

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Tratamiento quirúrgico del cáncer de tiroides: experiencia personal

Dra. ADRIANA LOBOS MARTÍNEZ

*Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Cátedra de Cirugía,
Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso*

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

La extensión de la cirugía en el tratamiento quirúrgico del cáncer diferenciado de tiroides continúa siendo controvertida. El objetivo de este trabajo es evaluar a corto y largo plazo los resultados del tratamiento quirúrgico en estos pacientes, con énfasis en la revisión de las complicaciones. La revisión es retrospectiva y comprende 54 pacientes operados de cáncer de tiroides, por la autora, desde 1993 a enero de 2001. Se hicieron 36 tiroidectomías totales. La mortalidad operatoria fue de 1,85%, la incidencia de hipoparatiroidismo fue de 1,85%. No hubo lesiones de nervios recurrentes.

PALABRAS CLAVES: **Cáncer de tiroides, tiroidectomía**

SUMMARY

The extent of surgery in the treatment for well-differentiated thyroid cancer is still controversial. This is a review of both the short and long-term results of surgical treatment in 54 patients operated on for thyroid cancer between 1993 and January 2001. Total thyroidectomy was performed in 36 patients. Operative mortality was 1,85%; hypoparathyroidism was found in 1,85% of the cases. There were no lesions of the recurrent laryngeal nerve.

KEY WORDS: **Thyroid cancer, thyroidectomy**

INTRODUCCIÓN

Desde que Kocher en 1872 efectuó la primera cirugía en Suiza¹ se han publicado diferentes casuísticas. Claramente se ha aceptado la premisa de que a mayor extensión de la cirugía, mayores son las complicaciones, especialmente referidas a lesiones de los nervios recurrentes y glándulas paratiroides. Aceptado también es el hecho de que una cirugía meticulosa y el adecuado entrenamien-

to del cirujano permiten reducir las complicaciones. Sin embargo, el comportamiento biológico de los cánceres diferenciados de tiroides no ha permitido aún establecer definitivamente cuál es la mejor alternativa quirúrgica; prueba de ello es la existencia de múltiples clasificaciones para definir grupos de mayor o menor riesgo. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer tiroideo, con énfasis en las complicaciones y en el análisis de reoperaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa en forma retrospectiva las fichas clínicas de 54 pacientes con cáncer de tiroides operados entre 1993 y 2001. El período de seguimiento es de 2 a 84 meses. Promedio 26 meses.

Todos los pacientes operados fueron previamente evaluados por el equipo de endocrinología del Hospital Fricke de Viña del Mar, estudiados con cintigrafía con tecnecio en la mayoría y a partir de 1995 con ecografía cervical, punción aspirativa citológica y pruebas de función tiroidea. La decisión terapéutica se tomó de acuerdo a la siguiente pauta:

1. Pacientes con lesiones uninodulares hipo o isocaptantes al cintigrama con tecnecio:

a) Punción aspirativa con aguja fina (PAAF) positiva para cáncer: cirugía.

b) Nódulos menores a 3 cm, con PAAF negativa: seguimiento con ecografía y hormona tiroidea, reevaluación en 6 meses.

c) Nódulos de cualquier tamaño, clínicamente sospechosos (velocidad de crecimiento, presencia de adenopatías, consistencia, antecedentes de radioterapia): cirugía.

d) Pacientes con nódulos con PAAF positiva para células foliculares: cirugía.

e) Pacientes con biopsias de adenopatías positivas para cáncer tiroideo: cirugía.

2. Pacientes con bocios multinodulares, con un nódulo predominante de crecimiento rápido en controles ecográficos, en tratamiento con hormona tiroidea y/o con PAAF positivas para cáncer: cirugía.

El abordaje quirúrgico se inicia con lobectomía total e istmectomía del lado afectado: identificando recurrente y paratiroides; la muestra se envía a biopsia rápida: si la biopsia es positiva para cáncer se procede a igual tratamiento del lóbulo contralateral, si la biopsia rápida es no concluyente y el aspecto macroscópico no sugiere neoplasia se espera a la biopsia diferida.

Si los hallazgos intraoperatorios sugieren fuertemente la sospecha de cáncer, especialmente el compromiso extracapsular o la infiltración no atribuible a la punción citológica previa, se procede a identificar paratiroides y recurrentes del lado contralateral y a lobectomía total del lado contralateral. Frente al hallazgo de lesiones nodulares contralaterales en una biopsia rápida negativa para cáncer se procede a lobectomía subtotal del lado contralateral.

RESULTADOS

Distribución por sexo y edad. El 76% fueron mujeres, entre la 3ª y 6ª década, las edades extre-

mas fueron 7 y 84 años; promedio 45,5 años (Figura 1).

Evaluación preoperatoria. Para el estudio preoperatorio se contó con cintigrafía tiroidea y ecografía cervical en los últimos años. Se practicó además punción aspirativa citológica (PAAF) en 41/54 casos (75%). No hubo casos falsos positivos en las PAAF informadas como cáncer papilar. Hubo 51/54 pacientes eutiroides, todos tenían cánceres papilares, indiferenciados o medulares. Dos pacientes estaban hipotiroideas y correspondió a las dos pacientes con linfomas. Un caso de cáncer papilar se presentó en una paciente hipertiroidea.

Operaciones efectuadas. En 40/59 operaciones efectuadas se hizo procedimientos bilaterales, en 8 casos se trató sólo un lado del tiroides, porque habían sido operados previamente o porque al momento de la cirugía se desconocía el diagnóstico definitivo. Se asoció disección ganglionar en 8 casos (Figura 2). En la Figura 3 se muestra el número de reoperaciones y sus causas.

Complicaciones y mortalidad postoperatorias

a) *Transitorias.* En 12/54 pacientes (22,2%) se presentaron calcemias menores de 8 mg% en el postoperatorio. Hubo 2 pacientes con lesiones nerviosas: del ramo mandibular del VII par y del nervio laríngeo externo.

b) *Definitivas:* Hubo un caso de hipoparatiroidismo en una paciente sometida a tiroidectomía total bilateral que correspondió a la primera de la

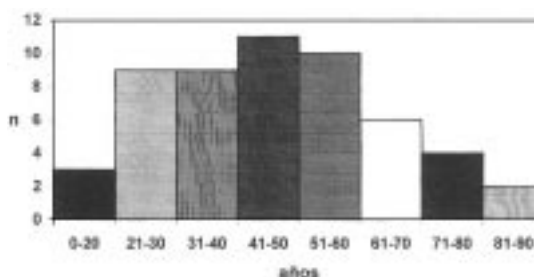


Figura 1. Distribución por edad.

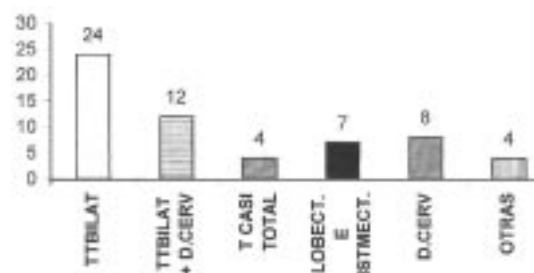


Figura 2. Tipos de operación.

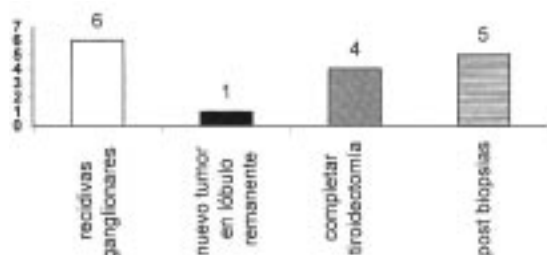


Figura 3. Reoperaciones.

serie. Otro paciente resultó con rigidez del hombro por lesión del nervio espinal en una disección radical con extenso compromiso del músculo esternocleidomastoideo. Hubo 4 casos de infección de herida operatoria (7,4%), en dos casos se identificó *Staphylococcus aureus*; 2 de ellas requirieron ingreso a hospital y evolucionaron bien con tratamiento local y antibióticos.

Una paciente portadora de linfoma extenso fallece a los 10 días de postoperada; evolucionó con una fístula esofágica y neumonía intrahospitalaria.

Estudio anatomopatológico. En 49/54 (90,7%) el estudio anatomopatológico correspondió a carcinomas papilares, 2 a cánceres indiferenciados, un cáncer medular y 2 pacientes con linfomas no Hodgkin. No hubo en la serie ningún cáncer folicular. La mayoría de los tumores medía entre 2 y 4 cm, hubo un 27% de tumores grandes, mayores de 4 cm. Los 4 casos en que se ignora el tamaño tumoral corresponden a pacientes operados previamente en otros centros (Figura 4).

En 48/54 casos en que se pudo establecer, por biopsia, si el compromiso era uni o bilateral hubo 10 casos en que la lesión era bilateral (19,23%). El

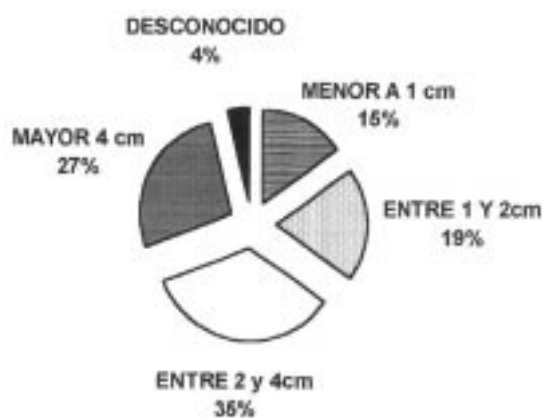


Figura 4. Tamaño tumoral.

compromiso ganglionar se presentó en 25/54 pacientes (46%).

La clasificación pTNM de la AJCC revela que en 29/52 (55,76%) de los casos se trató de cánceres en Estadio I; en 11/52 (21,15%) Estadio II; en 8/52 (15,38%) Estadio III; y 4/52 (7,69%) en Estadio IV (Figura 5).

Tratamiento postoperatorio. Todos los pacientes con cánceres papilares recibieron en el postoperatorio dosis de 100 uCi de radioyodo, y posteriormente levotiroxina suficiente para mantener niveles de TSH entre 0,1 mIU/UL. Cuarenta y nueve pacientes fueron controlados con medición plasmática de triglobulina: 5 pacientes registraron valores mayores de 5 ng/ml en algún momento del seguimiento. Uno de ellos corresponde al niño con recidiva ganglionar; otro caso corresponde a un paciente al cual se le diagnosticó metástasis pulmonares durante el seguimiento. En 6 de ellos se desconoce el resultado al momento de la revisión, y 38/49 registran valores menores de 5 ng/ml.

Hubo 12 pacientes que tenían compromiso extratiroideo. A cuatro de ellos se les hizo radioterapia.

Seguimiento: Los 2 pacientes con cánceres indiferenciados tuvieron una sobrevida no mayor a 2 meses. Fallecieron a los 40 y 60 días de operados.

La paciente con cáncer medular del tiroides falleció a los 45 meses de postoperada de un cáncer de mama bilateral.

De los pacientes con cáncer papilar fallecieron 3:

- Varón de 84 años con extenso compromiso regional, traqueostomizado, fallece a los 11 meses de operado.

- Mujer de 81 años, también con extenso compromiso regional, requirió traqueostomía y gastrostomía y falleció a las 10 semanas de operada.

- Una paciente de 60 años, con extenso compromiso extratiroideo y pulmonar falleció a 15 meses de operada.

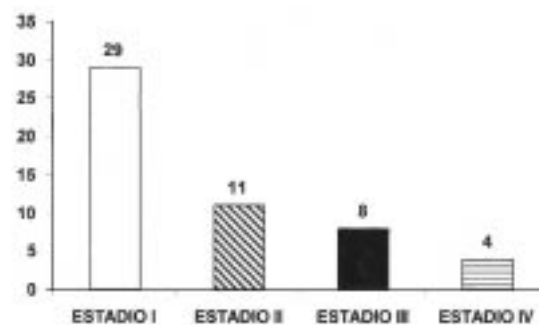


Figura 5. Clasificación AJCC.

Un paciente con linfoma fallece a los 35 días de operada. La otra paciente con linfoma fallece a los 35 meses de operada, luego de tratamiento con quimioterapia.

La sobrevida actuarial a 7 años se muestra en la Figura 6.

DISCUSIÓN

Llama la atención la ausencia de cánceres foliculares en la serie, pensamos que se puede explicar por lo pequeño de la casuística o por tratarse en la mayoría de los casos de población cercana a la costa, con alta o al menos adecuada ingesta de yodo; nuestro 3,5% de cánceres indiferenciados concuerda con la literatura.²

Las características epidemiológicas de la población estudiada no revelan diferencias en relación a otras publicaciones.³

En la mayoría de los casos se privilegió la tiroidectomía total bilateral, que en nuestra casuística corresponde al 74,07% de los pacientes operados. Las lesiones de paratiroides se produjeron en una paciente, la primera de la serie, sometida a tiroidectomía total bilateral. No hubo lesiones de recurrentes, cifra comparable o inferior a la señalada en la literatura. Pensamos, al igual que otros autores, que si las paratiroides y recurrencias fueran de ubicación extracervical se debería efectuar siempre tiroidectomía total.⁴

Aceptamos el hecho de que la sobrevida no se relaciona directamente con la extensión de la cirugía sino más bien con las características biológicas del tumor.^{7,8} Sí hay relación entre recidiva local y compromiso linfático y entre cirugía efectuada, re-

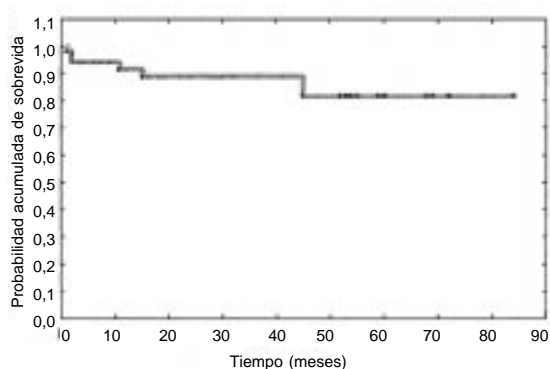


Figura 6. Sobrevida pacientes operados. Método Kaplan Meier.

cidiva local y metástasis.^{8,9} Las recidivas locales significan reoperaciones que se traducen en mayor probabilidad de complicaciones, costos y ansiedad para el paciente.¹⁰⁻¹² En nuestra casuística, el 29,6% de los pacientes era intervenido por más de una vez: por recidiva en lóbulo remanente (1/54), recidiva ganglionar (6/54), para completar la tiroidectomía (5/54) al conocer del resultado en el postoperatorio, 5 pacientes se operaban por segunda vez luego de una biopsia cervical diagnóstica. Nos parece que este factor debe ser considerado al decidir el tratamiento, sin olvidar que los costos y el acceso a la salud son un tema relevante en nuestro medio.

Tuvimos una alta tasa de infecciones de herida operatoria que coincidió con un brote de infecciones por estafilococo en nuestro Servicio.

En la Tabla 1 se señalan los tópicos más importantes al analizar comparativamente la literatura nacional en la cirugía de tiroides.

Tabla 1

Autor Ref:	A. Aguirre (13)	A. Baeza (14)	R. Guerra (15)	J. Arcuch (16)	E. López C. (17)	J.A. Pérez (18)	
Casos	92	151	96	86	320	102	54
	%	%	%	%	%	%	%
Papilar	74	70	76,60	80,23	54	96	90,70
Medular	5,40	4	4,30	3,48	2	0	1
Folicular	15,20	18,50	11,70	13,95	37	4	0
Otros	0	4	3,12	1,16	1	0	3,70
Indiferenciados	5,40	1,30	4,30	1,16	6,25	0,00	3,70
Seguimiento	26%: > 60 m	182 m	4 a 156 m	50%:72 m	120 m, prom.	74,1 m prom.	2a 84 m
Sobrevida	86	93	94	92	80,6	81,8	90
Hipoparat. definitivo	1,08	0,66	7,30	0	4	1,96	1,85
Tiroidect. total	17,40	40	58,33	73,25	19	27	74,07
Lesión recurrentes	3,3	3,31	2,10	1,16	2	2,94	0
Mortalidad operat.	2,2	0	2,08	1,16	2	0	1,85
Perdidos	16,30	0	21	26,74	3	6,9	0

Lo pequeño de esta casuística y su corto período de seguimiento no permite obtener conclusiones acerca de sobrevida, la mayoría de nuestros pacientes están en grupos de bajo riesgo: el 74,07% se concentra en los estadios I y II. Mortalidad de la serie: 3 pacientes fallecidos por la enfermedad corresponden a los estadios III y IV y ésta se concentró en los pacientes de mayor edad y con mayor extensión tumoral, concordante con la literatura.¹⁹

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico del cáncer diferenciado del tiroides es su principal tratamiento. La cirugía debería ser idealmente la más completa siempre que la incidencia de complicaciones sea baja. En nuestra casuística, la baja incidencia de lesiones de recurrentes y de paratiroides, asociada a la frecuencia de reoperaciones nos permite inclinarnos por la tiroidectomía total, siempre que se identifiquen adecuadamente las estructuras en riesgo. Nuestra experiencia con los cánceres indiferenciados fue, como en toda la literatura, muy mala.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blake Cady Rossi: Surgery of the thyroid and parathyroid glands. 3rd ed. Edit WB Saunders & Co 1991; 1.
2. Guerra RF, Cabello AV, Aristides GF *et al*: Aspectos clínicos del cáncer de tiroides en la IX Región. Rev Chil Cir 1999; 51: 601-6.
3. Pérez JA, Poblete MT, Ramírez R *et al*: Carcinoma diferenciado del tiroides, experiencia del Hospital de Valdivia. Rev Chil Cir 2000; 52: 585-92.
4. Torres J: Cáncer diferenciado del tiroides. Rev Chil Cir 2000; 52: 211-21.
5. Hallwirth U, Flores J, Kaserer K, Niederle B: Differentiated thyroid cancer in children and adolescent

The importance of adequate surgery and review of literature. Eur J Pediatr Surg 1999; 9: 359-63.

6. Bingöl-Kologlu M, Tanyel FC, Senocak ME, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A: Surgical treatment of differentiated thyroid carcinoma in children. Euro J Pediatr Surg 2000; 10: 347-52.
7. Rossi R: Carcinoma tiroideo diferenciado: tendencias, características biológicas, indicadores pronósticos y sus implicancias terapéuticas. Rev Chil Cir 1997; 49: 37-43.
8. Rossi RL, Majlis S, Rossi R: Cáncer tiroideo. SCNA 2000; 80: 571-80.
9. Mazafferri: Current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metabol 2001; 86: 1447-63.
10. Malcolm H, Wheeler MH: Total thyroidectomy for benign thyroid disease. Lancet 1998; 351: 1526-7.
11. Blaine L, Block et al: The treatment of papillary and follicular carcinoma of the thyroid. Otolaryngol Clin North Am 1990; 23: 403-11.
12. Beahrs O, Vandertoll D: Complications of secondary thyroidectomy. Surg Gynecol Obstet 1963; 117: 535-9.
13. Aguirre A y col: Cáncer del tiroides. Rev Chil Cir 1994; 46: 237-43.
14. Baeza A: Evaluación clínica y tratamiento quirúrgico del nódulo tiroideo. Rev Chil Cir 2000; 52: 347-54.
15. Guerra R, Cabello A: Aspectos clínicos del cáncer de tiroides en la IX región. Rev Chil Cir 1999; 51: 601-6.
16. Arcuch J: Cáncer de tiroides. Rev Chil Cir 1994; 46: 385-92.
17. López E *et al*: Cáncer del tiroides: aspectos clínicos de 320 casos recolectados en 27 años. Rev Méd Chile 1982; 110: 123-32.
18. Pérez JA, Poblete MT, Ramírez R *et al*: Carcinoma diferenciado del tiroides. Experiencia del Hospital de Valdivia. Rev Chil Cir 2000; 52: 585-92.
19. Blair E, Barnes G: Carcinoma of the thyroid and parathyroid glands. En: Anderson MD: Surgical Oncology Handbook. Ed Little Brown & Co 1995; 275-92.

INFORME

Es un honor para el suscrito la nominación realizada por la Sociedad de Cirujanos de Chile de informar el trabajo "Tratamiento Quirúrgico del Cáncer de Tiroides: experiencia personal", presentado como requisito de ingreso a nuestra Sociedad de Cirujanos por la Dra. Adriana Lobos Martínez, quien se desempeña en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, de Viña del Mar. Agradezco al Capítulo Regional de nuestra Sociedad, la especial preocupación de interesar a los cirujanos de esta región a ingresar y participar de las actividades de la Sociedad de Cirujanos e invito a muchos cirujanos que lo hagan.

En sus estatutos la Sociedad de Cirujanos, Artículo N° 2, señala los propósitos de esta sociedad: perfeccionar los conocimientos médico quirúrgicos, estudiar problemas científicos, propender al progreso de la cirugía y promover el buen desempeño de las acciones profesionales de sus miembros.

La autora presenta una experiencia personal, retrospectiva, en un período de ocho años, donde se plantea una modalidad de estudio, se analiza la muestra en variados aspectos, con un seguimiento promedio de 26 meses, para finalmente realizar una discusión del tema de cáncer de tiroides, con-

siderando en forma especial los trabajos nacionales y extranjeros publicados, para concluir en ideas esenciales sobre el tema que le serán de mucha importancia en la continuidad de su trabajo a lo largo de sus años de cirujano activa y preocupada por este tan interesante tema, en el cual la experiencia y los años vividos entre los pacientes son fundamentales para obtener verdades quirúrgicas, reproducibles, que permanecen o significan un aporte a la comunidad.

El trabajo que nos presenta la autora Dra. Adriana Lobos Martínez tiene la estructura y conceptos adecuados, con algunos aspectos corregibles en términos de poder agregarlos para el seguimiento a largo plazo; establece una modalidad de estudio y enfrentamiento del problema que es adecuado; sus resultados son satisfactorios, acor-

de a nuestra realidad de Servicios de Salud Públicos y sólo me resta estimularla a que perfeccione y continúe por la senda que ya marcó con respecto a este grupo de pacientes, que requieren un seguimiento a largo plazo y mucha experiencia quirúrgica para disminuir esas tan temidas complicaciones de la tiroidectomía.

Es en mérito del trabajo presentado y el camino trazado a futuro con este tipo de pacientes, que el suscrito informa al Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile, que su trabajo cumple con los requisitos estipulados por la Sociedad y, por tanto, mi informe es favorable y propongo a éste, aceptarla como Miembro Titular de nuestra Sociedad de Cirujanos de Chile.

Dr. JOSÉ VICENTE IRARRÁZVAL ELIZALDE