

11209
22
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

"CANCER DE TIROIDES"

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
IRMA CRUZ MENDOZA



ISSSTE

México D.F.

Diciembre 1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

I N D I C E

RESUMEN _____	1
RESUMEN INGLES _____	2
INTRODUCCION _____	3
MATERIALES Y METODOS _____	5
RESULTADOS _____	6
CONCLUSIONES _____	8
CUADROS _____	10
GRAFICAS _____	18

RESUMEN.

Nosotros examinamos 137 pacientes, 67 del sexo femenino, 66 del sexo masculino de 1970 a 1990, con diagnóstico de carcinoma de tiroides (papilar, folicular y otros). En el Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos del I.S.S.S.T.E.

El índice pronóstico propuesto por la sociedad de cancerología fue calculada en estos pacientes.

De acuerdo a la curva de sobrevivencia, la recurrencia después del tratamiento, el estudio muestra una clara diferencia en el pronóstico que es igual en cuanto a la edad.

Las observaciones propuestas para el tratamiento del tumor: debe efectuarse una cirugía agresiva y extensa.

El tratamiento actual es : lobectomía total cuando el tumor es unilateral, y el factor pronóstico es de 50% . tiroidectomía total en otros casos. cirugía de nódulos linfáticos solo en el caso de que estén involucrados, la cirugía radical de cuello es mas extensa para remover ganglios.

Palabras Claves:

CA. TIROIDES

OTROS (anaplasico, indiferenciado y medular)

ABSTRAC.

A retrospective study of a continuous series of 137 patients is presented: the patients were treated between 1970 to 1990 for a papillary, follicular and others thyroid carcinoma.

The pronostic index, proposed by oncology, was calculated for each patient. According to the survival index and recurrens after treatment, the study shows a clear-cut difference in prognosis index is below 50. This observations supports of minimal treatment for less agressive tumors and extensive treatment for the high risk patient.

The actual treatment plan is: total lobectomy when the tumor is unilateral, and de pronostic index below 50. but total thyroidectomy in the other cases; lymph node surgery only in cases of node involvement. Instead of a radical neck dissection a more conservative procedure should be performed, removing the lymphatic chains.

key words :

CA. THYRID

OTHERS (ANAPLASIC, MEDULLARY AND INDIFERENCIATE)

INTRODUCCION

Este estudio retrospectivo de cáncer de tiroides, realizado en el Hospital Regional Adolfo Lopez Mateos, analiza 137 pacientes con cáncer tiroideo, de 1970 a 1990: 90 pacientes con carcinoma papilar, 48 folicular, y 5 (medular, indiferenciado y anaplásico); estos grupos fueron estudiados de acuerdo: Edad, sexo, extensión del tumor, tamaño, tipo histológico, metástasis y tipo de cirugía realizada (1, 2, 3, 4, 12, 14).

El análisis fue llevado a cabo por nosotros, usando las variables y los factores pronósticos, siendo el más importante la edad al diagnóstico, la invasión extratiroides y el grado de diferenciación histológica para el cáncer papilar, y para el cáncer folicular, la invasión extratiroides, las metástasis distantes, la medida del tumor primario y los ganglios involucrados, la edad al diagnóstico y el estado postoperatorio del paciente (1, 2, 3, 4, 9, 22).

Los factores pronósticos para la recurrencia del carcinoma fueron mínimos entre el carcinoma papilar y el carcinoma folicular (5, 6, 7, 8).

El cáncer papilar y folicular son los más comunes en la glándula tiroides, y aun, hoy su manejo es uno de los más controvertidos en el campo quirúrgico (1, 17, 18, 19, 20). Algunos realizan manejos

radicales, otros no tan radicales y con alguna modalidad en el tratamiento, ignorando los efectos de otros, y no tomando en consideración la historia natural de esta enfermedad y los factores pronósticos de importancia como son : la extensión y la recurrencia del tumor.

En nuestro estudio observamos que hay una mayor incidencia de carcinoma papilar, que de carcinoma folicular, y que la mayor recurrencia de tumor se observó en pacientes postoperados de carcinoma papilar.

MATERIALES Y METODOS.

Se efectuó un análisis retrospectivo, longitudinal, descriptivo de carcinoma tiroideo, revisando 137 casos de cáncer de tiroides, atendidos en el Hospital Regional Adolfo Lopez Mateos, durante el periodo de 1970 a 1990.

Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, antecedentes oncológicos, radiación a cuello, presencia de tumor en cuello, tamaño, extensión a tejidos adyacentes, presencia de adenopatías cervicales y metastasis a distancia.

Como estudios de gabinete se realizaron : gammagrama, pruebas de función tiroidea, citología por punción, diagnostico clínico, anatomopatológico y tratamiento efectuado (tipo de cirugía).

Tratamientos complementarios con radioisótopos, radioterapia externa. La información fue analizada de acuerdo a la frecuencia de los factores de riesgo, que son: edad, sexo, tamaño de la lesión, extensión de la enfermedad, tipo histológico y grado de diferenciación. Siendo en el carcinoma papilar menos frecuente, y en el folicular mas frecuente.

La suma de mas de 2 factores de riesgo son de mal pronóstico en el carcinoma papilar.

Con el metodo de Ji-cuadrada se analizo los factores de riesgo, e índice pronóstico. Se estudio la sobrevivida en los pacientes con alto riesgo.

RESULTADOS.

De los 137 pacientes estudiados en un periodo de 20 años, de 1970 a 1990 con revisión de sus expedientes y con visitas periódicas al departamento de cirugía, se observó que predominó en el sexo femenino en un 51% y en el sexo masculino de 48.9%, no encontrando diferencia significativa en cuanto a las edades (cuadro 1).

El carcinoma papilar se encontró con mayor frecuencia en la tercera década con un porcentaje de 35.5%, en el carcinoma folicular se presentó con mayor frecuencia en la tercera década con un porcentaje de 26.1%. En cuanto al análisis de la edad en años es igual $p = .11$ mayor en la edad de la cuarta década de la vida (cuadro 2).

Acerca de los factores pronósticos: edad, grado del tumor, extensión del tumor, metástasis., se encontró que el índice pronóstico en el carcinoma papilar tuvo relevancia ya que el índice pronóstico fue $p < 0.001$. En cuanto a la presencia de metástasis se encontró un resultado significativo $p < 0.002$ (cuadro 3).

La presencia de ganglios en estadio N0 en el papilar se encontró 65.3% , en el folicular 43.5%, otros 2.5%. N1 en el papilar 75.7%, en el folicular 21.2% y otros 3.0%. N2 en el papilar 66.6% en el folicular 4.7%, otros 9.5%, siendo $p < 0.02$ (cuadro 3).

El tipo histológico que tiene mayor relevancia es el carcinoma papilar con un 65.4 %, le sigue folicular con 27.8 % y otros con 6.7 % (anaplasico, medular e indiferenciado) (cuadro 4).

A estos pacientes se les realizó hemitiroidectomía 24, tiroidectomía subtotal 34, total 15, radical de cuello 7, en carcinoma papilar. se realizaron 33 hemitiroidectomías, 28 tiroidectomías subtotales, 16 totales, 5 radicales de cuello en carcinoma folicular.

Observandose una mayor recurrencia en aquellos pacientes a los que se les realizó tiroidectomía sub-total (60%) en Ca. papilar, 25% en Ca folicular (cuadro 5).

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron : por extensión de la cirugía, lesión del recurrente en 15 pacientes, hipoparatiroidismo en 23 pacientes y traqueostomía en 2 pacientes (cuadro 6).

La mortalidad encontrada en el cáncer papilar en 20 años ocurrió en 3 pacientes, en el carcinoma folicular 2 y en otros 5 pacientes (cuadro 7).

La mortalidad en los pacientes con carcinoma papilar fue de 3.3% y de 37.5% en el carcinoma folicular, con un valor de $p < 0.001$, siendo significativa la sobrevida en relación a la mortalidad, la presencia de metastasis en el ca. papilar fue de 46.1%, en el folicular de 43.5%, siendo $p < 0.002$, considerando esto significativo como valor pronóstico a lo que se refiere a un alto riesgo (cuadro 8).

CONCLUSIONES.

Los pacientes estudiados en el Hospital Regional Adolfo Lopez Mateos son pacientes referidos de la consulta, por lo que podría decirse que la mayoría de ellos se encontraba en una etapa temprana de la enfermedad cuando les fue hecho el diagnóstico de carcinoma tiroideo.

El diagnóstico de carcinoma tiroideo fue confirmado por los reportes histopatológicos. Nosotros observamos que el tipo de cáncer es independiente del tamaño del tumor, pero que tiene importancia en cuanto al factor de riesgo, y la proporción es igual en el papilar que en el folicular, cuando fueron analizados, por décadas nuestros pacientes con cáncer papilar, mostraron un incremento en la sobrevivida en pacientes de 40 años, comparados con los de mas de 50 años, con una sobrevivida de mas de 60 años en cancer folicular.

En cuanto al sexo, en el sexo masculino se comporta menos agresivo, que en el sexo femenino (1,3,5,6,8,10,20 %), en nuestro estudio encontramos una correlación con el sexo, el masculino se encontró con mayor frecuencia Ca folicular.

En otros reportes la invasión extratiroidea es un factor importante (9, 11, 13, 15, 16,18, 20 %), en el carcinoma papilar encontramos una recurrencia significativa, no siendo igual en el carcinoma folicular.

En contraste, los ganglios involucrados tienen mayor valor pronostico. Pero invariablemente no influyen en las sobrevivida de los pacientes con cáncer papilar, sin embargo la invasión extratiroidea, las metástasis

a distancia y el tumor primario, en los pacientes con cáncer folicular la sobrevida es baja (18,19,20,22).

Cuando nosotros comparamos a los pacientes con metastasis, encontramos que la sobrevida es significativa, en los pacientes con cáncer folicular asociado con ganglios, pero no es significativa cuando se comparan los 2 grupos de carcinoma papilar o folicular.

La influencia en la sobrevida confiere ventajas a los pacientes jóvenes los cuales tienen excelente pronóstico, no siendo igual en aquellos con metástasis en carcinoma papilar (18, 19).

En cuanto a la cirugía realizada, tenemos una recurrencia significativa en la tiroidectomía sub-total, tanto en carcinoma papilar como folicular, considerando con esto que la cirugía no fue la adecuada o bien insuficiente para tratar el carcinoma. El carcinoma papilar oculto en tiroides es muy común (18, 19). con una investigación histológica más extensa, bilateral, puede darnos una correlación entre el tamaño del tumor y el grado de invasión (18, 19, 20).

Consideramos que es de suma importancia tener en cuenta los factores de riesgo, para realizar un tratamiento quirúrgico adecuado, en el carcinoma folicular y papilar, así como normar criterios para el manejo quirúrgico.

C A N C E R D E T I R O I D E S
D I S T R I B U C I O N P O R S E X O

SEXO	PAPILAR	%	FOLICULAR	%	OTROS	%
MASCULINO	66	73.33	4	9.52	0	0.00
FEMENINO	24	26.67	38	90.48	5	100.00
TOTAL	90	100.00	42	100.00	5	100.00

JI-CUADRADA 52.08

P 0.001

CUADRO 1

Fuente de información archivo H.A.L.M.

C A N C E R D E T I R O I D E S
D I S T R I B U C I O N P O R E D A D

DECADA	PAPILAR	FOLICULAR	OTROS	TOTAL
10-20	12	3	1	16
21-30	32	7	2	41
31-40	17	11	0	28
41-50	13	8	2	23
51-60	6	10	0	16
61-70	4	2	0	6
> 70	6	1	0	7
TOTAL	90	42	5	137

JI-CUADRADA

18.01

P = 0.11

CUADRO 2

Fuente de información archivo H.A.L.M.

CANCER DE TIROIDES
FACTORES PRONOSTICO

TAMANO cm	PAPILAR	FOLICULAR	OTROS	TOTAL
> 1	13	10	0	23
1 - 4	43	19	3	65
< 4	34	13	2	49
J1-CUADRADA	2.98		P > 0.56	

GANGLIOS				
	PAPILAR	FOLICULAR	OTROS	TOTAL
N 0	51	34	2	87
N 1	25	7	1	33
N 2	14	1	2	17
J1-CUADRADA	11.8		P < 0.02	

METASTASIS				
	PAPILAR	FOLICULAR	OTROS	TOTAL
PRESENTES	18	17	4	39
AUSENTES	72	25	1	98
	90	42	5	137
J1-CUADRADA	12.6		P < 0.002	

CUADRO 3

Fuente de información Archivo H.A.L.M.

CANCER DE TIROIDES
TIPO HISTOLOGICO

TIPO HISTOLOGICO	FRECUENCIA	%
PAPILAR	87	65.41
FOLICULAR	37	27.82
OTROS	9	6.77
	133	100.00

JI-CUADRADA 117.40

P 0.001

CUADRO 4

Fuente de información archivo H.A.L.M.

C A N C E R D E T I R O I D E S
R E C U R R E N C I A

TRATAMIENTO QUIRURGICO	SI		%		NO		TOTAL	
	*	**	*	**	*	**	*	**
HEMITIROIDECTOMIA	0	2	0.00	0.06	24	31	24	33
TIROIDECTOMIA TOTAL	4	0	11.76	0.00	30	28	34	28
TIROIDECTOMIA SUB-TOTAL	9	4	60.00	25.00	6	12	15	16
RADICAL DE CUELLO	1	0	14.29	0.00	6	5	7	5

* P A P I L A R

** F O L I C U L A R

CUADRO 5

Fuente de información archivo H.A.L.M.

C A N C E R D E T I R O I D E S
C O M P L I C A C I O N E S

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	# D E C A S O S		TOTAL
	TRANSITORIOS	DEFINITIVOS	
LESION DEL RECURRENTE	10	5	15
HIPOPARATIROIDISMO	13	10	23
TRAQUEOSTOMIA PERMANENTE	0	2	2
	23	17	40

CUADRO 6

Fuente de información archivo H.A.L.M.

CANCER DE TIROIDES
MORBIMORTALIDAD

PERIODO	CASOS			VIVOS			MUERTOS			PROB. MORTALIDAD		
	*	**	***	*	**	***	*	**	***	*	**	***
1970-1975	71	30	1	70	29	1	1	1	0	0.014	0.033	0.000
1976-1980	85	34	2	85	34	1	0	0	1	0.000	0.000	0.500
1981-1985	89	38	3	89	37	2	0	1	1	0.000	0.026	0.333
1986-1990	90	42	5	88	42	2	2	0	3	0.022	0.000	0.600

* P A P I L A R

** F O L I C U L A R

*** O T R O S (ANAPLASICO, MEDULAR E INDIFERENCIADO)

CUADRO 7

Fuente de información archivo H.A.L.M.

CANCER DE TIROIDES
MORBIMORTALIDAD

	METASTASIS	PAPILAR	FOLICULAR	OTROS	TOTAL
VIVOS	87	40	2	129	
FALLECIDOS	3	2	3	8	
	90	42	5	137	

J1-CUADRADA 27.79

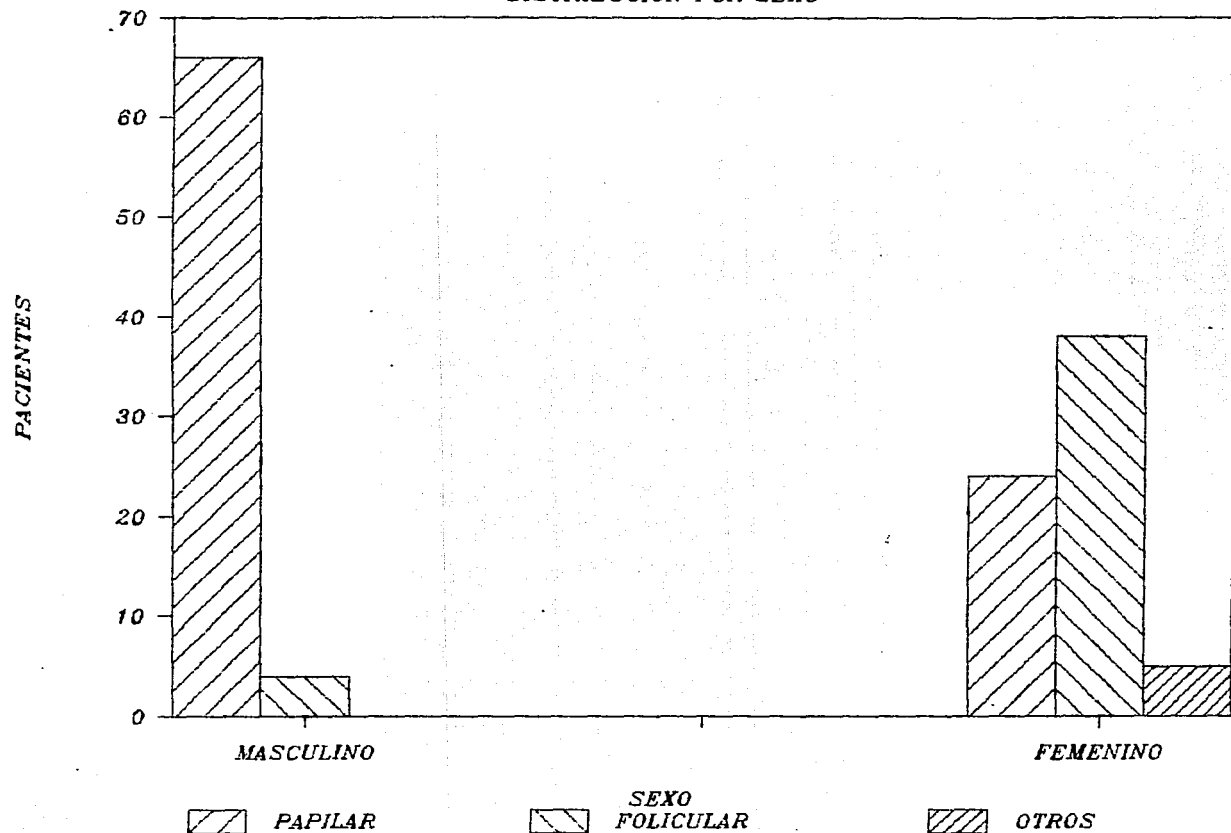
P < 0.001

CUADRO 8

Fuente de información archivo H.A.L.M.

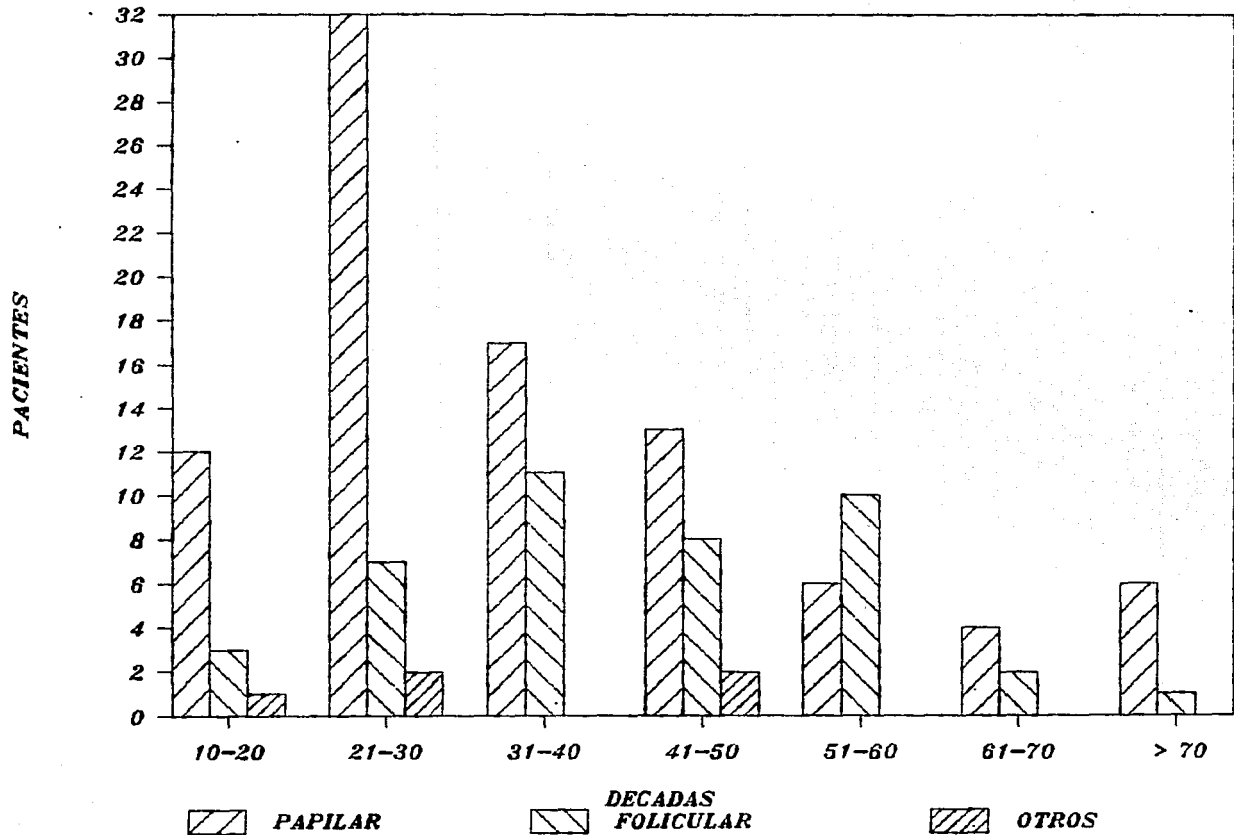
CANCER DE TIROIDES

DISTRIBUCION POR SEXO



CANCER DE TIROIDES

DISTRIBUCION POR EDAD



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

1. - J. Simpson MD Col. Papillary and follicular thyroid Cancer .Am J of Medicine 83, 479-483, 1989.
2. - B Moreno Esteban and Col. Tumores del tiroides. Rev. Facultad de Medicina U.N.A.M . 10, 715-722, 1987.
3. -C JH Von de Velde, JF Hamming BM Gasling. Report of the consensus Development Conference on the management of differentiated thyroid. Cancer in the Netherlands. J Cancer Clin Oncol 21(2) 297-292, 1988.
4. - Staffan S Meds and Sten Lennquist. The role of aspiration Cytology in the management of thyroid Nodules J. Cancer Clin Oncol 21, (2), 267-279, 1988.
5. - EP Krennig L. Ansoma HA, Bruning and Henneman. Clinical and Radiodiagnostic aspects in the Evaluation of thyroid Nodules with Respect to Thyroid Cancer. Eur J Cancer Clin Oncol 24, 299-304, 1988
5. -Orlo H Clark, Kenneth Leving, Qu-Hua Francis. Thyroid Cancer the cases of total thyroidectomy. Eur J. Cancer Clin Oncol . 24, 312-318, 1988.
7. - Joseph N Attie. Modified Neck Dissection in tratment of thyroid Cancer: A safe producere. Eur J Cancer Clin Oncol, 24 (2) 316-324, 1988.
8. - J. F Hamming C.J.H Van and Col. Differentiated thyroid Cancer: A stage adapted Node Metastasis. Eur J. Cancer Clin Oncol. 21 (2) 325-330, 1988.
9. - M Schulumberger J. P Travagle and Col. Follow-up of patient with diferentiated thyroid carcinoma experience at Institut Gustave-Rovssy. Eur J. Cancer Clin Oncol, 24(2) 345-350, 1988.

- 10.- Guy Andry Gilbert Chantrain Martine Van Glabbeke. Papillary and Follicular thyroid Carcinoma. Eur J Cancer Clin Oncol. 24, 1641-1646. 1988.
- 11.- A.K Sarda S. Bal and M.M Kappur. Near-Total Thyroidectomy for carcinoma of the thyroid. Br. J Surg. 76, 9092-1001, 1988.
- 12.- Ian D. Hay MB Ph D Clive and Col. Ipsilateral lobectomy Versus bilateral lobar resection in papillary thyroid carcinoma: A retrospective analysis of surgica; outcome using a movil pronostic scoring system. Surgery 102 (6), 1088-1094, 1987 .
- 13.- Ricard L. Rossi MD Blake Candy. Surgycally incurable Well-Diferentiated thyroid carcinoma. Surgery 102(6) 1095-1099, 1989.
- 14.- Johan Hole MD Anna Elizabeth Stenning MD Ivar and Col. Surgery in papillary Thyroid carcinoma Review of 730 patients. Jurnal or Surg Oncology 37, 147-151, 1988
- 15.- Carol S. Connor MD James H Tomas MD. Radioiodine Therapy for Diferrentiated thyroid carcinoma. An J Surgery. 56 519-521 1988.
- 16.- Hosch-Daniel Hl Choy and Bryon Gandivia. Iodine-131 uptake inflamatory lung dissease a potencial Piffal in trtament of thyroid carcinoma. J. Nucl Med 29 701-706 1988.
- 17.- Yamashita MD Yashihide Fujimoto MD Tokaya Kodama MD. Whwen Total thyroidectomy indicated as treatment of follicular carcinoma?. World J of Surgery 123 1553-564, 1988.
- 18.- Martin Schulumberg olivier Arcangioly, Jean Daniel Prekars and Maurice Turbian. Detection and tratment of lung metastasis of differentiated thyroid carcinoma in patients with normal Chest X-Rays. The J of Nucl Med. 29 1970-1994, 1988.

19.- John Brooks MD H Fletcher Stornes MD and Daniel Piekarske. Detection, Surgical Therapy for Thyroid nodules; A review of 1249 solitary, thyroid. Surgery 104 940-946, 1988.

20.- Clive S. Grant MD and Col. Local recurrence in papillary thyroid carcinoma is excellent of surgical resection important. Surgery 104 954-1010, 1988.

21.- Howard E. Eding MD and Charles G. Watson MD. Radioimmunoimage the metastatic Medullary carcinoma of the thyroid gland using an indium 111 labeled monoclonal antibody to Cea. Surgery 104, 1004-1010, 1988.

22.- Claudio Marcocis MD, Furio Pacine MD, Rossella Elissin MD. Clinical and Biologic Behavior of bone metastasis from differentiated thyroid carcinoma. Surgery 106, 960-966 1988.

23.- Maurice Tubiana MD Martin Schulumberg MD, Long-term and prognostic factors in patients with Differentiated Thyroid carcinoma. Cancer 55 797-804 1985.

24.- F Bacourt B Assilain J C Savoret ED Hubert. Multifactorial study of prognostic factors in differentiated thyroid carcinoma and a re-evaluation of importance of age. Br J. Surg 23 274-277 1986.