

Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de tiroides

Clinical epidemiological behavior of the thyroid cancer

Dr. C. Juan Alberto Ortega Peñate^{1*,**}  <https://orcid.org/0000-0002-9695-1235>

Dr. Osmar Díaz Alonso^{1,***}  <https://orcid.org/0000-0002-6903-2225>

Dr. Jesús Cora Abraham^{1,****}  <https://orcid.org/0000-0002-1694-5194>

Dra. Lisett Méndez Fleitas^{1,*****}  <https://orcid.org/0000-0002-1903-3414>

Dra. Yoselayne Ortega Rodríguez^{1,*****}  <https://orcid.org/0000-0003-0879-7854>

¹ Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

* Autor de la correspondencia: jopenate.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el cáncer de tiroides representa un 1% del total de todos los tipos de cáncer. Su incidencia parece aumentar un 4% cada año, y en la actualidad es el octavo cáncer más frecuente en mujeres.

Objetivo: determinar el comportamiento clínico epidemiológico de los pacientes operados de cáncer de tiroides.

Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo con todos los pacientes ingresados con cáncer tiroides en el servicio de

Cirugía General del Hospital Universitario Comandante "Faustino Pérez Hernández", en el período desde enero del 1993 a diciembre de 2018. Se empleó un modelo recolector de datos con las variables de interés para el estudio y los datos se presentaron en tablas de frecuencia, números y por ciento.

Resultados: el cáncer de tiroides fue más frecuente en el grupo etario de 31 a 50 años, predominó el sexo femenino, la variedad histológica papilar fue la más frecuente, el lóbulo derecho fue el más afectado.

Conclusiones: el cáncer de tiroides es más frecuente en pacientes relativamente jóvenes y del sexo femenino, a forma clínica de nódulo solitario con función tiroidea normal y el carcinoma papilar la variedad más frecuente.

Palabras clave: cáncer tiroides; carcinoma papilar.

ABSTRACT

Introduction: Thyroid cancer represents 1% of the total of all kinds of cancer. Its incidence seems to increase 4% every year, and at the present time it is the eighth most frequent cancer in women.

Objective: to determine the clinical epidemiological behaviour of the patients who underwent thyroid cancer surgery.

Materials and methods: a retrospective, observational and descriptive study was carried out in all the patients who were admitted in the service of General Surgery of the University Hospital "Comandante Faustino Pérez Hernández" with thyroid cancer, in the period from January 1993 to December 2018. A data collector model was used with the variables of interest for the study and the data were presented by charts of frequency, numbers and percent.

Results: thyroid cancer was more frequent in the age group of 31 to 50 years; the female sex prevailed; the most frequent variety was the histological papillary one, and the right lobe was the most affected.

Conclusions: thyroid cancer is more frequent in relatively young, female patients; the clinical form of solitary nodule with normal thyroid function and papillary carcinoma the most frequent variety.

Key words: thyroid cancer; papillary carcinoma.

Recibido: 07/08/2020

Aceptado: 20/07/2020

INTRODUCCIÓN

Dentro de las alteraciones endocrino-metabólicas, las enfermedades tiroideas son en la actualidad una de las más frecuentes, más del 5 % de la población mundial las padece. El número de pacientes que buscan atención en los servicios de salud, debido a la morbilidad y discapacidad producidas por dichos trastornos a nivel mundial, crece de manera significativa, situación que llama la atención del personal médico.⁽¹⁻³⁾

La evaluación de todos estos trastornos deviene en un verdadero problema para cirujanos y endocrinos, quienes deben decidir la conducta a seguir ante la posibilidad de que el nódulo sea la evidencia de un proceso maligno, pues desde el punto de vista clínico se hace difícil establecer en la mayor parte de los casos un diagnóstico diferencial entre una afección benigna o maligna de la glándula.⁽⁴⁾

Ante ello existe una manera sistemática para evaluar la enfermedad, basada en tres pilares fundamentales: los antecedentes personales, el examen físico y los medios de investigación, que orientan hacia un diagnóstico presuntivo o de certeza, donde lo más importante, es definir si se trata de un tumor maligno o no.⁽⁵⁾

Los tumores bien diferenciados representan de 85-90 % de los cánceres tiroideos y suelen presentarse como un nódulo asintomático. Son más frecuentes en la mujer entre los 41 y 50 años, con función tiroidea normal. Por otra parte, su progresión es lenta con infrecuente invasión metastásica a distancia. El carcinoma anaplásico es la forma más agresiva de estas neoplasias y el medular es de infrecuente aparición (5-10 %), pero requiere más atención clínica que el bien diferenciado por sus características biológicas.

La edad, el grado de diferenciación, la extensión y el tamaño del tumor desempeñan un papel importante para decidir el tratamiento. Estos factores influyen en la evolución y el pronóstico de los pacientes. Por lo que es necesario adecuar la cirugía a cada enfermo, algo que es posible cuando se puede determinar correctamente su estadio y su riesgo.⁽⁶⁾

En Cuba, las tasas de incidencia de cáncer tiroideos, han ido aumentando en los últimos años, no contando con datos actualizados del comportamiento clínico epidemiológico de los pacientes intervenidos por esta enfermedad.

El presente estudio persigue el objetivo determinar el comportamiento clínico epidemiológico de los pacientes operados de cáncer de tiroides.

MATERIALES Y MÉTODOS

Características generales de la investigación:

Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo que incluye todos los pacientes operados de cáncer tiroides en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Comandante "Faustino Pérez Hernández", en el período desde enero de 1993 a diciembre del 2018.

Universo: todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente con cáncer de tiroides en el servicio de Cirugía General en el período comprendido entre enero de 1993 y diciembre de 2018.

VARIABLES: se operacionalizaron seis variables: Edad (menos de 20 años, entre 20 y 29, entre 30 y 39, entre 40 y 49, entre 50 y 59, 60 y mas), sexo (femenino y masculino), forma clínica (nodular, multinodular, difuso), función tiroidea (eutiroidea, hipotiroidea e hipertiroidea) tamaño del tumor (menor de 2cm, entre 2 y 4cm, mayor de 4cm) y variedad histológica (carcinoma papilar, folicular, medular, indiferenciado y otros)

Análisis estadístico: se procesó la información recopilada utilizando una HP Corel3 PC con ambiente de Windows 7 , los textos fueron procesados con Microsoft Word 2013, las tablas y gráficos con Microsoft Access 2013, los resultados fueron expresados en número y porcentos.

Ética: antes de realizar la recopilación de la información se explicó a los pacientes la necesidad de recoger un número determinado de datos sobre su estado de salud, así como, de su situación actual y se le entrego a firmar una planilla con su conformidad, además de explicarle la importancia de este estudio, para mejorar la calidad de la atención de enfermos con esta entidad nosológica.

Los datos recogidos en el desarrollo de la investigación es confidenciales, no se expondrá en momento alguno la identidad de los pacientes, se manejarán elementos generales de morbimortalidad y se utilizarán solamente por el personal de salud que llevo a cabo el estudio y los resultados obtenidos solo se utilizarán con el interés científico de contribuir a mejorar la atención médica y serán del conocimiento de la institución hospitalaria.

RESULTADOS

La tercera y cuarta décadas de la vida son las más afectadas, encontrándose incluidos en este período de tiempo más de 50% del universo estudiado, existiendo un predominio en la cuarta década 29.05%, así como un predominio de esta afección para los pacientes del sexo femenino que representa casi el 84% del total de pacientes como se muestra en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Distribución por edad

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 20	18	2,25	4	0,5	18	2,75
Entre 20 -29	96	12	16	2	112	14
Entre 30 – 39	192	24	37	4,62	229	28,62
Entre 40 -49	195	24,37	38	4,75	233	29,12
Entre 50 – 59	92	11,50	18	2,25	110	13,75
60 o mas	79	9,87	15	1,87	94	11,75
Total	672	83,99	128	16,01	800	100

La forma clínica de presentación a nódulo único, como se observa en la [tabla 2](#), con más de 55% de los pacientes con esta variedad, es la más sometida a tratamiento quirúrgico.

Tabla 2. Distribución según la forma clínica de presentación

Distribución	No.	%
Eutiroideo	778	97,25
Hipotiroidismo	19	2,37
Hipertiroidismo	3	0,37
Total	800	100

Casi la totalidad de los pacientes como se evidencia en la [tabla 3](#) tenían una función tiroidea normal al momento del diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Menos del 3% de los pacientes eran portadores de una disfunción tiroidea predominando dentro de ella la hipofunción.

Tabla 3. Distribución según función tiroides

Forma Clínica	No.	%
Nodular	441	55,1
Multinodular	354	44,2
Difusa	5	0,7
Total	800	100

Para la clasificación de los tumores según el tamaño se aplicó el método aceptado internacionalmente.

Dividiéndose en: a) < 2cm; b) entre 2 y 4 cm y c) > 4 cm.

El tamaño del tumor, en la estadística general más del 65% de los pacientes están incluidos en la categoría T2, es decir, se trata de un tumor entre 2 y 4 centímetros, puede ser considerado un diagnóstico temprano, los tumores menores de un centímetro al examen físico son imposibles de constatar, y son identificados en exámenes ultrasonográficos realizados con otros fines y considerados incidentalomas tiroideos. ([Tabla 4](#))

Tabla 4. Distribución según el tamaño del tumor

Tamaño (centímetros, cm)	No.	%
Menor 2cm	132	16,5
2-4 cm	530	66,2
> 4cm o menor con extensión mínima	108	13,5
Extensión extraglandular	30	3,8
Total	800	100

En relación a la variedad histológica, más de 86% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente eran portadores de un carcinoma papilar, mientras que el carcinoma indiferenciado ocupó menos 1%. ([Tabla 5](#))

Tabla 5. Distribución según los resultados biopsia en parafina

	No.	%
Biopsia en parafina		
Carcinoma papilar	695	86,8
Carcinoma folicular	58	7,3
Carcinoma medular	17	2,1
Linfoma	23	2,9
Carcinoma indiferenciado	5	0,6
Otras	2	0,2
Total	800	100

DISCUSIÓN

Los resultados referentes a la edad en este trabajo, coinciden con lo postulado por Zafón,⁽⁶⁾ los cuales plantean que la cuarta y quinta década de la vida son las más afectadas, las edades extremas son criterios de riesgo de malignidad, y la consideran un factor de mal pronóstico.

Los pacientes estudiados tenían un promedio de edad de 41,5 años, sin embargo, Burman,⁽⁷⁾ encontró un promedio de edad de 55 años y la sexta década de la vida la más afectada para sus pacientes con 35,9%, incluidos en esta etapa de la vida; Pino V,⁽⁹⁾ en un estudio de 500 pacientes informa una edad promedio de 46 años. Los resultados obtenidos a partir de esta investigación muestran un promedio de edad inferior a los de autores extranjeros; esta situación se estima que esté condicionada por las características de nuestro sistema de salud que permite a las personas tener acceso libre al mismo y de forma gratuita, lo que ayuda a realizar un diagnóstico precoz de cualquier enfermedad.

Otros autores coinciden con lo expuesto donde se informa que de un total de 62 pacientes, 18 pertenecían a dicho grupo. Hubo coincidencia con los expuestos por González,⁽¹¹⁾ quienes obtuvieron que 4 de cada 5 pacientes se encontraban entre los 30 y 59 años de edad, para 79,2%. Al respecto, resulta oportuno señalar que tal situación representa un reto para el sistema de salud, puesto que la población en edad laboral activa es la más afectada por las enfermedades tiroideas.

La distribución por género, muestra que existe un predominio significativo del femenino, que representa más de 83% del universo estudiado, con una relación en general de casi 5 mujeres afectadas por un hombre. Todos los autores consultados coinciden en una incidencia superior en el sexo femenino con relación al masculino. El estudio realizado por Turcios,⁽¹¹⁾ donde de 2401 pacientes estudiados, 1977

pertenecían al sexo femenino (82,4%) y 424 al masculino (17,6%), existiendo una relación de cuatro mujeres por un hombre.

Los nódulos de tiroides en su forma clínica de presentación a nódulo único, es la que con mayor frecuencia requiere tratamiento quirúrgico y a la vez es la que más riesgo tiene de ser una enfermedad maligna, como se informa por diferentes autores entre ellos Hernández V,⁽¹²⁾ quien señala que el nódulo solitario es la forma clínica más, frecuente de presentación de la enfermedad maligna, dato que se correlaciona con los comentados en este estudio.

La forma multinodular, aunque con una más baja incidencia de malignidad, debe ser estudiada cuidadosamente en especial, los nódulos que por sus características detectadas en el ultrasonido presenten riesgos de malignidad, así se recomienda por Asociaciones Científicas de experiencia en el tema.

Es importante agregar que hay autores,⁽⁹⁾ que señalan hasta 50% de malignidad en esta forma de presentación, en el presente estudio se reporta un 44%. Es importante señalar, que en los últimos años el desarrollo tecnológico ha contribuido a disponer de equipos de ultrasonido con alta resolución, capaces de identificar en el parénquima tiroideo lesiones quísticas de 2 mm y sólidas de 3 mm lo que ha incrementado el número de pacientes con lesiones multinodulares no detectables al examen físico.

En este estudio casi la totalidad de los pacientes tenían una función tiroidea normal. Coincidiendo con lo reportado por múltiples autores entre ellos Legra y Pereira,^(4,5) quienes señalan que los pacientes con cáncer tiroideo en raras ocasiones se acompañan de trastornos en la función del órgano.

En la serie del autor de esta investigación, los tres pacientes que eran portadores de un hipertiroidismo el diagnóstico de la enfermedad maligna se realizó después de la cirugía, es decir la indicación de tratamiento quirúrgico estuvo sustentada por la enfermedad funcional y no por la enfermedad tumoral, la que se desconocía en esos momentos, de igual forma es reportada por otros autores como Hernández V.⁽¹³⁾

La enfermedad tumoral se encontraba localizada a la glándula en un elevado porcentaje de pacientes, siendo la extensión extraglandular inferior al 4% coincidiendo con el reporte realizado por Sacos,⁽¹³⁾ en Buenos Aires donde se pudo observar que el 70% eran tumores entre 1cm y 4 cm localizados a la glándula.

Las variedades bien diferenciadas del cáncer de tiroides son las más frecuentes y en específico el tipo papilar según reporta la literatura científica, coincidiendo con los resultados obtenidos en esta investigación.

Según un estudio reportado por Rivera,⁽¹⁴⁾ realizado en Costa Rica reporto el carcinoma papilar es el tipo histológico más frecuente, representado por 71 pacientes para un 75,6%. Coinciden, además, los realizados por Dieza,⁽¹⁶⁾ los cuales estudiaron los pacientes con enfermedad nodular de la tiroides maligna que recibieron tratamiento quirúrgico, siendo el carcinoma papilar la variedad más frecuente.

Otro estudio realizado en Colombia por Wandurraga,⁽¹⁶⁾ obtiene resultados similares siendo las variedades diferenciadas las más frecuente y entre ellas el carcinoma papilar aportando el 75% de los pacientes. Los estudios realizados por Sánchez G,⁽¹⁷⁾ también coincidieron con lo de este trabajo.

El cáncer de tiroides es más frecuente en pacientes relativamente jóvenes y del sexo femenino, la forma clínica es de nódulo solitario, con un tamaño entre 2 y 4cm con función tiroidea normal y el carcinoma papilar es la variedad más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iglesias G, García I, Correa L. Características clínico-epidemiológicas de Pacientes operados de bocio coloide reintervenidos por recidiva. Medisur [Internet]. 2015 [citado 21 /12/2017]; 13(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000500009&lang=es
2. Kim YA, Park YJ. Prevalence and Risk Factors of Subclinical Thyroid Disease. Endocrinol Metab. 2014; 29(1): 20-9. Citado en PubMed; PMID: 3970282.
3. Rezaeian S, Moghimbeigi A, Esmailnasab N. Gender differences in risk factors of congenital hypothyroidism: an interaction hypothesis examination. Int J Endocrinol Metab. 2014; 12(2): e13946. Citado en PubMed; PMID: 2479063.
4. Pereira Despaigne O, Rodríguez Fernández Z, Dorimain PC, et al. Diagnóstico de las afecciones nodulares del tiroides. MEDISAN[Internet]. 2015 [citado 11/01/2018]; 19(6): 786. Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/351>
5. Hernán Tala, Díaz Domínguez JM, et al. Estudio y manejo de nódulos tiroideos por médicos no especialistas. Consenso SOCHED. Rev Med Chile [Internet]. 2017 [citado 11/01/2018]; 145: 1028-37. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/148725>
6. Zafon C, Díez JJ, Galofré JC. Nodular Thyroid Disease and Thyroid Cancer in the Era of Precision Medicine. Eur Thyroid J. 2017; 6(2): 65-74. Citado en PubMed; PMID: 28589087.
7. Burman KD, Wartofsky L. Thyroid Nodules. N Engl J Med [Internet]. 2015 [citado 11/05/2015]; 373(24): 2347-56. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1415786>
8. Pino Rivero V, Pardo Romero G, Trinidad Ruiz G, et al. Cirugía de la Glándula Tiroides. Revisión y Análisis de 500 pacientes consecutivos intervenidos. Acta otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello [Internet]. 2003 [citado 11/01/2018]; 31(4). Disponible en : <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/aoccc/vol-314/otorrino31403-cirurgiaglandula/>
9. Zerpa Y, Vergel MA, Azkoul J, Gil V. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo. Rev Venez Endocrinol Metab [Internet]. 2013 [citado 11/01/2018]; 11(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3755/375540234006.pdf>

10. González DC, Rodríguez A, Bejerano RJ, et al. Caracterización clínico-quirúrgica y anatomopatológica de la enfermedad nodular tiroidea. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado 18/01/2018]; 6(11). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S1029-30192012001100012&lng=es
11. Turcios SE, Yanes M, Cruz J, Rodríguez JC. Actualización de la conducta diagnóstica en el nódulo de tiroides. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2010 [citado 11/01/2018]; 21(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S1561-29532010000300007&lng=es
12. Hernández V. Factores de riesgo asociados a recidiva de carcinoma papilar de tiroides. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2019 [citado 02/01/2020]; 79(1). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162019000100067
13. Saco PA. El cáncer diferenciado de tiroides: experiencia clínica frente a un panorama cambiante. Rev Argent Cirug [Internet]. 2019 [citado 02/01/2020]; 111(1): 5-1. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1003254>
14. Rivera-Meza R. Incidencia y mortalidad del cáncer de tiroides en Costa Rica 1990-2014. Acta Méd Costarric [Internet]. 2018 [citado 02/01/2019]; 60 (3). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022018000300121&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Díez JJ, Oleagab A, Álvarez-Escolál C. Guía clínica para el manejo de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides de bajo riesgo. Endocrinol Nutr [Internet]. 2015 [citado 02/01/2020]; 62(6): 57-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-guia-clinica-el-manejo-pacientes-S1575092215000765>
16. Wandurraga Sánchez E, Marín Carrillo L, Natera Melo A, et al. Características clínica, histopatológicas y terapéuticas del cáncer de tiroides en Colombia: serie de 1.096 pacientes. Rev Colombiana de Endocrinología Diabetes & Metabolismo [Internet]. 2019 [citado 02/01/2020]; 6(1). Disponible en: <http://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/462>
17. Sánchez G, Gutiérrez C, Valenzuela Álex, Tovar JRT. Carcinoma diferenciado de la glándula tiroidea: hallazgos en 16 años de manejo multidisciplinario. Rev Colomb Cir [Internet]. 2014 [citado 20/07/2020]; 29(2): 102-9. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/418>

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés

** Dr. C. Juan Alberto Ortega Peñate Investigador principal de la investigación

*** Dr. Osmar Díaz Alonso Participó en el desarrollo del trabajo y búsqueda de bibliografía.

**** Dr. Jesús Cora Abraham. Participó en el desarrollo del trabajo y búsqueda de bibliografía

***** Dra. Lisett Méndez Fleitas. Participó en la búsqueda de bibliografía

***** Dra. Yoselayne Ortega Rodríguez. Participó en la búsqueda de bibliografía

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ortega Peñate JA, Díaz Alonso O, Cora Abraham J, et al. Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de tiroides. Rev Méd Electrón [Internet]. 2020 Nov.-Dic. [citado: fecha de acceso]; 42(6). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3979/4988>