



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. Abril 2008; 12(1):

ARTICULO ORIGINAL

Incidencia del cáncer de tiroides en la consulta central de tiroides, últimos nueve años en Pinar del Río

Incidence of cancer in the thyroid gland. Its behaviour at central medical consultation during 1998-2007 Pinar del Rio

Gladys Iglesias Díaz ¹, Alfredo E. Lau López ², Iván García García ³.

¹ Dra. Especialista de primer grado de la cátedra de cirugía general. Profesora auxiliar. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

² Dr. Especialista de primer grado de la cátedra de Cirugía general. Profesora auxiliar. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

³ Dr. Iván García García. Especialista de primer grado de la cátedra de Cirugía general. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional clínico de caso paciente, retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, en un universo de 679 enfermos intervenidos quirúrgicamente por afecciones de la glándula tiroides en " Hospital León Cuervo Rubio" , para evaluar la frecuencia con que se presenta el cáncer de tiroides en la consulta central de tiroides de Pinar del Río. Durante los últimos nueve años, se seleccionó una muestra de 104 portadores de cáncer de tiroides diagnosticados por la biopsia por parafina en el departamento de Anatomía patológica del mismo Hospital, entre los años 1999 al 2007. Se procesaron variables cualitativas y cuantitativas como número de casos por año, variedad histológica y otras, y se representaron en tablas y gráficos, se determinó que el 15% del universo sufre de cáncer de tiroides. El carcinoma bien diferenciado fue la variedad histológica que predominó (96 %), en ocasiones se asociaban con otras enfermedades, predominando la tiroiditis de Hashimoto, el indiferenciado toma valores por encima de lo normal con el 3,8 %, se refiere un caso de carcinoma folicular el resto se representa por la variedad papilar,

Palabras clave: Glándula tiroides, cáncer.

ABSTRACT

A clinical, retrospective, descriptive, cross-sectional case report study was carried out at "Leon Cuervo Rubio" General Hospital, taking a total of 679 patients who underwent a surgery of thyroid gland during the last 9 years. A sample of 104 patients who suffered from cancer of the thyroid was selected - being this corroborated by means of paraffin wax biopsies. These biopsies were performed at the Department of Anatomy in the institution during 1999-2007. Qualitative and quantitative variables and the figures of cases per year were processed, histological variety and other items were represented in tables and charts. 15% of the total of patients suffered from cancer of thyroid, histologically the differentiated carcinoma prevailed (96%), and sometimes it was associated with other diseases, mainly Hashimoto's Thyroiditis. The values of the undifferentiated carcinoma were over the normal (3, 8%), referring to a follicular one, the rest was represented for the papillary variety.

Key words: Thyroid gland, cancer

INTRODUCCIÓN

El cáncer de tiroides es el más frecuente de todos los canceres endocrinos (90% de ellos), pero constituye solo el 2% de todos los canceres del mundo, incluyendo los cutáneos (1-4). Según la OMS existen variedades dentro de este: Papilar, Folicular,

Medular, Anaplásico y otros.⁵⁻⁸ La variedad que mayormente se presenta es el carcinoma papilar, que se caracteriza por:

- Buena evolución.
- Crecimiento lento.
- Metastiza a cerebro, hueso y pulmón.
- Sensible al Iodo radiactivo.
- Mayor incidencia en mujeres

La frecuencia del cáncer de tiroides va en aumento de manera alarmante,⁹⁻¹⁴ el **problema** está dado en comprobar si en la provincia está en aumento, la morbilidad de esta neoplasia aparece sobre todo en pacientes jóvenes y activos. Existen factores que favorecen su aparición y se sugieren por algunos autores como recomendaciones para prevenir el cáncer de tiroides y otros a diferentes niveles del cuerpo.¹⁵⁻¹⁷

1. Evitar radiaciones de todo tipo (incluyendo radiografías) sobre todo en la infancia y adolescencia
2. Dieta con adecuados niveles de iodo.
3. Dieta rica en frutas y vegetales, en particular aquellos ricos en selenio, beta carotenos, vitamina C y E.
4. Lograr peso normal a través de una dieta pobre en grasas y azúcares refinadas, rica en fibras dietéticas y el ejercicio regular.
5. Evitar el consumo de alcohol.

La consulta central fue creada hace 20 años, y cuenta con una junta semanal donde el promedio de casos vistos es de unos 20 enfermos y un turno quirúrgico semanal, en el que se intervienen alrededor de 3 enfermos , sin incluir en estos las reintervenciones por parafina positivas, lo que ha hecho posible lograr experiencia en el tema y proceder quirúrgico para evaluar la frecuencia con que se presenta el cáncer de tiroides en la consulta central de tiroides de Pinar del Río, de 1999 al 2007.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional clínica de caso paciente, descriptiva y de corte transversal de los enfermos operados en el período comprendido entre los años 1999 - 2007, en Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio". Se tomaron como universo 679 enfermos operados por afecciones de la glándula tiroides, se seleccionó una muestra de 104 pacientes que según el Departamento de Anatomía Patológica, en la biopsia por parafina luego de intervención quirúrgica resultaron ser positivos de carcinoma de la glándula tiroides. Como criterio de inclusión: portadores de afecciones quirúrgicas de tiroides, tratados en las consultas centrales y operados en este servicio, previo consentimiento informado. Como criterio de exclusión: Los que aún están bajo

observación y tratamiento médico y no se ha determinado si deben o no ser intervenidos quirúrgicamente.

Se analizaron como variables cuantitativas y cualitativas (número de casos por año, variedad histológica) obtenidos por métodos empíricos de recoger información (mini-historias clínicas, exámenes complementarios y examen físico).

Todos ellos fueron procesados y se les realizó el análisis estadístico porcentual los resultados llevados a tablas o gráficos, se respetó la privacidad del paciente y solo se tomaron aquellos que estaban de acuerdo de ser incluidos en la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las afecciones de tiroides. Hospital León Cuervo Rubio. Pinar del Río.1999 - 2007.

Enfermedades	No.	%
Bocio coloide nodular	335	49,3
Cáncer de tiroides	104	15,3
Adenoma folicular	88	12,9
Tiroiditis de Hashimoto	52	7,6
Quiste de tiroides.	20	2,9
Bocio tóxico difuso.	80	11,7
Total	679	

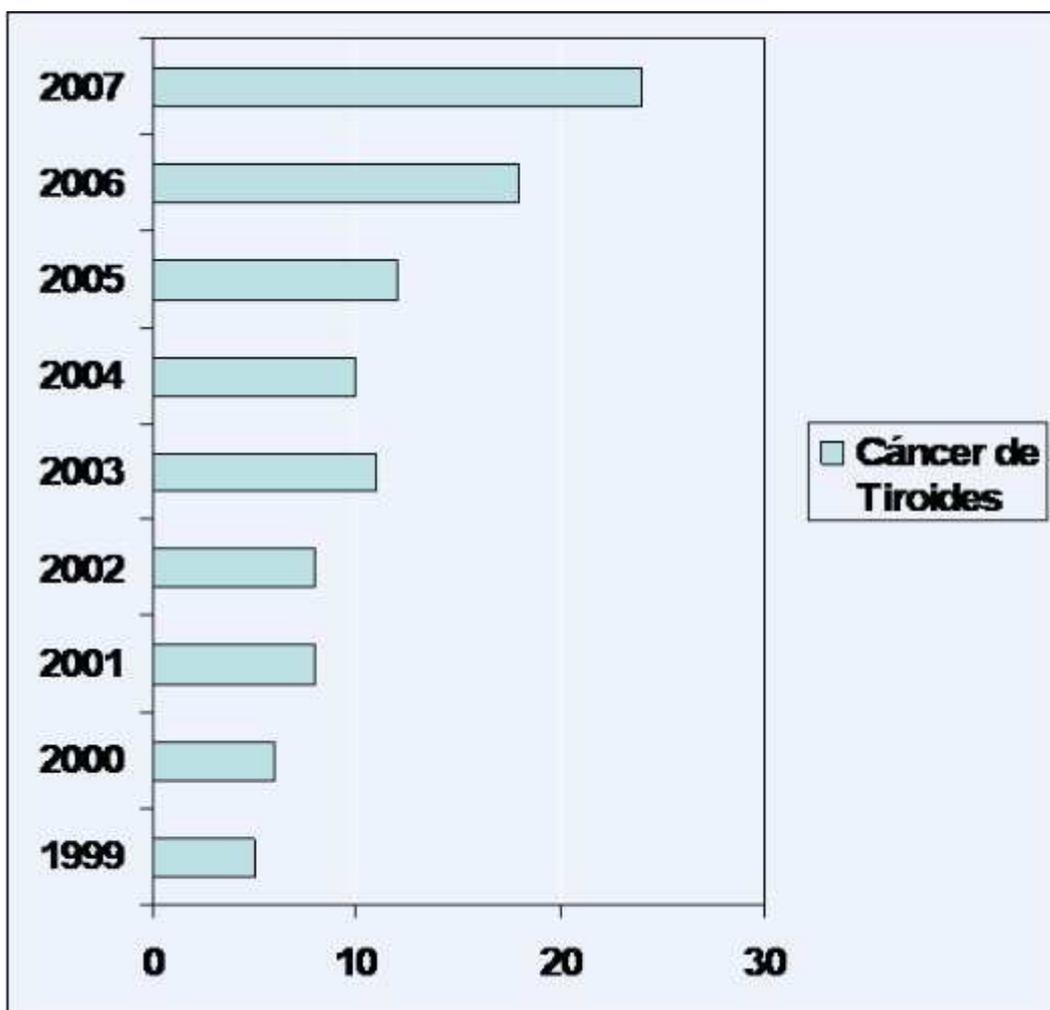
En la tabla I se observa como el mayor número de casos está representado por la enfermedad bocio coloide nodular y a continuación el cáncer de tiroides con un 15% de frecuencia, el cáncer de tiroides ocupa el segundo lugar en el orden de frecuencia de presentación de las afecciones quirúrgicas de la glándula tiroides. le sucede la tiroiditis de Hashimoto que en ocasiones se asocia con el cáncer de tiroides y en último lugar el Bocio tóxico difuso.

Tabla 2. Distribución de cáncer por su variedad histológica

Variedad histológica de carcinoma	No.	%
Diferenciado	97	93.2
Moderadamente diferenciado	3	2.8
Indiferenciado	4	3.8
Total	104	

Se observa que el carcinoma diferenciado y el moderadamente diferenciado ocupan el mayor número 96%, mientras que el indiferenciado se corresponde con un 3,8% del total de los 104 casos reportados.

La distribución por año se representa en el gráfico 1.



Gráf.1. Distribución de enfermos con cáncer de tiroides por años.

Se puede observar como al inicio solo se diagnosticaron 5 pacientes con carcinoma, lo que ha ido en aumento hasta el año 2007 donde el número de casos es más del doble. Se puede afirmar categóricamente que en esta provincia va en aumento el cáncer de tiroides .

DISCUSIÓN

Distribución de las afecciones de la glándula tiroide.

La afección que arrojó mayor número de intervenciones fue el bocio coloide nodular. ¹⁻² La tiroiditis crónica nodular se asoció en un 26 % de los casos con cáncer de tiroides, ¹⁸⁻²¹ cada día es mayor el número de cirujanos que abogan por tratar el Bocio tóxico difuso por métodos no quirúrgicos (ablación con yodo radiactivo), dejando el método quirúrgico para aquellos pacientes que sean alérgicos al yodo o en los que este contraindicada la cirugía.

Distribución de cáncer por su variedad histológica.

En los padrones mundiales el carcinoma anaplásico ocupa el 1- 2% del total de los procesos anarcoproliferativos de la glándula tiroides, ²²⁻²⁵ en las estadísticas obtenidas se encuentra por encima de la media (3,8 %) lo cual comienza a resultar alarmante por el mal pronóstico de la afección, con un pronóstico de vida de 4-6 meses. ¹⁶ El mayor número de carcinomas era de la variedad histológica bien diferenciada y dentro de estos el carcinoma papilar. A pesar del buen pronóstico de los portadores de carcinoma papilar, con promedios de vida de más de 20 años, un 5 % de ellos evolucionan como un indiferenciado, con muy mal pronóstico, ^{1,7} no se refieren carcinomas medulares en la muestra y solo un caso folicular, la literatura describe el papilar como el de mayor incidencia, ²⁶⁻²⁸ lo cual coincide con las estadísticas alcanzadas.

Distribución de enfermos con cáncer de tiroides por años

En la década de los años 90 del pasado siglo las afecciones del tiroides, en particular el nódulo, estaban entre las 10 primeras causas de cirugía. ²⁹ Las radiaciones ionizantes, dietas inadecuadas, genética del paciente y otros factores hacen posible la predisposición a padecer de cáncer, ¹⁷ a nivel mundial luego de la ocurrencia de explosiones atómicas ¹⁰ se reporta un aumento de la incidencia del cáncer de tiroides. ¹² La provincia en el año 1999 reportó 5 casos y ya al concluir el 2007, arroja 41 paciente, lo cual comienza a alarmar la manera con que va en aumento esta afección.

Se efectuó como proceder quirúrgico tiroidectomía total a todos los enfermos operados, a pesar de que dicho proceder resulta más invasivo, el índice de iatrogenia de los pacientes es pequeño, significando menos de un 2 %, la lesión recurrencial unilateral es la complicación más frecuente, de la cual se recuperan en los primeros seis meses del postoperatorio. Concluimos que nos encontramos con un aumento del número de enfermos con cáncer de tiroides en la provincia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes Rodríguez Manuel. Cirugía del tiroides: ¿método terapéutico en decadencia? Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2008 Ene 10]; 15(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100011&lng=es.
2. Cassola Santana Juan R. Tratamiento del cáncer tiroideo bien diferenciado. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2008 Ene 18]; 15(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100012&lng=es.
3. Cuba, Ministerio de salud pública, Grupo Nacional de Cirugía. Normas de cirugía. 3ª. ed. La Habana: Científico técnica; 1987.
4. Navarro Despaigne Daysi. Epidemiología de las enfermedades del tiroides en Cuba. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2008 Ene 18]; 15(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100004&lng=es.
5. Underwood EA, Singer CH. Breve historia de la medicina. México Ediciones Guadarrama; 1961.
6. Perinetti HA, Glatstein T. Neoplasias tiroideas. Int J Clin Pract .2005; 6(1):12-22.
7. González Fernández Ramón, Infante Amorós Adalberto, López Soto María Victoria, De Dios Vidal José M. Protocolo de diagnóstico y tratamiento del cáncer tiroideo. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2008 Mar 18]; 43(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932004000200001&lng=es.
8. Thomas V, McCaffrey V. Thyroid cancer in the new millennium. Rev Am J Surg 2000; 7(3): 200 -206.
9. Thomas V, McCaffrey V. Evaluation of the Thyroid Nodule. Surg Oncol 2003;5(2):105-106.
10. Cardis E, Kesminiene A, Ivanov V. Risk of thyroid cancer after exposure to I131 in childhood .J Natl Cancer Inst .2005;97 (10):724-32.
11. Mirnezami R, Sahai A, Symes A, Jeddy T. Day -Case and Short-Stay Surgery: The Future for Thyroidectomy?. Int J Clin Pract, 2007;61(7):1216-1222
12. Mazzaferri EL, Massoll N. Management of papillary and follicular (differentiated) thyroid cancer: new paradigms using recombinant human thyrotropin .Endocrine-Related Cancer.2003;9:227-247.
13. Leenhardt L, Bernier M, Boin-Pineau M, Marechard R, Niccoli-Sire P, Nocaudie M. Advances in diagnostic practices affect thyroid cancer incidence in France. Eur J Endocrinol. 2004; 150:133-9.
14. Valenciaga Rodríguez José Luis, Galán Álvarez Yaima, Turcios Tristá Silvia Elena, Piña Rivera Yordanka, Navarro Despaigne Daysi, Barroso López Orlando.

Cáncer de tiroides en Cuba: estudio de 14 años. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2008 Ene 18]; 16(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532005000300002&lng=es.

15. Céspedes WR. Tumores malignos de la glándula tiroides Clin Quir Nort. 2006; 10 (2):15-20.

16. Cassola JR, Fleitas G, Peralta R, Collado JC. Cáncer de tiroides. Guía de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 1996.

17. Fleitas G G. Dieta y cáncer del tiroides. Rev Cubana Oncol. 1999; 15(2):119-30 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_2_99/onc08299.htm

18. Cristian MS, Gregory W. Workup of Well Differentiated Thyroid Carcinoma, Related Cancer. 2006; 10:209-220.

19. Carling T, Udelsman R. Thyroid tumor, In: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds Cancer Principles and Practice of Oncology .7th ed Philadelphia Lippincott William & Wilkins. 2005. 1502-18.

20. Peralta R, Fleitas GG, Cassola JR, Guerra JL, Collado JC. Cirugía tiroidea: principios anatómicos y técnicos para reducir complicaciones. Rev Cubana Oncol. 1999; 15(2):81-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_2_99/onc02299.htm

21. Mazzaferri EL, Chiang SM. Long term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. Am J Med . 1994; 97(5): 418-.28

22. Dorry L, Umbridat C, Zeiger A, Marth A. Molecular pathogenesis of thyroid cancer. Surgical Oncology .2003;12 (1):69-90.

23. Ringel MD, Lladenson PW. Controversies in the follow-up and management of well-differentiated thyroid cancer. Endocr Related Cancer. 2004;11:97-116. .

24. Austin JR, Naggar AK, Goepfert H: Thyroid cancer. II. Medullary, anaplastic, lymphoma, sarcoma, squamous cell. Otolaryngol. Clin North Am. 2003;29:611-27.

25. Kapp DS, Volsi VA, Sanders MM: Anaplastic carcinoma following well-differentiated thyroid cancer: etiological considerations. Yale J Biol Med. 1982;55:521-8.

26. Reiners C, Demidchik YE. Differentiated thyroid cancer in childhood: pathology, diagnosis, therapy. Pediatr Endocrinol Rev. 2003; 2:230-35.

27. Verkooijen HM, Fioretta G, Pache JC, Franceschi S, Raymond L, Schubert H, Bouchardy C. Diagnostic changes as a reason for the increase in papillary thyroid cancer incidence in Geneva, Switzerland. Cancer Causes Control. 2003 Feb; 14(1):13-7

28. Hooft L, Hoekstra O, Boers M, Van Tulder M, Van Diest P, Lips P. Practice, efficacy and cost of thyroid nodule evaluation: a retrospective study in a Dutch university hospital. Thyroid. 2004; 14:283-93.

29. Navarro Despaigne Daysi. Epidemiología de las enfermedades del tiroides en Cuba. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2008 Ene 18]; 15(1): Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100004&lng=es)

Recibido: 4 de marzo de 2008
Aprobado: 8 de septiembre de 2008

Dra. Gladys Iglesias Díaz. Hospital provincial docente clínico quirúrgico "León Cuervo Rubio". Carretera central KM 89, Pinar del Río. Cuba. Teléfono 754443