gammagrafía, ultrasonido, citología o biopsia sin llegar a un diagnóstico preciso y aún con el estudio histopatológico definitivo; ha impulsado a la investigación y específicamente en el campo de los marcadores tumorales como: alfa neo-endorfina en el carcinoma medular, la ATP-asa en el carcinoma folicular. Sin embargo, los problemas continúan para el patólogo en establecer el diagnóstico transoperatorio, por limitaciones de tiempo, los costos que

implica realizar los estudios histopatológicos y sus limitaciones en lograr en forma exacta el diagnóstico de carcinoma papilar que es el que representa mayor reto en su identificación. (16)

En el departamento de endocrinología del H.E.C.M.R. se realizó un estudio retrospectivo del año de 1980 a 1990. Reportandose 1450 citologías por aspiración en pacientes con nódulos tiroideos, de los cuales 170 fueron enviados para tratamiento quirúrgico por diagnóstico de neoplasia o sospecha de esta. Se encontró en relación al estudio histopatológico definitivo una certeza diagnóstica de 76.6% en forma global, y en particular el carcinoma papilar alcanzó un índice de 92.7% contra un 22.6% en el caso de carcinoma folicular. (17)

Nosotros encontramos dificultades diagnósticas en el transoperatorio en el 15.7% de los pacientes.

Al revisar lo referente al tratamiento, nosotros estamos conscientes que la extensión de este no mejora la supervivencia pero sí facilita el manejo de las recidivas tanto para el diagnóstico como para su tratamiento.

La remoción de todo tejido tiroideo en el caso del carcinoma papilar que es el único en que existe la controversia, conviene por varias razones: primero porque muchos tumores papilares son multicentricos (30-88%) (5, 8)

Además algunos piensan que el inadecuado tratamiento de un carcinoma diferenciado, incrementa la posibilidad de desarrollar un carcinoma anaplásico.

Segundo, la erradicación de todo el tejido tiroideo incrementa la posibilidad para detectar metástasis en el postoperatorio y su erradicación con yodo 131. También cuando el tejido tiroideo es resecaado, los niveles de tiroglobulina pueden ser usados para determinar la recurrencia de la enfermedad. (12)

En relación a las complicaciones quirúrgicas, nosotros creemos que el hipoparatiroidismo puede ser disminuido con una cuidadosa identificación de las paratiroides, como también preservando su irrigación. Las glándulas paratiroides en algunas ocasiones pueden estar contenidas dentro del tiroides, siendo necesario el auto-transplante dentro del músculo esternocleidomastoideo. Esta maniobra

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ofrece seguridad y efectividad contra el hipoparatiroidismo permanente.

También la baja incidencia de lesiones del recurrente se debe a la identificación operatoria de ambos nervios (1, 14), al uso menos liberal del electrocauterio y al cuidado de no extender la operación en forma innecesaria.

FIG. 1
DISTRIBUCION POR EDADES DE LAS
MASAS DEL TIROIDES

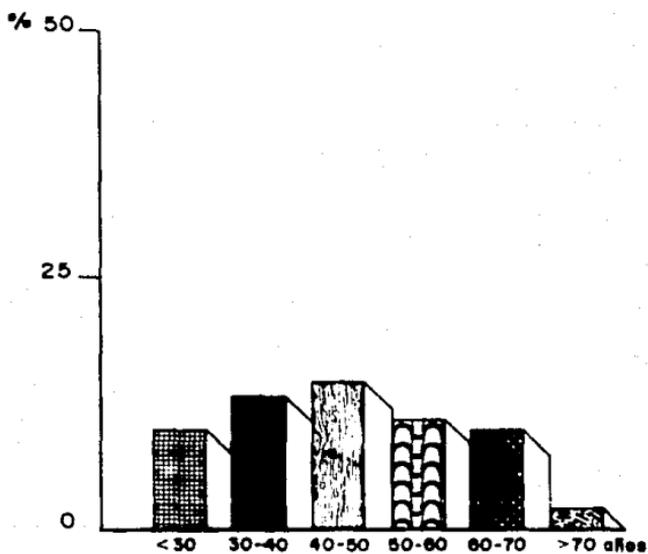


FIG. II

FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS ASOCIADAS A MASAS TIROIDEAS.

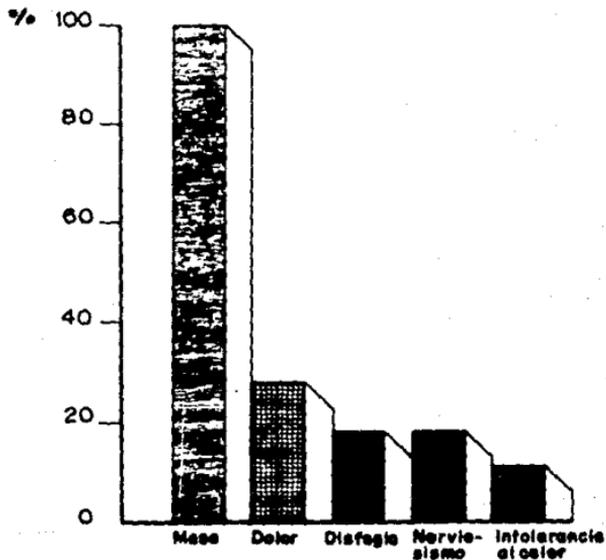


FIG. III

CIRUGIAS REALIZADAS PARA MASAS TIROIDEAS

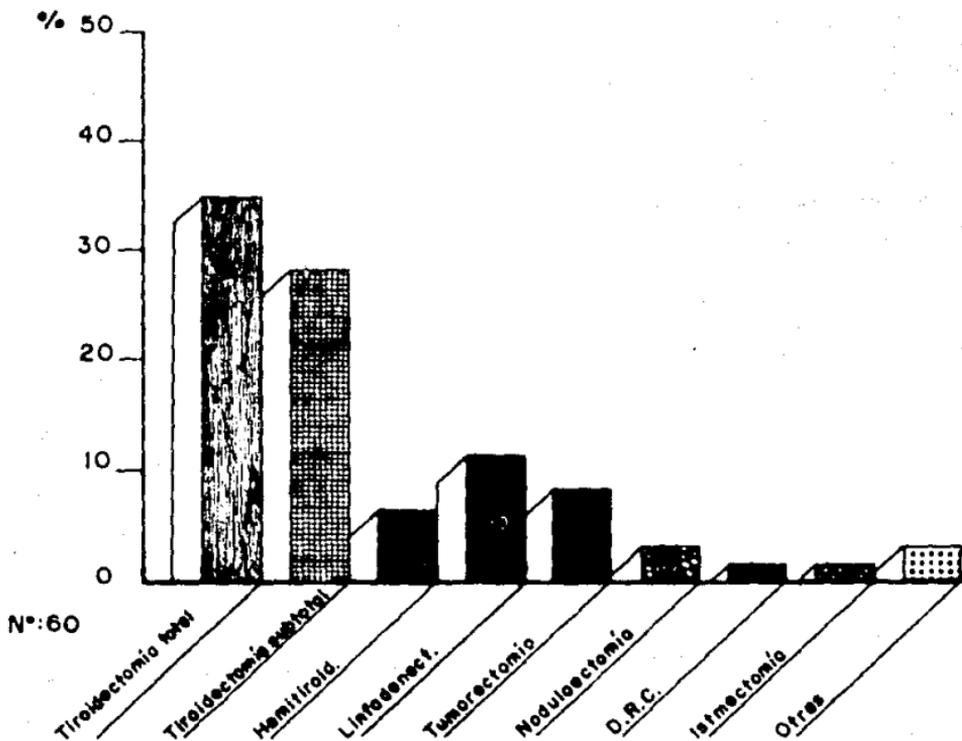


TABLA I

CITOLOGIAS

| No. DE CITOLOGIAS REALIZADAS | 16 |
|---|-------------------|
| FALSAS NEGATIVAS | (4) 57.1 % |
| FALSAS POSITIVAS | (3) 42.8 % |
| TOTAL DE FALSAS PARA CARCINOMA | (7) 43.7 % |
| VERDADERAS NEGATIVAS | (5) 55.5 % |
| VERDADERAS POSITIVAS | (4) 44.4 % |
| TOTAL DE VERDADERAS PARA CARCINOMA | (9) 56.2 % |

TABLA 2

**COMPLICACIONES QUIRURGICAS ENCONTRADAS EN
60 PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA DEL TIROIDES.**

| | No | Permanente | Transitoria | TOTAL |
|------------------------------|----|------------|-------------|-------|
| Lesión del Laringeo superior | 1 | 1.6 % | | 1.6 % |
| Lesión del Recurrente | 2 | 1.6 % | 1.6 % | 3.3 % |
| Hipoparatiroidismo | 3 | 5.2 % | | 5.2 % |
| Sangrado | 2 | | | 3.3 % |
| Hematoma | 1 | | | 1.6 % |

BIBLIOGRAFIA.

1. BROOJS JOHN R. MD., H. FLETCHER STARNES MD., SURGYCAL THERAPY FOR THYROID CARCINOMA: A REVIEW OF 1249 SOLITARY THYROID NODULES. SURGERY 1988 VOL. 96 - 140 - 147.
2. CHATAIN MD., J. BUSTAMANTE B. MD. ANATOMIA FUNCIONAL CLINICA Y MACROSCOPICA. 1A. EDICION. ADDISON WESLEY IBERDAMERICANA. MEXICO 1986.
3. CLARK ORLD H. CARLOS WEBER MD., CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTE-AMERICA VOL. 2. 1987. CIRUGIA ENDOCRINA.
4. CORNELIUS E. SEDOWICK. MD. BLAKE CADY MD., SURGERY OF THE THYROID AND PARATHYROID GLANDS. SECOND EDITION. BOSTON MASSACHUSETTS. 1974.
5. DENNQUIST S. ET. AL. INTRAOPERATIVE SCINTIORAPHY IN SURGICAL TREATMENT OF THYROID CARCINOMA: EVALUATION OF A NEW TECHNIQUE. WORLD J. SURG. 1986. VOL. 10 (4). PAG. 711-7.

6. FEDERICO OLARTE MD., HUMBERTO ARIBTIZABAL. MD., MARIO BOTERO MD., JAIME RESTREPO. MD., CIRUGIA. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. FACULTAD DE MEDICINA. TOMO II. MAYO 1983

7. FARBOTA. MD., D.B. CALANDRA MD., A.M. LAWRENCE. MD., PH. D. AND E. PALOYAN M.D. THIROID CARCINOMA IN GRAVES DISEASE.SURGERY No. 6.VOL. 98. 1148-1153.DECEMBER 1985

8. KENNETH H. CHON., ET. AL. BIOLOGIC CONSIDERATIONS AND OPERATIVE STRATEGY IN PAPILARY THYROID CARCINOMA; ARGUMENTS AGAINST THE ROUTINE PERFORMANCE OF TOTAL THIROIDECTOMY. SURGERY; VOL. 96 (6) PAGES. 957-971.

9. KINNEY., EGD AHL., ZUIDEMA., TRATAMIENTO PRE Y POSTOPERATORIO. 3o. EDICION. INTERAMERICANA. 1984.

10. MASAO O. ET. AL. ALFA NEEENDORPHIN-LIKE IMMUNOREACTIVITY IN MEDULLARY CARCINOMA OF THE THYROID. CANCER 1987; VOL. 59; PAGES. 277-80.

11. RICARDO L. ROSSI MD., BLAKE CADY MD., MARK L. SILVERMAN MD. MARVIN S. WOOL MPH., MD., AND TIA A. HORNER. CURRENT RESULTS OF CONSERVATITE SURGERY FOR DIFFERENTIAED THYROID CARCINOMA WORLD J. SURG. 10, 612-22, 1986.

12. SCHWARTZ. MD., SHIRES MD., SPENCER MD., STORER MD.,
PRINCIPIOS DE CIRUGIA TOMO II. 4o. EDICION. MCGRAW-
HILL. 1987.
13. SMITH S.A ET. AL. USEFULNESS FOR DIAGNOSIS AND
MANAGEMENT OF METASTATIC CARCINOMA TO THE THYROID,
ARCH INTERN MED. 1987. VOL. 147. PAGES. 311-2.
14. VAN HEERDEN J.A. ET. AL. EARLY POSTOPERATIVE MORBIDITY
AFTER SURGICAL TREATMENT OF THYROID CARCINOMA. SURGERY
1987 VOL. 101 (2) PAGES. 224-7.
15. WALFISH PAUL G. MD., HARRY T.G. STRAWBRIDGE MD.,
IRVING B. ROSEN. MD., MANAGEMENT IMPLICATIONS FROM
ROUTINE NEEDLE BIOPSY OF TRETMENT OF THYROID
CARCINOMA. SURGERY 1985. VOL. 98 (6) PAGES. 1179-88.
16. MICHAEL B. COHEN, M.D., THEODORE MILLER, M.D., AND JAY
H. BECKSTEAD. M.D., ENZYME HISTOCHEMISTRY AND THYROID
NEOPLASIA. SURGERY. VOL. 85 No. 6, JUNE 1986.
17. GARCIA SOTO NORMA, M.D., OCHOA RESENDIZ ALEJANDRO,
M.D., REVISION DE 10 AÑOS DE CITOLOGIA POR ASPIRACION
EN EL H.E.C.M.R. PUBLICACION EN TRAMITE.