

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

“TUMORES RECIDIVANTES DE TIROIDES
EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER
NIVEL”

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. FRANCISCO CARLOS LORENTE LUDLOW

ASESOR DE TESIS: DR. JESUS ARENAS OZUNA



IMSS

MEXICO, D. F.

2005

m342307



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN 1 Y 2 DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO MEDICO LA RAZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD

“TUMORES RECIDIVANTES DE TIROIDES
EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER
NIVEL”

FIRMAS:

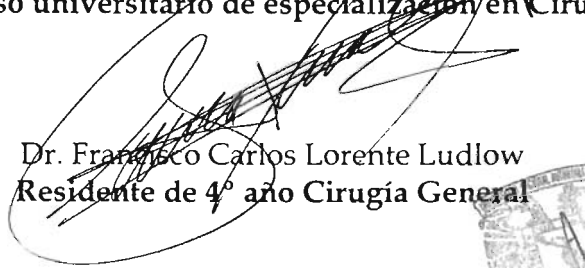



Dr. Jesús Arenas Osuna

Jefe de División de Educación Médicas e Investigación


Dr. Luis Galindo Mendoza

Titular del curso universitario de especialización en Cirugía General


Dr. Francisco Carlos Lorente Ludlow
Residente de 4° año Cirugía General



ÍNDICE.

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL Y MÉTODOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSIÓN	18
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22

RESUMEN.

TITULO. TUMORES RECIDIVANTES DE TIROIDES EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

OBJETIVO.-Determinar las características clínicas y anatomopatológicas de los pacientes con diagnóstico de recidiva tumoral de cáncer diferenciado de tiroides que amerito Disección Radical modificada de cuello en un hospital de tercer nivel

MATERIAL Y METODOS.- Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional, de pacientes sometidos a Disección Radical de Cuello en el servicio de Cirugía General del HECMNR de enero del 1999 a diciembre del 2004, variables de edad, sexo, tipo de cirugía, -diagnóstico Primario, tiempo de presentación. Se empleó estadística descriptiva en el análisis de los datos.

RESULTADOS.- Se incluyeron el presente 73 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 78.1% de los pacientes del sexo femenino y 21.9% masculinos, con una edad promedio de 47.44 años

Se incluyeron 17 pacientes (24.7%) con Ca. Folicular 43 pacientes (57.5%) con Ca Papilar 11 pacientes (15.1%) con Ca Medular y 2 Pacientes (2.7%) con Tumor de Células de Hurthle. Como primera intervención quirúrgica se identificó la Tiroidectomía Total como el procedimiento mayormente empleado (67.1%) y algún procedimiento de Vaciamiento ganglionar en el 9.6% de los pacientes. En el Estudio Anatomopatológico de la primera intervención 61% Presentaban multicentricidad, 65.8% un tumor mayor de 1 cm. y el 71.2% infiltración de la capsula con tejido tumoral

El tiempo medio de recidiva tumoral fue de 4.55 años con un mínimo de 1 año máximo 12 En Cuanto al Procedimiento Quirúrgico empleado en nuestro medio se realizó la Disección Radical Modificada de cuello siendo unilateral en el 75.3% de los pacientes y bilateral en el 24.7%

El Diagnóstico Anatomopatológico definitivo. Mostró un predominio claro de recidiva tumoral junto con linfadenopatía metastásica (72.6%) que cualquiera de estos por separado.

CONCLUSIONES.- La recidiva tumoral de Carcinoma de tiroides se presentó 4 veces más frecuente en mujeres. La presencia de tumores mayores de 1 cm., multicéntricos, y con infiltración de la capsula, se relaciona claramente con la presencia de recidiva tumoral tiroidea. La recidiva tumoral se presentó con una media de tiempo de 4.55 años después del primer procedimiento., siendo la recidiva tumoral y la linfadenopatía metastásicas los hallazgos más frecuentes.

PALABRAS CLAVE.- Cáncer de Tiroides, Recidiva Tumoral, Disección radical de Cuello

ABSTRACT

TITLE: WELL-DIFERENCIATED THYROID CANCER REOPERATION, EXPERIENCE IN A THRID LEVEL HOSPITAL.

OBJETIVES: To determinate the clinical and pathologic features of patients with the diagnosis of well-diferenciated thyroid cancer, that recive treatment with Modify Radical Neck disecction

MATERIALS AND METHODS: We realize a Descriptive, retrospective, transversal and observational study , of patiens operated wit a Modify Radical Neck disecction, in the General and Neck surgery departament of the Spetiality Hospital "La Raza" from January 1998 to December 2004, The variables werw age, gender, type of primary sirurgical treatment, primary diagnosis, time of presentation, and anatomo-pathologic findings. We use Descriptive analisis of data.

RESULTS: We include 73 patients that fill the inclusion criteria 78% were female and 22% male , with a mean age of 47.5 years old. We include 17 patients (25%) with folicular carcinoma, 43 patients (57.5%) with Papilar Carcinoma, 11 patients (15%) Medular carcinoma, and 2 patients (2.7%) with Hurthle Cell Tumor.

The primary surgical managment identify in this study was the total thyroidectomy (67.1%) and any ganglionar emtying in 9.6% of the patients. In the anatomo-pathological findings in the first operation 61% patiens present with milticentrity tumor, 65.8% tumos grather than 1 cm diameter, and 71.2% with a tumor that infiltrates the capsule.

The Mean time of reoperation was 4.55 years with a minimun of 1 year and maximun of 12 years.

As a Secondary surgical managment we perform the Modify Radical Neck disecction, unilateraly in 75.3% and bilateraly 24.7%

The definitive anatomo-pathological diagnosis show a clear incidence of tumoral recidivancy as well as metastatic linfadenopathy 72.6% .

CONCLUTIONS: The recidivancy of Well-diferenciated thyroid cancer was 4 times graeter in female patients. The presence of Multicentric, grater than 1 cm and with infiltration of the capsule has a clear relation with the presence of recidivant thyroid cancer. La recidivancy was presented within a mean time of 4.55 year after the first operation. The Recidivat tumor with metastatic linfadenopathy was the mor frecuent anatomo-pathological finding.

KEY WORDS: Well-Diferenciated thyroid Cancer, Recidivant thyroid cancer, Modify Radical Neck disecction

INTRODUCCION.

El Carcinoma de glándula tiroides afecta a 15000 individuos anualmente en los EU, en nuestro medio se reporta una incidencia aproximada de 1 % de las autopsias realizadas por cualquier causa de fallecimiento. , aproximadamente el 60% de los canceres son del tipo papilar el 20% folicular y el resto se divide casi igualmente entre carcinoma medular y anaplasico. (10)

El espectro de agresividad de los tumores de tiroides es extremo, para el Carcinoma papilar es de crecimiento extremadamente lento y rara vez son letales sin embargo el carcinoma anaplasico es de alta letalidad que llega al 100% de los pacientes en 3 años.

La tiroidectomía es el tratamiento de elección para el manejo de las neoplasias malignas tiroideas (exceptuando el Ca Anaplasico)

Los carcinomas Medular y papilar de tiroides dan metástasis en primer lugar en los ganglios linfáticos regionales , Se considera imperativo realizar un vaciamiento cervical modificado en pacientes con evidencia clinica de compromiso regional o cuando el tumor mide mas de 2 cm. . (6)

La tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar tiene un papel en el manejo de los pacientes con neoplasia tiroidea, La operación en general es bien tolerada y produce una

deformidad mínima. El manejo exitoso de los pacientes depende en gran medida de la biología de la condición maligna, es estadio clínico de la enfermedad y la filosofía, la habilidad y la experiencia del cirujano.

Por lo general el tumor bien diferenciado de tiroides tiene un excelente pronóstico

El carcinoma papilar tiene una supervivencia a los 10 años mayor al 90 %, en tanto que para el carcinoma folicular es mayor al 85% *(1-2)*

La linfadenopatía clínica ha sido encontrada en 23-56% de los casos de carcinoma papilar y en el 5-13% de casos con carcinoma folicular. *(3-5)*

La edad de la Operación, el tamaño del tumor han sido reportados como factores de riesgo altamente significantes en la mayoría de los estudios de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides. *(7)*

Más del 50% de los pacientes con a.C. medular de tiroides que se presentan con una masa en el cuello tienen metástasis linfáticas regionales, lo que se asocia con un pobre pronóstico, desafortunadamente la mayoría de los pacientes se tratan inicialmente con tiroidectomía total sola, y rara vez se realiza una disección ganglionar adecuada, más del 50 % de los pacientes tienen enfermedad persistente posterior a la cirugía. *(8)*

Todos los pacientes diagnosticados con Carcinoma medular de tiroides deben realizarse al menos la tiroidectomía total con la disección ganglionar del compartimiento central del

cuello y vaciamiento del tejido fibroavascular residual de los compartimentos laterales, Procedimiento rara vez realizado en nuestro medio. (11-12)

A diferencia del Ca papilar de tiroides en el que la enfermedad residual e inclusive las metástasis a distancia pueden ser adecuadamente tratadas con yodo radioactivo, el Ca medular es resistente a la terapia radioactiva dejando a la cirugía radical como única alternativa viable para obtener buenos resultados. . (9)

MATERIAL Y METODOS

Objetivo.- Determinar las características clínicas y anatomopatológicas de los pacientes con diagnóstico de recidiva tumoral de cáncer diferenciado de tiroides que amerito Disección Radical modificada de cuello en un hospital de tercer nivel.

Lugar: El estudio se realizara en el Servicio de Cirugía General y de Cabeza y cuello del

Hospital General del Centro Medico Nacional La Raza, del IMSS,

En la Ciudad de México. DF De Enero de 1998 a Dic 2003

Diseño: Descriptivo, retrospectivo, observacional, transversal,

Se revisó el archivo de cirugía General y de Cabeza y cuello, se ubicaron los expediente clínico de pacientes egresados con diagnóstico de Postoperatorio de Disección de cuello por Recidiva de Cáncer tiroideo en el periodo del 1 de enero de 1998 a 31 diciembre del 2003...

Se registraron las variables de edad, sexo, tiempo de presentación,

Así como los hallazgos anatomopatológicos de la primera y segunda intervención

Se aplicó estadística descriptiva en el análisis de los datos.

RESULTADOS.

Se realizaron 78 Disecciones radicales de cuello por recidiva de tumor tiroideo en un periodo de 5 años en el servicio de Cirugía General y de Cabeza y Cuello del Hospital De Especialidades del Centro Medico Nacional La Raza.

Se incluyó en este estudio a 73 pacientes; de ellos, 57 (78.1%) fueron mujeres y 16 (21.9%) Varones

Por lo que se refiere a la edad, se agruparon por décadas de la vida:

20 a 29	4 (5.5%)
30 a 39	12 (16.4%)
40 a 49 años	26 (35.6%)
50 a 59	22 (30.1%)
60 a 69	7 (9.6%)
70ª 80	2 (2.7%)

La edad promedio encontrada fue de 47.44 años, con rango de 25 a 84 años.

Ver *TABLA 1 GRAFICAS 1,2.*

Del total de los 73 pacientes presentaron las siguientes Diagnósticos Preoperatorio como tumor primario diferenciado de tiroides:

Carcinoma Folicular	17	(24.7%)
Carcinoma Papilar	43	(57.5%)
Carcinoma Medular	11	(15.1%)
Carcinoma anaplasico	0	(0%)
Tumor de Células de Hurtle	2	(2.7%)

Ver *GRAFICA 3*

El Resultado Anatomopatológico definitivo de la primera intervención quirúrgica se obtuvo en todos los pacientes y se muestra a continuación:

Entre Paréntesis se muestran el porcentaje global y el Porcentaje por Padecimiento)

Ver *GRÁFICAS 4,5 y 6.*

Carcinoma folicular de tiroides	18	pacientes	(24.7%)
Multicentrico	14	(19.17% ---- 77.7%)	
Único	4	(5.47%-----22.2%)	
Menor del cm.	3	(4.1%-----16.6%)	
Entre 1-2 cm.	11	(15%-----61.1%)	
Mayor de 2 cm.	4	(5.47%-----22.22%)	
Infiltración de la capsula	16	(21.91%----88.88%)	
Carcinoma Papilar de tiroides	42	pacientes	(57.5%)
Multicentrico	35	(47.9%----83.3%)	
Único	7	(9.5%----16.6%)	
Menor del cm.	14	(19.1%----33.3%)	
Entre 1-2 cm.	24	(32.8%----57.1%)	
Mayor de 2 cm.	4	(5.47%----9.52%)	
Infiltración de la capsula	28	(38.35%---66.6%)	
Carcinoma medular de tiroides	11	pacientes	(15%)
Multicentrico	10	(13.6%---90.9%)	
Único	1	(1.3%----9%)	
Menor del cm.	7	(9.5%-----63%)	
Entre 1-2 cm.	4	(5.4%----36.3%)	
Mayor de 2 cm.	0		
Infiltración de la capsula	8	(10.9%----72%)	
Tumor de Células de Hurthle	2	pacientes	(2.7%)
Multicentrico	2	(2.7%----100%)	
Único	0		
Menor del cm.	1	(1.36%----50%)	
Entre 1-2 cm.	1	(1.36%----50%)	
Mayor de 2 cm.	0		
Infiltración de la capsula	0		

Independientemente del tumor diferenciado primario de tiroides la primera intervención quirúrgica realizada fue:

Hemitiroidectomía	15	(20.5%)
Tiroidectomía Total	49	(67.1%)
Tiroidectomía total + disección radical modificada de cuello	7	(9.6%)
Tiroidectomía + tumorectomía	2	(2.7%)

Ver TABLA 2,3

Por padecimiento primario el procedimiento quirúrgico realizado fue:

Carcinoma folicular		
Hemitiroidectomía	15	(83.3%)
Tiroidectomía total	3	(16.6)
Carcinoma Papilar		
Tiroidectomía total	37	(88%)
Tiroidectomía total + disección modificada de cuello	3	(7.15%)
Tiroidectomía total + tumorectomía	2	(4.76%)
Carcinoma medular		
Tiroidectomía total	7	(63.6%)
Tiroidectomía total + disección radical modificada de cuello	4	(36.3%)
Tumor de células de hurthle		
Tiroidectomía total	2	(100%)

Ver GRÁFICA 7

En todos los pacientes se realizó BAAF Preoperatorio para determinar la recidiva tumoral.

Los Resultados Indicados fueron:

Nódulo tumoral recidivante de Tumor tiroideo primario	26	(35.6%)
Linfadenopatía crónica inespecífica	8	(11%)
Nódulo linfático con metástasis de Tumor diferenciado de tiroides	23	(31.5%)
Muestra insuficiente para diagnóstico	12	(16.4%)
Otros	4	(5.5%)

El tiempo transcurrido entre la primera intervención por patología fue como se ilustra a continuación

Carcinoma Folicular

De 0 a 2 años	1	(5.5%)
De 2 a 5 años	9	(50%)
De 5 a 7 años	6	(33.3%)
De 7 a 10 años	2	(11.1%)
Media		

Carcinoma Papilar

De 0 a 2 años	5	(11.9%)
De 2 a 5 años	12	(28.6%)
De 5 a 7 años	19	(45.2%)
De 7 a 10 años	5	(11.9%)
Mayor de 10 años	1	(2.3%)
Media		

Carcinoma Medular

De 0 a 2 años	6	(54.5%)
De 2 a 5 años	5	(45.5%)
De 5 a 7 años	0	
Media		

Tumor de Células de Hurthle

De 2 a 5 años	2	(100%)
Media		

Media de tiempo Recidiva Tumoral de tumor diferenciado de tiroides: 4.55 años

Ver TABLA 4 GRÁFICA 8

El Procedimiento quirúrgico realizado en la reintervención por patología fue el siguiente

Ca Folicular	
Completar Tiroidectomía + Disección Radical modificada unilateral	13
Disección Radical modificada de cuello Unilateral	4
Disección Radical Modificada de Cuello bilateral	1
Ca Papilar	
Disección Radical modificada de cuello Unilateral	32
Disección radical modificada de cuello bilateral	10
Ca Medular	
Disección Radical modificada de cuello Unilateral	4
Disección radical modificada de cuello bilateral	7
Tumor de células de Hurthle	
Disección Radical modificada de cuello Unilateral	2

Ver GRÁFICA 9, TABLA 5

Los hallazgos anatomopatológicos reportados por patología fueron como sigue

Ca Folicular	
Recidiva Tumoral de Ca folicular diferenciado de tiroides	15
Linfadenopatía metastásica de Ca folicular diferenciado de tiroides	14
Ca Papilar	
Recidiva Tumoral de Ca papilar diferenciado de tiroides	38
Linfadenopatía metastásica de Ca papilar diferenciado de tiroides	29
Ca Medular	
Recidiva Tumoral de Ca folicular diferenciado de tiroides	11
Linfadenopatía metastásica de Ca medular diferenciado de tiroides	2
Tumor de células de Hurthle	
Recidiva Tumoral	2
Linfadenopatía metastásica	0

Nota: Algunos pacientes presentaron ambos tipos de Hallazgo anatomopatológico.

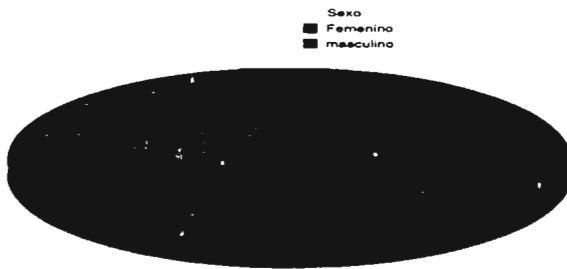
Ver Gráfica 10

TABLAS Y GRAFICAS

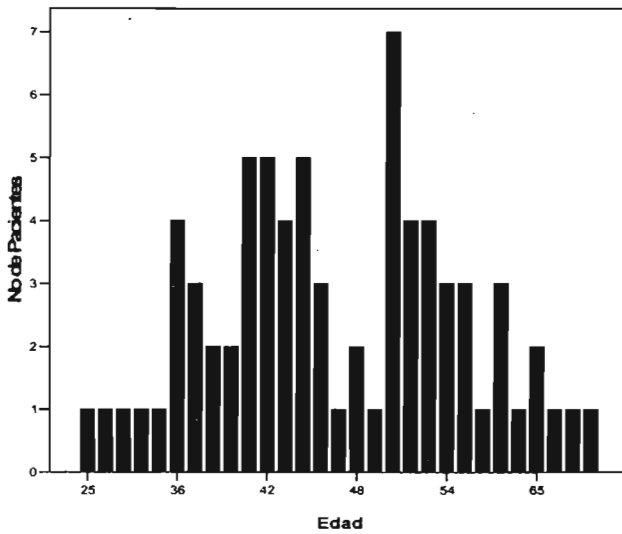
Tabla 1. Distribución de Pacientes por Sexo

	Frecuencia	porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	57	78,1	78,1
masculino	16	21,9	100,0
Total	73	100,0	

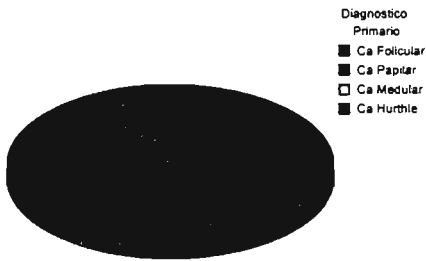
Grafica 1 Distribución de pacientes por Sexo



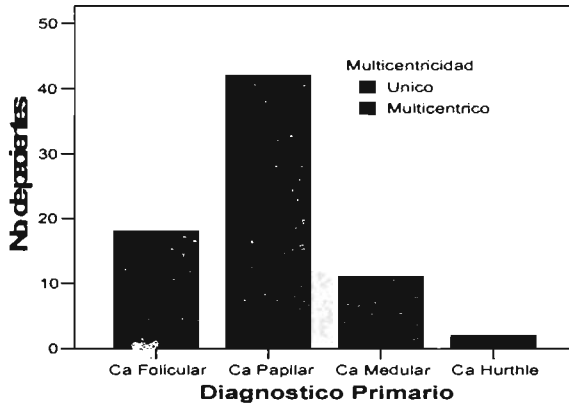
GRAFICA 2: Distribución de Edad



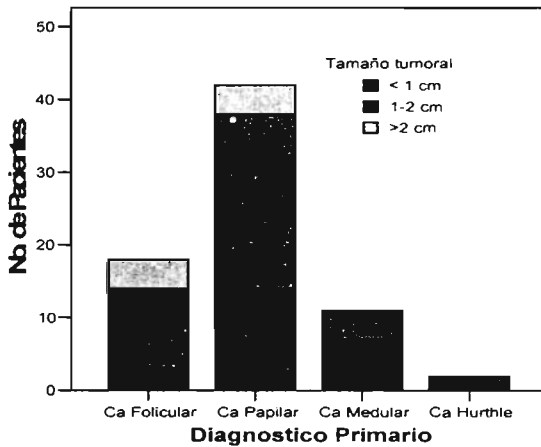
GRAFICA 3 Diagnostico Primario: Tumor diferenciado de tiroides



Grafica 4. Distribución de Multicentricidad por padecimiento primario



Grafica 5: Distribución de Tamaño Tumoral por padecimiento primario



Grafica 6: Infiltración Capsular por Padecimiento primario

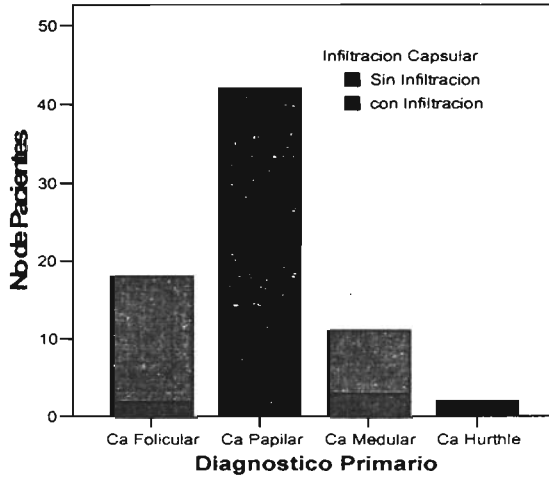


Tabla 2 Cirugía Primaria Realizada por Padecimiento

num. de Casos		Cirugía Primaria				Total
		HT	TT	TT+DRMCU	TT+TC	
Diagnostico Primario	Ca Folicular	15	3	0	0	18
	Ca Papilar	0	37	3	2	42
	Ca Medular	0	7	4	0	11
	Ca Hurthle	0	2	0	0	2
Total		15	49	7	2	73

Tabla 3 Tipo de cirugía primaria

Num. de Casos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HT	15	20.5	20.5
TT	49	67.1	87.7
TT+DRM CU	7	9.6	97.3
TT+TC	2	2.7	100.0
Total	73	100.0	

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Gráfica 7 Distribución de Padecimiento Primario y Cirugía Primaria Realizada

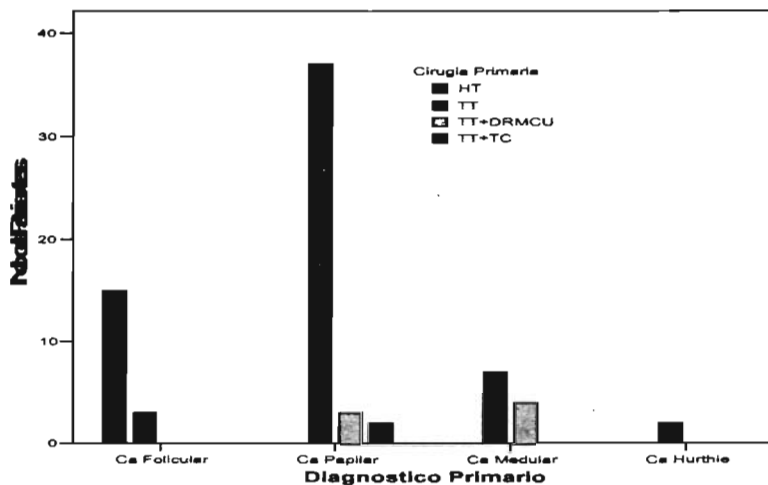


Tabla 4 Tiempo medio de Recidiva Tumoral

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación std.
Tiempo de recidiva	73	1	12	4,55	2,285

Gráfica 8: Porcentaje acumulado de Tiempo de Recidiva Tumoral por padecimiento Primario.

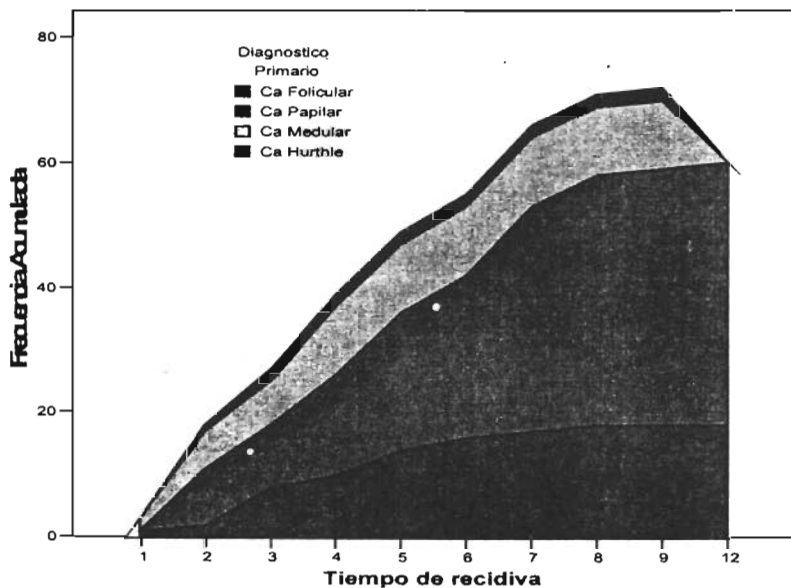
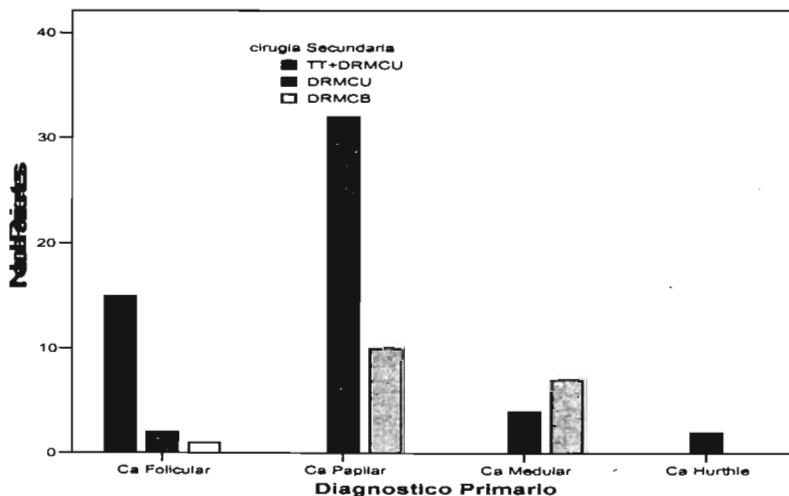


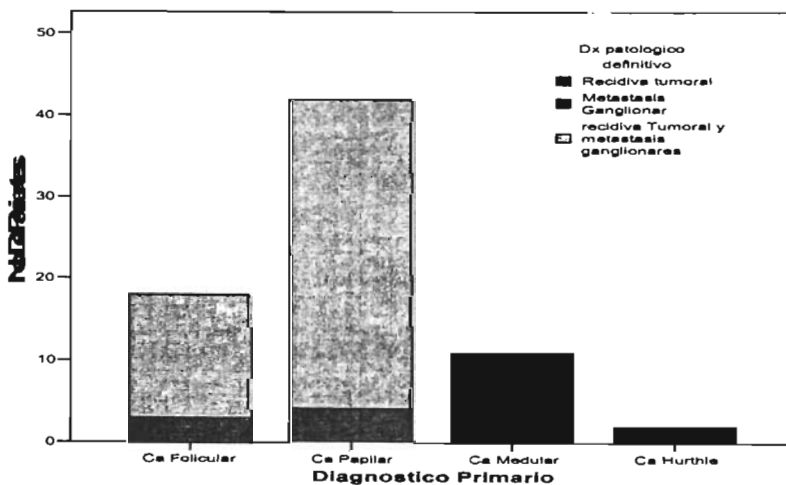
Tabla 5: Frecuencia de cirugía De Recidiva tumoral

	Frecuencia	porcentaje	Porcentaje Acumulado
TT+DRM CU	15	20,5	20,5
DRMCU	40	54,8	75,3
DRMCS	18	24,7	100,0
Total	73	100,0	

GRAFICA 9: Procedimiento quirúrgico Secundario Realizado por padecimiento:



Grafica 10: Diagnostico Histopatológico Definitivo Final por Patología Primaria



DISCUSION.

Existe una gran cantidad de complicaciones posquirúrgicas en los pacientes sometidos a cirugía de tiroides, la recidiva se encuentra contemplada en la literatura mundial, como una complicación importante y estadísticamente significativa, se ha demostrado que los procedimientos quirúrgicos no estandarizados y con disecciones estrechas o que no reúnen la extensión que se ha concensuado a nivel mundial incrementan de manera significativa la recidiva en los cánceres de tiroides, especialmente en los casos de carcinoma papilar y medular en los que se ha realizado hemitiroidectomía unilateral con o sin disección radial de cuello unilateral y/o modificadas.(8,9)

En cuanto a la prevalencia por sexo encontramos que en el universo de nuestros casos Concuerta con una importante prevalencia en el sexo femenino, con respecto a los reportados con la literatura mundial.(1).

Se observa una clara relación estadística de 10 veces a l en cuanto a lo que se refiere a

La multicentricidad con respecto a encontrar un tumor único canceroso lo cual debiera de ser de inicio indicativo para complementar cirugía radical de cuello por la probabilidad de haber generado metástasis regionales, ya que no se establece el tamaño de un tumor único que prediga su comportamiento metastático local. (7,6).

El Tamaño tumoral y la infiltración Capsular tumoral mostraron en nuestro estudio ser mayormente presentes en los pacientes que se sometieron a disección radical por recidiva

tumoral, siendo estos datos empleados el estándar de Riesgo de Recidiva Tumoral y en las escalas diagnosticas al menos en el Carcinoma medular de tiroides (12)

Se encontró un nuestro estudio que la cirugía que se realizó con mayor frecuencia, independientemente de los resultados obtenidos por patología fue la tiroidectomía total, en algunos centros de cirugía del mundo se recomienda que sea realizada de primera instancia o ante la sospecha fundada de extensión de enfermedad metastasica por contigüidad al lóbulo contra lateral, ya que se ha visto que la mortalidad asociada a reintervención para completar el procedimiento se incrementa de 7% de morbilidad a 17% durante los primeros 3 meses posteriores al procedimiento inicial, y la mortalidad pasa del 2 % 4%.(5)

De esta manera encontramos que en nuestra experiencia se realizo de primera instancia el procedimiento de tiroidectomía total en 67%, esto es casi en tres cuartas partes de las cirugía de primer tiempo, en cuanto al procedimiento por cáncer se observo que se realizo tiroidectomía total en el 68% de los canceres reportados por biopsia por aspiración como Ca papilar y en 48% de los que se reportaron como medulares, los cuales representan al cáncer mas frecuente y al cáncer mas agresivo en tiroides que se maneja quirúrgicamente.. (7,8)

El Tiempo medio Transcurrido para la recidiva tumoral en nuestro estudio es similar al reportado en la literatura mundial (8,9,12)

En cuanto al recurso quirúrgico efectuado una vez obtenido el resultado de patología definitivo se encontraron que para el cáncer folicular predomino la tiroidectomía total con

disección radial del cuello, no así en la cirugía complementaria para cáncer papilar donde predominó la disección radial de cuello unilateral, debido esto a la naturaleza de cada uno de estos tumores, así como su comportamiento biológico y clínico, cuya sugerencia ya se hace referencia desde hace 10 años en la Clínica Mayo de los Estados Unidos (2,1)

Hemos encontrado una importante relación entre los pacientes que por el riesgo de recaer tuvieron que someterse a nuevo procedimiento quirúrgico, y la naturaleza y resultado de patología obtenida en el postoperatorio, por lo que el hecho de conocer el resultado de patología obtenida por aspiración es muy importante, ya que permite una planificación preoperatoria (3).

Es de destacar que el signo temprano más importante y frecuente que hizo a los pacientes acudir nuevamente a valoración fue la linfadenopatía cervical, se han reportado estudios los cuales demuestran una predicción positiva en la recidiva en la toma de ganglios metastásicos cervicales ya sea por biopsia por aspiración o en los estudios patológicos de las muestras obtenidas en la disección radial del cuello,

CONCLUSIONES.

1.- En Nuestro medio El Padecimiento primario que más frecuentemente se somete a reintervención por recidiva tumoral el Carcinoma Papilar de Tiroides

2.- La frecuencia de pacientes sometidos a Reoperación por recidiva Tumoral de Carcinoma diferenciado de Tiroides en relación al sexo es de 4 Mujeres por cada Hombre.

3.- Se identificaron dos grupos erarios en riesgo de recidiva tumoral Tiroidea de los 30-40 años y de 50-60 años

4.- De los Hallazgos anatomopatológicos que se presentan más frecuentemente en los pacientes con recidiva tumoral son la Multicentricidad, El tamaño tumoral mayor a 1 cm. y la presencia de invasión capsular del tumor primario

5.- El procedimiento quirúrgico mayormente empleado en el manejo primario de los pacientes con Carcinoma diferenciado de Tiroides es la Tiroidectomía total, siendo la disección ganglionar solo empleada primariamente en el 9.6% de los pacientes

6.- El tiempo medio de recidiva tumoral es de 4.55 años

7.- En nuestro Medio los pacientes con Recidiva tumoral Presentan mayormente ambos hallazgos histopatológicos definitivos; Recidiva Tumoral y linfadenopatía Metastásica.

XIV. BIBLIOGRAFIA.

1. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, Menck HR. **A national cancer data base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the US, 1985–1995.** *Cancer.* 1998;83:2638–2648.
2. Brennan MD, Bergstralh EJ, van Heerden JA, McConahey WM. **Follicular thyroid cancer treated at the Mayo Clinic, 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy, and outcome.** *Mayo Clin Proc.* 1991;66:11–22.
3. Soh EY, Clark OH. **Thyroid cancer II: surgical considerations and approach to thyroid cancer.** *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1996;25:115–139.
4. Grebe SK, Hay ID. **Thyroid cancer nodal metastases: biologic significance and therapeutic considerations.** *Surg Oncol Clin N Am.* 1996;5:43–63.
5. Shaha AR. **Management of the neck in thyroid cancer.** *Otolaryngol Clin North Am.* 1998;31:823–831.
6. Wang, Tracy S. MD; Dubner, Sanford MD. **Incidence of Metastatic Well-Differentiated Thyroid Cancer in Cervical Lymph Nodes.** *Archives of otolaryngology.* 2004;130:110-113
7. Yamashita, Hiroyuki MD, PhD .**Changing Trends and Prognoses for Patients With Papillary Thyroid Cancer.** *Archives of surgery; 1998 ; 133(10):1058-1065*
8. Moley, Jeffrey F. M.D.*†; Dilley, William G. Ph.D. **Improved Results of Cervical Reoperation for Medullary Thyroid Carcinoma.** *Annals of surgery: 1997:225(6); 734-743*
9. Kebebew, Electron MD; Kikuchi, Shoichi MD. **Long-term Results of Reoperation and Localizing Studies in Patients With Persistent or Recurrent Medullary Thyroid Cancer.** *Archives of surgery; 2000; 135(8): 895-901*

10. Loyd M. Nyhus, M.D. Robert J, Baker M.D. **Mastery of surgery**, Lippincot-Raven Publishers, 3ª edicion 2002 : 407-418

11. Moley JF, DeBenedetti MK. **Patterns of nodal metastases in palpable medullary thyroid carcinoma: recommendations for extent of node dissection**. Ann Surg. 1999;229:880-888.

12. Kebebew E, Ituarte P, Siperstein AE, Duh QY, Clark OH. **Medullary thyroid cancer: clinical characteristics, treatment, prognostic factors and a comparison of staging systems**. Cancer. 2000;88:1139-1148.