

11209  
2 ej 124



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

H. G. "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" I.S.S.S.T.E.

"TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS  
NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA  
GLANDULA TIROIDES"

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA  
ESPECIALIDAD DE CIRUJANO GENERAL  
P R E S E N T A :  
DR. RODOLFO SANCHEZ COSIO

Asesor: de Tesis Dr. Eduardo Ruiz Pinel



MEXICO, D. F.

1988



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.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
<b>PROPOSICION</b>	
1 ENUNCIADO	6
2 CONTENIDO Y LIMITES	7
3 PROPOSITO IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION	8
4 PROCEDIMIENTOS Y TECN <u>I</u> CA EMPLEADA	9
<b>DEMOSTRACION</b>	
I ANTECEDENTES	11
II MATERIAL	21
III METODO	23
IV RESULTADOS	26
V COMENTARIOS	41
<b>CONCLUSIONES</b>	50
<b>RESUMEN</b>	52
<b>HOJINA BIBLIOGRAFICA</b>	55

PROPOSICION

## 1.- ENUNCIADO DE LA PROPOSICION

Determinar y comentar los procedimientos quirúrgicos que brinden mejores resultados en el manejo de las neoplasias malignas de la glándula tiroides, determinando si la conducta quirúrgica en pacientes con neoplasias malignas del tiroides, se modifica de acuerdo a indicadores pronóstico como son: sexo, edad, talla y tensión del tumor, multicentricidad, irradiación previa en cabeza o cuello, invasión vascular y patológica anaplásica.

La tiroidectomía total no esta indicada en todos los casos de neoplasia tiroidea maligna.

La disección radical de cuello esta indicada como un procedimiento terapéutico.

El estudio de los factores pronósticos así como exámenes de laboratorio, gabinete e intervencionistas (biopsia con aguja por aspiración), nos ayudan a determinar el procedimiento quirúrgico más adecuado.

Evaluar los procedimientos quirúrgicos de acuerdo a los resultados obtenidos para proponer procedimientos quirúrgicos de criterio unificado en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE.

## 2.- CONTENIDO Y LIMITES

En este trabajo se enumerará y comentarán los procedimientos, quirúrgicos realizados en cáncer tiroideo en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE y se comparán -- con la experiencia publicada internacionalmente.

El tema referente al tratamiento apropiado de las neoplasias malignas del tiroides aún no se resuelve.

La confusión referente a la histología y clasificación, las controversias en relación al tratamiento apropiado, la incidencia relativa de los tumores bien diferenciados y las diversas indicaciones quirúrgicas han contribuido a crear prejuicios en relación a los diversos procedimientos para la terapéutica de estas neoplasias.

### 3.- PROPOSITO IMPORTANCIA Y JUSTIFICACION

Dada la gran diferencia de criterios para establecer la terapéutica quirúrgica estandar en pacientes con neoplasias malignas de la glándula tiroides, se ha considerado efectuar este estudio con el fin de proponer métodos quirúrgicos particulares adecuados a la conducta biológica del cáncer tiroideo.

#### 4.- PROCEDIMIENTOS Y TECNICA EMPLEADA

Se revisaron los casos intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" de el ISSSTE., por neoplasias de la glándula tiroidea y se tabularon varios datos de interés que pudieran ser de utilidad para normar un criterio quirúrgico, contrastando los hallazgos obtenidos con la experiencia publicada en nuestro país y en el extranjero-

## DEMOSTRACION

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES

La glándula tiroides en el hombre se desarrolla como un derivado del tubo digestivo, específicamente de la faringe y es el primero en hacer su aparición en forma de un divertículo central y mediano en el embrión de cuatro semanas. El divertículo tiroideo aparece entre la primera y la segunda bolsas -- branquiales. (1)

La glándula tiroides se conocía antiguamente con el nombre de "glándula laríngea"; el nombre con que actualmente se le conoce le fue dado por Warton en 1646, porque su forma semeja la, de un escudo o por la forma del cartílago tiroides (thyreos--escudo), con el que guarda íntima relación.

Parry (1825), Graves (1835) y Von Basedow (1840), hicieron -- descripciones clásicas acerca del hipotiroidismo o del bocio\_ exoftálmico.

Si bien es cierto que Hedenus hacia la tiroidectomía total para tratamiento del mixedema en 1800, se considerará a el Dr. -- Theodor Kocher como el padre de la cirugía de tiroides. Fue el primero en extirpar con éxito la glándula tiroides para -- tratamiento del bocio (1878), habiendo hecho esta operación -- más de dos mil veces, con solo 4.5% de mortalidad. (2)

Dentro de la patología de la glándula tiroides aún se encuen-

tra, controversia en el diagnóstico y terapéutica apropiados en las neoplasias tiroideas. (3)

La controversia sobre la tiroidectomía total en comparación con la subtotal es tan acalorada como siempre.

En algunos casos la capacidad para practicar tiroidectomía -- total sin causar hipoparatiroidismo permanente o lesión de el nervio laríngeo recurrente, puede ser la única base para los argumentos que apoyan la recomendación de este procedimiento.

Para dar inicio a esta investigación partiremos de la clasificación histopatológica de las neoplasias tiroideas mencionando la propuesta por Hazard y Smith aceptada por la American Thyroid Association, siendo las cuatro clases principales de; carcinoma: 1) Papilar 50 a 60%, 2) Folicular 20-25%, 3) Medular 7-10%, 4) Anaplasico 10%. (2).

El carcinoma papilar de tiroides es la variedad más común que se observa en la práctica clínica. La descripción clásica histológica de la célula papilar maligna, es la de una célula -- con aspecto de "vidrio esmerilado". Los cuerpos de Psamoma ó áreas de microcalcificaciones son otro Dato distintivo de la neoplasia papilar. (4)

Clínicamente los diversos subtipos de el carcinoma papilar -- no tienen efecto alguno sobre el pronóstico o tratamiento de, el proceso maligno. (3)

Se han descrito metástasis a los ganglios linfáticos cervicales hasta en 40% de todos los pacientes con carcinoma papilar con más frecuencia en el grupo menor de 40 años, en la mayor parte de los casos, las neoplasias papilares muestran un patrón papilar y folicular mixto; en la actualidad, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que estas neoplasias se comportan como tumores papilares.

La metástasis a los ganglios linfáticos son comunes y cuando son extraganglionares por lo regular van a pulmón y no a hueso como se observa en el carcinoma folicular puro.

El carcinoma de tiroides folicular puro a declinado en frecuencia desde la introducción dietética de yodo, los pacientes por lo regular son mayores de 40 años de edad, es poco común y con frecuencia difícil de diagnosticar histológicamente. Las células en sí, tienen un aspecto generalmente benigno y la malignidad se diagnostica en base a la invasión cápsular o vascular o por la presencia de metástasis distantes.

El Pronóstico del carcinoma folicular depende directamente del grado de invasión y ha conducido a clasificaciones de estos carcinomas en donde se acepta la invasión mínima limitada a la cápsula o senos venosos capsulares o la invasión que se extiende al interior de los vasos extracapsulares. (3)

Woolner informó un índice de mortalidad de 52% en pacientes con angioinvasión moderada o extensa. Las metástasis ocurren

principalmente por vía hematógica y no linfática como en el caso de el carcinoma papilar. En el caso de pacientes con carcinoma folicular invasor de vasos moderado, se puede poner -- como argumento importante para realizar la tiroidectomía total, basandose en que casi todos los carcinomas foliculares captan yodo radiactivo y que la búsqueda y tratamiento subsecuente de metástasis a distancia se facilita mediante la extirpación de todo el tejido tiroideo cervical. (3)

Si se tiene presente que todas las neoplasias bien diferenciadas del tiroides son mixtos y que la precisión de la clasificación histológica puede basarse en la diligencia con que se, realizan los cortes y se examina la muestra en estudio transoperatorio, no es sorprendente que los errores en la clasificación hayan contribuido en forma importante a la controversia.

Varios factores contribuyen a este problema y a sostener la controversia. En primer lugar se podría señalar que el carcinoma tiroideo no es frecuente; La American Cancer Society refiere una relación de tumoraciones malignas obtenidas de las, autopsias rutinarias una variación de entre 0.08 a 0.11% presentandose de dos a cuatro veces más en la mujer que en el -- hombre. (2,3)

Por otra parte, los nódulos tiroideos son relativamente comunes y el dilema diagnóstico que afronta el clínico en relación a estos nódulos aumenta el interés de este tema.

En segundo lugar, los padecimientos malignos del tiroides, sobre todo los tumores tiroideos bien diferenciados por lo común evolucionan en forma muy indolente. Es verdad que la mayoría de pacientes con carcinoma tiroideo bien diferenciado, mueren "con" la enfermedad mas que "como resultado de esta".

La disponibilidad de estudios diagnósticos específicos sobre, la enfermedad nodular del tiroides, el uso de la centellografía, la identificación de los sujetos de alto riesgo (los expuestos a radiación de cabeza y cuello o aquellos con antecedentes familiares de padecimiento tiroideo maligno), la disponibilidad del ultrasonido, el tratamiento de supresión con la hormona estimulante del tiroides y en fecha más reciente la aspiración con aguja fina, han permitido obtener la identificación selectiva de pacientes con mayor riesgo de carcinoma tiroideo.

El carcinoma tiroideo medular constituye el 7-10% de todos los procesos malignos de el tiroides y puede presentarse en cuatro formas clínicamente diferentes:

- 1.- Carcinoma tiroideo medular relacionado con neoplasia endócrina múltiple de tipo IIa (MEN-IIa).
- 2.- Carcinoma tiroideo medular coexistente con MEN-IIb.
- 3.- Carcinoma tiroideo medular familiar sin endocrinopatías concomitantes (carcinoma tiroideo medular IIo. MEN)
- 4.- Carcinoma tiroideo medular esporádico

Este tumor se deriva de las células parafoliculares, tiene la capacidad de producir calcitonina, la cual se descubre fácilmente en el laboratorio.

El MEN-IIa, esta constituido por carcinoma medular o hiperplasia de células C, que se consideran tumores premalignos, hiperplasia o adenoma de las paratiroides, tumores suprarrenales productores de aminas simpáticas o todos estos elementos. (3,5).

El MEN IIb, muestra características marfanoides, neuromas de las mucosas, ganglioneuronas de las vías gastrointestinales, y feocromocitoma junto con carcinoma medular.

El radioinmunoensayo para la valoración de calcitonina humana y el hallazgo de niveles elevados en pacientes con carcinoma medular se ha convertido en instrumento útil para el tratamiento de pacientes con riesgo a desarrollar este padecimiento maligno. Se ha encontrado que la calcitonina esta elevada en otros padecimientos del pulmón, carcinomamario, insuficiencia renal crónica, anemia perniciosa, síndrome de Zollinger-Ellison, pancreatitis, embarazo, cirrrosis y enfermedades inflamatorias del intestino delgado.

La mayor parte de los carcinomas medulares aumentan la producción de calcitonina después de la estimulación con diversos secretagogos como glucágon, calcio, alcohol y pentagastril, -mucho más que lo que se observa en individuos normales.

Casi todos los cirujanos recomiendan tiroidectomía total para el carcinoma medular, con biopsia de ganglio linfático y disección radical de cuello cuando dicha biopsia es positiva.

La supervivencia es peor en pacientes con ganglios linfáticos positivos, la supervivencia a 5 años es de cerca de 90% en personas con ganglios linfáticos negativos y del 65% en quienes hay ganglios linfáticos positivos y cae a 85 y 45% respectivamente a los 10 años. (3,5)

El carcinoma anaplásico de la glándula tiroides es una de las neoplasias más agresivas que se conocen: con supervivencia medida en meses más que en años, se observa con mayor frecuencia en población de edad avanzada (mayor de 60 años), con incidencia media del 7-10% con respecto a las demás neoplasias, malignas del tiroides. La presencia de una masa de crecimiento rápido, disnea, disfonía, dolor, disfagia, tos, pérdida de peso o alguna combinación de síntomas, permite establecer el diagnóstico preoperatorio en 94% de los pacientes e inicialmente 29% tuvieron metástasis a su diagnóstico.

El estudio histológico identifica cuatro variedades relacionadas con el pronóstico: las de células pequeñas y las de gigantes ocurren con igual frecuencia, las de células fusiformes son menos comunes, los patrones mixtos parecen ser los más frecuentes y tienen el peor pronóstico, mientras que la variedad de células pequeñas parece ser más favorable. (3)

En la glándula tiroides de pacientes con enfermedad benigna, como la enfermedad de Hashimoto y Bocio Nodular, puede encontrarse una célula grande eosinófila, con abundante mitochondria - citoplasmática, la cual en ocasiones tienen tendencia a, desarrollar cúmulos nodulares densos de células que pueden invadir los vasos y producir metástasis, la determinación de -- malignidad en base solo a la morfología histológica puede ser extremadamente difícil; dicha neoplásia, se agrupa dentro de los carcinomas foliculares lo que al parecer de Thompson parece una simplificación exagerada. (3)

En su serie reporta que el 85% de los individuos con carcinoma de células de Hurthle murió a causa de su enfermedad y -- quizá lo más importante, que el 65% con diagnóstico de nódulos benignos de células de Hürthle, finalmente murió de carcinoma tiroideo. Las lesiones de las células de Hürthle tienden a presentarse en pacientes de edad avanzada, con mayor incidencia en el sexto decenio de la vida, puede producir metástasis a los ganglios linfáticos cervicales y es resistente -- tanto a radiaciones externas como a yodo radioactivo.

La cirugía ofrece la única esperanza de curación. Se recomienda la tiroidectomía total con disección radical de cuello -- cuando hay ganglios palpables en el momento de la cirugía.

También se recomienda la disección regional de los ganglios -- mediastínicos anterosuperiores cuando son clínicamente positivos. (3,7).

La amplia gama de la conducta biológica de las neoplasias malignas de la glándula tiroides se ha expresado a través de el tiempo, en los diferentes intentos de poder ofrecer un procedimiento quirúrgico que satisfaga las necesidades terapéuticas de ellos.

M A T E R I A L

## CAPITULO II

## MATERIAL

Se revisaron 80 expedientes en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de el ISSSTE, en el período comprendido, de el 1º de Julio de 1983 al 30 de Junio de 1988, de pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología de cuello.

## M E T O D O

## CAPITULO III

## METODO

De acuerdo a criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se procedió a realizar un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

Se efectuó el análisis de los siguientes parámetros: Sexo, edad, tiempo de evolución antes de la cirugía, tamaño de la tumoración, ganglios positivos, disnea, disfagia, disfonía, bocio, tirotoxicosis, metástasis, gammagrafía, perfil tiroideo, diagnóstico de ingreso, diagnóstico preoperatorio, cirugía realizada, diagnóstico por biopsia transoperatoria diagnóstico histopatológico, evolución postoperatoria, complicaciones, recidivas, mortalidad quirúrgica, seguimiento y ficha de identificación.

Los criterios de inclusión fueron:

- 1.- Pacientes con diagnóstico de ingresos de neoplasia maligna del tiroides.
- 2.- Pacientes con diagnóstico de ingreso de tumoración en cuello que resulto ser neoplasia maligna de tiroides.
- 3.- Pacientes a los cuales se les realizó cirugía de cuello por patología benigna de tiroides y que resulto ser neoplasia maligna de tiroides.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1.- Pacientes con diagnóstico de ingresos de neoplasia maligna del tiroides y que el estudio histopatológico lo reporto negativo.
- 2.- Pacientes operados fuera de el Hospital General Dr. Ferrnando Quiroz Gutiérrez de el ISSSTE.

Los criterios de eliminación fueron:

- 1.- Expediente incompleto ó extraviado
- 2.- Tumor en cuello sin diagnóstico histopatológico
- 3.- Pacientes que no reúnen los criterios de inclusión

## RESULTADOS

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

De los 80 expedientes revisados, 35 de ellos se encontraron - incompletos o extraviados, contando para el estudio con 45 -- expedientes íntegros.

Se estudiaron los expedientes de 45 pacientes sometidos a cirugía de tiroides, de los cuales 41 fueron femeninos (91.2%), y 4 masculinos (8.8%), con una edad media de 44.1 años, rango (20 a 83 años), (fig. No. 1). Su distribución por edades fue la siguiente; en la tercera década 9 pacientes (20%) en la -- cuarta década 16 (35%), en la quinta década 8 pacientes (17%) en la sexta década 5 (11%) y en la séptima ó más 8 pacientes, (17%). (fig. No.2). Con un promedio entre el inicio de su pa-- decimiento y la cirugía de 3.7 años y rango de 1 mes a 21 --- años, fue detectable una tumoración en 19 pacientes (42.2%), -- con una talla media de 2.2. cms, rango 0.5 a 6 cms; de estos -- pacientes, 17 fueron mujeres y 2 hombres.

Se presentaron gánglios positivos clínicamente en el paciente (5.2%), disnea en 4 (21%), disfagia en 11 (57.8%), 24 pacien-- tes con bocio (53.3%), con tirotoxicosis 21 (46.6%), presen-- toron metástasis clínicamente 2 pacientes (4.4%) uno a gán-- glios yugulares y otra a pulmón. Se le realizó gammagrafia -- tiroidea a 43 pacientes (95.5%) y perfil tiroideo a 44 (97.1%) completandose con estos estudios los diagnósticos de bocio -- tóxico en 15 pacientes, bocio eutiroideo en 14 Nódulo tiroi--

deo solitario en 8 pacientes. (fig. No.3).

El diagnóstico de ingreso fue de bocio tóxico en 15 pacientes (33.3%), de los cuales 14 fueron mujeres y 1 hombre; bocio -- eutiroideo en 14 pacientes (31.1%), de los cuales 13 fueron - mujeres y 1 hombre, Nódulo tiroideo solitario en 8 pacientes, (17.7%), de los cuales todos fueron mujeres. Carcinoma tiroi- deo en 8 pacientes (17.7%) de los cuales 7 fueron mujeres y 1 hombre. (Cuadro No. I).

Se efectuaron 44 procedimientos quirúrgicos de los cuales 16 fueron tiroidectomías totales (35.5%) 11 tiroidectomías subto- tales (24.4%), 11 hemitiroidectomías (24.4%), 1 disección ra- dical de cuello, 2 resecciones de tumoración, 2 tiroidecto- --- mías totales con disección de cadena ganglionar yugular y 1 - itsmectomía. (Cuadro No. IV).

Se realizó biopsia transoperatoria en 6 pacientes (13.3%), y\_ el estudio histopatológico en 40 pacientes (88.8%). Las com- plicaciones se presentaron en 6 pacientes de el grupo total - (13.3%), 4 de estos pacientes, presentaron disfonía de los -- cuales en uno fue permanente, 2 de ellos presentaron hipocal- cemia la cual fue controlada.

Se presentaron recidivas en 3 pacientes, 1 tras el reporte -- histopatológico de carcinoma medular se le efectúa hemitiroi- dectomía izquierda y al año presenta un nódulo frío en lóbulo derecho por lo que se completa la tiroidectomía total, repor-

tando el estudio histopatológico, focos de carcinoma medular, y tiroiditis de Hashimoto.

Otro se le efectuó tiroidectomía por carcinoma papilar en 1980 --, en 1985 se somete a exploración de cuello por recidiva en el mismo y fallece con actividad de metástasis pulmonares en Agosto de 1988. Al tercer paciente, se le efectuó hemitiroidectomía previa y posteriormente presenta recidiva en cuello, efectuándose la resección de la tumoración que presentaba invasión a músculo resultando ser un carcinoma papilar, hasta el momento se encuentra sin actividad tumoral. Se hizo un seguimiento medio en todos los pacientes de 2.2 años con rango de 1 mes a 7 años.

De el grupo de pacientes con bocio tóxico 1 se reportó por -- exámen de histopatología como carcinoma papilar invasor.

De el grupo de pacientes con bocio eutiroideo, 1 paciente se reportó con diagnóstico por exámen histopatológico de adenocarcinoma papilar.

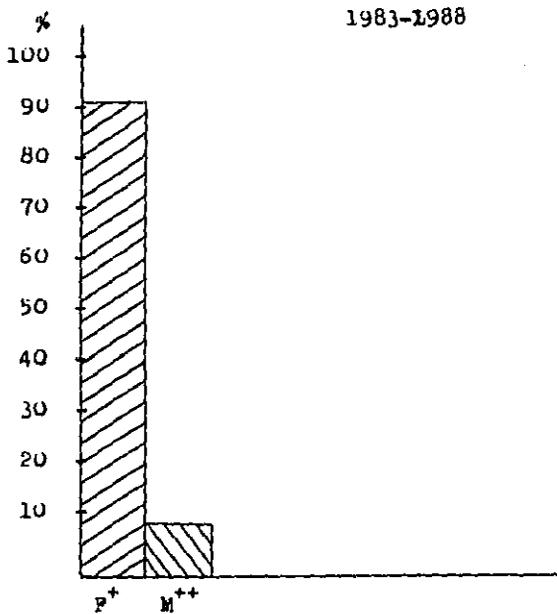
De el grupo de pacientes con diagnóstico de nódulos tiroideos solitarios, uno de éstos resultó ser un adenocarcinoma foli--cular moderadamente diferenciado con focos de carcinoma medular, al cual se le completó la tiroidectomía total.

De el grupo de pacientes con diagnóstico de ingreso de carcinoma tiroideo, 8 en total, 6 resultaron ser neoplasias malignas por estudio histopatológico y 2 tumoraciones benignas las

6 neoplasias malignas tuvieron reporte histopatológico como sigue: Carcinoma folicular invasor, carcinoma mixto, carcinoma papilar, carcinoma papilar con invasión a músculo, carcinoma epitelioide indiferenciado. (Cuadros I y VI).

FIGURA No 1

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE  
DISTRIBUCION POR SEXO DE 45 PACIENTES INTERVENIDOS  
QUIRURGICAMENTE DE TIROIDES



+P= FEMENINO

++M= MASCULINO

FIGURA No 2

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE

DISTRIBUCION POR EDAD EN 45 PACIENTES ESTUDIADOS  
POR PATOLOGIA QUIRURGICA DE CUELLO DE 1983-1988

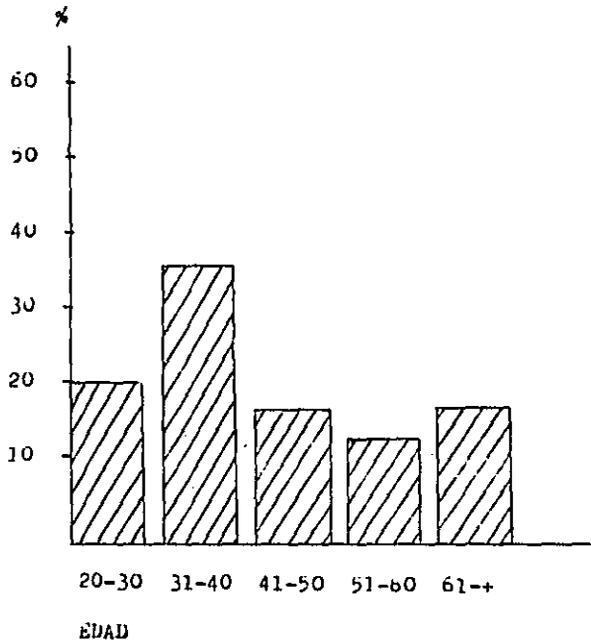
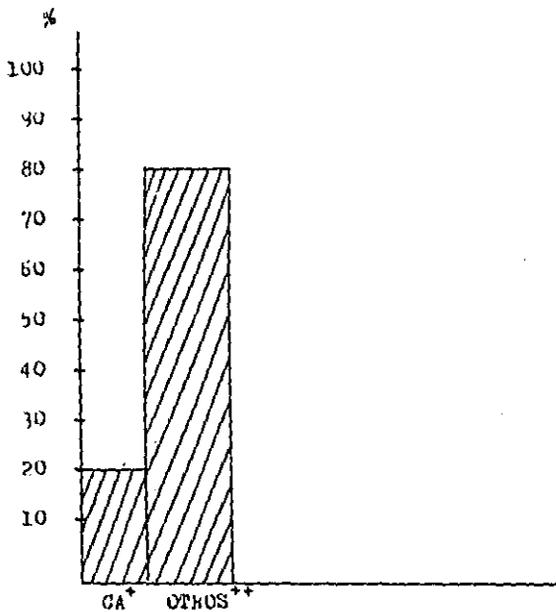


FIGURA No 3

---

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE  
INCIDENCIA DE TUMOR TIROIDEO EN EL GRUPO DE 45  
PACIENTES ESTUDIADOS DE 1983 A 1988



---

+ GA= CARCINOMA

++ OTROS= BOCIO HIPERTIROIDEO  
BOCIO EUTIROIDEO  
NODULOS TIROIDEOS

## CUADRO I

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE

INCIDENCIA DE CANCER TIROIDEO EN PACIENTES CON  
CIRUGIA POR PATOLOGIA QUIRURGICA DE CUELLO DE  
ACUERDO AL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO Y RESULTADO  
HISTOPATOLOGICO

DIAGNOSTICO	No.	CARCINOMA	%
BOCIO TOXICO	15	1	6.6
BOCIO EUTIROIDEO	14	1	7.1
NODULO TIROIDEO	8	1	12.5
CARCINOMA TIROIDEO	8	6	75

## CUADRO II

---

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE

DISTRIBUCION POR EDADES DE PACIENTES CON CARCINOMA  
TIROIDEO

EDAD	No.	%
20-30	1	11.1
31-40	3	33.4
41-50	0	0
51-60	1	11.1
60+	4	44.4

## CUADRO III

---

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE

## INCIDENCIA DE CARCINOMA TIROIDEO POR SEXOS

SEXO	No.	%
FEMENINOS	8	88.9
MASCULINOS	1	11.1
TOTAL	9	100

CUADRO IV

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE

CIRUGIAS REALIZADAS EN EL GRUPO TOTAL DE 45 PACIENTES  
SOMETIDOS A ESTUDIO

CIRUGIA	No.	%
TIROIDECTOMIA TOTAL	16	35.5
TIROIDECTOMIA SUBTOTAL	11	24.4
HEMITIROIDECTOMIA	11	24.4
TIROIDECTOMIA TOTAL MAS DISECCION DE GANGLIOS YUGULARES	2	4.4
RESECCION DE TUMORACION	2	4.4
TIROIDECTOMIA TOTAL MAS DISECCION RADICAL DE CUELLO	1	2.3
ITSMECTOMIA	1	2.3
NO SE REALIZO	1	2.3

## CUADRO V

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.  
ISSSTE

## CIRUGIA REALIZADA EN PACIENTES CON CARCINOMA TIROIDEO

CIRUGIA	No.	%
TIROIDECTOMIA TOTAL	4	44.5
TIROIDECTOMIA SUBTOTAL	1	11.1
HEMITIROIDECTOMIA	0	0
TIROIDECTOMIA TOTAL MAS DISECCION DE GANGLIOS YUGULARES	1	11.1
TIROIDECTOMIA TOTAL MAS DISECCION RADICAL DE CUELLO	1	11.1
RESECCION DEL TUMOR	2	22.2

## CUADRO VI

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIHOZ G.  
ISSSTE

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS  
DEL TIROIDES

DIAGNOSTICO	No.	%
GARCINOMA PAPILAR	5	55.6
GARCINOMA FOLICULAR	2	22.2
GARCINOMA MIXTO	1	11.1
GARCINOMA EPITELIOIDE INDIFERENCIADO	1	11.1

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39

CUADRO VII

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ G.

ISSSTE

DATOS CLINICOS ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES CON NEOPLASIA  
MALIGNA DE LA GLANDULA TIROIDES

NUMERO DE PACIENTES

DATO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL	%
TUMOR	+	+	-	+	+	+	-	+	+	7	77.7
GANGLIOS POSITIVOS	-	-	-	-	+	-	-	-	-	1	11.1
DISNEA	-	-	-	-	+	-	-	-	-	1	11.1
DISPAGIA	-	-	-	-	+	-	-	+	+	3	33.3
DISFONIA	+	-	-	-	+	-	-	+	+	4	44.4
BOGIO	-	-	+	-	-	-	+	-	-	2	22.2
TIROTOXICOSIS	-	+	+	-	-	-	-	-	-	2	22.2
METASTASIS	-	-	-	-	+	+	-	-	+	3	33.3

## COMENTARIOS

## CAPITULO V COMENTARIOS

De los 45 pacientes estudiados se encontró, que 9 de ellos -- tuvieron diagnóstico histopatológico de carcinoma tiroideo, -- correspondiendo 1 a un paciente con diagnóstico de ingreso de bocio tóxico; 1 a un paciente con diagnóstico de ingreso de bocio eutiroideo, y 1 a un nódulo tiroideo hipocaptante siendo los otros 6, pertenecientes al grupo con diagnóstico de -- ingreso de carcinoma tiroideo. (Cuadro I).

Algunos autores señalan la importancia de la incidencia de el carcinoma tiroideo en nódulos fríos solitarios y bocio multinodular, apreciando que no existe diferencia significativa; -- en hombres 13% y en mujeres 17% con presencia de un nódulo -- frío solitario y en hombres en 29% y mujeres en 9% en presencia de bocio multinodular. La incidencia global sería de 30% para nódulos fríos solitarios y 38% para bocio multinodular. Cabe comentar que los reportes iniciales de la incidencia de el carcinoma tiroideo en los nódulos solitarios o glándula multi nodular, fueron basados primeramente en el examen físico como Grenn estableció en 1956, desafortunadamente el examen clínico de la glándula tiroidea es altamente subjetivo.

De la misma forma existen autores que señalan una incidencia, de carcinoma tiroideo en el bocio tóxico de 5.2%. (4), sin -- sospecha de malignidad clínica antes de la cirugía, variando

esta incidencia segun diferentes autores desde 0.4% hasta --- 8.7%, las cuales son cifras dignas de tomarse en cuenta.

Nishiyama reporta un 13% de incidencia de carcinoma oculto de tiroides en necropsias efectuadas por otras causas de muerte. (8).

Se estan intentando nuevos métodos diagnósticos cada dia como son; La biopsia con aspiración con aguja fina, la cual en manos experimentadas proporciona una sensibilidad de el procedimiento del 93% y una especificidad de 96.5%, asi como el intento de predicción del análisis de contenido de DNA nuclear, que supla la falta de un diagnóstico de certeza preoperatorio que proporcione las bases necesarias para desarrollar procedimientos quirúrgicos específicos. (4, 9, 10, 11). Asi mismo, - la variabilidad en la conducta biológica de tales neoplasias malignas crean el desconcierto para instituir una terapia quirúrgica estándar.

El análisis independiente de los diferentes carcinomas tiroideos nos puede proporcionar un camino más amplio en cuanto a su manejo quirúrgico y para tal efecto lo analizaremos en cuatro grupos que son: Carcinomas diferenciados, carcinoma de -- células de Hurthle, carcinoma medular y carcinoma anaplasico.

Como es bien conocido, los carcinomas papilar y folicular reunen el 70% aproximadamente de todos los tumores malignos de - el tiroides. (2,3). Dado que la controversia persiste a pesar

del análisis crítico de los resultados quirúrgicos de muchos, años y rechazando enérgicamente el uso de la sola nodulectomía por los pobres resultados obtenidos, (3). Racionalmente, pueden ser vistas como cirugías de rutina la tiroidectomía -- total, subtotal o selectiva.

La razón para la tiroidectomía total de rutina se basa en algunas consideraciones como son: Que el cáncer de tiroides es, una enfermedad multicéntrica, los focos residuales tienen un potencial de transformación anaplásica, de diseminación rápida y muerte; además, la tiroidectomía secundaria total por -- carcinoma recurrente es de alto riesgo por las complicaciones en las reintervenciones.

Con respecto a la toxicidad de yodo radiactivo ésta se puede -- incrementar en la falta de ablación de tejido tiroideo cervical, al tener que administrarse en mayores dosis, pues la metástasis a distancia pueden no ser reconocidas si el tejido -- tiroideo cervical se encuentra compitiendo en la captación de yodo radiactivo. (10).

Los defensores de la tiroidectomía subtotal demuestran iguales resultados con menos complicaciones. (10).

Existen factores, que se pueden tomar en cuenta para tomar -- una decisión quirúrgica: Se ha observado una disminución en -- la agresividad mostrada por el carcinoma bien diferenciado ya que en décadas anteriores la mortalidad era del 42% comparada

con el 6% actual (mejores métodos diagnósticos, detección más temprana?). (10). La edad, tamaño, extensión de el tumor, invasión vascular y patología anaplásica, tienen un gran impacto pronóstico. Con factores pronósticos esencialmente iguales, la tiroidectomía subtotal probó ser tan eficaz como la tiroidectomía total en el tratamiento de carcinoma tiroideo diferenciado. (7).

Las lesiones papilares implican un curso relativamente benigno sin embargo, un número de autores recomiendan la tiroidectomía total para su tratamiento. Las bases para este tratamiento, es la alta incidencia de multicentricidad exhibida; Se reporta una incidencia del 5%. (10).

Las lesiones foliculares son frecuentemente angioinvasivas y no infrecuentemente metastatizan a pulmón, pleura y hueso, sin embargo, cuando se toma en cuenta la edad, sexo y estado del tumor, los grados de mortalidad y recurrencia son iguales que en las lesiones papilares. (10).

En la glándula tiroides de pacientes con enfermedades benignas como enfermedad de Hashimoto y bocio nodular, puede encontrarse una célula grande eosinófila, con abundantes mitocondrias citoplasmáticas, la cual tiene tendencia a desarrollar cúmulos nodulares densos de células que pueden invadir los vasos y producir metástasis, cuya determinación de la malignidad en base a la morfología histológica suele ser difícil. Los acuerdos iniciales agruparon a estas neoplasias con el --

carcinoma foliular, lo cual de acuerdo a Thompson constituye una simplificación exagerada. (3).

Existe controversia en relación a si el potencial maligno de este tumor puede predecirse y si el diagnóstico es posible de realizar mediante citología por aspiración con aguja fina o con cortes por congelación. En la serie de Thompson el 85% de los individuos con carcinoma de células de Hurthle murió a causa de su enfermedad y quizá, lo mas interesante, el 65% con diagnóstico de nódulos benignos de células de Hurthle finalmente murió de carcinoma tiroideo.

Estas lesiones tienden a presentarse en pacientes de edad avanzada, con mayor incidencia en la sexta década de la vida presentándose en un 83% como nódulo tiroideo, tirotoxicosis en el 10%, bocio multinodular en el 4% o hipoparatiroidismo primario en el 4%.

Dado a los antecedentes arriba mencionados existen muchos patólogos renuentes a llamarlos tumores benignos. (7).

Estos mismos autores concluyen que la tiroidectomía total o subtotal puede ser hecha, si la invasión capsular parcial o vascular es reconocida en cortes congelados, o en su defecto, si es reconocida en los cortes permanentes, efectuar una tiroidectomía total completa en segundo tiempo quirúrgico. En la instancia de un tumor bien encapsulado de apariencia benigna, se podría hacer una lobectomía con las reservas del caso,

y un cuidadoso seguimiento del paciente.

Se sabe que las metástasis del tumor de células de Huthle --- usualmente no absorbe yodo radiactivo. La tiroglobulina como, marcador tumoral despues de ablación total de la glándula tiroideas es de vital importancia en este tumor. (1).

De la misma manera, es recomendable la tiroidectomia total -- con disección radical modificada de cuello, cuando hay gánglios palpables al momento de la cirugía, recomendándose la -- disección regional de los gánglios mediastínicos anterósupe-- riores cuando son clínicamente positivos. Thompson sugiere -- que la recurrencia local puede prevenirse mediante esta tera-- peútica quirúrgica agresiva. (10).

En capítulos anteriores se ha comentado características inci-- dencia y clasificación de los carcinomas medulares.

Estos tumores se han descrito como sólidos, de grado histoló-- gico intermedio y estroma amiloide prominente; las metásta-- sis linfáticas regionales muchas veces acompañan a este tipo, de malignidad, siendo tumoraciones menos agresivas que el car-- cinoma anaplásico tiroideo. Se ha comprobado que el carcinoma medular nace de células parafoliculares o células C de tiroi-- des, las cuales producen el polipéptido hormonal calcitonina. Tales células se encuentran distribuidas, sobre todo en las - partes altas y medias de los lóbulos tiroideos, siendo los va-- lores altos de calcitonina sérica el dato más importante para

valorar a los pacientes con carcinoma medular. Con valores -- normales de 300 pg/ml, se puede encontrar en pacientes con tu mores palpables elevaciones hasta de 100.000 pg/ml ó más.

Su tratamiento quirúrgico es la tiroidectomía total y biopsia de ganglio linfático, con disección radical del cuello si dicha biopsia es positiva. La supervivencia es peor en pacien-- tes con ganglios linfáticos positivos y la forma esporádica - de la enfermedad. La supervivencia a 5 años es de cerca del - 90% en personas con ganglios negativos y del 65% en quienes - hay ganglios positivos y cae a 85% y 45% respectivamente a -- los 10 años. (3,5).

En cuanto al carcinoma anaplásico, existe menos controversia. Se trata de una de las neoplasias más agresivas que se cono-- cen, con supervivencia medida más en meses que en años. Se -- observa con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada ma yores de 60 años. La presencia de una masa de crecimiento rá- pido, disnéa, disfonía, dolor, disfagia, tos, pérdida de peso o alguna combinación de síntomas permite establecer el diag-- nóstico en 94% de los pacientes. Al estudio histopatológico - se pueden identificar cuatro variedades celulares, relaciona- das con el pronóstico; Las de células pequeñas y gigantes -- ocurren con igual frecuencia, las de células fusiformes son - poco comunes. (6). Los patrones mixtos parecen ser los mas -- frecuentes y tienen el peor pronóstico, mientras que la varie- dad de células pequeñas parecen ser mas favorables, la tiroi- dectomía total no parece ofrecer ventaja alguna ya que por lo

regular no se observa recurrencia en el lóbulo opuesto, La --  
resección amplia de los tejidos blandos del lado afectado pa-  
rece ser eficaz, además existe el apoyo de radiación y quimio  
terapia que pueden brindar un tratamiento efectivo coadyuvan-  
te.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

**Primera:** La cirugía en la glándula tiroides siempre debe planearse con estudio transoperatorio.

**Segunda:** La biopsia mínima en la cirugía tiroidea siempre debe ser la hemitiroidectomía del lado afectado.

**Tercera:** La tiroidectomía total, como procedimiento quirúrgico empleado en el carcinoma diferenciado, papilar, - folicular, mixto, de células de Hurthle y medular, - ofrece ventajas significativas.

**Cuarta:** En el carcinoma de tiroides, se recomienda la tirioi dectomía total con disección radical de cuello, cuando existe presencia de ganglios palpables el momento de la cirugía.

**Quinta:** Los factores como son edad, sexo, tamaño de la tumoración, ganglios positivos, disnéa, disfagia, disfonía, metástasis, alertan a tener una alta sospecha - de malignidad, la conducta quirúrgica deberá normarse en consencuencia.

## RESUMEN

En el presente estudio se revisaron 30 expedientes de pacientes manejados en el H.G. "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" de - el I.S.S.S.T.E. de los cuales 45 reunieron los datos necesari--os para su estudio, de estos 41 fueron femeninos (91.1%) y 4 masculinos (8.9%). De el total de pacientes 9 presentaron - carcinoma de tiroides en el estudio histopatológico, (20%), - de los cuales 8 fueron mujeres (88.9%) y 1 hombre (11.1%). -- Con una edad media de 53 años, rango de 21 a 83 años. De los, cuales 6 ingresaron con diagnóstico de carcinoma de tiroides, 1 con diagnóstico de nódulo tiroideo solitario, 1 con diagnóstico de bocio nodular y 1 con diagnóstico de bocio tóxico di-fuso.

Se efectuaron 4 tiroidectomías totales, 1 tiroidectomía total con disección de gánglios yugulares en un carcinoma folicular 2 resecciones de tumoración y 1 disección radical de cuello - en una paciente con recidiva de el carcinoma la cual finalmente murió a consecuencia de metástasis pulmonares.

Los resultados de este estudio, son significativos pues nos - ofrecen ejemplos de la variedad de presentación clínica del - carcinoma tiroideo. Desde la presentación clínica de un apa-rente nódulo benigno, hasta el cáncer metastásico agresivo -- señalado.

Por lo tanto, basandonos en la literatura mundial respecto al tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas de tiroides

asi como de la experiencia quirúrgica en este servicio en cirugía de glándula tiroides, creemos que la tiroidectomia ofrece ventajas indudables sobre cirugías menos radicales y que las complicaciones tomadas como base para contraindicar este método no son tan importantes si se realiza una técnica depurada en la tiroidectomia total a más de las ventajas comentadas anteriormente, Realizando en ocasiones, cuando la circunstancia lo amerite, la disección radical modificada de cuello, con tiroidectomia total, como en el caso de la presencia de gánglios metastásicos positivos o en su defecto la resección, de la tumoración con radioterapia y quimioterapia previas al acto quirúrgico.

Creemos que la introducción de nuevos métodos de ayuda diagnóstica como la citología por aspiración con aguja fina, el análisis de contenido de DNA nuclear, valoración de calcitonina sérica y biopsia transoperatoria pueden llegar a tener un valor pronóstico muy importante, el cual ayuda a planear la cirugía adecuada en casos especificos.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Torres Raúl R.- Tiroides y Paratiroides. En tratado de -- Cirugia, primera edición. México. Nueva editorial Intera--  
mericana, 1984. I (18): 747-800.
- 2.- Schwartz Seymour I.- Tiroides y Paratiroides. En Patolo--  
gía Quirúrgica, 2a. edición en español, traducción de la,  
3a edición en inglés. Traductor.- Carolina Amor de Four--  
nier. México, editorial la Prensa Medica Mexicana, 1986.  
2(38): 1679-710.
- 3.- Bell RM.- Thyroid Carcinoma. Surg Clin North Am 1986; 66\_  
(1): 13-30.
- 4.- Backdahl M.- Citología de biopsia con aguja fina y análi--  
sis de DNA. En Clínicas Quirúrgicas de Norte América Tra--  
ducción; Alberto Folch Pi. Edición Original, Nueva Edito--  
rial Interamericana, México, 1987. 2: 211-24.
- 5.- Brunt ML.- Adelantos logrados en el diagnóstico y trata--  
miento de carcinoma tiroideo medular. En Clínicas Quirúr--  
gicas de Norte América. Traducción ; Alberto Folch Pi, --  
Edición Original, Nueva Editorial Interamericana, México.  
1987; 2: 277-94.
- 6.- Tallroth E.- Multimodality treatment in anaplastic giant--  
cell thyroid carcinoma. Cancer 1987; 60 (7): 1428-31.

- 7.- Arganini M.- Hürthle cell tumors: A twenty-five-year experience. Surg 1936; 100 (6): 1108-15.
- 8.- McCall A.- The incidence of thyroid carcinoma in solitary cold nodules and in multinodular goiters. Surgery 1986; - 100 (6): 1128-31.
- 9.- Deaconson TF.- Total or near total thyroidectomy versus - limited resection for radiation-associated thyroid nodules: A twelve year follow-up of patients in a thyroid -- screening program. Surgery. 1936; 100 (6): 1116-20.
- 10.- Donn MS.- Operative strategy for thyroid cancer. Cancer. 1986; 53 (10): 2320-27.
- 11.- Silverman JF.- The role of fine-needle aspiration biopsy, in the rapid diagnosis and management of thyroid neoplasm Cancer. 1986; 57 (6): 1164-49.