

CARCINOMA PAPILAR MULTICÉNTRICO DEL TIROIDES

Estudio en el Hospital de San José de Bogotá

Héctor Hugo Rodríguez Marín MD. *, Álvaro Eduardo Granados Calixto MD. **

Resumen

El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es la neoplasia endocrina más frecuente. Parte de sus características es ser multicéntrico y tener gran predisposición para la invasión ganglionar regional. Aún existe controversia acerca de la extensión del procedimiento quirúrgico como terapéutica de elección; las opciones varían desde la resección del lóbulo comprometido hasta la realización de tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central. Quienes apoyan la primera se basan en la menor posibilidad de lesión del nervio laríngeo recurrente, mientras los últimos buscan un mejor control local de la enfermedad.

Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas y reportes de patología de 202 pacientes con diagnóstico de CPT entre 1994 y 2003, llevados a tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central en el Hospital de San José de Bogotá, para determinar si eran multicéntricos en los especímenes quirúrgicos. Los datos de 168 (83%) mujeres y 34 (17%) hombres fueron incluidos, encontrando múltiples focos en 91 (45%), metástasis ganglionares en 131 (64.85%) y combinación de los anteriores en 58 (28.7%). La lesión del nervio laríngeo recurrente se observó en tres pacientes (1.48%), todos ellos hombres. Los datos anteriores sugieren que la realización de tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central permite un mejor control de la enfermedad local con un bajo riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente.

Palabras clave: carcinoma papilar, multicéntrico, tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar central.

Abreviaturas: CPT, carcinoma papilar del tiroides; HSJ, Hospital de San José; BAAF, biopsia por aspiración con aguja fina.

Introducción

El CPT es la patología endocrina maligna más frecuente que en la mayor parte de los casos se manifiesta como una masa asintomática y solitaria, hallazgo inespecífico que también es común en enfermedades benignas de la glándula.^{1,2} Los cánceres de tiroides al igual que las lesiones benignas son más habituales en las mujeres pero presentan mayor agresividad en varones. Los pacientes con CPT por lo regular tienen un pronóstico excelente²

y la mortalidad específica a diez años es del 5%. Sin embargo, la recurrencia depende del tiempo de seguimiento y el riesgo aumenta del 20% a los 10 años, a cerca del 30% a los 30 años después del tratamiento inicial.

Existe un subgrupo de pacientes en los cuales el pronóstico es pobre y los factores que así lo determinan son los tumores mayores de cuatro centímetros, edad mayor de 45 años, extensión extratiroidea y presencia de metástasis. La mortalidad publicada por las clínicas Mayo y Lahey en el grupo de bajo riesgo es cerca del 2%, mientras que en el de alto riesgo puede ser hasta de el 46%.^{3,4}

Dentro de las ayudas diagnósticas disponibles se encuentran la ecografía, la gammagrafía que en

Fecha recibido: enero 24 de 2006

Fecha aceptado: marzo 23 de 2006

* Servicio de cirugía general, sección de cirugía de cuello, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá D.C. Colombia.

** Profesor Asistente FUCS, Cirujano del servicio de cirugía general del Hospital de San José. Coordinador de residentes de cirugía general.

la actualidad no se utiliza en forma sistemática para la evaluación de nódulos tiroideos, la tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética, que constituyen las pruebas de elección en la valoración de pacientes con CPT para determinar la extensión subesternal, la invasión de estructuras contiguas y las adenopatías metastásicas.² La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es un método no quirúrgico sencillo que permite obtener un diagnóstico tisular. Su sensibilidad y especificidad están bien documentadas y ambas son superiores al 90%.⁵

La piedra angular del tratamiento de esta entidad consiste en la resección quirúrgica.² Aún existe controversia con respecto a si el CPT debe manejarse en forma conservadora o con resección total de la glándula.^{2,6} Mazzaferri y Chiang⁶ en su estudio de seguimiento a 30 años favorecen la realización de tiroidectomía total y ablación ganglionar central, apoyados en la capacidad multicéntrica (presencia de focos de carcinoma en sitios diferentes al primario dentro del parénquima glandular) que llega al 30%, en su carácter linfotropo^{2,6} pues hay metástasis ganglionares microscópicas evidentes en el 90% de los especímenes² y en el aumento del riesgo de recurrencia total en caso de no realizarse dicha intervención.^{6,7}

En oposición al procedimiento anterior y a favor de uno menos extenso, como la lobectomía, se argumenta que existe un mayor riesgo de lesión bilateral del nervio laríngeo recurrente con obstrucción secundaria de la vía respiratoria y de hipocalcemia permanente, puntos que no se justifican por un mejor control de la enfermedad.⁸ Las decisiones terapéuticas deben individualizarse a partir de un cuidadoso análisis de los riesgos y beneficios. El servicio de cirugía de cuello del HSJ adoptó como protocolo de manejo para pacientes con CPT la tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central, sin que hasta el momento se haya hecho análisis acerca de focos multicéntricos encontrados en nuestros pacientes.

Materiales y métodos

El presente es un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron los registros del servicio de patología del HSJ entre los años de 1994 y 2003, tomando en cuenta aquellos cuyo espécimen quirúrgico fuera tiroidectomía total. Después se eligieron los procedimientos de tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central con diagnóstico histopatológico definitivo de CPT, anotando los datos correspondientes al paciente, tamaño tumoral, múltiples focos, invasión, tipo histológico, presencia de metástasis y número de historia clínica. Se obtuvieron en los registros médicos de cada paciente la edad, anamnesis, tiempo de evolución, pruebas de función tiroidea y evolución post-operatoria, para determinar la existencia de lesión del nervio laríngeo recurrente. Con una frecuencia esperada del 30% y una confiabilidad del 95% se hizo un cálculo de tamaño de la muestra de 202 pacientes. Del total de registros recogidos se excluyeron 28 historias clínicas por datos incompletos o ilegibles, así como los casos en los cuales se diagnosticó recidiva tumoral después de un procedimiento diferente a la tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central.

Resultados

Las estadísticas de la muestra conformada por 202 pacientes a los que se les realizó tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central entre los años de 1994 y 2003 en el HSJ, muestran un total de 168 mujeres (83.1%) con edad promedio de 41.4 años y desviación estándar de 12,3 años; mientras los hombres reportaron una edad promedio de 40.2 y una desviación de 11,3. En cuanto al tiempo promedio de evolución de los síntomas en meses, para las mujeres fue de 8,4 y los hombres de 8,8; en relación con el tamaño tumoral, fue similar en los dos grupos, con promedio de 2,1 cms. (**Tabla 1**).

Teniendo en cuenta la sintomatología se encontró la presencia de masa en la región cervical en 201

Tabla 1. Resumen de estadísticas descriptivas para edad, tiempo de evolución y tamaño tumoral, según el sexo

| SEXO | Estadísticas | EDAD | Tiempo de evolución (meses) | Tamaño tumoral (cm) |
|---------|---------------------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| Hombres | No. de pacientes | 34 | | |
| | Promedio (Desv. estándar) | 40,2 (11.3) | 8,8 (6.7) | 2,0 (1.3) |
| Mujeres | No. de pacientes | 168 | | |
| | Promedio (Desv. estándar) | 41,4 (12.3) | 8,4 (7.4) | 2,1 (1.2) |
| Total | No. de pacientes | 202 | | |
| | Promedio (Desv. estándar) | 41,2 (12.1) | 8,5 (7.3) | 2,1 (1.2) |

pacientes, de los cuales 24 también presentaron síntomas obstructivos del tracto respiratorio o digestivo. Al evaluar la localización multicéntrica en las piezas quirúrgicas se halló en 91 especímenes (45%); además, se reportó en 131 piezas metástasis ganglionares (64.9%).

Al relacionar aspectos como edad, tamaño tumoral, tiempo de evolución, sexo, resección completa, presencia de masa, síntomas obstructivos de la vía aérea o del tracto digestivo, invasión capsular o vascular y metástasis ganglionares con presenta-

ción multicéntrica, no se encontró ninguna relación significativa desde el punto de vista estadístico. (**Tabla 2**).

El análisis bivariado de los aspectos prequirúrgicos demostró que ninguno de ellos era un factor protector o de riesgo para la presencia de focos multicéntricos con un nivel de confianza del 95% (**Figura 1**); lo cual también se observó con el análisis global de todas las variables con respecto a la localización multicéntrica con el mismo nivel de confianza (**Figura 2**).

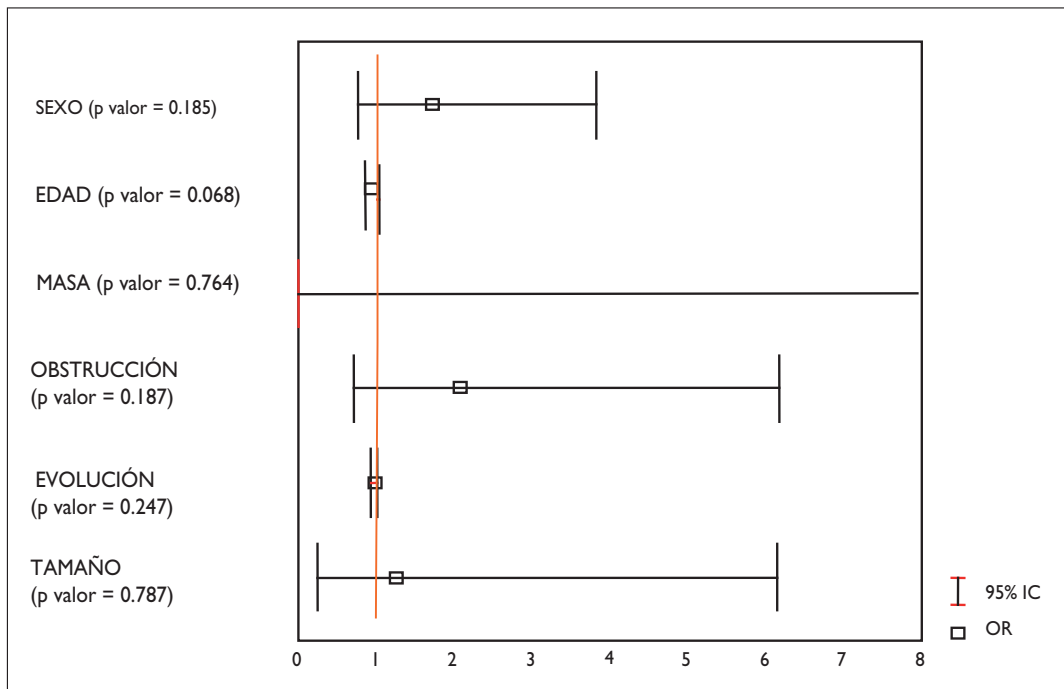


Figura 1. Análisis de las características prequirúrgicas con respecto a la localización multicéntrica.

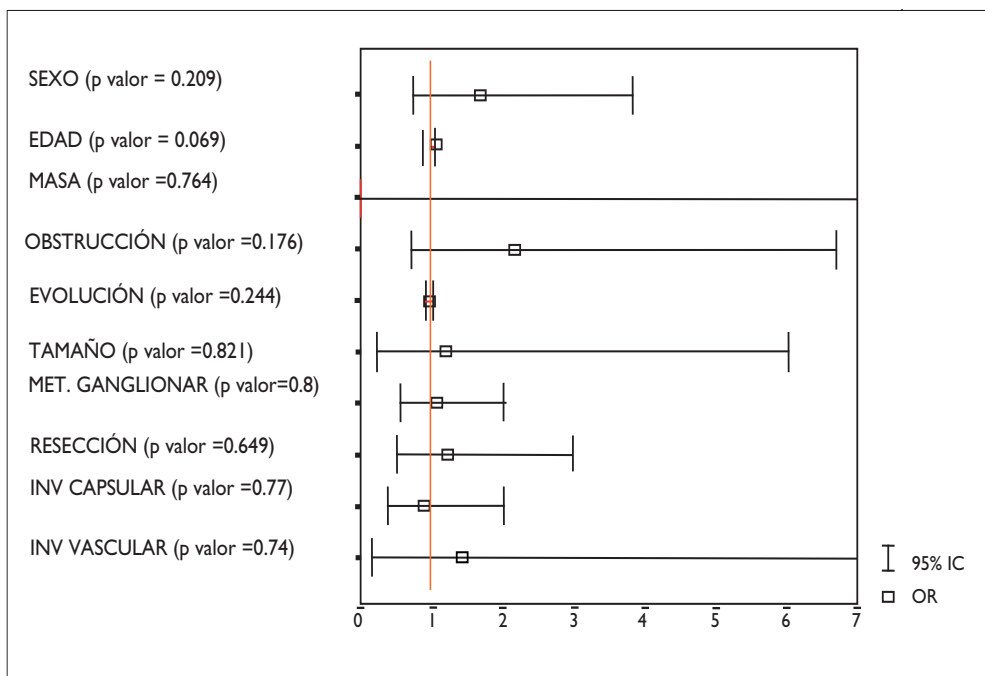


Figura 2. Análisis de variables pre y post quirúrgicas con respecto a focos multicéntricos.

Discusión

Algunas de las características biológicas del CPT están dadas por la presencia de focos multicéntricos y su gran afinidad por la invasión ganglionar, lo cual ha permitido que se establezca gran controversia acerca del procedimiento quirúrgico de elección en esta patología.^{2,6}

Aunque se han establecido algunos indicadores predictivos de evolución desfavorable como lo son el “AGES” (acrónimo de edad [age], grado, extensión extracapsular y tamaño [size]),^{4,9} el “AMES” (acrónimo de edad [age], metástasis, extensión extracapsular y tamaño [size])¹⁰ y el “MACIS” (acrónimo de metástasis, edad [age], complementariedad de la resección, invasión local y tamaño [size]),¹¹ en todos ellos solo se conoció la edad del paciente y el tamaño tumoral en el preoperatorio dejando la determinación de los demás factores al estudio de la pieza quirúrgica por parte del patólogo en el postoperatorio, lo cual no permite establecer la extensión quirúrgica requerida para lograr el control local completo de la enfermedad. De hecho, es posible que en el caso de realizar una lobectomía el

estudio patológico reporte la presencia de invasión extracapsular o local, dejando abierta la necesidad de considerar un segundo procedimiento quirúrgico para complementar la resección tumoral, con toda la morbilidad derivada del mismo.

Las anteriores son las razones en las que se basan algunos autores⁶ para la realización de procedimientos como tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central, en el cual se obtiene la resección de los posibles focos multicéntricos y de metástasis ganglionares en un solo procedimiento quirúrgico, conducta que se ha asumido como protocolo de manejo en los pacientes de nuestra institución con diagnóstico de CPT. Algunos estudios reportan la mayor posibilidad de recurrencia de la enfermedad cuando se realizan procedimientos diferentes a la tiroidectomía total⁶ y el seguimiento y detección de recidiva tumoral con mediciones de tiroglobulina plasmática es más confiable al no existir tejido tiroideo remanente.¹² La lesión del nervio laríngeo recurrente se observó en tres pacientes (1.48%) todos ellos hombres, siendo esta una paresia transitoria en dos y lesión definitiva en uno.

Tabla 2. Características clínicas y patológicas según la localización multicéntrica

| Multicéntrico | | | |
|------------------------------|----------------|-----------------|---------|
| | Si (n=91) | No (n=111) | p valor |
| Variables | | | |
| Edad | 43+/-13.6 | 39.7+/-10.6 | 0.058 |
| Tamaño | 2.2+/-1.4 | 2.0+/-1.1 | 0.470 |
| Tiempo de evolución | 8.2+/-7.3 | 8.7+/-7.3 | 0.611 |
| Sexo | | | |
| Masculino | 11 (12%) | 23 (21%) | 0.131 |
| Femenino | 80 (88%) | 88 (79%) | |
| Resección total | | | |
| Si | 79 (86%) | 94 (85%) | 0.668 |
| No | 12 (14%) | 17 (15%) | |
| Presencia masa | | | |
| Si | 91 (100%) | 110 (99%) | >0.999 |
| No | | 1 (1%) | |
| Obstrucción | | | |
| Si | 14 (15%) | 10 (9%) | 0.193 |
| No | 77 (85%) | 101 (91%) | |
| Invasión capsular | | | |
| Si | 15 (16%) | 17 (15%) | 0.848 |
| No | 76 (84%) | 94 (85%) | |
| Invasión vascular | | | |
| Si | 2 (2%) | 2 (2%) | >0.999 |
| No | 89 (98%) | 109 (98%) | |
| Metástasis ganglionar | | | |
| Si | 58 (64%) | 73 (66%) | 0.769 |
| No | 33 (36%) | 38 (34%) | |

Los resultados del presente estudio sugieren que el tratamiento de elección es la tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central, pues no se encontró relación alguna como factor protector o de riesgo con las variables estudiadas y la presencia de focos multicéntricos o invasión ganglionar. De haber realizado una intervención menor, la probabilidad de focos multicéntricos remanentes e invasión ganglionar se hubiese encontrado en más de la mitad de los casos.

El argumento de quienes se oponen al procedimiento se basa en el mayor riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente con la consecuente obstrucción de la vía aérea y el aumento de la posibilidad de hipocalcemia.⁸ Sin embargo, en el presente estudio se presentó lesión del nervio en tres pacientes, siendo definitiva en solo uno de ellos. A pesar de los resultados actuales que avalan el protocolo terapéutico, en el servicio de cirugía de cuello es necesaria la realización de estudios analíticos posteriores que confirmen los hallazgos encontrados.

Referencias

1. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, Menck HR. A National Cancer Data Base report on 53.856 cases of thyroid carcinoma treated in the U.S., 1985-1995. *Cancer*. 1998 Dec 15;83(12):2638-48.
2. Boone RT, Fan CY, Hanna EY. Well-differentiated carcinoma of the thyroid. *Otolaryngol Clin North Am*. 2003 Feb;36(1):73-90.
3. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 1988 Dec;104(6):947-53.
4. Hay ID, Grant CS, Taylor WF, McConahey WM. Ipsilateral lobectomy versus bilateral lobar resection in papillary thyroid carcinoma: a retrospective analysis of surgical outcome using a novel prognostic scoring system. *Surgery*. 1987 Dec;102(6):1088-95.
5. Boyd LA, Earnhardt RC, Dunn JT, Frierson HF, Hanks JB. Preoperative evaluation and predictive value of fine-needle aspiration and frozen section of thyroid nodules. *J Am Coll Surg*. 1998 Nov;187(5):494-502.
6. Mazzaferri EL, Jhiang SM. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. *Am J Med*. 1994 Nov;97(5):418-28.
7. Beasley NJ, Lee J, Eski S, Walfish P, Witterick I, Freeman JL. Impact of nodal metastases on prognosis in patients with well-differentiated thyroid cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002 Jul;128(7):825-8.
8. Ogren FP. Under most circumstances, thyroid lobectomy is appropriate for low-risk patients with papillary cancer of the thyroid. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Apr;127(4):461-2.
9. Hay ID. Papillary thyroid carcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1990 Sep;19(3):545-76.
10. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 1988 Dec;104(6):947-53.
11. Hay ID, Bergstralh EJ, Goellner JR, Ebersold JR, Grant CS. Predicting outcome in papillary thyroid carcinoma: development of a reliable prognostic scoring system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989. *Surgery*. 1993 Dec;114(6):1050-7; discussion 1057-8.
12. Cohen EG, Tuttle RM, Kraus DH. Postoperative management of differentiated thyroid cancer. *Otolaryngol Clin North Am*. 2003 Feb;36(1):129-57.

