

FRECUENCIA DE PATOLOGIA TIROIDEA MALIGNA EN PACIENTES TIROIDECTOMIZADOS CON DIAGNOSTICO DE BOCIO MULTINODULAR

FREQUENCY OF MALIGNANT THYROID PATHOLOGY IN THYROIDECTOMIZED PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF MULTINODULAR BOCIO

María José Lezcano Bonzi¹, Arturo Adorno²

RESUMEN

Introducción: En la actualidad el número de patologías oncológicas de las tiroides ha ido en aumento. Llama la atención los hallazgos incidentales de neoplasias asentadas sobre las patologías benignas nodulares. La detección temprana y el manejo adecuado permiten disminuir la morbimortalidad del cáncer de tiroides cuyo tratamiento y manejo se encuentra estandarizado en la actualidad. **Objetivo:** Describir la frecuencia de la patología tiroidea maligna en pacientes tiroidectomizados con diagnóstico pre quirúrgico de bocio multinodular en el servicio de Cirugía General del Hospital Central de Instituto de Previsión Social, en el periodo comprendido de enero 2015 a diciembre 2016. **Material y Metodología:** Observacional descriptivo retrospectivo de corte trasversal. Los datos fueron obtenidos del sistema operativo informático del IPS, revisión de historias clínicas y fichas operatorias y anatomía patológicas. **Resultados:** De 296 pacientes tiroidectomizados con diagnóstico pre operatorio de bocio multinodular; 18,58% fueron diagnosticados con algún tipo anatomopatológico de carcinoma de tiroides. En cuanto a la franja etaria se constata un predominio en el rango de edad comprendido entre 41-60 años con un 47,27 %. En cuanto al sexo se constata predominio de patología maligna en el masculino con 24,13%. El tipo anatomopatológico más frecuente resulto el carcinoma papilar con 69,09%. Teniendo en cuenta el lóbulo de la glándula mayormente afectada se constató que, en mayor porcentaje, estaban afectados ambos lóbulos 45,45%. **Conclusión:** Se podría decir que la frecuencia del carcinoma de tiroides en pacientes tiroidectomizados con diagnóstico pre operatorio de bocio multinodular alcanza un porcentaje elevado y a tener en cuenta para el diagnóstico y tratamiento a tiempo de dicha patología.

Palabras clave: Glándula Tiroides, Bocio, Tiroidectomía, Carcinoma, Carcinoma papilar.

ABSTRACT

Introduction: At present the number of oncological pathologies of the thyroid has been increasing. The incidental findings of neoplasms settled on benign nodular pathologies are striking. Early detection and adequate management allow reducing the morbidity and mortality of thyroid cancer whose treatment and management is currently standardized. **Objective:** To describe the frequency of malignant thyroid disease in thyroidectomized patients with pre-surgical diagnosis of multinodular goiter in the General Surgery service of the Central Hospital of the Social Security Institute, in the period from January 2015 to December 2016. **Methodology:** Observational descriptive retrospective cross sec-

tion. The data were obtained from the computer operating system of the IPS, review of medical records and surgical records and pathological anatomy. Results: Of 296 thyroidectomized patients with preoperative diagnosis of multinodular goiter; 18.58% were diagnosed with some anatomopathological type of thyroid carcinoma. As for the age group, a predominance is observed in the age range between 41-60 years with 47.27%. Regarding sex, malignant pathology is predominant in males with 24.13%. The most frequent anatomopathological type resulted in papillary carcinoma with 69.09%. Taking into account the lobe of the most affected gland, it was found that, in a greater percentage, both lobes were affected 45.45%. **Conclusion:** It could be said that the frequency of thyroid carcinoma in thyroidectomized patients with preoperative diagnosis of multinodular goiter reaches a high percentage and to be taken into account for the diagnosis and timely treatment of said pathology.

Key words: Thyroid gland, Goiter, Thyroidectomy, Carcinoma, Papillary carcinoma.

INTRODUCCIÓN

La tiroides es una glándula ubicada en la parte anterior del cuello formada por dos lóbulos, uno derecho y otro izquierdo, unidos por un istmo. Está formada por dos tipos de células principales las foliculares y las células C o parafoliculares⁽¹⁾.

Las primeras se encargan de producir hormona tiroidea a partir del yodo de la sangre. Esta hormona se encarga de regular el metabolismo, tanto el déficit o el exceso de esta causa diferentes efectos en el organismo. La glándula pituitaria es la encargada de regular su secreción, produciendo una hormona estimulante de tiroides llamada TSH⁽²⁾.

En cuanto a la función de las células C, células parafoliculares, son las encargadas de producir calcitonina, una hormona que ayuda a controlar el calcio. Estos tipos de células y sus funciones son de suma importancia conocerlas y tenerlas en cuenta debido a que cada tipo de célula genera diferentes tipos de cáncer y depende de esto el tipo de tratamiento a ser utilizado^(3,10,12).

1. Cirujana, ex residente del Servicio de Cirugía General

2. Cirujano de Guardia, Servicio de Cirugía General

Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción - Paraguay

Autor correspondiente: Dra María José Lezcano Bonzi. Correo electrónico: majo_lezcano@hotmail.com

Artículo recibido: 2.04.18 - Artículo aceptado: 10.04.18

Autofinanciado por los autores. Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

En la glándula tiroidea se pueden producir tanto crecimientos y tumores; la mayoría suelen ser benignos, pero también debemos citar y tener en cuenta los malignos, es decir, los que se propagan a tejidos vecinos y a otras partes del cuerpo^(4,11,17).

El cáncer de tiroides se puede clasificar en dos tipos: diferenciados e indiferenciados. Entre los diferenciados se citan al carcinoma papilar, folicular y de células de Hurthle. Los indiferenciados son el medular y el anaplásico⁽⁵⁾.

Cáncer papilar: la mayor parte de los cánceres de tiroides son de este tipo y son adenocarcinomas. Son de crecimiento lento y por lo general se origina en un solo lóbulo de la glándula. Esta variedad se propaga por vía linfática, es decir, se propagan a los ganglios linfáticos del cuello; a pesar de esto son los que tienen mejor pronóstico y los que causan la muerte en menor porcentaje si se los diagnostica y se los trata en estadios tempranos^(6,13).

Cáncer folicular: le continúa en frecuencia al papilar. Se asocia con el déficit de yodo en la alimentación y a diferencia del anterior se propagan por vía hemática a los pulmones o a los huesos. Su pronóstico es menos favorable que del cáncer papilar; pero si su hallazgo y tratamiento se realizan en estadios tempranos tienen buena respuesta y resultan igual de favorables⁽⁷⁾.

Cáncer de células Hurthle: es el tipo menos frecuente de cáncer de tiroides y el que resulta más difícil de tratar, las células oxífilas son las responsables de este tipo⁽⁸⁾.

Cáncer medular: Las células C originan este tipo de cáncer de tiroides, su vía de diseminación puede ser tanto linfática como hemática, pudiendo inclusive debutar de alguna de estas formas antes de que se detecten nódulos en la glándula⁽⁹⁾. Este tipo de cáncer de tiroides es más difícil de descubrir y tratar.

Cáncer anaplásico de tiroides: forma parte de la clasificación de indiferenciados, representa el menor porcentaje entre todos los cánceres de tiroides y puede originarse tanto del papilar como del folicular, es muy agresivo y tiene la mayor morbilidad entre todas las variedades antes citadas^(10,15).

El cáncer tiroideo tiene tres características importantes a tener en cuenta: bajo porcentaje de incidencia, bajo porcentaje de comportamiento maligno y bajo porcentaje de mortalidad. Generalmente se originan de bocios multinodulares de varios años de evolución dato importante a tener en cuenta para disminuir los factores que constituyen riesgos potenciales para la presentación del cáncer de tiroides^(1,11).

En base a revisiones existe un porcentaje de pacientes que tiene un diagnóstico de bocio multinodular que desarrollan un carcinoma papilar por ejemplo que luego de la cirugía se diagnostica eso es un porcentaje que es considerable porque estamos hablando de una patología maligna entonces es importante detectar esos pacientes sobre todo para hacer un diagnóstico temprano del carcinoma papilar de tiroides y es importante investigar y saber cuál es la frecuencia en nuestro medio de desarrollo de tumores malignos en el contexto de una patología multinodular benigna^(18,20).

En la actualidad el número de patologías oncológicas de las tiroides ha ido en aumento. Llama la atención los hallazgos incidentales de neoplasias asentadas sobre las patologías benignas nodulares. La detección temprana y el manejo adecuado permiten disminuir la morbimortalidad del cáncer de

tiroides cuyo tratamiento y manejo se encuentra estandarizado en la actualidad^(13,14).

Como institución no se tiene registros sobre ese porcentaje de pacientes lo cual nos motiva a investigar en que porcentaje se manifiesta esto.

Considerando los antecedentes anteriores se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la frecuencia de patología tiroidea maligna encontrada en pacientes que ingresan con diagnóstico de Bocio Multinodular?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la frecuencia de patología tiroidea maligna en pacientes tiroidectomizados con diagnóstico pre quirúrgico de bocio multimodular en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del Instituto de Previsión Social desde enero 2015 a diciembre 2016.

Objetivos Específicos

- Determinar el rango de edad de mayor frecuencia de presentación del tumor maligno en pacientes tiroidectomizados por bocio multimodular.
- Describir la distribución por sexo.
- Identificar el tipo anatomopatológico de patología tiroidea predominante en la población estudiada.
- Indicar el sitio anatómico de la glándula tiroidea de mayor frecuencia de aparición de la patología maligna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño Metodológico

Observacional descriptivo retrospectivo de corte trasversal.

Población de estudio

Población enfocada

Pacientes adultos de ambos sexos con diagnóstico de bocio multimodular tiroidectomizados cuyo informe de anatomía patológica concluye en una patología maligna.

Población accesible

Pacientes internados en el servicio de Cirugía General del Hospital Central de I.P.S desde enero de 2015 a diciembre 2016.

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 20 años
- Pacientes operados por vía convencional
- Expediente clínico completo con informe de anatomía patológica.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnósticos pre operatorios de otras patologías tiroideas: nódulo tiroideo, carcinoma, enfermedad de Graves
- Pacientes menores de 20 años
- Expediente Clínico incompleto
- Informe de Anatomía patológica incompleto o no cargado por sistema.

Selección de la información

Los datos de los pacientes fueron extraídos de los expedientes clínicos, fichas operatorias e informes de anatomía patológica que figuran en el banco de datos del sistema informático del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Como instrumento para la recolección de datos se elaboró una planilla de recolección de los mismos (anexo1) donde se registraron las variables en estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO

| VARIABLE | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO | CATEGORÍAS |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| EDAD | Edad cumplida en años | Cuantitativa continua | Años |
| SEXO | Sexo del paciente | Cualitativa nominal | Masculino Femenino |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | Tipo histológico pos operatorio registrado | Cualitativa nominal | Bocio Multinodular Carcinoma Papilar Carcinoma Folicular Carcinoma Anaplásico |
| LOBULO DE LA GLÁNDULA COMPROMETIDO | Compromiso del Lóbulo de la Glándula | Cualitativa nominal | Derecho Izquierdo Ambos |
| PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE BOCIO MULTINODULAR QUE RESULTAN PATOLOGIA MALIGNA | Cantidad de pacientes tiroidectomizados por Bocio Multinodular y por anatomía patológica resultaron patología maligna | Cualitativa nominal | Bocio Multinodular Carcinoma |

Técnicas y Procedimientos de recolección de información

Los datos recabados fueron ingresados en una planilla de Microsoft Excel en formato de base de datos.

Instrumentos de recolección de datos

Planilla de recolección de datos donde se tuvo como portada el título del trabajo de investigación con las variables correspondientes (Anexo 1).

Métodos de recolección de datos

Los datos fueron recolectados de los expedientes clínicos, fichas operatorias y de los informes de anatomía patológica de los pacientes en estudio en el periodo de tiempo establecido.

Control de calidad

Los datos fueron registrados por el autor con una periodicidad de 4 veces por semana a fin de garantizar la fiabilidad de los datos recabados.

Asuntos Éticos

Se mantuvo la confidencialidad de los datos individuales y se garantizó que la exposición de los resultados fuera en forma colectiva o en caso de que sea individual manteniendo la privacidad del mismo. Al ser un estudio retrospectivo y descriptivo no atentó contra los principios éticos, haciendo la salvedad de la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Se contó con la autorización de la Jefatura de Servicio para el acceso a los datos (Anexo 2).

El protocolo de trabajo fue valorado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Central (Anexo 3), y la metodología a ser aplicada en el estudio (Anexo 5).

RESULTADOS

En el periodo comprendido de enero 2015 a diciembre 2016 fueron intervenidos 296 pacientes, con diagnóstico pre operatorio de bocio multimodular; de los cuales luego del informe de su anatomía patológica 55 pacientes fueron diagnosticados con algún tipo anatomopatológico de carcinoma de tiroides lo que representa el 18,58%.

De estos, en cuanto a la franja etaria se constata un predominio en el rango de edad comprendido entre 41-60 años con un 47,27%, en la franja de 20-40 años 32,72%, en la de 61-80 años 18,18% y en la franja mayor de 80 años, con 1 paciente 1,81% (Figura 1).

En cuanto al sexo se constata predominio de patología maligna en el masculino con 24,13% (Figura 2).

El tipo anatomopatológico más frecuente resultó el carcinoma papilar con 69,09%, seguido por el folicular 25,45% y carcinoma anaplásico se constató en 5,45% (Figura 3).

Teniendo en cuenta el lóbulo de la glándula mayormente afectado se constata que en el 45,45% estaban afectados ambos lóbulos; seguido por la afectación del lóbulo derecho con 34,54% y por último el lóbulo izquierdo con un 20,1% (Figura 4).

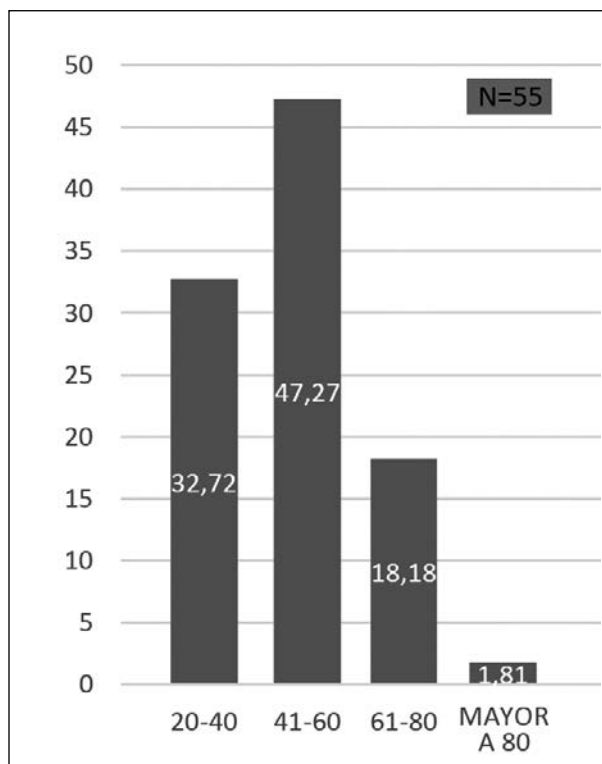


Figura 1. Población de estudio según edad agrupada. Servicio de Cirugía General. Hospital Central. Instituto de Previsión Social, Paraguay:2015-16

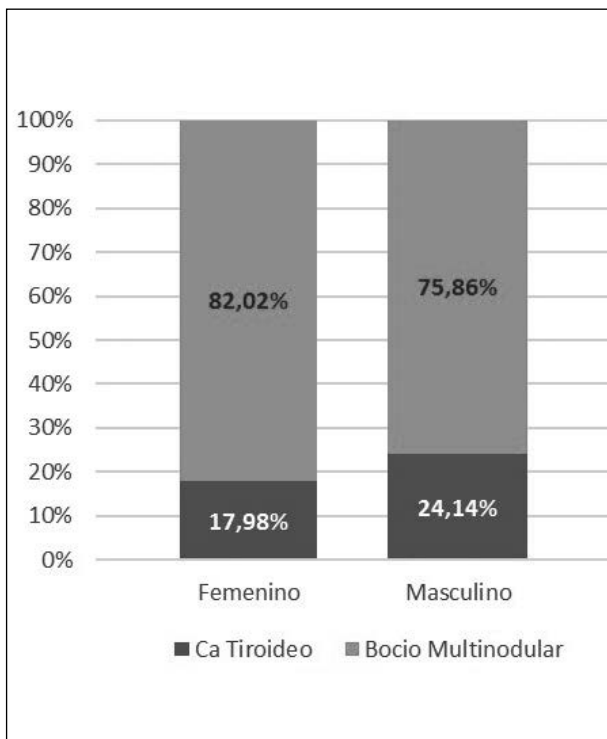


Figura 2. Población de estudio según sexo. Servicio de Cirugía General. Hospital Central. Instituto de Previsión Social, Paraguay:2015-16

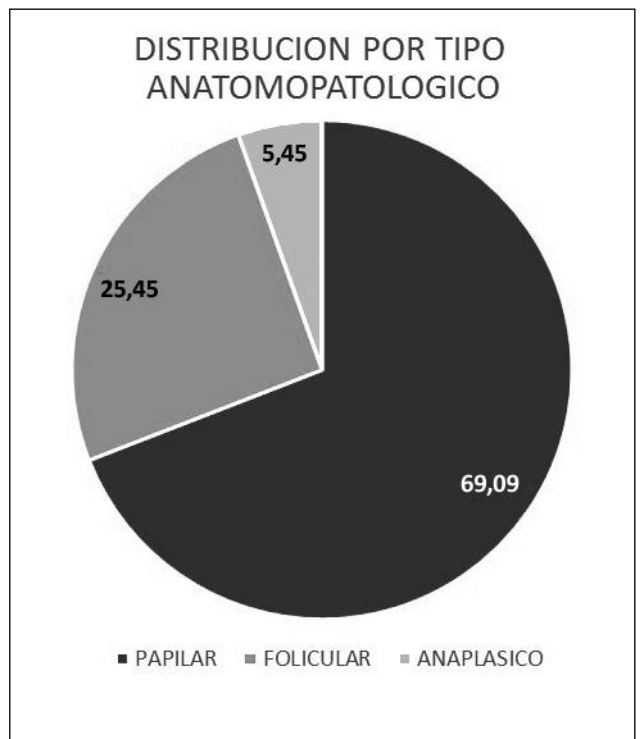


Figura 3. Población de estudio según el tipo anatomopatológico. Servicio de Cirugía General. Hospital Central. Instituto de Previsión Social, Paraguay:2015-16

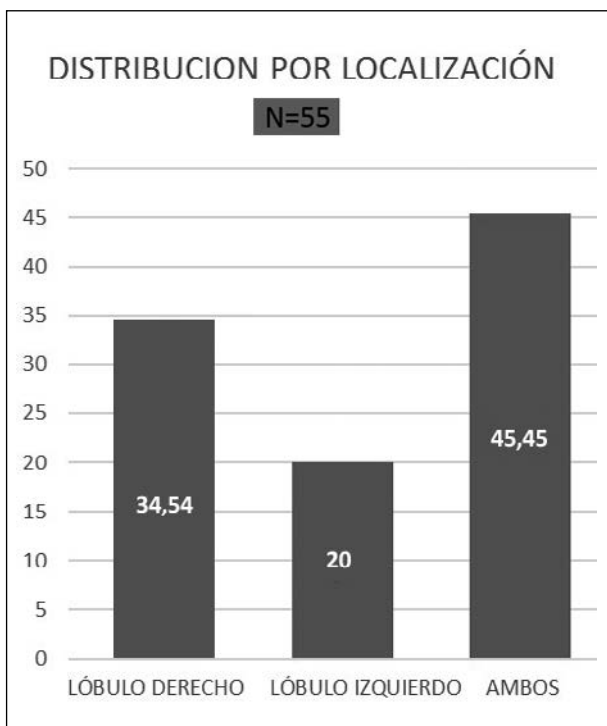


Figura 4. Población de estudio según la localización en la glándula. Servicio de Cirugía General. Hospital Central. Instituto de Previsión Social, Paraguay:2015-16

DISCUSIÓN

La mayoría de los trabajos que publican sobre tiroidectomías son series de bastantes pacientes, una de las series con mayor número de pacientes fue realizado por la de Miccoli 998 pacientes, Bauer con 683 pacientes, Gervasio 253 pacientes, Schneider con 216 pacientes, nuestra serie de 296 casos^(1,4,5).

La edad promedio fue de 50,5 + 3,04 años; hecho que coincide con lo descrito en distintas bibliografías, Bauer en su serie presentó una edad media de 52 años, Gac con una media de 42 años, el de Zhang con 51 años y la de Lee con una media de 48 años^(1,2,6,11).

La frecuencia de cáncer oculto en tiroidectomías por bocio multinodular en nuestra serie fue de 18,5 %, similar al de Pezzola⁽¹²⁾ y col que encontraron un 18,2 %, peromayor a la encontrada en varias publicaciones, y a lo que cita la literatura, como la de Costamagna⁽¹³⁾ con una frecuencia de 9,3 % en 568 pacientes, 10,4 % de Miccoli y col⁽¹⁴⁾, y dentro del plano local, Medina con un 12,4 % en una serie de 185 pacientes⁽¹⁵⁾.

Encontramos un predominio en sexo femenino de patología benigna de la glándula tiroidea al igual que otras series; como en el trabajo de Bauer con un 79%; Zhang, Nuño y Alhefdhi. Predominio de patología maligna en hombres coincidiendo con nuestro trabajo^(1,6,8,10).

El predominio de carcinoma papilar demostrado en el trabajo coincide con los resultados presentados por Lin, en donde se constató el mismo predominio⁽⁷⁾.

En cuanto a la localización Lee reporta predominio de

lóbulo derecho a diferencia de mi trabajo donde se reportó mayor frecuencia en ambos lóbulos; dicho esto se puede inferir que en los países Asiáticos el diagnóstico es más precoz que en los países de América Latina en donde al ser diagnosticados la patología ya se encuentra en ambos lóbulos⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

Se podría decir que la incidencia del carcinoma de tiroides en pacientes tiroidectomizados con diagnóstico pre operatorio de bocio multinodular afectó a casi la quinta parte de la población de estudio, situación a tener en cuenta para el diagnóstico y tratamiento a tiempo de dicha patología.

Se constató un predominio en el rango de edad comprendido entre 41 y 60 años, con mayor frecuencia del sexo masculino.

El tipo anatomopatológico más frecuente resultó el carcinoma papilar.

Se constató mayor malignidad en ambos lóbulos de la glándula tiroides.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Las limitaciones encontradas para la realización de este trabajo fueron los expedientes clínicos incompletos y los informes de anatomía patológica de muestra insuficiente por lo que tuve que descartarlos del estudio ya que no reunían los criterios de inclusión

CONFLICTOS DE INTERES

La autora declara que no se presentó conflictos de interés con las instituciones intervinientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Bauer PS, Murray S, Clark N, Pontes DS, Sippel RS, Chen H. Unilateral thyroidectomy for the treatment of benign multinodular goiter. *J Surg Res.* 2013 Sep;184(1):514-8.
2. Gac EP, Cabané TP, Amat VJ, Rodríguez MF, Cardemil RF, Parada CF, et al. Tiroidectomía sin ligaduras: evaluando Ligasure Precise®. *Rev Chil Cir.* 2012 Apr;60(2):127-31.
3. Duran AO, Anil C, Gursoy A, Nar A, Inanc M, Bozkurt O, et al. Thyroid volume in patients with glucose metabolism disorders. *Arq Bras Endocrinol Amp Metabol.* 2014 Nov;58(8):824-7.
4. Gervasi R, Orlando G, Lerosé MA, Amato B, Docimo G, Zeppa P, et al. Thyroid surgery in geriatric patients: a literature review. *BMC Surg.* 2012 Nov 15;12(1):13-16.
5. Schneider DF, Nookala R, Jaraczewski TJ, Chen H, Solorzano CC, Sippel RS. Thyroidectomy as Primary Treatment Optimizes BMI in Patients with Hyperthyroidism. *Ann Surg Oncol.* 2014 Jul;21(7):2303-9.
6. Zhang Y, Ma X, Deng F, Liu Z, Wei H, Wang X, et al. The effect of chronic lymphocytic thyroiditis on patients with thyroid cancer. *World J Surg Oncol.* 2014;12(2):234-240.
7. Lin Y-C, Wu C-W, Chen H-C, Chen H-Y, Lu I-C, Tsai C-J, et al. Surgical treatment for thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis: case report. *World J Surg Oncol.* 2012 Jan 24;10:21.
8. Alhfeldhi A, Mazeh H, Chen H. Role of Postoperative Vitamin D and/or Calcium Routine Supplementation in Preventing Hypocalcemia After Thyroidectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Oncologist.* 2013 May;18(5):533-42.
9. Adam MA, Speicher P, Pura J, Dinan MA, Reed SD, Roman SA, et al. Robotic Thyroidectomy for Cancer in the US: Patterns of Use and Short-Term Outcomes. *Ann Surg Oncol.* 2014 Nov;21(12):3859-64.
10. Gursoy A. Rising thyroid cancer incidence in the world might be related to insulin resistance. *Med Hypotheses* 2010; 74: 35-6.
11. Lee YS, Lim Y-S, Lee J-C, Wang S-G, Son S-M, Kim S-S, et al. Ultrasonographic findings relating to lymph node metastasis in single micropapillary thyroid cancer. *World J Surg Oncol.* 2014 Aug 28;12(2):234-250.
12. Pezzolla A, Lattarulo S, Milella M, Barile G, Pascazio B, Ciampolillo A, Fabiano G, Palasciano N. [Incidental carcinoma in thyroid pathology: our experience and review of the literature]. *Ann Ital Chir.* 2010 May-Jun;81(3):165-9
13. Costamagna D, Pagano L, Caputo M, Leutner M, Mercalli F, Alonzo A. Incidental cancer in patients surgically treated for benign thyroid disease. Our experience at a single institution. *G Chir.* 2013 Jan-Feb;34 (1-2):21-6.
14. Miccoli P, Minuto MN, Galleri D, D'Agostino J, Basolo F, Antonangeli L, Aghini-Lombardi F, Berti P. Incidental thyroid carcinoma in a large series of consecutive patients operated on for benign thyroid disease. *Send to ANZ J Surg.* 2006 Mar;76(3):123-6
15. Medina Ruíz BA Complicaciones post operatorias en la tiroidectomía total por bocio multinodular en el Instituto Nacional del Cáncer. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol. 47 - N° 1, 2014*