

11209
57
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

TUMORES TIROIDEOS
MANEJO QUIRURGICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN :
CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :
DRA. HERNANDEZ JERONIMO JULIA M.

A S E S O R D E T E S I S :
DR. PALACIO VELEZ FERNANDO

MEXICO, DF.

1995.

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).

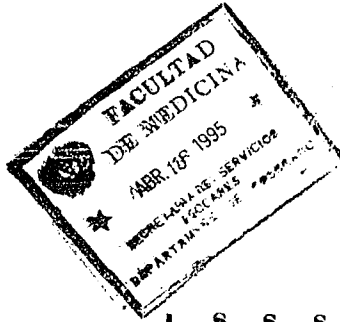
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

TESIS SIN PAGINACION

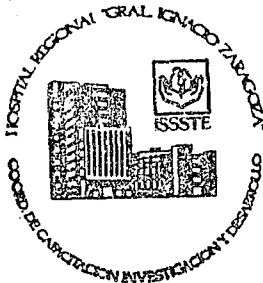
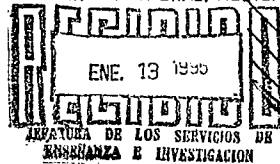
COMPLETA LA INFORMACION

Fernando

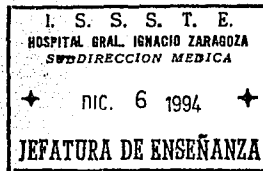
DR. FERNANDO PALACIO VELEZ
PROF. TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGIA GENERAL
ASESOR DE TESIS
Vo.Bo.



I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA



Jorge Negrete Corona
DR. JORGE NEGRETE CORONA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
Vo.Bo.



Juan Manuel Barrera Ramirez
DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ
JEFE DE INVESTIGACION
Vo.Bo.

CONTENIDO

I INTRODUCCION

II ANTECEDENTES HISTORICOS Y SITUACION ACTUAL

III OBJETIVOS

IV MATERIAL Y METODOS

V RESULTADOS

VI DISCUSION

VII CONCLUSIONES

VIII BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION:

Los tumores de la glándula tiroides en la actualidad son tan frecuentes (aproximadamente 4% de la población de Estados Unidos), que todos los cirujanos generales deben saber como diagnosticar y tratar a los pacientes con este tipo de padecimiento. Dentro del curso de formación y especialización de cirugía general es muy importante el conocimiento no solo teórico sino también práctico de los padecimientos de esta glándula, por lo que para el tratamiento adecuado de un tumor tiroideo existen por lo menos tres requisitos previos indispensables que hay que tener en cuenta: 1.- Establecer un diagnóstico adecuado, 2.- Saber cuando operar y 3.- Saber como operar. (1).

El presente estudio intenta realizar un análisis sobre el funcionamiento de la clínica de tiroides en nuestro servicio y por ende de acuerdo a los resultados obtenidos evaluar el aprendizaje que los cirujanos en formación reciben durante dicho periodo, ya que considero que en la actualidad todavía en muy válido el concepto de cirujano general como un médico con la capacidad de resolver todos los padecimientos susceptibles de ser resueltos quirúrgicamente en condiciones electivas y de urgencia, ya que hoy en día se encuentra tan de moda la superespecialización que de alguna forma trae como consecuencia la formación de médicos con la conceptualización de la enfermedad como una entidad aislada y no como parte de la integridad del paciente, además trae como consecuencia la reducción cada vez mayor del campo quirúrgico del cirujano general ya que actualmente este tipo de padecimientos es manejado con mayor frecuencia por el cirujano especializado en cabeza y cuello además del cirujano y el oncólogo.

II. ANTECEDENTES HISTORICOS Y SITUACION ACTUAL:

La cirugía de la glándula tiroidea tiene aproximadamente un siglo desde su inicio hasta la actualidad y a partir de entonces aparecen las complicaciones y posteriormente la resolución de las mismas. La glándula que nos ocupa fué llamada inicialmente "glándula laringea", por su proximidad con la laringe, actualmente se le conoce como glándula tiroidea por la semejanza que esta guarda con un escudo, ya que etimológicamente este nombre proviene del griego THYREOS que significa escudo. La primera descripción de la enfermedad tiroidea corresponde a Parry, quien en 1825 describe el Bocio exoftálmico.

Una descripción más completa es la realizada por Graves quien en 1835 le da el nombre de Hipertiroidismo y la caracteriza como hiperfunción glandular.

La misma descripción es realizada por Basedow en 1840, de aquí la denominación de Enfermedad de Graves-Basedow. Un avance más en el conocimiento de la enfermedad tiroidea se debe a Curling y Gull, quienes en 1850 y 1857 respectivamente detallan las características del hipotiroidismo. Hacia mediados del siglo XIX, Schiff demostró en forma experimental la importancia de la glándula tiroidea cuya excisión en perros demostró ser fatal, además demostró que ésto podía prevenirse mediante el injerto de la glándula en los animales intervenidos. (3,4).

En 1882, Reverdin reprodujo las manifestaciones del Mixedema mediante la tiroidectomía total o parcial en animales de experimentación. Hacia 1890,

Murray y Hawitz complementaron la relación entre Mixedema y glándula tiroides inhibiendo las manifestaciones mediante el empleo de extracto tiroideo. Por lo que respecta a la operación de la glándula tiroides en humanos, el antecedente más antiguo se remonta hacia 1800, cuando Hedenus realiza la primera tiroidectomía total como tratamiento de un paciente con Bocio. Sin embargo la realización de la operación de tiroides en forma sistematizada se inicia con Teodoro Kocher, el cual es reconocido como padre de la cirugía de tiroides. Kocher fué el primero en realizar con éxito la excisión de la glándula tiroides como tratamiento del Bocio en 1878 y realizó ésta operación en más de 2000 pacientes, con una mortalidad global de 4.5%. Asimismo reconoce las complicaciones de la cirugía al describir el mixedema como secuela en 30 de sus primeros 100 pacientes operados de tiroidectomía. Por sus esfuerzos en el campo de la cirugía de tiroides, Teodoro Kocher recibió el premio Nobel en el año de 1909. Un antecedente importante en ésta área de la cirugía es el reportado por Payr en 1906 cuando trasplantó una porción de glándula tiroides, en el brazo de su hija mixedematosa, habiendo obtenido resultados "satisfactorios". (2).

Finalmente, fué en 1914 cuando Kendall logró aislar la hormona tiroxina. La glándula tiroides se encuentra situada anatómicamente por delante del cartilago tiroides, con un peso promedio de 20 gramos, tiene funciones endocrinológicas muy importantes; la principal es sintetizar y secretar hormona tiroidea la cual es necesaria para el metabolismo general. La función de la tiroides es regulada estrechamente por el sistema nervioso central y las concentraciones de Iodo en la circulación sanguínea. Las células de la hipófisis anterior secretan TSH, la cual regula la función del tiroides, la falta o reducción de ésta se acompaña de una menor síntesis y secreción de

hormona tiroidea y a la inversa.

La concentración del yoduro tiroideo influye en proporción inversa en la capacidad de respuesta de la TSH constituyendo así un sistema regulador intrínseco. Las dosis farmacológica de yoduro disminuyen la tasa de liberación de yodo glandular y la formación de hormona activa.

La vascularidad y la hiperplasia de la glándula se resuelven a través de la acción del iodo sobre la TSH, facilitándose con ello la excisión quirúrgica.

La valoración y manejo adecuado de la glándula tiroides comprende:

- 1.- Enfermedades que se caracterizan por hiper o hipofunción de la glándula.
- 2.- Enfermedades inflamatorias y 3.- Masas tiroideas en relación a tumores, éstos pueden ser benignos o malignos.

Dentro del primer grupo se encuentra el hipertiroidismo, padecimiento que en algún momento puede ser manejado quirúrgicamente, aunque este no es el tratamiento de elección. El hipertiroidismo se maneja médicamente con extracto de tiroides. (15,16).

Los padecimientos inflamatorios de la glándula tiroides (Tiroiditis supurativa aguda, Enfermedad de Hashimoto, Tiroiditis subaguda y de Riedel), son manejadas médicamente y solo requieren tratamiento quirúrgico cuando presentan absceso y cuando hay síntomas de compresión intensa, con dificultad para la deglución y la respiración o existe sospecha de malignidad. De las masas tiroideas éstas pueden ser benignas y malignas, de las primeras el Bocio

es un crecimiento tiroideo que se caracteriza por alteración en la concentración de hormona pero generalmente son eutiroideos. La duración promedio del Bocio antes del inicio de la tirototoxicosis es de 17 años. El tratamiento quirúrgico en el Bocio debe ser individualizado y destinado a la resolución de la compresión de esófago, vías respiratorias o nervio laríngeo recurrente principalmente o estéticas en determinados casos. Cuando se trata de Bocio multinodular, el principal argumento quirúrgico, guarda relación con la posibilidad de carcinoma.

Los tumores tiroideos si bien no tienen una frecuencia alta cada año fallecen cerca de 1200 personas por Cáncer tiroideo y ocupa el trigésimo quinto lugar entre las muertes producidas por cáncer. Los grupos de alto riesgo para cáncer de tiroides, están relacionados con individuos que recibieron radiaciones (Dosis bajas: 65 rads), en cabeza o cuello y aquellos con antecedente familiar de cáncer modular de tiroides ya que éste último se transmite como un rasgo autosómico dominante. Por fortuna el cáncer tiroideo que se asocia a exposición por radiación externa suele ser de tipo papilar y este tiene buen pronóstico especialmente en pacientes jóvenes tratados tempranamente. (2).

El CÁNCER PAPILAR es el más común de los tumores malignos del tiroides y constituye las dos terceras partes de todos los carcinomas de ésta glándula y en el 80% de los casos es multicéntrico. En relación a la extensión de la resección de este tipo de tumores es controvertido, generalmente se realiza una tiroidectomía subtotal. La disección radical de cuello solo se indica en presencia de ganglios linfáticos afectados de tumor, no se aconseja con fines profilácticos. Siempre se conserva el nervio espinal y la vena yugular interna

si no están adheridas a los ganglios. (7,14).

El CARCINOMA FOLICULAR, es más común en mujeres y se presenta generalmente en el 5o. decenio de la vida. en muchos pacientes existe un largo antecedente de Bocio con aparición posterior de un nódulo, generalmente se resuelve con tiroidectomía subtotal o total, con la posibilidad de administración de iodo radioactivo en caso de metástasis. (9,13).

Los TUMORES DE CELULA DE HURILE: No son frecuentes y pueden presentar características de benignidad y posteriormente dar metástasis por lo que se les realiza tiroidectomía total o subtotal.

El CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES, es un tumor de células C ó productor de calcitonina. Se transmite con rasgo autosómico dominante. La diarrea es el síntoma más común. también se presenta rubor episódico. éstos síntomas se han asociado a la producción de serotonina, calcitonina o prostaglandinas, E2 y F2 α , la infusión de calcio o ingesta de alcohol. pueden desencadenar un ataque. Este tipo de carcinoma puede asociarse al síndrome de Cushing. También puede asociarse con lo que se denomina Neoplasia Endócrina Múltiple tipo II (NEM II), Síndrome de Carcinoma Medular Familiar ó Síndrome de Sipple, que se asocia a Feocromocitona e Hiperparatiroidismo. Se subdivide en NEM IIA y NEM IIB, el primero es el tipo más común, segundo se asocia además a Neuomas. El diagnóstico de este tipo de cáncer se realiza con determinación de calcitonina la cual se encuentra elevada y la presencia de una masa tiroidea. El tratamiento del carcinoma Medular consiste en tiroidectomía total debido a la multicentricidad de éste. Debe realizarse resección uni o bilateral de cuello y tratamiento de los otros tumores concomitantes. (8,10,11)

CARCINOMA ANAPLASICO: Estos tumores no diferenciados constituyen cerca el 10% de los tumores malignos del tiroides y generalmente se presentan en la sexta década de la vida. En algunos casos representa la transformación de un tumor diferenciado de bajo grado de malignidad (Asociación con Ca. Papilar). Generalmente los pacientes presentan un crecimiento doloroso de la glándula así como crecimiento rápido de la misma. (17).

El tratamiento de elección es tiroidectomía total con disección modificada de cuello, pero en la mayoría de los casos ya no son resecables al momento del diagnóstico y el tratamiento solo es paliativo. Las metástasis son primeramente a pulmón. Existen otros tumores de la glándula como es el Linfoma y el carcinoma metastásico, éstos son mucho más raros, el último de éstos se presenta en el 2% de pacientes que fallecen por enfermedad maligna y en el 20% de pacientes con cancer broncogénico. Para realizar la cirugía tiroidea se debe valorar el aspecto externo de la región cervical realizando la incisión tomando en cuenta las líneas de Langer. Inmediatamente por debajo de la piel se encuentra el músculo cutáneo del cuello de morfología aplanada y que es inervado por la rama cervical del séptimo par que se moviliza con el colgajo cutáneo y se expone la aponeurosis superficial que cubre las venas yugular externa y anterior; esta aponeurosis tiene una lámina externa que cubre y rodea al músculo esternocleidomastoideo y al trapecio, si se incide longitudinalmente se encuentra la lámina aponeurotica media que cubre al tiroides la traquea y el esófago, conectándose lateralmente hacia ambos lados con la vaina carotidea. La aponeurosis profunda o prevertebral cubre los cuerpos y músculos prevertebrales. Las láminas media y profundas así como el esternocleidomastoideo forman la cápsula quirúrgica del tiroides. Los músculos infrahioides son el Esternocleidohiideo, el tirohiideo y el

esternotiroideo, además el músculo omohioideo. (2,5).

En la exposición quirúrgica de la glándula tiroides se separan estos músculos en la línea media para preservar su innervación. La glándula se encuentra en contacto directo con la laringe, la traquea, el esófago, los nervios laringeos recurrentes, la vena yugular anterior, arteria carótida común, los nervios vagos y las arterias tiroideas inferiores. La tiroides se encuentra fija a la traquea a través de los ligamentos suspensorios o de Berry. Su irrigación proviene de las arterias tiroideas superiores, inferiores y algunas perforantes cuyo origen está en la traquea, ocasionalmente se encuentra una arteria tiroidea media. Las superiores son rama de la carótida externa dan origen a la arteria laringea superior, las inferiores nacen del tronco tirocervical que a su vez se origina en la arteria subclavia, de estas últimas proviene la irrigación de las paratiroides. Su drenaje venoso es hacia la vena yugular externa y yugular anterior que se encuentran localizadas entre el músculo platisma y la aponeurosis cervical. La vena yugular externa desemboca en la subclavia, así como también la vena yugular anterior, la yugular posterior desemboca en la yugular interna o en la subclavia directamente. El nervio laringeo recurrente se localiza por lo general dentro del canal traqueoesofágico, junto a la arteria tiroidea inferior, cubierto parcialmente por el lóbulo lateral del tiroides. Se describe la localización del nervio en la punta de un triángulo formado por la carótida común por fuera, la traquea por dentro y el lóbulo tiroideo por arriba. Los principales ganglios encontrados son: La cadena yugular interna y la cadena inferior que desemboca en los ganglios pretraqueales, paratraqueales y laringeos los que drenan hacia el mediastino. Las indicaciones para realizar cirugía de la glándula tiroides son: 1.- Para establecer el diagnóstico en un paciente con

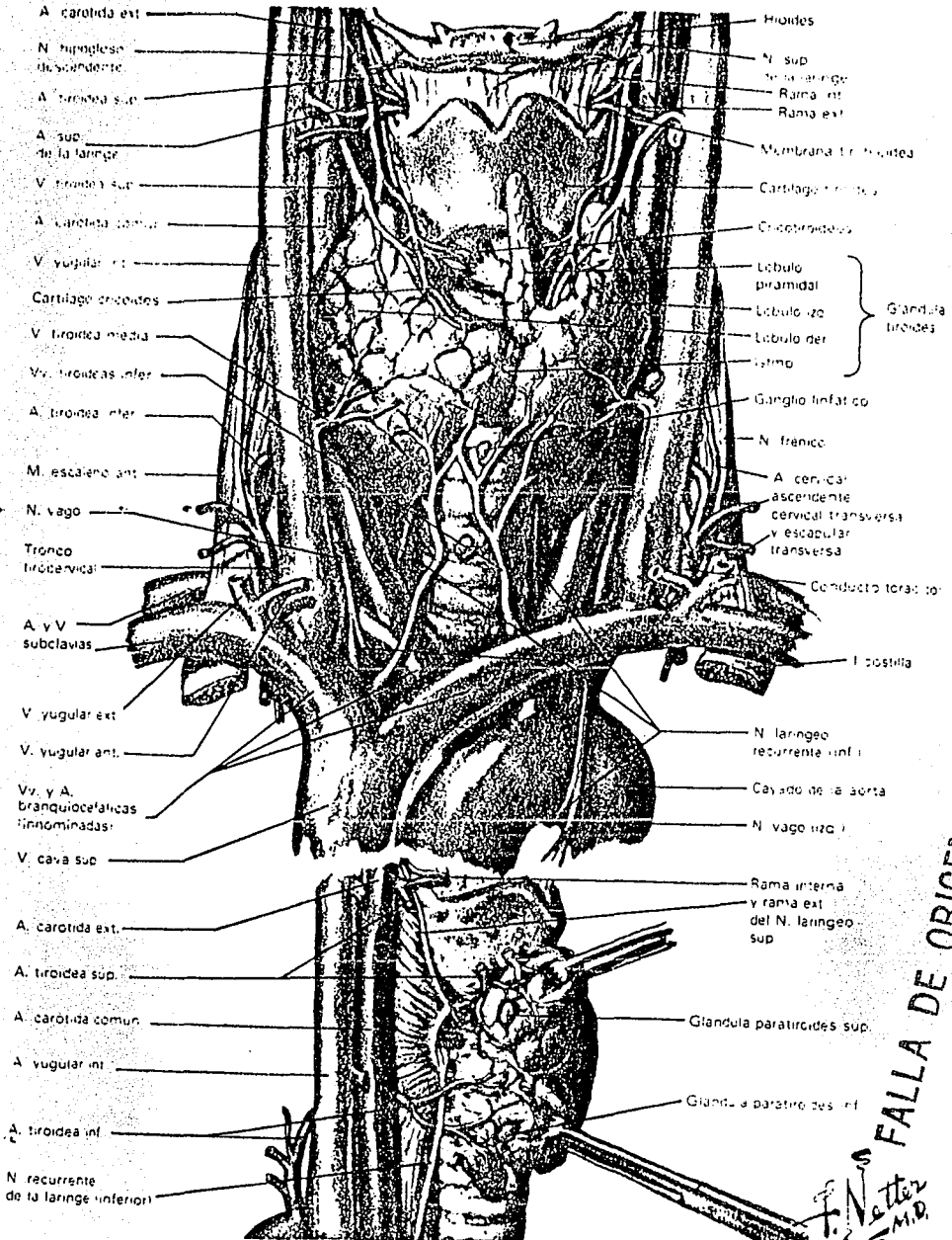
masa tiroidea, 2.- Para extirpar tumores malignos y benignos, 3.- Como tratamiento de la tirotoxicosis, en algunos casos y 4.- Para aliviar los síntomas de compresión atribuibles al crecimiento tiroideo. Las indicaciones para tiroidectomía transesternal o transpleural son: 1.- Imposibilidad para extirpar el tumor por completo a través de una incisión cervical, 2.- Masas grandes con irrigación abundante en el mediastino, 3.- Datos de obstrucción de la vena cava superior y 4.- Lesiones del mediastino superior no diagnóstico.

La tasa de mortalidad en la tiroidectomía es baja, aproximadamente de 0.12% según Colcock, la morbilidad es de 13% incluyendo todas las complicaciones. Las complicaciones más importantes son: La Tormenta tiroidea, esta guarda relación con la tirotoxicosis del paciente es rara en la actualidad. Se presenta en la sala de operaciones recuperación y se caracteriza por hipertermia y taquicardia además de náusea, vómito y dolor abdominal, existen también alteraciones del estado de conciencia, que pueden progresar al coma.

El tratamiento consiste en inhibir la producción de hormona tiroidea y antagonizar sus efectos, por lo que se administra yoduro de potasio y se complementa con cortisol, administración de oxígeno y glucosa, así como clorhidrato de Esmolol para tratar el estado hipermetabólico, el porcentaje de mortalidad de esta complicación es del 10%. La Hemorragia de la Herida, ocurre en 0.3 a 1.0% de las tiroidectomías, generalmente requiere de evacuación del hematoma y ligadura del vaso sangrante. La Lesión del nervio laríngeo recurrente puede ser uni o bilateral y se presenta con una frecuencia del 0.2% de las tiroidectomías, es más frecuente cuando el motivo de la resección es una enfermedad maligna. Cuando solo existe trauma de dicho nervio pero sin

sección del mismo existe recuperación de la función en un término de seis meses. La lesión bilateral es más grave y puede ocasionar desde tos hasta obstrucción respiratoria y en este último debe realizarse traqueostomía. Puede intentarse reparación de la lesión, dos o tres meses posterior a la cirugía utilizando la implantación de músculo omohioideo con su inervación en el músculo cricotiroides (Procedimiento de Tucker). Cuando la sección es unilateral las inyecciones de teflón en la cuerda paralizada la desplazan a la línea media y mejoran la voz. Hipoparatiroidismo: La frecuencia va de 0.6 al 9.0% en las distintas series, es más frecuente que ocurra posterior al daño del riego sanguíneo que a la extirpación de estos. Los síntomas consisten en entumecimiento alrededor de la boca, sensación de hormigueo en las yemas de los dedos y ansiedad intensa, se presentan los signos de Chvostek, Trousseau y el espasmo carpopedal; posteriormente el paciente refiere calambres y finalmente tetania franca. El tratamiento consiste en la administración de gluconato de calcio 1gr en forma inmediata y después cada 8hrs y posteriormente se administrará calcio oral y vitamina D, y determinación de calcio sérico control . (2).

Anatomía de las glándulas tiroides y paratiroides



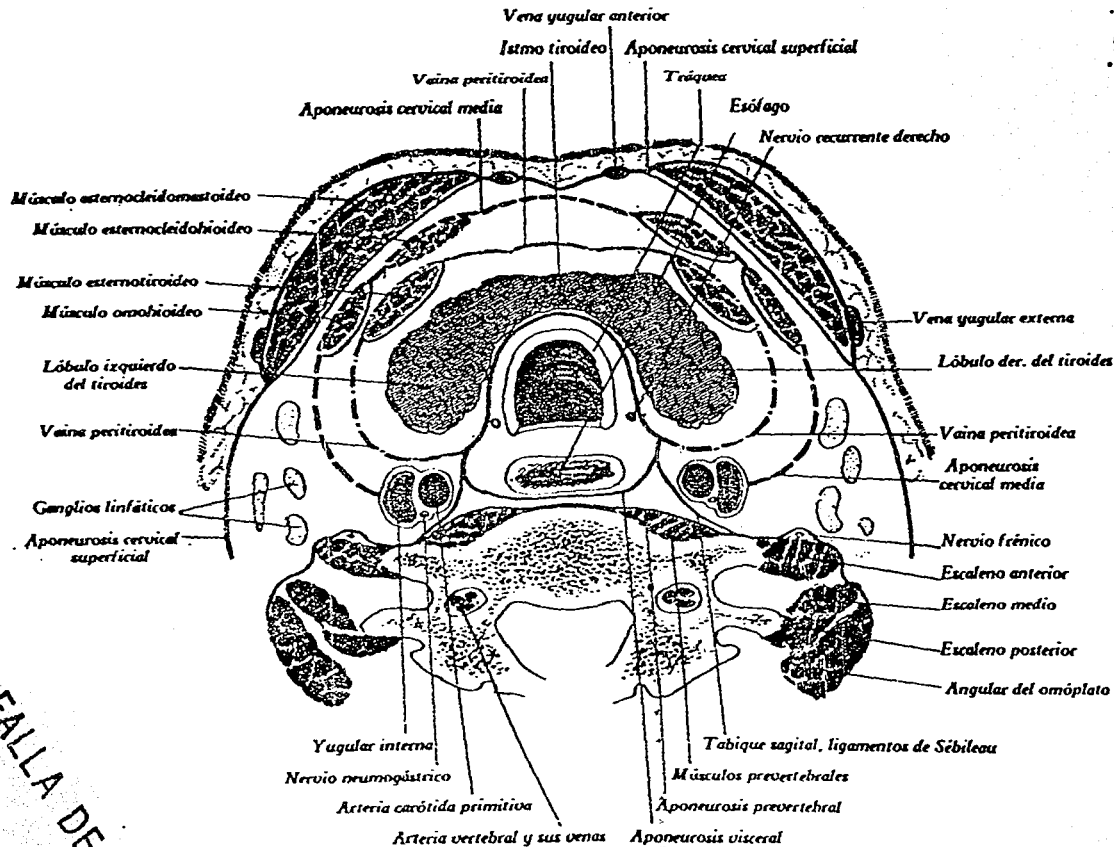
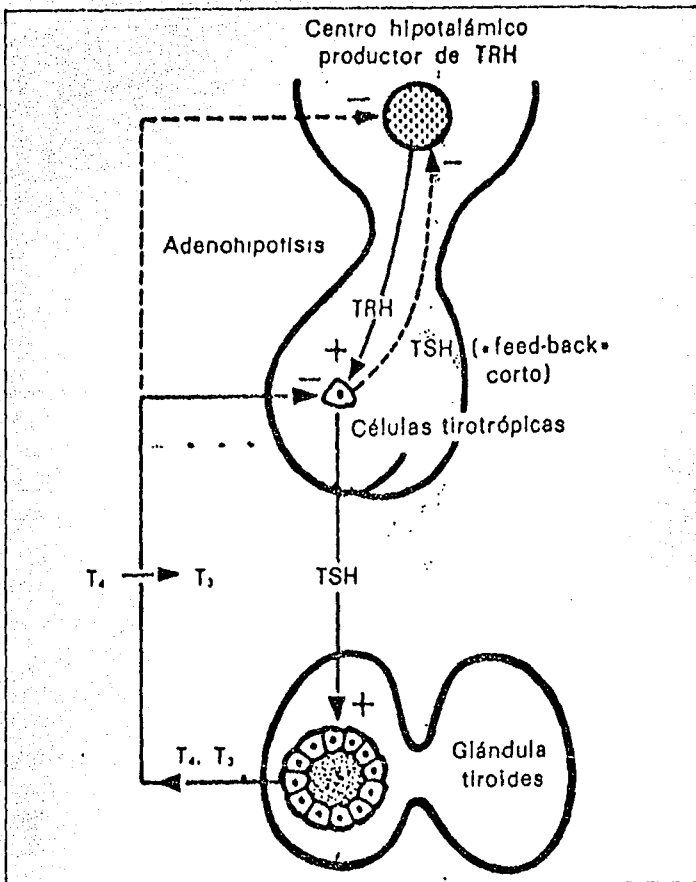


FIG. 325. CELDA TIROIDEA VISTA EN CORTE HORIZONTAL QUE PASA POR EL ISTMO DEL CUERPO TIROIDES. (ESQUEMÁTICA.)

FALLA DE ORIGEN



Regulación de la secreción de hormona tiroidea. La hormona tiroidea circulante ejerce su retroacción negativa («feed-back» negativo) principalmente sobre la adenohipofisis, antagonizando el efecto del TRH sobre la célula tirotrópica.

III. OBJETIVOS.

Presentar la experiencia de los tumores tiroideos de la clínica de tiroides del hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza, del ISSSTE.

Conocer la frecuencia de los tumores tiroideos benignos y malignos que se son tratados quirúrgicamente.

Señalar los métodos diagnósticos utilizados.

Conocer las estirpes histopatológicas más frecuentes.

Conocer las técnicas quirúrgicas utilizadas y las complicaciones secundarias a estas.

Continuar el seguimiento de los estudios previos relacionados con este tema.

Correlacionar nuestros resultados con los reportados en la literatura

IV.- MATERIAL Y METODOS.

Durante el periodo de Julio de 1992 a Junio de 1994, en la clínica de tiroides del servicio de Cirugía General del Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza del ISSSTE se revisó libreta de datos y se encontraron 80 pacientes con patología de la glándula tiroides, de estos 36 ameritaron tratamiento quirúrgico. El método de estudio fue por datos clínicos, pruebas funcionales tiroideas, ultrasonido, gamagrafía y biopsia trans-operatoria. Es importante mencionar que la punción con aguja fina en nuestro medio hospitalario no es confiable por lo que no se incluye durante el protocolo de estudio, a pesar de la alta certeza diagnóstica reportada en la literatura (por arriba del 90%), utilizando este tipo de procedimiento.

Los criterios de inclusión de pacientes para efectuarles cirugía fueron:

1.- Tumores tiroideos con sospecha de malignidad, 2.- Bocios compresivos que ocasionaban alteraciones de la voz, de la ventilación o de la deglución y 3.- Hipertiroidismo. Fueron 31 pacientes del sexo femenino y cinco del sexo masculino, con una edad promedio de 48 años y un rango de 32 a 80 años.

V.- RESULTADOS.

De los 36 pacientes que fueron llevados a cirugía, 31 fueron del sexo femenino y cinco del sexo masculino. Se observó un predominio en mujeres en un 86% y una relación de 6:1. El grupo de edad más afectado fué de los 45 a 55 años un 60%. La edad promedio fué de 48 años con un rango de 32 a 80 años. A todos los pacientes de les efectuó biopsia trans-operatoria y se obtuvieron los siguientes resultados:

REPORTE HISTOPATOLOGICO.

CANCER PAPILAR	11	30.5%
BOCIO MULTINODULAR	10	27.7%
ADENOMA FOLICULAR	3	8.3%
BOCIO ADENOMATOSO	3	8.3%
HIPERPLASIA DIFUSA	2	5.6%
CANCER FOLICULAR	2	5.6%
BOCIO HIPERPLASICO	2	5.6%
ADENOMA QUISTICO	2	5.6%
CANCER ANAPLASICO	1	2.7%
<hr/>		
TOTAL	36	100.0%

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EFECTUADOS FUERON:

HEMITIROIDECTOMIA	14	38.8%
TIROIDECTOMIA SUBTOTAL	12	33.3%
TIROIDECTOMIA TOTAL	8	22.2%
TIROIDECTOMIA TOTAL +		
DISECCION RADICAL DE CUELLO	2	5.7%
<hr/>		
TOTAL	36	100.0%

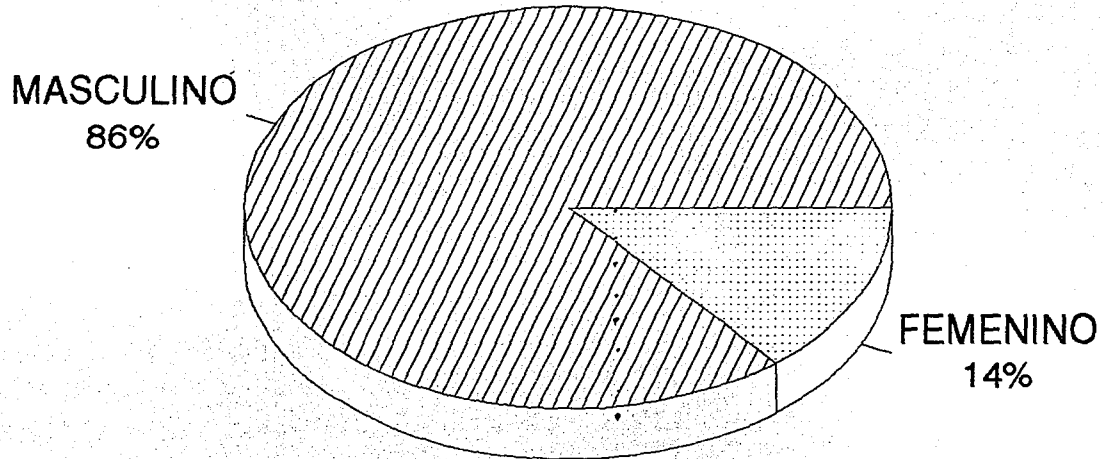
LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS FUERON:

HIPOCALCEMIA	2	5.6%
DISFONIA TEMPORAL	2	5.6%
<hr/>		
TOTAL	4	11.2%

LA MORTALIDAD FUE: 0 0.0%

TUMORES TIROIDEOS

FRECUENCIA POR SEXO



TUMORES TIROIDEOS

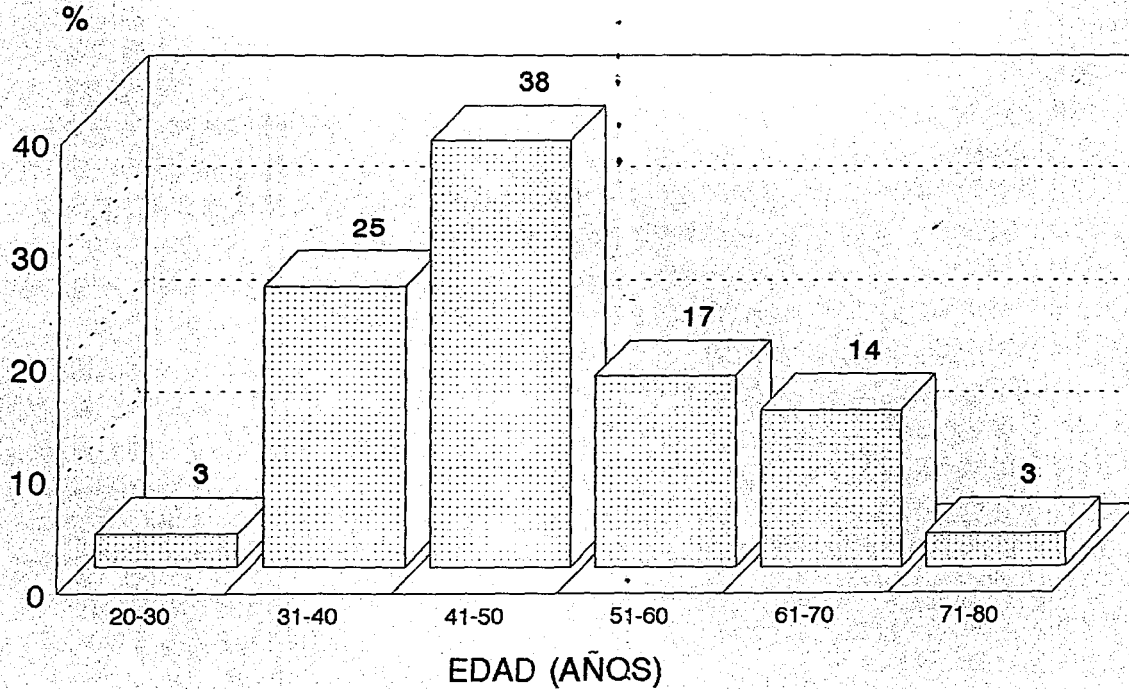
FRECUENCIA POR SEXO

SEXO	%
MASCULINO	86
FEMENINO	14

RALACION 6:1

TUMORES TIROIDEOS

FRECUENCIA POR EDAD



TUMORES TIROIDEOS

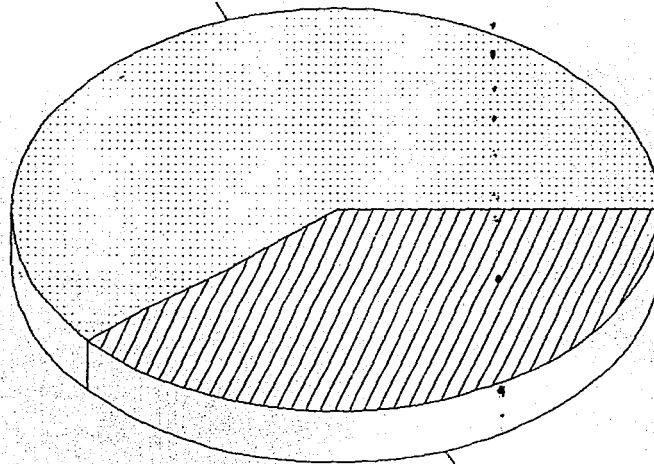
FRECUENCIA POR EDAD

EDAD (AÑOS)	No. DE PACIENTES	%
20-30	1	3
31-40	9	25
41-50	14	38
51-60	6	17
61-70	5	14
71-80	1	3

TUMORES TIROIDEOS

RELACION BENIGNOS/MALIGNOS

BENIGNOS
61.1%



MALIGNOS
38.9%

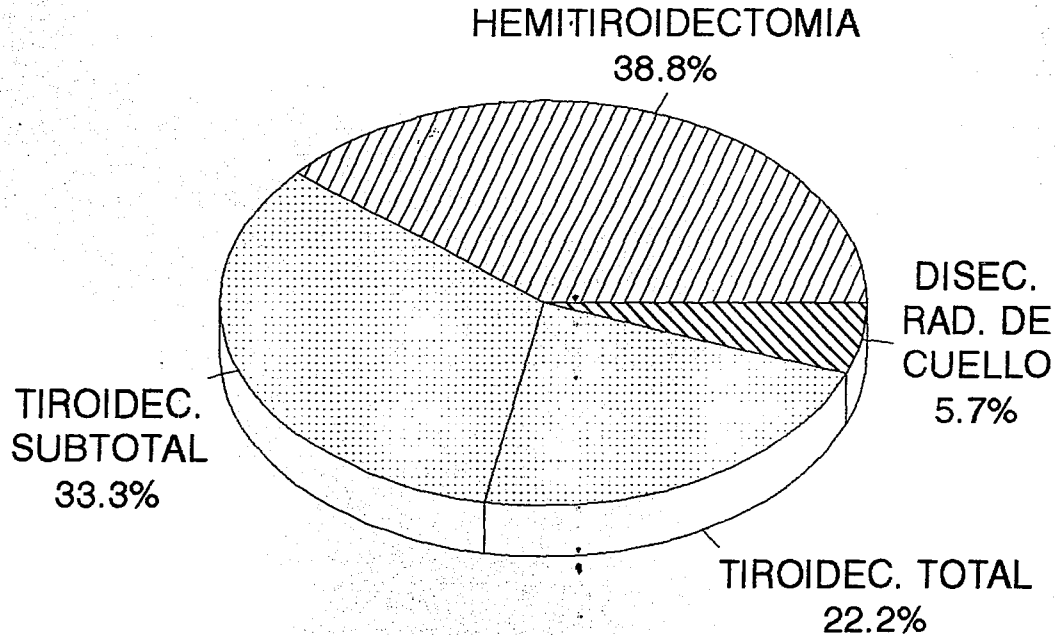
TUMORES TIROIDEOS

RELACION BENIGNOS Y MALIGNOS

TIPO	No. DE PACIENTES	%
BENIGNOS	22	61.1
MALIGNOS	14	38.9

TUMORES TIROIDEOS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS



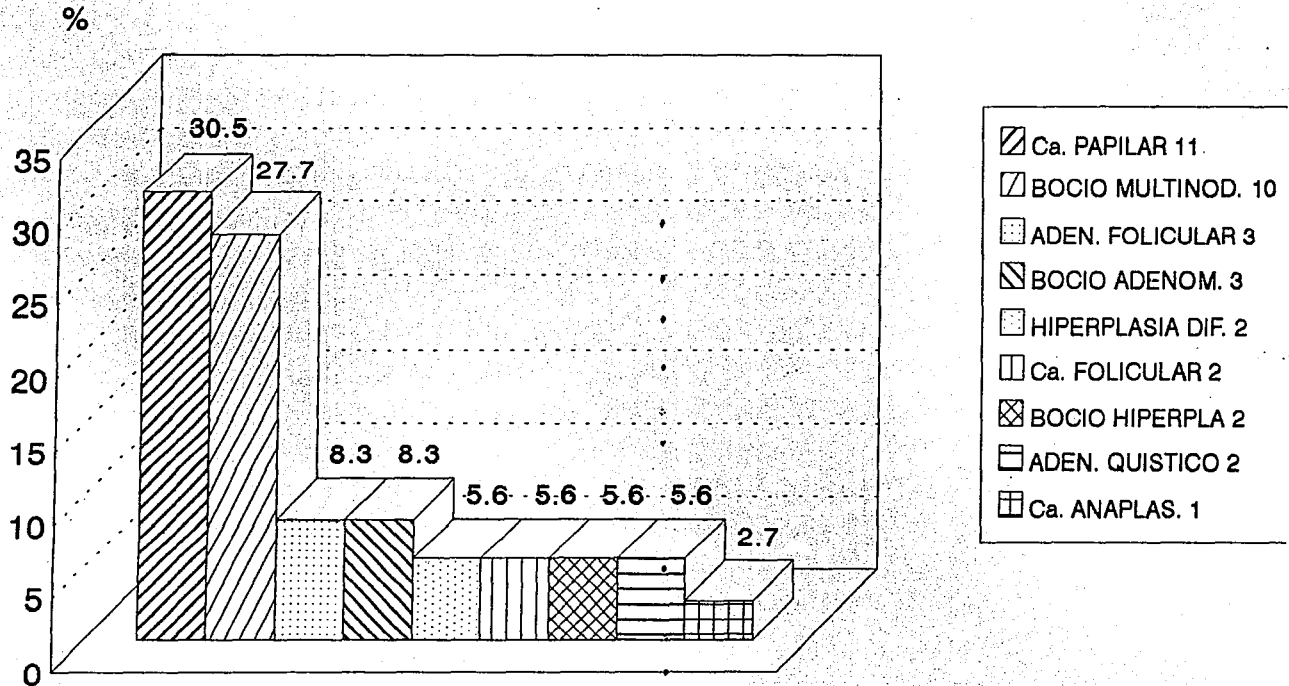
TUMORES TIROIDEOS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

	No DE PAC.	%
HEMITIROIDECTOMIA	14	38.8
TIROIDECTOMIA SUBTOTAL	12	33.3
TIROIDECTOMIA TOTAL	8	22.2
DISECCION RADICAL DE CUELLO	2	5.7
TOTAL	36	100

TUMORES TIROIDEOS

REPORTE HISTOPATOLOGICO



TUMORES TIROIDEOS

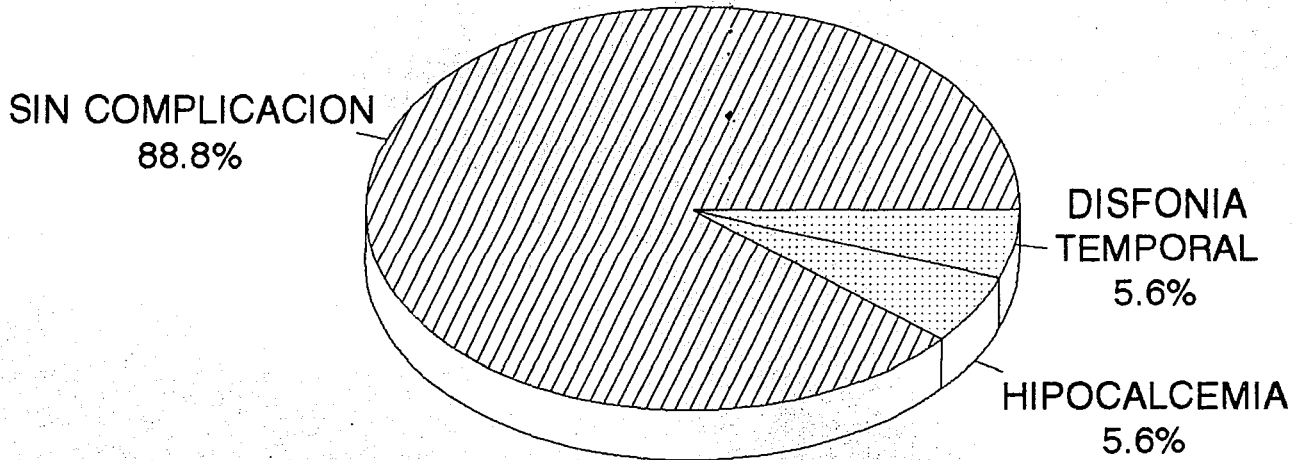
REPORTE HISTOPATOLOGICO

	No DE PAC.	%
CANCER PAPILAR	11	30.5
BOCIO MULTINODULAR	10	27.7
ADENOMA FOLICULAR	3	8.3
BOCIO ADENOMATOSO	3	8.3
HIPERPLASIA DIFUSA	2	5.6
CANCER FOLICULAR	2	5.6
BOCIO HIPERPLASICO	2	5.6
ADENOMA QUISTICO	2	5.6
CANCER ANAPLASICO	1	2.7
TOTAL	36	100

ESTA TESIS
NO DEBE
SALIR DE LA
BIBLIOTECA

TUMORES TIROIDEOS

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS



TUMORES TIROIDEOS

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

	No DE PAC.	%
SIN COMPLICACION	32	88.8
HIPOCALCEMIA	2	5.6
DISFONIA TEMPORAL	2	5.6
TOTAL	36	100

TUMORES TIROIDEOS

REIMPLANTE DE TIROIDES *

No. DE PACIENTES	%
5	14
31	86

VI.- DISCUSION.

La patología tiroidea se encontró predominantemente en mujeres en la frecuencia reportada en estudios previos. El porcentaje de tumores tiroideos benignos fué del 61.1% (22 pacientes) y de tumores malignos en un 38.9% (14 pacientes), lo reportado en la literatura es una proporción de 80 y 20% respectivamente. (1)

De todos los pacientes operados, los pacientes cuyo reporte fue de malignidad continúan su seguimiento de por vida y los casos de tumores diferenciados son tratados con levotiroxina a dosis supresivas de TSH y los casos de hipotiroidismo postquirúrgico a dosis substitutivas. A cinco pacientes se les realizó reimplante de paratiroides, ésto corresponde al 14% y los resultados obtenidos fueron satisfactorios.

Los dos pacientes con cancer folicular fueron enviados al servicio de medicina nuclear para rastreo con Iodo radioactivo, sin evidencia de metástasis, ni tejido residual.

De los pacientes a quienes se les realizó disección radical de cuello; uno era un pacientes con cancer folicular con invasión a músculo por lo que se le realizó disección radical de cuello modificada y el otro paciente fué el de cancer anaplásico a quien se le realizó disección radical de cuello clásica, este último es un caso excepcional ya que hasta este momento el paciente tiene una sobrevida de 20 meses posterior al procedimiento quirúrgico sin actividad tumoral, es importante mencionar que este paciente recibió

también radioterapia adyuvante.

La realización de la biopsia trans-operatoria nos dió certeza diagnóstica en el 100% de los casos.

VII.- CONCLUSIONES.

- 1.- En nuestra corta serie que corresponde a la segunda parte de la Clínica de Tiroides, observamos un predominio de los tumores benignos en un 61.1% sobre los tumores malignos.
- 2.- Los procedimientos quirúrgicos realizados a los pacientes fueron los indicados ya que no se ha observado ningún caso de recidiva del tumor, ni mortalidad.
- 3.- El realizar biopsia trans-operatoria nos ha dado 100% de certeza diagnóstica por lo que continuamos prefiriendo este método diagnóstico sobre la punción con aguja fina.
- 4.- Las complicaciones post-operatorias fueron mínimas, solo se reportan dos casos definitivos de hipoparatiroidismo que nos da un porcentaje de 5.6%, esta cifra se encuentra por abajo de lo reportado en la literatura.
- 5.- Los resultados evaluados de manera general nos indican que los pacientes con patología de la glándula tiroides se han manejado adecuadamente.
- 6.- Por la permanencia de la Clínica de Tiroides, el seguimiento de los pacientes se facilita y puede ampliarse por tiempo indefinido.

VIII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. II. Cirugía Endócrina, Ed. Interamericana. 1987.
- 2.- Veronesi, Umberto. Cirugía Oncológica. 1a. Edición. Editorial Panamericana. 1991.
- 3.- Schwartz, S.. Principios de Cirugía. Vol. II. 5a. Edición. Ed. Mc. Graw Hill. 1991.
- 4.- Skandalakis, Gray. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General. Ed. Mc Graw Hill. 1984.
- 5.- Nyhus. El dominio de la Cirugía. Tomo I.. Editorial Panamericana. 1986.
- 6.- Levin, Kenneth. Reoperative thyroid surgery. Surgery. 1992; 111:604-9.
- 7.- Hay, Ian. Papillary thyroid microcarcinoma: A study of 535 cases observed in a 50-year period. Surgery. 1992; 112:1139-47.
- 8.- Moley, J. Reoperation for recurrent or persistent medullary thyroid cancer. Surgery. 1993; 114:1090-6.
- 9.- Heerden, Jon. Follicular thyroid carcinoma with capsular invasion alone: A nonthreatening malignancy. Surgery. 1992; 112:1130-8.

- 10.- Kallinowsky, F. Medullary carcinoma of the thyroid-therapeutic strategy derived from fifteen year of experience. *Surgery*. 1993; 114:491-6.
- 11.- Shasha, Ashok. Completion thyroidectomy: A critical appraisal. *Surgery*. 1992; 112:1148-53.
- 12.- Sellers, M. Prognostic Significance of Cervical Lymph Node Metastases in differentiated Thyroid Cancer. *The American Journal of Surgery*. 164; 1992:578-82.
- 13.- Kingston, G. Role of Frozen Section and Clinical Parameters in Distinguishing Benign From Malignant Follicular Neoplasm of the Thyroid. *American Journal of Surgery*. 164; 1992:603-607.
- 14.- McCaffrey, T. Locally Invasive Papillary Thyroid Carcinoma: 1940-1990. *Head and Neck*. 1994; 16:165-172.
- 15.- Patwardhan, N. Surgery still has a role in Graves' hyperthyroidism. *Surgery*. 1993;114:1108-13.
- 16.- O'Brien, T. Treatment of toxic solitary thyroid nodules: Surgery versus radioactive iodine. *Surgery*; 1992:1166-70.
- 17.- De Jong, S. Necessity and safety of completion thyroidectomy for differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 1992; 112:734-9.

- 18.- De Vita, V. CANCER principles and practice. 4a. ed.1993. Ed. Lippincott.
- 19.- Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cirugía de cabeza y cuello. 1986. Ed. Interamericana.
- 20.- Malt, R. Técnicas Quirúrgicas ilustradas. 1989. Ed. Manual - Moderno.
- 21.- Farreras, Medicina Interna. 11a. ed. 1991. Editorial Doyma.
- 22.- Netter. Aparato reproductor y sistema endocrino. 1982.
- 23.- Zollinger, R. Atlas de cirugía.1988. Ed. Interamericana.
- 24.- Quiroz, F. Anatomía Humana. 1958. Ed. cervantes.
- 25.- Harrison's. Principles of internal Medicine. 13a. ed. 1993. Ed. Mc graw Hill.
- 26.- Coburn, M. Recurrent Thyroid Cancer. Annals of surgery. 219 No. 6, 587,595.
- 27.- Shah, Jatin. Prognostic factors in differentiated carcinoma of the thyroid gland. The Am. J.of Surgery. vol 164. 1992.