

RECURRENCIA DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN PACIENTES TIROIDECTOMIZADOS DEL SERVICIO AUTÓNOMO ONCOLÓGICO DEL ESTADO LARA

*Carlos Caldera *Frank Mendoza

RESUMEN

Con el objetivo de describir las recidivas de carcinoma papilar de tiroides (CPT) en pacientes tiroidectomizados atendidos en el Servicio Autónomo Oncológico del estado Lara, se realizó un estudio descriptivo transversal de recolección retrospectiva de datos de 140 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de CPT registrados durante el lapso 2006-2017. Los pacientes incluidos se caracterizaron por un promedio de edad de $46,67 \pm 13,94$ años, siendo los más afectados los grupos de 41-50 años y 51-60 años; se observó un predominio del sexo femenino (86,33%). La intervención quirúrgica más realizada en estos pacientes fue la tiroidectomía total (44,29%) y tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar (41,43%); 35,71% de los pacientes recibieron Iodo-131 como tratamiento adyuvante. El porcentaje de recidivas fue de 4,29%, siendo las recidivas más frecuentes la local y regional (33,33%, respectivamente); 66,67% de los casos de recidiva aparecieron en los primeros 5 años. De los pacientes con recidivas, 50% se les practicó tiroidectomía total y recibieron Iodo-131. Con estos resultados se aporta información epidemiológica actual sobre el CPT en nuestro centro con el fin de contribuir en la preparación de los servicios de cirugía y oncología para la atención de este grupo de pacientes.

Palabras clave: neoplasias de la tiroides, tiroidectomía, recurrencia, ganglios linfáticos, yodo

RECURRENCE OF PAPILLARY CARCINOMA OF THYROID IN THYROIDECTOMIZED PATIENTS FROM THE AUTONOMOUS ONCOLOGICAL SERVICE OF LARA STATE

ABSTRACT

With the aim of describing the recurrences of papillary thyroid carcinoma in thyroidectomized patients treated at the Autonomous Oncology Service of Lara State, a cross-sectional descriptive retrospective study was conducted examining 140 medical records of patients with a diagnosis of papillary thyroid carcinoma registered during the period 2006-2017. Patients had an average age of 46.67 ± 13.94 years, being the most affected the 41-50 years and 51-60 years groups (26.43%, respectively); a predominance of females was observed (86.33%). The most performed surgical intervention was total thyroidectomy (44.29%) and total thyroidectomy with lymph node dissection (41.43%). Likewise, 35.71% received Iodine-131 as adjuvant treatment. The percentage of recurrences was 4.29%, being the most frequent local and regional with a prevalence of 33.33%, respectively; in addition, 66.67% of recurrences appeared during the first 5 years; 50% of these patients underwent total thyroidectomy and received Iodine-131. With these results, current information is provided in order to contribute to the preparation of surgical and oncological services for the care of cases of papillary thyroid carcinoma. It is important to maintain oncological follow-up in order to evaluate the evolution and prognosis of the different types of recurrences according to the place of appearance.

Key words: thyroid neoplasms, thyroidectomy, recurrence, lymph nodes, iodine

*Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela. [correo electrónico del autor principal: carloscaldera527@gmail.com](mailto:correo_electrónico_del_autor_principal_carloscaldera527@gmail.com)

Recibido: 27/05/2019
Aceptado: 05/11/2019



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de tiroides es el tumor de cabeza y cuello más frecuente. De hecho, el tratamiento es eminentemente quirúrgico. Para el caso particular de los pacientes con cáncer de tiroides, una de las principales consecuencias que afectan al paciente y su entorno son las complicaciones quirúrgicas y la recurrencia ya que la supervivencia es prolongada y ya se ha demostrado el poco impacto de cualquier intervención sobre la mortalidad específica^(1,2).

La incidencia de este tumor ha aumentado progresivamente en los últimos años, debido al aumento del diagnóstico precoz, como resultado del uso generalizado del ultrasonido. A pesar de su alta incidencia, la supervivencia se ha mantenido estable en las últimas décadas^(3,4).

La acuciosidad, métodos a emplear y tiempo de seguimiento deberá establecerse de acuerdo al estadio clínico al diagnóstico (TNM) y el consiguiente riesgo de recurrencia de la enfermedad. Sin embargo, es importante recalcar la alta tasa de recaída, principalmente a nivel de ganglios regionales y con menos frecuencia a nivel pulmonar⁽⁵⁾.

Con el objetivo de determinar las características de los pacientes tiroidectomizados con recidiva del CPT que asistieron al Servicio Autónomo Oncológico del estado Lara, durante el lapso 2006-2017, se realizó la siguiente investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para dar inicio a la investigación se solicitó la autorización al Departamento de Cirugía General y Servicio Autónomo Oncológico (SAO) del estado Lara con la finalidad de plantear los objetivos del estudio. Posteriormente, se seleccionaron 140 historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar carcinoma

papilar de tiroides registrados durante el lapso 2006-2017 y en seguimiento por el SAO.

Se diseñó el instrumento de recolección de datos con el propósito de obtener los datos de una fuente secundaria como es la historia clínica; los datos requeridos fueron edad, sexo, tipo de intervención quirúrgica, tratamiento adyuvante, tipo de recidiva y tiempo de aparición de la recidiva.

Se procedió a registrar y procesar la información en el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 18.0 de acuerdo a los objetivos planteados los cuales fueron tabulados y presentados en cuadros.

RESULTADOS

Del total de pacientes con carcinoma papilar registrados en Servicio Autónomo Oncológico del estado Lara (SAO) durante el lapso 2006-2017, se encontró que 26,43% pertenecen al grupo etario de 41-50 años y 51-60 años respectivamente, seguido del rango de 31-40 años con 22,86% y en tercer lugar el grupo de 21-30 años con 10,71%; el promedio de edad del grupo fue de $46,67 \pm 13,94$ años (cuadro 1). En relación al sexo, se observó un predominio del femenino con 86,33% mientras el masculino correspondió a un 13,57%.

Grupos de Edad (Años)	Nº	%
≤20	1	0,71
21-30	15	10,71
31-40	32	22,86
41-50	37	26,43
51-60	37	26,43
61-70	10	7,14
71-80	5	3,57
≥81	3	2,14
Total	140	100

Cuadro 1. Distribución de los casos de carcinoma papilar de tiroides según grupos de edad. Servicio Autónomo Oncológico del estado Lara.

En el cuadro 2 se describen los tipos de intervención realizadas a los pacientes con carcinoma papilar de tiroides, obteniendo como el más frecuente la tiroidectomía total con 44,29%, luego le sigue en importancia la tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar (41,43%). Por otra parte, con menor porcentaje se realizó tiroidectomía total más disección radical modificada (5,71%) y lobectomía (5%). El 35,71% de los pacientes incluidos en el estudio recibieron Iodo-131 como tratamiento adyuvante.

Tipo de Intervención	Nº	%
Tiroidectomía Total (TT)	62	44,29
TT + vaciamiento ganglionar	58	41,43
TT + disección radical modificada	8	5,71
Lobectomía	7	5,00
Lobectomía + ismectomía	3	2,14
Lobectomía + vaciamiento ganglionar	1	0,71
Resección en bloque de tumor de tiroides en hemicuello	1	0,71
Total	140	100

Cuadro 2. Tipo de intervención realizada en pacientes con carcinoma papilar de tiroides. Servicio Autónomo Oncológico del estado Lara.

Con respecto a las recidivas, estas fueron observadas en el 4,29% de los pacientes. Entre las características de las recidivas se puede observar que 33,33% fueron locales y regionales, respectivamente; 66,67% de las recidivas aparecieron entre 1 a 5 años posteriores a la intervención quirúrgica.

El 50% de los pacientes con recidivas tenían como antecedente una tiroidectomía total, 33,33% tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar y 16,67% tiroidectomía total más disección radical modificada. Además, el 50% de ellos recibieron tratamiento adyuvante con Iodo-131 (cuadro 3).

DISCUSIÓN

El carcinoma papilar de tiroides es un tumor que ha presentado un aumento en su incidencia en los últimos tiempos; sin embargo, MacDermott *et al*⁽⁶⁾ mencionan que existe un gran espectro de pacientes con este tipo de cáncer tiroideo y, dentro de estos, la gran mayoría presenta baja morbi-mortalidad, ya que suelen presentar una sobrevida a 10 años de más de 90% y una tasa de recurrencia de enfermedad de aproximadamente de 30%.

Tratamiento quirúrgico	Nº	%
Tiroidectomía Total (TT)	3	50
TT + vaciamiento ganglionar	2	33,33
TT + disección radical modificada	1	16,67
Adyuvante (Iodo-131)		
Si	3	50
No	3	50

Cuadro 3. Tratamiento quirúrgico y adyuvante recibido en pacientes con recidiva de carcinoma papilar de tiroides. Servicio Autónomo Oncológico del estado Lara.

Los datos en relación a los grupos etarios más afectados y el género se pueden comparar con los obtenidos por diferentes autores como López y Girón⁽⁷⁾ quienes muestran en su estudio un promedio de edad de 47,69 años con una relación femenino/masculino de 6:1. También, Sitges *et al*⁽⁸⁾ describen que de 137 pacientes intervenidos, 76,64% son mujeres con una edad media de 48 años y Wu *et al*⁽⁹⁾ encuentran que la mayoría de los pacientes en su estudio eran mujeres (71,67%) pero con una edad media menor, siendo esta de 38 años. Al igual que lo publicado en la literatura internacional, los datos obtenidos en los pacientes estudiados revelan que el carcinoma papilar de tiroides es más frecuente en el sexo femenino y en mayores de 40 años.

Siguiendo el orden de los objetivos, es de interés asegurar que el tratamiento quirúrgico que se realiza sea el adecuado a cada paciente. De hecho, Expósito⁽¹⁰⁾ señala que se puede estar aplicando un sobretratamiento cuando se realiza la disección profiláctica del compartimento central, con el consiguiente aumento de morbilidad que este tipo de disección implica. Por el contrario, el hecho de no realizar dicha disección puede llevar a no ser lo suficientemente agresivos y a no extirpar todo el tejido tumoral, lo cual puede afectar la recurrencia o persistencia de la enfermedad e incluso el pronóstico y supervivencia del enfermo. Por todo ello, es comprensible que el manejo de esta patología debería ser el de intentar personalizar el diagnóstico y tratamiento con la finalidad de llegar a una correcta estadificación. De este modo se podría aplicar un tratamiento ajustado a cada paciente sin aumentar riesgos innecesarios, pero asegurando una resección completa del tejido tumoral.

En este contexto, para decidir la cirugía que se va a realizar se debe evaluar la extensión del tumor primario (manejo local) y la presencia de metástasis en los linfonodos cervicales (manejo regional). De este modo, González y Mosso⁽¹¹⁾ aseveran sobre la necesidad de una tiroidectomía total en todos los pacientes, lo cual ha sido ampliamente debatida. Sin embargo, en el presente estudio se evidencia que la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia fue la tiroidectomía total (44,29%), pero también se realizó tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar (41,43%).

Tal como lo menciona MacDermott *et al*⁽⁶⁾, las ventajas de esta intervención incluyen la disminución de la recurrencia local posibilitando el tratamiento con yodo radioactivo para el manejo de la enfermedad microscópica y permitiendo realizar un seguimiento con tiroglobulina. Estos autores también informan

que la necesidad de dar tratamiento postoperatorio depende del grupo de riesgo en el que se clasifique al paciente. Los pacientes de bajo riesgo no se benefician de la ablación con Iodo-131 y no requieren rastreo postoperatorio ni supresión de la TSH. En cambio, los pacientes de riesgo intermedio y alto requieren ablación con yodo radiactivo.

El seguimiento en pacientes considerados libres de enfermedad está dirigido a detectar tempranamente las eventuales recidivas y poder así ofrecer tratamientos con limitada morbilidad tal como lo expresa Granados *et al*⁽¹²⁾. Asimismo, Hurtado *et al*⁽¹³⁾ en la Clínica de Tiroides del Hospital General de México realizan desde hace 14 años, tiroidectomía total complementada con yodo radiactivo y hormonoterapia tiroidea supresiva en todos los pacientes referidos para tratamiento primario de cáncer papilar de tiroides, informando recidiva en 9,6% de los pacientes, con un tiempo de recurrencia promedio de $46,48 \pm 4,04$ meses.

Ahora bien, López y Girón⁽⁷⁾ confirman en su estudio que la tiroidectomía total con o sin vaciamiento presentó mayor protección contra recidiva, con un OR de 0.2 ($p=0.033$), lo que concuerda con la literatura mundial. La recidiva general se observó en 40,8% de pacientes con un promedio de aparición de 44,29 meses posterior al primer diagnóstico. En el presente estudio, se reportó una menor frecuencia siendo ésta de 4,29%; estas recidivas se caracterizaron por ser de localización local y regional en el 33,33% de los casos, respectivamente; 66,67% de los casos se reportaron entre 1 a 5 años posteriores a la intervención quirúrgica. Además, en 50% de los casos la intervención fue tiroidectomía total y 33,33% tiroidectomía total más vaciamiento ganglionar; igualmente, 50% de los pacientes con recidiva recibió Iodo-131. En el estudio de Zúñiga y Sanabria⁽¹⁴⁾ publican que en los pacientes con recidiva 91,9% de ellos se realizó algún tratamiento tipo cirugía (68,4%),

iodoterapia (27,2%) o radioterapia (4,4%). Por su parte, Hurtado *et al*⁽¹³⁾ indican que en todas las clasificaciones la recurrencia se manifiesta predominantemente con metástasis regionales (60%) y que las recidivas locales tardaron más tiempo en manifestarse que las regionales. A su vez, Sitges *et al*⁽⁸⁾ reportan 13 lugares de recidiva en 9% de los pacientes, todos ellos tratados con I-131 a los 60 meses de la tiroidectomía (2 en tejidos blandos, 11 en el compartimento lateral).

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que en general los pacientes con carcinoma papilar presentan una baja tasa de recidiva, presentando mayor riesgo las mujeres con respecto a los hombres y aquellos pacientes entre la cuarta y quinta década de la vida; la tiroidectomía total representa la mejor opción para evitar la recidiva sin embargo es necesario continuar estudios de seguimiento por un mayor lapso de tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Cancer Society. (2013). Cancer Facts & Figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society.
2. American Thyroid Association (ATA). Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19:1167-1214.
3. Cameselle J, Sobrinho M. Carcinoma papilar de la glándula tiroides. Problemas en el diagnóstico y controversias. *Rev Esp Patol* 2003; 36(4): 373-382.
4. Haugen B, Alexander E, Bible K, Doherty G, Mandel S, Nikiforov Y, *et al*. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016; 26:1-133.
5. Morris L, Sikora A, Tosteson T, Davies L. The increasing incidence of thyroid cancer: the influence of access to care. *Thyroid* 2013; 23(7): 885-91.
6. MacDermott M, Gauna A, De Yampey J. Impacto del compromiso ganglionar en el pronóstico y la evolución del carcinoma papilar de tiroides. *Rev argent endocrinol Metab* 2017; 54(2): 51-63.
7. López C, Girón K. (2011). Sobrevida en pacientes con Cáncer Papilar de Tiroides que han recibido tratamiento en la Clínica de Tiroides del Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Rosales. Informe final presentado para optar al Título de Especialista en Medicina Interna. Universidad en el Salvador.
8. Sitges A, Lorente L, Cáceres M, Mateu G, Sancho J. Paratiroidectomía accidental en la tiroidectomía con vaciamiento ganglionar central. *Cir Esp* 2014; 92:21.
9. Wu M, Shen W, Gosnell J, Duh Q. Prognostic significance of extranodal extension of regional lymph node metastasis in papillary thyroid cancer. *Head Neck* 2015; 37(9): 1336-43.
10. Expósito A. (2016). Ganglio Centinela en la Metástasis Ganglionar por Carcinoma Papilar de Tiroides: Validez Diagnóstica y Aplicación en la Práctica Clínica. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco. España
11. González H, Mosso L. Cáncer Papilar de Tiroides: Visión Actual. *Boletín de la escuela de medicina* 2006; 31(2): 87-91.

12. Granados M, León A, Guerrero F, Taissoun Z. Cáncer diferenciado de tiroides: una antigua enfermedad con nuevos conocimientos. Gaceta Médica de México 2014; 150: 65-77.
13. Hurtado-López L, Melchor-Ruan J, Basurto-Kuba E, Montes de Oca-Durán E, Pulido-Cejudo A, Athié-Gutiérrez C. Recurrencia del cáncer papilar de tiroides con tiroidectomía total y terapia adyuvante o con cirugía limitada en grupos de bajo riesgo. Cir Cir 2011; 79: 118-125.
14. Zúñiga S, Sanabria A. Complicaciones y recurrencia en el tratamiento del carcinoma papilar de tiroides Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología. Rev Colomb Cir 2007; 22(3): 166-174.