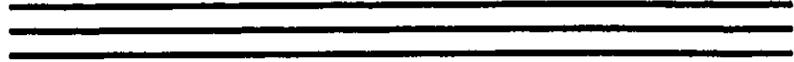


11209

89

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"  
  
SERVICIO CIRUGIA GENERAL

PREVALENCIA DE CARCINOMA DE TIROIDES  
EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO  
MEDICO NACIONAL LA RAZA. REVISION 5 AÑOS

**TESIS DE POSTGRADO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA:**

**DR. JAVIER NAVARRETE GARCIA**

ASESOR: DR. IGNACIO SERRANO G.



IMSS

MÉXICO, D.F.

294944

OCTUBRE 2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

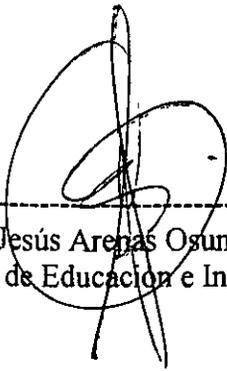


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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).

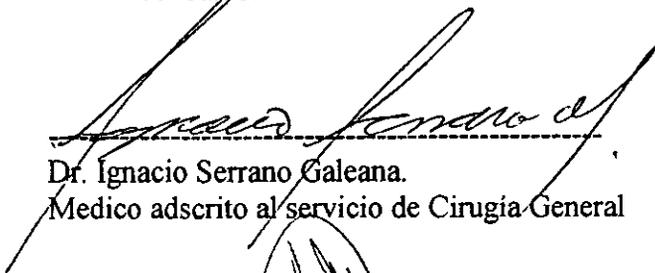
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



Dr. Jesús Arenas Osuna  
Jefe de Educación e Investigación Médica



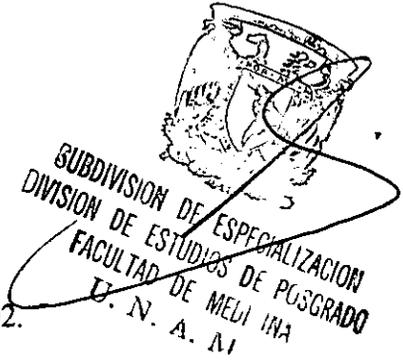
Dr. Jose Fenig.  
Jefe del servicio Cirugía General HECMNR  
Titular del curso.



Dr. Ignacio Serrano Galeana.  
Medico adscrito al servicio de Cirugía General



Dr. Javier Navarrete García  
Residente Cirugía General.



Numero Definitivo de Protocolo: 2000 690 0102.

Hoja de autorización de tesis.....

Jefe de Educación e Investigación medicas  
Titular del curso  
Nombre del investigador  
Numero definitivo de protocolo.

Resumen General Español-----	1
Resumen General Ingles	
Introducción -----	2
Material y Metodos-----	4
Resultados-----	5
Discusión-----	6
Conclusiones-----	7
Bibliografía-----	8
Anexos-----	

**Título:** Prevalencia de Carcinoma de Tiroides en HECMN La Raza.Revisión de 5 años.

**Material y Métodos:** Diseño: Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, abierto.

Servicio de Cirugía General, Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza durante en periodo comprendido del 1° de enero de 1994 a 31 de diciembre de 1998.

Del expediente clínico se analizaron los parámetros: Sexo, edad, diagnostico de ingreso, diagnostico histopatologico definitivo, procedimiento quirúrgico.

**Resultados:** Durante 5 años se egresaron 207 pacientes con diagnostico de carcinoma de tiroides, se confirmó el diagnóstico por BAAF y estudio histopatológico definitivo. En 155(74.9%)el diagnóstico fue de carcinoma papilar de tiroides, 40 (19.3%) carcinoma folicular, 10 (4.8%) tumor de células eosinofilas (HURTHLE) , 1(5%) Medular y Anaplasico en 1(.5%).

El procedimiento quirúrgico que con mayor frecuencia se realizó fue la tiroidectomia total en 160 (77.3%) sujetos.

**Conclusiones:** La prevalencia mayor es el carcinoma Papilar de tiroides en un 74.9%, no encontramos diferencia significativa en relación a la edad y sexo con respecto a la literatura mundial.

Sugerimos que el control postquirúrgico debe ser hasta 5 años después de efectuado el procedimiento quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE.** Prevalencia, carcinoma de Tiroides, Tiroidectomia.

**Title:** Prevalencia of Carcinoma of Thyroid in HECMN The Race.  
**Revisiòn** 5 years old.

**Material and Methods:** I Design: Retrospective, traverse, descriptive, observational, open. Service of General Surgery, Head and Neck of the Hospital of Specialties Center Prescribe National The Race during in understood period of January 1° of 1994 at December 31 1998. Of the clinical file the parameters were analyzed: Sex, age, I diagnose of entrance, I diagnose definitive histopatológico, surgical procedure.

**Results:** During 5 years you egresaron 207 patients with I diagnose of thyroid carcinoma, you confirmed the diagnosis for BAAF and study definitive histopatológico. In 155(74.9% )el diagnosis was of carcinoma thyroid papilar, 40 (19.3%) carcinoma folicular, 10 (4.8%) tumor of cells eosinofilas (HURTHLE), 1(5%) Medullary and Anaplasico in 1 (.5%).

The surgical procedure that was carried out with more frequency was the total tiroidectomia in 160 (77.3%) fellows.

**Conclusions:** The biggest prevalencia is the carcinoma thyroid Papilar in 74.9%, we don't find significant difference in relation to the age and sex with regard to the world literature. We suggest that the control postquirúrgico should be up to 5 years after having made the surgical procedure.

**WORDS KEY.** Prevalencia, carcinoma of Thyroid, Tiroidectomia.

## INTRODUCCION.

El carcinoma de tiroides es una enfermedad que se presenta alrededor de un 8 a 17% de la población general, sobre todo en personas con presencia de nódulo tiroideo, mayores de 60 años y con antecedente de exposición a radiaciones ionizantes.

Es importante conocer las alteraciones morfológicas así como funcionales para poder entender esta patología. Puede existir aumento en la secreción hormonal tiroidea o disminución de la misma. Las manifestaciones clínicas pueden ser de hipotiroidismo o hipertiroidismo. En los pacientes ancianos puede manifestarse inicialmente como taquicardia o insuficiencia cardíaca.

La evaluación diagnóstica se realiza mediante las pruebas de función tiroidea, con la determinación de T4 total y T3, así como concentración de tiroglobulina. Concentración de T3 y T4 libres mediante métodos sofisticados o indirectamente calculando el índice de tiroxina libre. Presencia de anticuerpos antitiroideos. Porcentaje de captación de yodo radioactivo, gammagrama tiroideo.

El nódulo tiroideo se presenta hasta en un 4% de los adultos sanos y la mayoría son benignos. Sin embargo puede ser la presentación de una patología maligna la cual requiere de un manejo quirúrgico para su diferenciación y grado histológico. Se menciona de un 8 a 17% de malignidad en los nódulos tiroideos solitarios. Con antecedentes de radiación ionizante este porcentaje aumenta.

Se debe de realizar una historia clínica cuidadosa así como exploración física con determinación de pruebas de funcionamiento tiroideo así como biopsia por punción con aguja fina. Realización de gammagrama tiroideo así como ultrasonido. La palpación es importante sobre todo para determinar la consistencia de la glándula así como presencia de adenopatías.

Una vez que se identifica el tipo de lesión en la glándula, se decide el manejo médico quirúrgico de acuerdo a estirpe histopatológico y los hallazgos durante el procedimiento quirúrgico. El 85% de los carcinomas son papilares. Se presenta en niños y mujeres mayores de 40 años. La tiroidectomía total se debe de realizar en caso de afección bilateral, carcinoma multifocal o antecedentes de radiación. Es el procedimiento de elección en tumores unilaterales mayores de 1.5cm.

El carcinoma folicular representa el 10% de los carcinomas, se presenta en edades por arriba de los 30 años. Este tipo de neoplasia produce metástasis hematogenas a hueso, pulmón, hígado al momento del diagnóstico. El carcinoma medular del tiroides representa el 4% de los carcinomas. Se deriva de las células C productoras de calcitonina, invade rápidamente ganglios linfáticos así como hueso, hígado y pulmón. Su manejo es con tiroidectomía total y disección de cuello.

El carcinoma anaplasico o indiferenciado representa el 1 a 2% de los carcinomas tiroideos. Se presenta en mayores de 50 años con un pronóstico malo a corto plazo. Invade rápidamente las estructuras adyacentes, afección de los nervios laríngeos recurrentes.

Linfoma maligno se asocia frecuentemente con tiroiditis de Hashimoto, se recomienda la disección radical una vez hecho el diagnóstico. El tratamiento hormonal sustitutivo es necesario después de una tiroidectomía total, subtotal o ablación con yodo radioactivo. Determinación hormonal a las 6 y 12 semanas de iniciada la primera dosis. Las complicaciones quirúrgicas pueden presentarse en el postoperatorio inmediato como son la hemorragia y la hipocalcemia transitoria las cuales se manejan con drenaje, calcio y vitamina D respectivamente.

## MATERIAL Y METODOS

Diseño: Retrospectivo, transversal, descriptivo, Observacional, abierto.

El universo de trabajo fueron los pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía General y Cabeza y cuello, I del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza en el periodo comprendido de enero de 1994 a diciembre de 1998.

Del expediente clínico se registraron los parámetros de edad, sexo, diagnóstico de ingreso, diagnóstico por BAAF, procedimiento quirúrgico realizado, diagnóstico histopatológico final.

## RESULTADOS.

Durante 5 años se ingresaron al servicio de cirugía general y cabeza y cuello 207 pacientes con diagnóstico de tumoración de la glándula tiroides.

Por lo que se refiere a la edad 12 sujetos se encontraron en la segunda década de la vida, 31 en la tercera década, 44 en la cuarta, 55 en la quinta, 29 en la sexta, 18 en la séptima y 4 en la octava década de la vida.

193 fueron del sexo femenino y 14 masculinos.

El estudio histopatológico de la BAAF fue compatible en 90 pacientes de 110 que se les realizó el estudio. Con una sensibilidad y especificidad del 81.8% rango similar al resto de la literatura.

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: Tiroidectomía total en 160 (77.3%), Hemitiroidectomía en 30 (14.5%), Disección radical en 11 (5.3%) Tumorectomía en 5 (2.4%) y tiroidectomía subtotal en 1 sujeto (0.5%)

Las complicaciones tempranas más comúnmente detectadas fueron;

Hematoma en 2 (1.25%) pacientes, Hipocalcemia transitoria en 140 (87.5%), hipocalcemia permanente en 6 pacientes (3.75%).

El reporte histopatológico definitivo fue compatible con Carcinoma papilar de tiroides en 155 (74.9%), Carcinoma folicular 40 (19.3%), Carcinoma de células de Hurthle 10 (4.8%), carcinoma Anaplasico 1 (0.5%), carcinoma medular 1 (0.5%).

## DISCUSION.

En nuestra revisión de 5 años encontramos que de los tumores en la glándula tiroidea en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza, el carcinoma papilar fue la variedad histopatológica que con mayor frecuencia se diagnosticó.

En comparación con la literatura mundial, en nuestra serie el porcentaje fue mayor consideramos que esto puede ser debido a que el hospital de especialidades es un centro médico de referencia ya que los pacientes analizados en ninguno encontramos antecedentes de exposición a radiación ionizante.

Por lo que se refiere a la edad en nuestra revisión observamos que la edad de presentación fue en la quinta década de la vida lo que difiere de lo comunicado por Shodayu Takashima, Shusuke Sone, Fumiyoshi Takayama, et al, quienes la encontraron en la cuarta década de la vida.

Se observó que afecta frecuentemente al sexo femenino hecho que no difiere de lo reportado por otros autores. (5,4,1).

Chao T, Jeng L, Lin J, Chen M han reportado que el tratamiento ideal para el carcinoma papilar de tiroides debe ser la Tiroidectomía total con seguimiento mínimo de 6 meses, en nuestra serie nosotros encontramos que realizamos tiroidectomía total con mayor frecuencia hecho que no difiere de su comunicación. Esto es por la alta incidencia de recidiva, de la tumoración con cirugías parciales.

El manejo de los pacientes con tejido residual tiroideo debe de ser con yodo 131 posterior a la realización de procedimiento quirúrgico de tiroidectomía total o subtotal con seguimiento de 6 semanas.

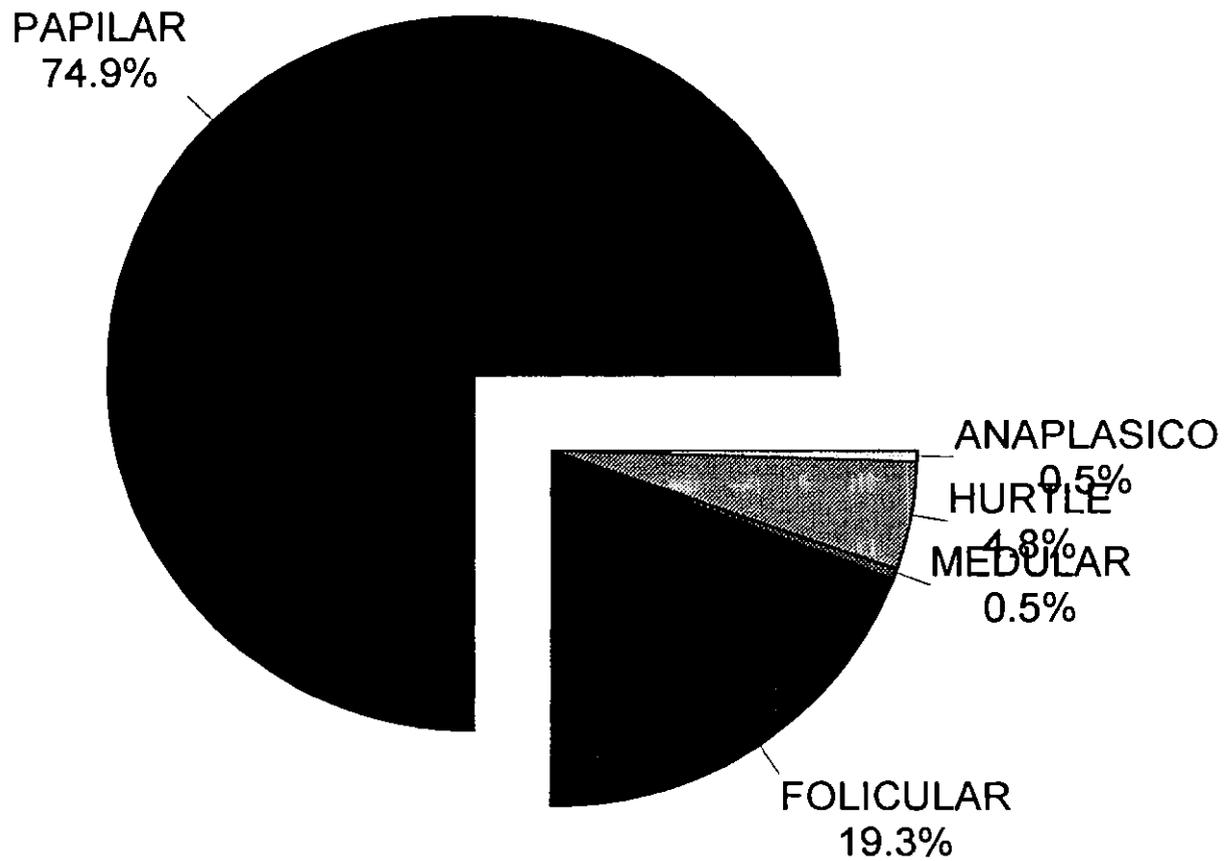
De las complicaciones tempranas la que se observo con mayor frecuencia en nuestra revisión fue la hipocalcemia transitoria en el 87.5% de los casos, seguido de problemas de sangrado que amerito reintervención quirúrgica para drenaje del hematoma en 2 casos lo que no difiere de lo comunicado por diversos autores (7,6,3).

Harold Wanevo, Michel Coburn, David Teates recomiendan iniciar la terapia sustitutiva de la función de la glandula tiroidea con levotiroxina a dosis de 150 a 300mcg cada 24 hrs. en cuanto el paciente tolera la via oral.

Cuando existe hipocalcemia permanente, ésta debe ser tratada con la administración de Vitamina D a dosis de 25,000 a 200,000 UI/día, así como calcio en forma de carbonato para mantener los niveles de 9 a 10mcg/ml serico.

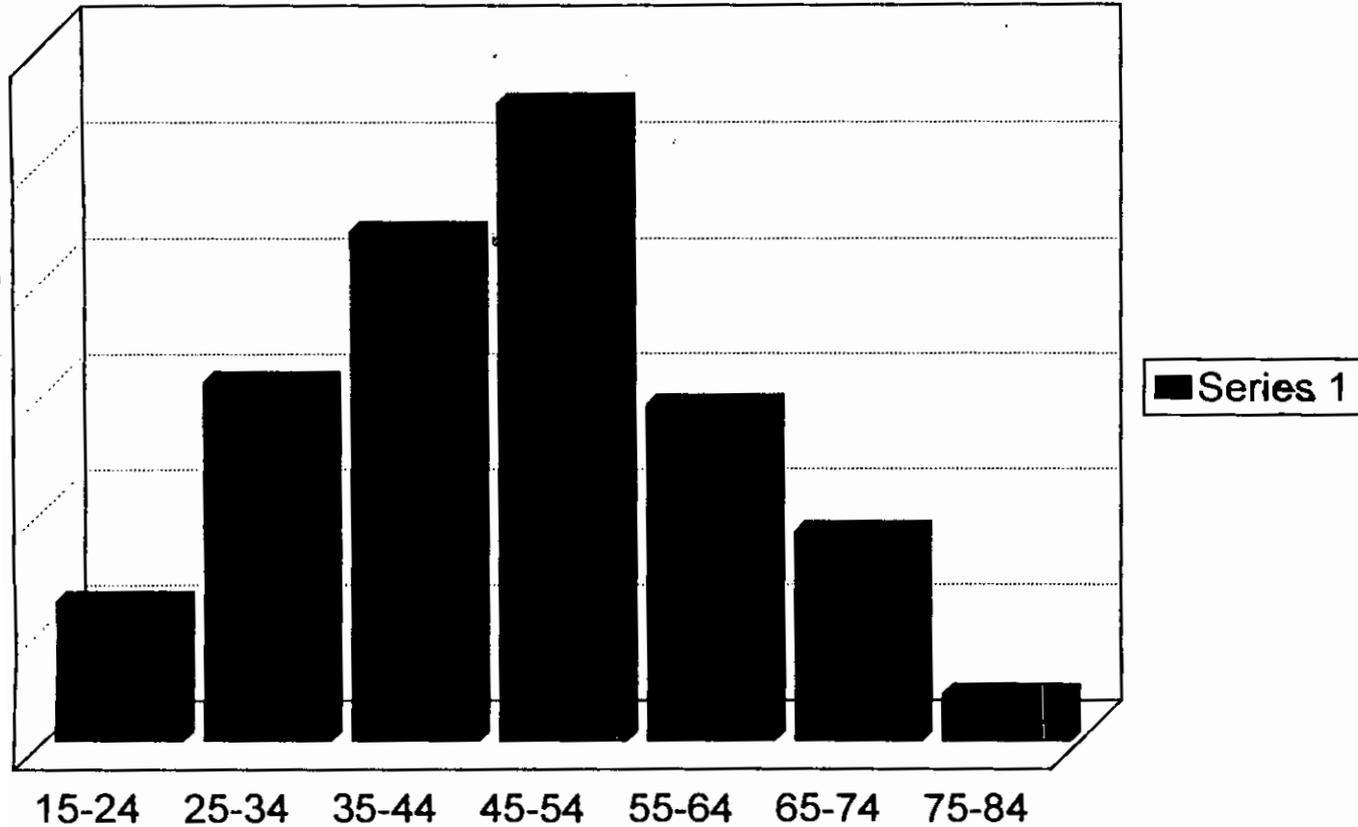
## CONCLUSIONES.

1. - En el Hospital de Especialidades del centro Médico la Raza, el Carcinoma Papilar es la neoplasia más común en la glándula tiroides.
2. - Se observa con mayor frecuencia en la quinta década de la vida y en el sexo femenino
3. - El procedimiento quirúrgico que con mayor frecuencia se realiza es la tiroidectomía total
4. - La complicación tempranas mas habitual es la hipocalcemia transitoria.
5. - La terapia sustitutiva con Levotiroxina se debe iniciar en cuanto el paciente inicie la via oral
6. - El seguimiento de éstos pacientes debe ser minimo de 6 meses con el objeto de detectar la presencia de tejido tiroideo residual, asi como la presencia de metastasis ganglionares.



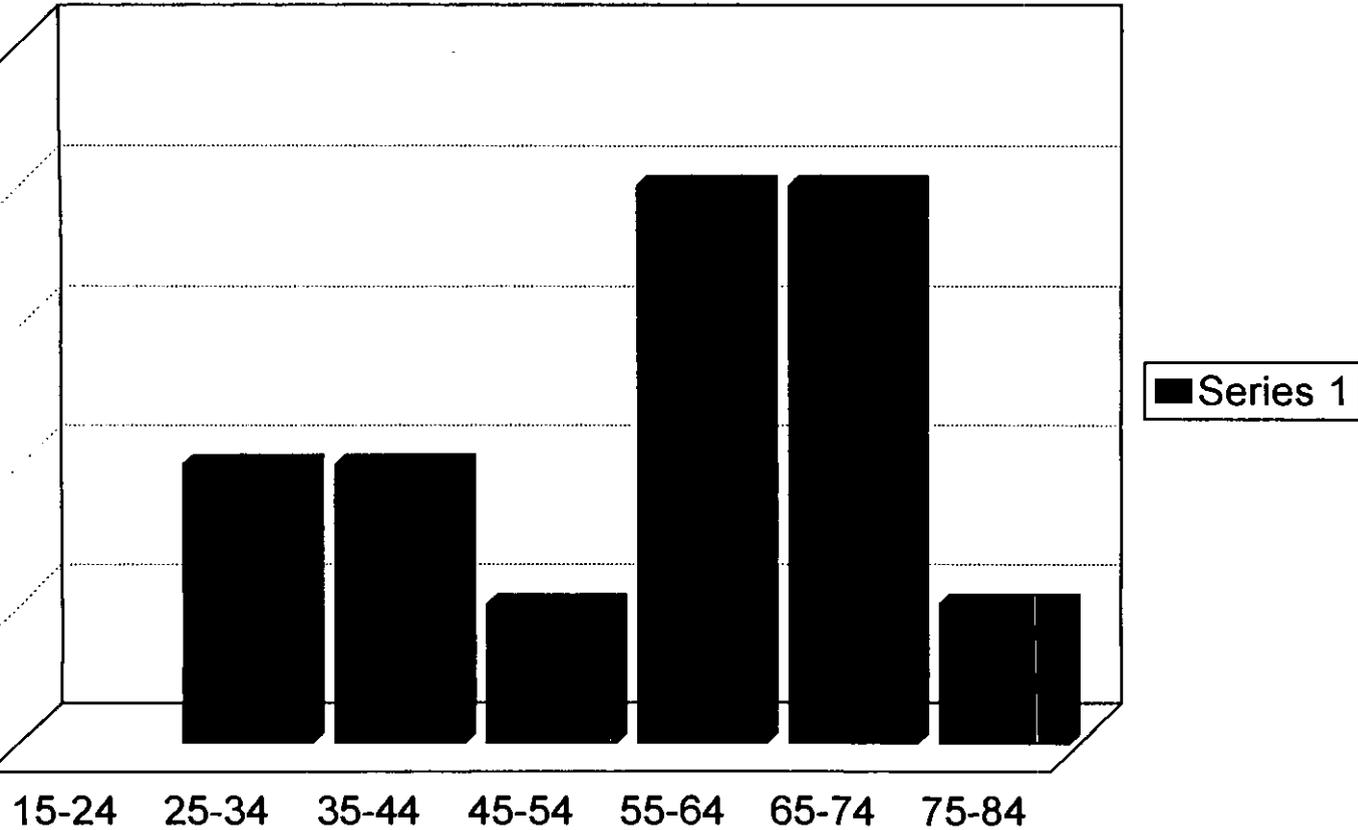
# EDAD Y SEXO

## FEMENINO



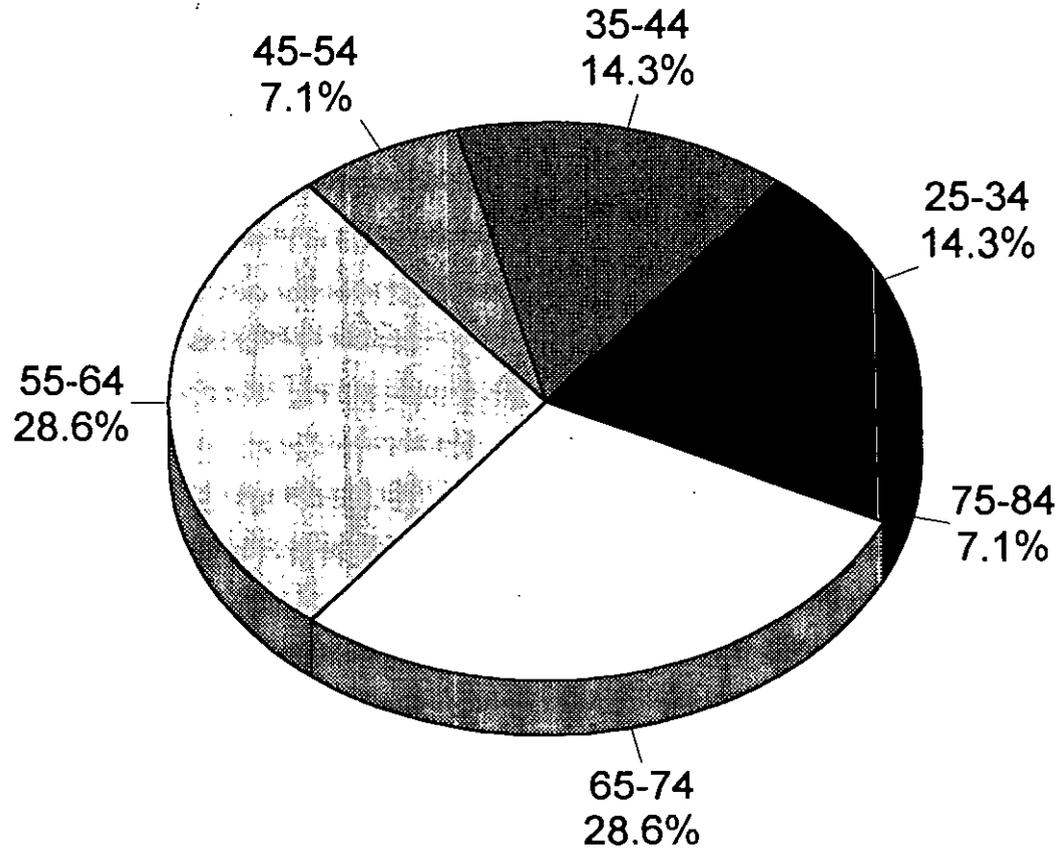
# EDAD Y SEXO

MASCULINO



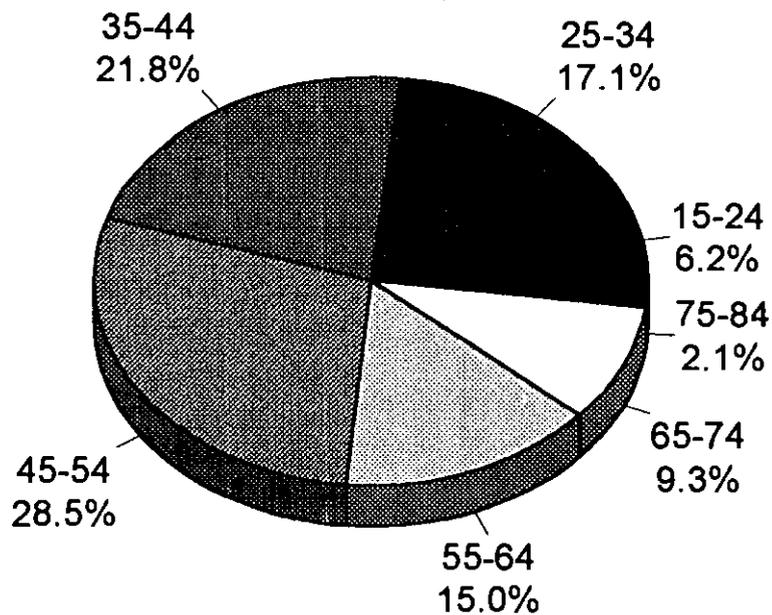
# EDAD Y SEXO

## MASCULINO

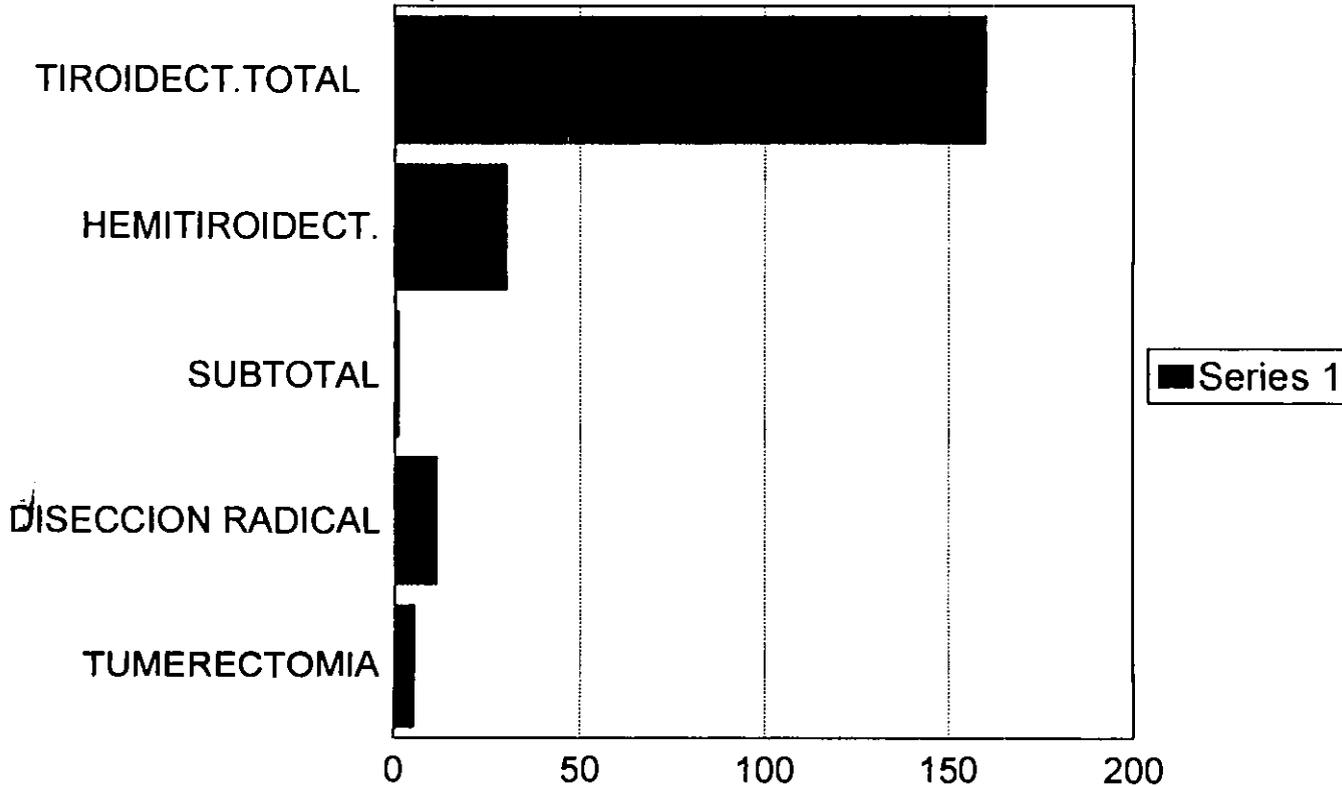


# EDAD Y SEXO

## FEMENINO



# PROCEDIMIENTO QUIRURGICO



## BIBLIOGRAFIA.

1. - Sadler G, Clark O, Van Hereden J, Farley D. Thyroid and parathyroid. En Schwarts S, ed. Principles of surgery. 7a ed. Nueva York: McGraw-Hill, 1999: vol 2: 1661-713.
2. - Radomski J, Cohn H. Thyroid, Adrenal, Parathyroid and Thymus glands. En : Jarrel B, Carabasi A, ed. National medical series surgery. 3a ed. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1996: 291-307.
3. - Lairmore T, Wells S. Endocrine surgery Thyroid. En: Doherty J, Baumann D, Creswell L, ed. The Washington manual of surgery. Philadelphia: LIPPINCOTT-Raven publishers, 1997: 353-60.
4. - Sabel M, Haque D, Velasco J, Staren E. Use of ultrasound guided fine needle aspiration biopsy in the management of thyroid disease. The American surgeon 1998; 64: 738-42.
5. - Takashima S, Sone S, Takayama F y col. Papillary thyroid carcinoma: MR diagnosis of lymph node metastasis. American Journal Neuroradiology 1998; 19: 509-13.
6. - Chao T, Jeng L, Lin J, Chen M. Completion thyroidectomy for differentiated thyroid carcinoma. Otolaryngology Head and Neck Surgery 1998; 118: 896-99.
7. - Lu W, Lin J, Huang H, Chao T. Does surgery improve the survival of patients with advanced anaplastic thyroid carcinoma. Otolaryngology Head and Neck Surgery 1998; 118: 728-31.
8. - Moley J, Debenedetti M, Dilley W, Tisell E, Wells S. Surgical management of patients with persistent or recurrent medullary thyroid cancer. Journal of Internal Medicine 1998; 243:521-26.
9. - Singer J. Primary lymphoma of the thyroid. The American Surgeon 1998; 64:334-37.
- 10- Wanebo H, Coburn M, Teates D, Cole B. Total thyroidectomy does not enhance disease control or survival even in high-risk patients with differentiated thyroid cancer. Annals of Surgery 1998; 227: 912-21.