

14332

CIRUGIA TIROIDEA EN QUITO

Dr. Mario Silva, Dr. Jhoe Arévalo, Dr. Darwin Astudillo,
Dr. Milton Fonseca*

RESUMEN

Se revisan retrospectivamente 433 pacientes intervenidos quirúrgicamente del tiroides, diagnosticados histopatológicamente entre Enero de 1987 y Diciembre de 1991 en cuatro Centros Médicos de la Ciudad de Quito: Hospital Eugenio Espejo, Hospital Enrique Garcés, SOLCA y Hospital Militar. Se analizó edad, sexo, hallazgos clínicos más frecuentes, método de diagnósticos utilizados, procedimientos quirúrgico realizado y diagnóstico histopatológico.

Los resultados obtenidos en este trabajo reportan las siguientes conclusiones: a) La cirugía tiroidea se realiza con más frecuencia en el sexo femenino durante la quinta y sexta década de la vida. b) La alta incidencia de bocio se correlaciona con un elevado porcentaje de Neoplasia Tiroidea. c) No están estandarizados procedimientos de diagnósticos en los diferentes Centros Médicos Quiteños.

INTRODUCCION

El Tiroides es la glándula endócrina que con más frecuencia se somete a cirugía, entre las indicaciones más de tiroidectomía están en orden de frecuencia: Bocio no tóxico, Hipertiroidismo, procesos malignos (1).

En Ecuador, y para el área Andina, conforme las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud vigentes en 1983, más del 30 o/o de la población general padecía de bocio, debido a la falta de yodo en la alimentación. Dado este elevado porcentaje de personas afectadas se habla de la Sierra como una zona de endemia bociosa.

En zonas de carencia crónica de yodo se dice que el cáncer de tiroides es más frecuente y más agresivo que en áreas en las cuales la población consume cantidades adecuadas de mineral (2,3).

La atención y tratamiento oportuno del cáncer de Tiroides asegura una supervivencia en quienes lo han padecido, casi similar a la de la población general. Razón por la cual se realiza esta investigación para conocer cómo se maneja la patología tiroidea quirúrgica en la ciudad de Quito.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio descriptivo multicéntrico, revisando los datos obtenidos del protocolo elaborado para este estudio en los Servicios de Cirugía General de los Hospitales Eugenio Espejo, Hospital Enrique Garcés, en las áreas quirúrgicas de Oncología del Hospital Militar y SOLCA, desde enero de 1987 hasta diciembre de 1991.

Se presentan 433 pacientes operados del tiroides en los cuatro centros antes mencionados, en los que se estudia sexo, edad, métodos diagnósticos utilizados, número de neoplasias tiroideas y clasificación de las mismas por orden de frecuencia, morbimortalidad.

RESULTADOS

Entre Enero de 1987 y Diciembre de 1991 se presentan 433 pacientes intervenidos quirúrgicamente de la glándula tiroides en HEE, HEG, HM SOLCA, de los cuales 340 (85 o/o) son mujeres y 63 (15 o/o) son varones. Tabla No. 1.

La edad promedio fue de 54 años, con un rango máximo de 82 años y un mínimo de 21 años, obser-

* Médicos Residentes Universitarios de Postgrado en Cirugía. Hospital "Eugenio Espejo". Quito.

**CUADRO No. 1.- CIRUGIA TIROIDEA EN QUITO
CLASIFICACION POR SEXO**

Masculino	64	(15 o/o)
Femenino	340	(85 o/o)
Total	433	(100 o/o)

FUENTE: ESTADISTICAS HOSPITALARIAS

ELABORADO: Dr. Mario Silva

vándose una mayor incidencia entre la quinta y la sexta década de la vida. Tabla No. 2.

**CUADRO No. 2.- CIRUGIA TIROIDEA
CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD**

20 - 30 AÑOS	31 (7,15 o/o)
31 - 40 AÑOS	61 (14,08 o/o)
41 - 50 AÑOS	108 (24,95 o/o)
51 - 60 AÑOS	134 (30,95 o/o)
61 - 70 AÑOS	76 (17,55 o/o)
71 - — AÑOS	23 (5,32 o/o)
Total	433 (100 o/o)

Entre los hallazgos clínicos más usuales tenemos crecimiento de masa en la región anterior del cuello, compresión de la misma a órganos vecinos y en menor proporción dolor y adenopatías. Tabla No. 3.

Los métodos diagnósticos utilizados: Gammagrafía en un 100 o/o, Exámenes de laboratorio 90 o/o, Punción Aguja Fina 75 o/o. En menor porcentaje ECO y R.X. Tabla No. 4.

**CUADRO No. 4.- CIRUGIA TIROIDEA
METODOS DIAGNOSTICOS**

	H. MILITAR	H. SOLCA	H.E.G.	H.E.E.
Gammagrafía	***	***	***	***
Punción Aguja Fina	**	***	**	*
Exámenes de Laboratorio	***	***	**	**
RX Tórax	**		*	
ECO	**		*	
Radio Isotopos	*			

X X X	100 o/o
X X	80 - 90 o/o
X	60 - 90 o/o

**CUADRO No. 3.- CIRUGIA TIROIDEA
HALLAZGOS CLINICOS**

Masa	*****
Andenopatías	**
Dolor	**
Compresión	*****

Los procedimientos quirúrgicos realizados con más frecuencia fueron Tiroidectomía subtotal 186 pacientes (43 o/o), Tiroidectomía total 104 pacientes (24 o/o). Seguidos de Lobectomía y Nodulesctomía. Tabla No. 5.

**CUADRO No. 5.- CIRUGIA TIROIDEA
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**

Nodulesctomía	56	(43 o/o)
Lobectomía	69	(16 o/o)
Lobectomía Istmetomía		
Tiroidectomía Subtotal	186	(43 o/o)
Tiroidectomía Total	104	(24 o/o)
Tiroidectomía Total		
Vaciamiento ganglionar	18	(4 o/o)

La clasificación de acuerdo al resultado Histopatológico fue: Bocio Coloide en 211 pacientes (48 o/o), Carcinomas 147 pacientes (33,9 o/o), Adenoma Follicular 56 pacientes (12,9 o/o). seguido de Tiroiditis y Adenoma de Células de Hurtle. Tabla No. 6.

La clasificación Histopatológica de estas 147 neoplasias fue: Ca Papilar 84 pacientes (58,4 o/o), Ca Follicular 37 pacientes (25,7 o/o), Ca Medular 12 pacientes (8,2 o/o) luego tenemos los Anaplásicos y los Mixtos. Tabla No. 7.

**CUADRO No. 6.- CIRUGIA TIROIDEA
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGIA**

Bocio Coloide	211	(43,7 o/o)
Adenoma Folicular	56	(12,9 o/o)
Carcinomas	147	(33,9 o/o)
Tiroiditis	11	(2,5 o/o)
Aden. Células de Hurtle		(100 o/o)
Total:	433	(100 o/o)

**CUADRO No. 7.- CIRUGIA TIROIDEA
TIPOS DE NEOPLASIAS**

I Diferenciado		
Folicular	37	(25,7 o/o)
Papilar	84	(58,4 o/o)
Mixto	2	(1,4 o/o)
II Medulares	12	(8,2 o/o)
III Anaplásicos	9	(6,3 o/o)
Otros	3	(2 o/o)
Total	147	(100 o/o)

De estas 147 neoplasias tiroideas, el mayor porcentaje en relación al número de pacientes operados en cada institución fue en SOLCA (46,6 o/o), pues se encontró 42 neoplasias de 90 pacientes intervenidos quirúrgicamente seguido del Hospital Militar donde 29/80 dando un porcentaje de (36,25 o/o), luego el Hospital Eugenio Espejo con 60/210 (28,3 o/o) y el Hospital Enrique Garcés con 16/62 el (25 o/o). Tabla No. 8.

**CUADRO No. 8.- CIRUGIA TIROIDEA
NEOPLASIAS TIROIDEAS**

HOSP. MILITAR	29/80	(36,25 o/o)
HOSP. SOLCA	42/90	(46,6 o/o)
HOSP. EUGENIO ESPEJO	60/210	(28,3 o/o)
HOSP. ENRIQUE GARCES	16/62	(25 o/o)
Total	147/433	(34 o/o)

Las complicaciones de Cirugía Tiroidea más frecuentemente observadas fueron: Infección, Sangrado, Disfonía, Hipoparatiroidismo que sumadas nos da un total de 54 pacientes, que equivale a (12,47 o/o). Cuadro No. 9.

**CUADRO No. 9.- CIRUGIA TIROIDEA
COMPLICACIONES**

DISFONIA	14
SANGRADO	8
HIPOPARATIROIDISMO	12
INFECCION	20

Fueron reoperados 20 pacientes, 8 por sangrado y 12 pacientes por cirugía complementaria. Cuadro No. 10.

**CUADRO No. 10.- CIRUGIA TIROIDEA
REOPERACIONES**

CIRUGIA COMPLEMENTARIA	12
SANGRADO (HEMATOMAS)	8
TOTAL	20

DISCUSION

Entre Enero de 1987 y Diciembre de 1991 se realizan 433 procedimientos quirúrgicos en la glándula tiroidea en 4 centros médicos de la ciudad de Quito, en los que hay un predominio absoluto del sexo femenino, con un 85 o/o, se observa además una mayor incidencia entre la quinta y sexta década de la vida, lo que concuerda con datos de la literatura mundial (1, 2,3,4,5).

Por ser la Sierra una zona endémica en Bocio el mayor porcentaje de pacientes estudiados consultaron clínicamente por aumento de masa en región anterior del cuello y síntomas de compresión, lo cual concuerda con datos donde hay incidencia alta en bocio (2,3).

Se encuentra un alto porcentaje de Neoplasias en los pacientes estudiados en una zona endémica en bocio, lo que en forma indirecta nos estaría indicando que hay una relación entre el cáncer del tiroides y deficiencia endémica del yodo, como se ha demostrado en Colombia, Suiza, España (2,3,20). No es así en USA, FINLANDIA y otros países (3,20,21), donde los resultados fueron contradictorios.

Los tipos de Neoplasia encontrados en orden de frecuencia son Papilar, Folicular, Medular, Anaplásico y Mixto, que concuerda con la mayoría de datos de la literatura (2,4,20).

CONCLUSIONES

En la ciudad de Quito la cirugía tiroidea con más frecuencia se realiza con el sexo femenino durante la quinta década de la vida.

La alta incidencia de bocio en nuestro país se correlaciona con el alto porcentaje de Neoplasia Tiroidea encontrado en nuestro trabajo, lo que nos obliga a investigar si en nuestro medio la deficiencia endémica de yodo es la principal causa de Neoplasia Tiroidea.

Hay que hacer notar la necesidad de estandarizar procedimientos diagnósticos en los protocolos de procedimientos quirúrgicos tiroideos, como es el caso de la punción aguja fina, que unido a la biopsia intraoperatoria aporta un notable avance al diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Weber C, Clark O.: Cirugía para enfermedad Tiroidea. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1985,2 1147-1163.
2. Domínguez M., et al.: Bocio Modular, Análisis de nuestra serie. Revista Quirúrgica Española, Vol. 10 No. 3, 1987.
3. Vélez H, Borrero J., Orrego A.: Endocrinología. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1988 (129-156).
4. Borm D, Fleischer B.: El Nódulo Tiroideo Frío, en Medicina Alemana 102: 1685-1700 (1977).
5. Hrainkelsson J, Jonasson C.: Thyroid Cancer in Iceland 1955-1984 en Acta Endocrinológico (Copenh) 1988. 118:566-572.
6. Irving White: Thyroid Lesions: Surgical Indications and Treatment en Oto-Ophthalmological Society Vol. 66. 1985.
7. Pepper G, Zwickler D.: Fine-Needle Aspiration Biopsy or The Thyroid Nodule en Arch. Inter. Med. - Vol. 149 March. 1989.
8. Hamburger et al.: Increasing the accuracy or Fine - Needle Biopsy for Thyroid Nodules en Arch. Pathol Lab. Med. - Vol. 113. September 1988.
9. Zuckerman and Passy: Thyroid Papillary Follicular Adenocarcinoma with Invasion of the Upper Aerodigestive Tract. en Oto-Ophthalmological Society Vol. 66. 1985.
10. Rossi R, Nieroda C: Procesos Malignos de la Glándula Tiroidea. Experiencia de la clínica Lahey. clin. Quir. Nortem 1985, 2: 213-232.
11. Lennquist S.: Nodulo Tiroideo. Diagnóstico, Tratamiento Quirúrgico. Departamento Cirugía University Hospital Linkoping Sweden.
12. Olea N, Ruiz C, Puentes J: Tiroglubulina y Cáncer de Tiroidea, Revista Clínica Española. Tomo 172 No. 1, 1984.
13. Torres Olivera et al: La Punción Aspiración en el Nódulo Frío Tiroideo: Patronos Citológicos en Medicina Clínica Vol. 88 No. 2, 1987.
14. Vickery et al: Treatment of Intrathyroidal Papillary Carcinoma of the Thyroid en Cancer 60: 2587-2595, 1987.
15. Hamburger JI, Miller JM, Kini SR. Clinical - Pathological Diagnosis of Thyroid Nodules Handbook and Atlas. Southfiel, Mich: private publication by hamburger JI; 1979:79.
16. Miller JM, Kini SR, Hamburger JI, Needle Biopsy of the Thyroid. New York, NY; Praeger publishers; 1983:27.
17. Hamburger JI Hamburger SW. Fine needle biopsy of thyroid nodules; avoiding the pitfalls. NY state J Med 1986;86:241-249.
18. Hamburger JI, Husain M. Semicuantitative criteria for fine-needle biopsy diagnosis: reduced false negative diagnoses. Diagn Cytopathol, 1988;4:11-17.
19. Goellner JR, Gharib II, Grant CS, Johnson DA, Fine needle aspiration cytology of the thyroid, 1980 to 1986. Acta cytol, 1987; 5:587-590.
20. Ramacciotti CE, Pretorius HT, Chu EW, Barsky SH., Brennan MF, Robbins J, Diagnostic accuracy and use of aspiration biopsy in the management of thyroid nodules. Arch Intern Med. 1984;144:1169-1173.
21. Anderson JB Webb AJ, Fine-needle aspiration biopsy and the diagnosis of thyroid cancer. Br J Surg. 1987; 74:292-296.
22. Suen KC. Quenville NF. Fine needle aspiration biopsy of the thyroid gland; a study of 304 cases. J. Clin Pathol. 1983;36:1036-1045.
23. Boey J. Hsu C. Collins RJ. Wong J. A. prospective controlled study of fine-needle aspiration and Tru-cut needle biopsy of dominant thiroid nodules. World J. Surg. 1984: 8:458-465.
24. Hamaker Rc. Singer ML. DeRosel RV. Shockley WW. Role of needle biopsy in thyroid nodules. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1983;109:225-228.
25. Aretz, H.T., Silverman, M.L., Kolodziejski, J.L., et al. Fine-needle aspiration: Why it deserves another look. Postgrad Med., 75:49-56, 1984.
26. Argémi, B., Hours, M.C., Kasbarian, M., et al. Localization of metastatic medullary thyroid carcinoma by immunoreactive calcitonin assay. Horm. Metab. Res., 9: 248-249, 1977.
27. Beahrs. O.H., and Pasternak, B.M.: Cancer of the thyroid gland. Curr. Probl. Surg. 6:1-38, 1989.
28. Block, M.A.: Surgery of thyroid nodules and malignancy. Curr. Plob. Surg. 20:133-203, 1983.
29. Fletcher, J.R.: Medullary solid carcinoma of the thyroid gland: A review of 249 cases. Arch. Sug. 100:257-262, 1970.
30. Hammer, M., Wortsman, J. and Folse, R.: Cancer in cystic lesions of the thyroid. Arch. Surg. 117:1020-1023, 1982.
31. Clark, R.L., Cole. V. W., Fuller, L.M., et al.: Thyroid. In MacCoemb. W.S. World J. Surg., 5 39-47, 1981.