

Caracterización clínica, patológica y epidemiológica de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides

Clinical, pathological and epidemiological characterization of patients with thyroid differentiated carcinoma

Dra. Merisa Marsha Grant Tate¹ <https://orcid.org/0000-0002-9063-8264>

Dra. Iris Rodríguez Marzo¹ <https://orcid.org/0000-0001-6335-5114>

Dra. Iliana Guerra Macías^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-9223-0609>

Dr. Rafael Neyra Barros¹ <https://orcid.org/0000-0002-0369-6133>

Dr.C. Oscar Primitivo Zayas Simón¹ <https://orcid.org/0000-0002-2871-0296>

¹Hospital Oncológico Conrado Benítez García, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Hospital Clínicoquirúrgico Docente Dr. Ambrosio Grillo Portuondo, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ileanagm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico y tratamiento de pacientes con nódulo de tiroides son un desafío clínico, instrumental, imagenológico y patológico, y a pesar de que no representan un problema de salud en Cuba, afecta a un grupo importante de la población, fundamentalmente en edad laboral.

Objetivo: Determinar las características clínicas, patológicas y epidemiológicas de pacientes con carcinoma bien diferenciado de tiroides.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 30 pacientes con cáncer bien diferenciado de tiroides, operados en el Hospital Oncológico Conrado Benítez García de Santiago de Cuba, desde enero de 2014 hasta julio de 2017 y que recibieron tratamiento oncoespecífico, para lo cual se revisaron las historias clínicas y los informes de biopsia de cada uno.

Resultados: En la serie predominaron las mujeres de 40-49 años de edad, los afectados de piel mestiza y negra, el aumento de volumen de la glándula, los nódulos hipoecogénicos, el tumor papilar, además de la infiltración capsular y la permeabilización vascular entre los factores pronósticos histológicos más comunes.

Conclusiones: Existen elementos clínicos, epidemiológicos e imagenológicos para diagnosticar un presunto carcinoma bien diferenciado de tiroides.

Palabras clave: nódulo de tiroides; neoplasia maligna; carcinoma bien diferenciado; tumor papilar; nódulo hipoecogénico; factores pronósticos histológicos.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis and treatment of patients with thyroid node are a clinical, instrumental, imagenological and pathological challenge, and although they does not represent a health problem in Cuba, they affect an important populational group, fundamentally in working periods.

Objective: To determine the clinical, pathological and epidemiological characteristics of patients with well differentiated carcinoma of thyroid.

Method: A descriptive and cross-sectional study of 30 patients with well differentiated cancer of thyroid, operated in Conrado Benítez García Oncological Hospital belonging to Santiago de Cuba was carried out from January, 2014 to July, 2017 and who received onchospecific treatment , for which the medical records and the biopsy reports were reviewed from each patient.

Results: In the series the 40-49 year-old women , those patients affected of mestizo and black skin, the increase of the gland volume, the hypoechogenic nodules and the papillary tumor prevailed, besides the capsular infiltration and the vascular permeabilization among the most common histological prognosis factors.

Conclusions: Clinical, epidemiological and imagenological elements exist to diagnose a presumed well differentiated carcinoma of thyroid.

Key words: thyroid node; malignant neoplasm; well differentiated carcinoma; papillary tumor; hypoechogenic node; histological prognosis factors.

Recibido: 28/02/2019

Aprobado: 03/06/2019

Introducción

El carcinoma de tiroides es un cáncer poco frecuente, pero constituye la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. Los tumores diferenciados (papilar o folicular) son sumamente tratables y generalmente curables. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres y suele presentarse entre las personas de 25-65 años como un nódulo frío, con una incidencia global de 12-15 %, pero es más alta en las personas menores de 40 años, en quienes se observan calcificaciones mediante la ecografía preoperatoria.⁽¹⁾

La incidencia de este tipo de cáncer ha aumentado en todo el mundo debido a la alta prevalencia de obesidad e insulinoresistencia en la población, a la mayor exposición a radiaciones (estudios por imágenes) y a la presencia de otros carcinógenos ambientales, todo esto asociado al mejor acceso a los sistemas de salud que han permitido el diagnóstico por ecografía cervical.⁽²⁾

En Cuba alcanza una incidencia de 1,2 por 100 mil habitantes para el hombre y de 3,7 para la mujer, para una relación 1:3. La mortalidad es de 0,3 por 100 000 habitantes, según el registro nacional del cáncer.^(2,3)

Por otra parte, el carcinoma papilar es la forma más frecuente de carcinoma tiroideo. Este puede ocurrir a cualquier edad y es responsable de la mayoría de los carcinomas de tiroides asociados a radiaciones ionizantes previas. Suelen presentarse como lesiones solitarias o multifocales dentro del tiroides, muchas veces bien circunscriptos y, a menudo encapsulados; en otros casos, infiltran el parénquima adyacente con los márgenes bien definidos. El carcinoma folicular le sigue en orden de frecuencia, con una incidencia máxima en la edad media de la vida, sobre todo en las áreas de deficiencia dietética de yodo, lo cual sugiere que el bocio nodular puede predisponer al desarrollo de neoplasias.^(4,5)

Los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides habitualmente tienen un buen pronóstico, con una elevada supervivencia a largo plazo, en comparación con otros tipos de tumores.⁽⁴⁾ El diagnóstico y tratamiento constituye un desafío clínico, instrumental e imagenológico que se asienta en 3 pilares fundamentales:

conocimiento de toda la enfermedad tiroidea, diagnóstico diferencial con otros tumores del cuello y elección correcta de los métodos de diagnóstico, donde la ecografía cervical y la biopsia por aspiración con aguja fina de la tiroides (BAAF) son determinantes para efectuar el diagnóstico correcto.⁽⁵⁾

Para pacientes con neoplasias tiroideas se cuenta con el tratamiento quirúrgico, el radioyodo y la sustitución de por vida con hormonas tiroideas.^(6,7,8)

Por ser el más común de los tumores endocrinos malignos,⁽⁹⁾ se impone enfatizar en las características clínicas, patológicas y epidemiológicas de los pacientes con tumores tiroideos diferenciados, diagnosticados en el Hospital Oncológico Conrado Benítez García de Santiago de Cuba.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 30 pacientes con cáncer diferenciado de tiroides, que recibieron tratamiento oncoespecífico en el Hospital Oncológico Conrado Benítez García de Santiago de Cuba, entre enero de 2014 y julio de 2017. Para la recolección del dato primario se utilizó una planilla de vaciamiento con las variables seleccionadas, para lo cual se revisaron las historias clínicas de los pacientes y los informes de biopsia. Se confeccionó una base de datos y se utilizaron como medidas de resumen el número absoluto y el porcentaje. Los datos se procesaron en una computadora Laptop, VIT P2400, mediante el programa estadístico SPSS, versión 20, a través del cual se confeccionaron las tablas.

Resultados

En la casuística (tabla 1), de los 30 pacientes con cáncer diferenciado de tiroides, 27 correspondieron al sexo femenino (90,0 %) y el grupo etario predominante fue el de 40-49 años (46,6 %), seguido por el de 30-39 (20,0 %), para uno u otro sexo.

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Grupos de edades (en años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		

Menos de 30	2	7,4			2	6,7
30 - 39	5	18,5	1	33,3	6	20,0
40 - 49	12	44,5	2	66,7	14	46,6
50 - 59	3	11,1			3	10,0
60 - 69	3	11,1			3	10,0
70 y más	2	7,4			2	6,7
Total	27	100,0	3	100,0	30	100,0

Por otra parte, en la serie prevalecieron los pacientes de piel negra y mestiza (26, para 86,6 %, respectivamente) sobre la blanca (4, para 13,4 %). En 46,7 % no se pudo precisar la presencia de factor de riesgo; mientras que en aquellos con comorbilidades asociadas, la obesidad ocupó el primer lugar (26,7 %), seguida en orden de frecuencia por el tabaquismo (23,3 %) y la dieta baja en yodo (20,0 %).

En cuanto a las manifestaciones clínicas al momento de la consulta inicial (tabla 2), lo más frecuente fue el aumento de volumen de la glándula en 26 pacientes (86,7 %). En menor cuantía aparecieron otros síntomas.

Tabla 2. Pacientes según manifestaciones clínicas al momento de la consulta inicial

Manifestaciones clínicas	No.	%
Aumento de volumen glan	26	86,7
Dificultad para tragar	6	20,0
Disfonía	6	20,0
Manifestaciones cardiovasculares	4	13,3
Total	30	100,0

*Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes

Los resultados de la ecografía revelaron la primacía de los nódulos hipoecogénicos (23,3 %), seguidos por los isoecogénicos (20,0 %) y por los complejos (16,7 %). Cabe destacar que 40,0 % presentaron formas muy disímiles, de manera que no pudieron agruparse en una categoría definida, donde se incluyen tiroides normal, bocios, hiperplasias y quistes, entre otros.

El diagnóstico citológico predominante resultó ser el carcinoma papilar (40,0 %). A continuación se ubicaron la lesión folicular (23,3 %) y los positivos a células cancerígenas (20,0 %), entre otros (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes según diagnóstico citológico

Diagnóstico citológico	No.	%
Carcinoma papilar	12	40,0
Lesión folicular	7	23,3
Positivo a células cancerígenas	6	20,0

Negativo a células cancerígenas	5	16,7
Total	30	100,0

La tabla 4 muestra la relación de los diagnósticos histológicos, donde sobresalieron los carcinomas papilares (56,7 %), seguidos por los foliculares (30,0 %) y por el carcinoma papilar variante folicular (13,3 %). Se destacó el carcinoma folicular en los 3 hombres operados; mientras que 63,0 % de las féminas presentaron carcinoma papilar.

Tabla 4. Pacientes según diagnóstico histológico y sexo

Diagnóstico histológico	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Carcinoma papilar	17	63,0			17	56,7
Carcinoma folicular	6	22,2	3	100,0	9	30,0
Carcinoma papilar variante folicular	4	14,8			4	13,3
Total	27	100,0	3	100,0	30	100,0

En relación con los factores pronósticos histológicos (tabla 5), los carcinomas papilares fueron los menos invasivos y la evolución clínica satisfactoria al no presentar dichos factores (70,6 %), seguidos por la invasión vascular (23,5 %), la infiltración de la cápsula (17,6 %) y la necrosis tumoral (5,9 %). Por su parte, la variante folicular tuvo 77,8 % de invasión vascular, así como 66,7 % de infiltración capsular y 22,2 % de necrosis tumoral; entre los 4 carcinomas papilares variante folicular, 75,0 % presentó infiltración capsular y 25,0 % invasión vascular.

Tabla 5. Pacientes según diagnóstico histológico y factores pronósticos histológicos

Factores pronósticos de la neoplasia	Carcinoma				Papilar variante folicular (n=4)	
	Papilar (n=17)		Folicular (n=9)		No.	%*
	No.	%*	No.	%*	No.	%*
Necrosis	1	5,9	2	22,2		
Infiltración capsular del nódulo	3	17,6	6	66,7	3	75,0
Invasión vascular	4	23,5	7	77,8	1	25,0
Ninguno	12	70,6				

*Porcentajes calculados sobre la base del total de cada tipo de carcinoma

El factor pronóstico de mayor peso fue la edad, pues después de los 40-45 años se incrementa paulatinamente la agresividad local y la capacidad metastásica a distancia, con la consecuente mayor mortalidad. Otros factores pronósticos

importantes son la presencia de metástasis a distancia, el tamaño tumoral y la presencia de extensión extratiroidea.

Discusión

Varios autores^(9,10) refieren que los nódulos tiroideos aparecen con mayor frecuencia en mujeres entre la cuarta y la quinta décadas de la vida, lo cual concuerda con los resultados del presente estudio. La frecuencia de aparición de estos nódulos aumenta con la edad, de manera que se ha identificado como factor de riesgo predictivo de malignidad la edad menor de 20 años y mayor de 60.

El hecho de que en esta casuística predominaran los pacientes de piel negra y mestiza se debe a la variabilidad genética en esta sociedad, con evidente mezcla racial.

Con respecto a los factores de riesgo para la aparición del cáncer tiroideo se comprobó la inexistencia de dichos factores para la aparición de la malignidad tiroidea. La obesidad, el tabaquismo y la dieta baja en yodo fueron los mayormente encontrados en algunos pacientes.

La exposición accidental o terapéutica a dosis bajas de radiación ionizante es el factor de riesgo más conocido para el cáncer diferenciado. También se mencionan la dieta baja en yodo con bocio preexistente y la predisposición genética (asociación con enfermedad de Cowden y síndromes de Gardner y de Peutz-Jehgers), pero la información es escasa.

En la mayoría de los estudios a escala mundial^(9,10,11) se recoge como motivo de consulta el aumento de volumen glandular, notado por el propio paciente, además de otros síntomas como disfagia, disfonía y manifestaciones cardiovasculares, lo que coincide con la muestra estudiada.

Se ha demostrado la relación entre la malignidad tiroidea y el pequeño tamaño del nódulo. Clínicamente los tumores localmente avanzados cursan con disfonía, disfagia, disnea, tos o esputo hemoptoico, pero la ausencia de síntomas no indica la inexistencia de la invasión local. Las manifestaciones atribuibles a metástasis son raras, incluso con presencia a nivel pulmonar.

La presente serie reveló que la hipoecogenicidad y la isoecogenicidad de los nódulos tiroideos son los principales resultados imagenológicos de malignidad;

resultados similares a los descritos por varios investigadores.^(9,10,11) Otras características ecográficas que indican un riesgo de cáncer, como las microcalcificaciones intranodulares, el borde irregular o mal definido, la vascularización intranodular o irregular y la presencia de linfadenopatías,^(12,13,14) no se observaron en las ecografías de los integrantes del estudio.

La hipoecogenicidad, cuando es marcada, tiene una alta especificidad para el diagnóstico de malignidad y, al ser evaluada en conjunto con otras cualidades indicativas de malignidad, como la presencia de calcificaciones o la vascularización del nódulo, incrementa la concordancia diagnóstica del estudio ecográfico.

En esta investigación los resultados citológicos determinados por BAAF tiroideo evidenciaron un franco predominio del carcinoma papilar, seguido por la lesión folicular. También se demostró que el carcinoma papilar tiene mejor evolución clínica siempre que no existan factores histológicos de mal pronóstico como la invasión vascular, la infiltración capsular, la extensión extracapsular, la necrosis tumoral y la invasión linfática con siembras metastásicas conocidas o sin estas. Estos hallazgos coinciden con los de otros autores,^(13,14) quienes encontraron que el carcinoma papilar fue el principal cáncer diferenciado de la glándula tiroidea y que afectó a las féminas en su totalidad, respecto a otras variantes histológicas. Concuerdan además en cuanto a la estrecha relación entre la variante folicular y el sexo masculino.

Por otra parte, en numerosos estudios extranjeros^(13,14) se señala a la invasión vascular y a la infiltración capsular como factores pronósticos de gran valor sin dejar de avizorar a la edad como el factor de insustituible valor, así como el nódulo superior a 4 cm y la presencia de invasión extratiroidea y a distancia.^(14,15)

El diagnóstico del carcinoma tiroideo es complejo y su tratamiento es multidisciplinario, pero existen elementos clínicos, epidemiológicos e imagenológicos para diagnosticar un presunto carcinoma bien diferenciado de tiroides. La variante papilar afecta principalmente a las mujeres en la cuarta década de la vida y el pronóstico es favorable si no existen hallazgos histológicos de malignidad reconocidos.

Referencias bibliográficas

1. Cáncer de tiroides. Tratamiento. 2014 [citado 08/12/2017]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol>
2. Luque Ramírez N. Tumores maligno de tiroides. En: Manual CTO. Endocrinología, metabolismo y nutrición. 6 ed. Madrid: Grupo CTO; 2013.
3. Pitoia F, Califano I, Vázquez A, Faure E, Gauna A, Orlandi A, et al. Consenso intersocietario sobre tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides. Rev Argent Endocrinol Metab. 2014; 51(2):85-118.
4. Ríos A, Rodríguez JM, Parrilla P. Tratamiento del carcinoma folicular de tiroides. Rev Cir Española. 2015 [citado 15/02/2019];93(10):611-18. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-del-carcinoma-folicular-tiroides-S0009739X15001785>
5. Udelsman R, Zhang Y. The epidemic of thyroid cancer in the United States: the role of endocrinologists and ultrasounds. Thyroid. 2014; 24(3): 472-9.
6. Duran AO, Anil C, Gursoy A, Nar A, Altundag O, Tutuncu NB. The relationship between glucose metabolism disorders and malignant thyroid disease. Int J Clin Oncol. 2013;18(4):585-9.
7. Guadarrama González FJ. Cáncer diferenciado de tiroides. Tratamiento quirúrgico. Asignación de grupos de riesgo y análisis de supervivencia [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. 2017 [citado 15/02/2018] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/41580/1/T38518.pdf>
8. Pitoia F, Califano I, Vázquez A, Faure E, Gauna A, Orlandi A. et al. Consenso intersocietario sobre tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides. Rev Argentina Endocrinol Metab. 2014;51(2):85-90.
9. American Cancer Society. Cáncer de tiroides. 2014 [citado 08/12/2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-tiroides.html>
10. Vera Muthre E, Lazo Caicedo C, Cedeño Loor S, Bravo Bermeo C. Actualización sobre el cáncer de tiroides. RECIMUNDO. 2018;2(3):16-42.
11. Granados García M, León Takahashi AM, Guerrero Huerta FJ, Taissoun Aslan ZA. Cáncer diferenciado de tiroides: una antigua enfermedad con nuevos conocimientos. Gaceta Médica de México. 2014;150:65-77.

12. Lobo M. Ecografía de tiriodes. Rev Méd Clínica Las Condes. 2018; 29(4) [citado 25/01/2018] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401830083X>
13. Zerpa Y, Vergel MA, Azkoul J, Gil V. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo. Rev Venezolana Endocrinol Metab. 2013;11(2):95-101.
14. Henares García P, Calvo Cebrián A, Cruz Arnés M. Importancia de la ecografía en el diagnóstico diferencial del nódulo tiroides en atención primaria. EuroEco. 2014;5(3):103-5.
15. Rodríguez Ramírez FE, Córdova Ramírez S. Lesión folicular de tiroides: correlación citohistológica y análisis de casos discordantes. Patol Rev Latinoam. 2011; 49(4):243-50.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).