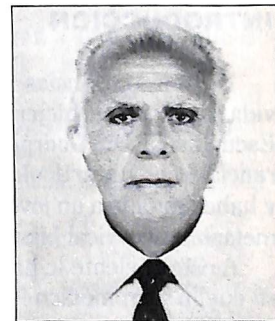


# Cáncer bien diferenciado de tiroides. Treinta años de cirugía conservadora<sup>(1)</sup>



Drs. Walter A. Rodriguez C. \*, Geannina M. Liu I. \*\*

## RESUMEN

*Se ha hecho un estudio de 159 casos de cáncer bien diferenciado de tiroides poniendo énfasis en este grupo por el tratamiento quirúrgico conservador, no deformante, que se ha efectuado. Queda demostrado un hecho incontrovertible; que para este tipo de neoplasia maligna en sus dos variedades la cirugía curativa conservadora conlleva un alto porcentaje de sobrevivida no requiriendo de operaciones radicales que aumentan las complicaciones y deformaciones.*

**Palabras claves:** Cáncer de tiroides, cirugía conservadora

## WELL DIFFERENTIATED THYROID GLAND CANCER. THIRTY YEARS OF CONSERVATIVE SURGERY.

### SUMMARY

*There has been a study over a hundred fifty nine cases of well-differentiated thyroid gland cancer, putting emphasis on this group due to the non-deforming conservative surgical treatment undergone. An incontrovertible fact is proved; that for this type of malign neoplasia in its two varieties, the conservative curative surgery leads to a high percentage of overlife without requiring radical operations that increase the deformations and complications.*

**Key words:** Cancer, thyroid gland cancer, conservative surgical.

(1) Trabajo presentado al Premio Kaelin 1994 - IPSS.

(\*) Jefe del Departamento

(\*\*) Ex-Médico Residente

Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - IPSS

## INTRODUCCION

Dos circunstancias importantes que acaecieron en mi vida profesional, hicieron que este trabajo fuera posible. Escuchar al Dr. George Crile Jr. en una magistral conferencia. Leer sus artículos al inicio de la década del 50<sup>(2,3,4)</sup> y haber tratado a un joven de 18 años con cáncer tiroideo y metástasis cervical bilateral en el año 1961.

A este paciente le habían aparecido múltiples bultos en su cuello y un médico le practicó punción del nódulo tiroideo. Dos meses después se forma una lesión exofítica a nivel del sitio de punción y es por ello que nos consulta.

El examen constató lesión granulomatosa de 1 cm., en cara anterior del cuello, tercio inferior; múltiples nódulos cervicales bilaterales, el mayor de los cuales medía 8 x 6 x 4 cm.

Se establece el diagnóstico clínico de cáncer tiroideo con metástasis bilateral (en esa época no existía la clasificación T-N-M).

Se toma biopsia de la lesión granulomatosa cervical y el informe anátomo-patológico fue de cáncer papilífero de tiroides. Se confirma el diagnóstico clínico y por ello se practicó disección radical clásica bilateral y tiroidectomía total. El post-operatorio fue tormentoso pero terminó con buena evolución.

Las secuelas como podemos imaginar fueron caída de ambos hombros y adelgazamiento marcado del cuello con cicatrices aceptables pero aún así desagradables.

Veinte años después he tenido oportunidad de controlar al paciente y se mantiene con hormona tiroidea de reemplazo, sin evidencia de enfermedad.

La conferencia y artículos del Dr. Crile caústicos y demoledores para su época (década del 50) en que la tendencia de cirugía radical de ese tipo de cáncer de tiroides era general.

Se practicaba tiroidectomía total y disección radical del cuello aún sin metástasis palpable. Esta filosofía se basaba en un estudio hecho en el M. D. Anderson Hospital de Houston en el que mostraban en múltiples cortes seriados de piezas operatorias tiroideas con nódulos de un solo lado, que había diseminación linfática microscópica en el lado sano.<sup>(5,6)</sup>

Se concluía que igual diseminación iba a producirse a nivel de los ganglios del cuello, lo que justificaba la radicalidad del acto quirúrgico.

Contra esta tendencia el Dr. Crile sostenía que la diseminación microscópica no era sinónimo de enfermedad y que la tendencia de invasión era de los ganglios paraglandulares, mediastinales y a la cadena del ganglio de Dolphin, en el polo superior del istmo.

Por lo tanto consideraba que la disección radical clásica era excesiva operación para una diseminación linfática local antes descrita. Que la tiroidectomía total no era tampoco

justificable cuando la lesión se circunscribía a un solo lado de la glándula<sup>(2,3,4)</sup>.

Que las posibilidades de lesión del nervio recurrente o extirpación de las paratiroides era un riesgo permanente que de ninguna manera debía correrse. Pues, no tenía ninguna justificación.

Es por todo ello, que desde 1962 en que iniciamos nuestra labor como jefe del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins decidimos seguir la política esgrimida por el Dr. Crile y desde entonces el tratamiento que venimos haciendo ha sido cirugía conservadora tanto en la glándula como en los ganglios cervicales, dependiendo del estadio clínico de la lesión. Nuestra conducta quirúrgica en retrospectiva ha sido coincidente con los modernos tratamientos de esta enfermedad.

En el estadio I (T1-T2-T3 con NO MO) hacemos hemitiroidectomía más Itsmectomía o tiroidectomía Subtotal dependiendo del tamaño del tumor.

En el mismo estadio I (T4 NO MO) practicamos tiroidectomía total.

En el mismo estadio I con cualquier N positivo se efectúa tiroidectomía total y disección modificada del cuello uni o bilateral dependiendo del caso clínico.

En el estadio II (cualquier T cualquier N positivo) la tiroidectomía total es lo indicado; la disección modificada del cuello estará supeditada a N positivo.

Consideramos como factores de riesgo a los pacientes varones, los antecedentes de radiación en Cabeza y Cuello y pacientes mayores de 45 años.

En el estadio III por encima de 45 años (T4 NO MO) (T4 N1 MO) se lleva a cabo tiroidectomía total más disección modificada del cuello en caso de metástasis. En el mismo estadio III con metástasis contra lateral, bilateral o mediastinales, practicamos tiroidectomía total y disección modificada bilateral o disección del mediastino superior.

En el estadio IV, por encima de los 45 años cualquier N con M1 practicamos tiroidectomía total y luego I 131 previa estimulación ante-hipofisiaria para aumentar la función de las metástasis a distancia.

Consideramos el término modificada como la disección del cuello que se aparta de la clásica; usualmente respetamos el nervio espinal; no incluimos a la glándula submaxilar en la disección; respetamos la vena yugular cuando no existe infiltración de ellos; así como el músculo esternocleidomastoideo.

## MATERIAL Y METODOS

Hemos depurado de nuestra casuística 159 casos de cáncer de tiroides bien diferenciado los que han sido estudiados y clasificados de acuerdo a su histología, edad,



sexo, estadio clínico, tratamiento y sobrevida. El estudio es prospectivo desde 1961 a 1991, es decir tiene treinta años de seguimiento.

### DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

La tabla 1 confirma lo que es ampliamente conocido, la predominancia de cáncer papilífero sobre el folicular. Los otros grupos histológicos son irrelevantes por su escaso número y no son materia de este estudio.

TABLA 1.- CANCER DE TIROIDES DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

TIPO	Nº	%
Papilífero	109	61
Folicular	50	27
Medular	6	4
Anaplásico	10	6
Linfoma	1	1
Células de Hurthle	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

### EDAD

Los grupos etáreos mayormente afectados están comprendidos entre la segunda y quinta década según podemos ver en la tabla 2:

TABLA 2.- CANCER DE TIROIDES GRUPO ETARIO 1961 - 1991

Edades	Nº	%
< 20	2	1.26
21 - 30	32	20.13
31 - 40	39	24.53
41 - 50	41	25.78
51 - 60	25	15.72
> 60	20	12.58
<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>100.00</b>

### SEXO

La mayoría de pacientes pertenece al sexo femenino en un número de 124 pacientes (78%), 35 pacientes corresponden al sexo masculino con 22%.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

Como lo hemos expuesto en nuestra casuística no hemos practicado operaciones radicales y el tratamiento quirúrgico conservador fue igual para ambas variedades bien diferenciadas.

### SOBREVIDA

Los resultados que se han obtenido con la cirugía

conservadora confirman sin lugar a dudas lo que se preconizaba desde la década del 50

TABLA 3. CANCER DE TIROIDES TRATAMIENTO QUIRURGICO

CIRUGIA	Nº	%
Hemitiroidectomía	10	6.28
Hemit. + istmo	13	8.17
Tiroid. subtotal	15	9.43
Tiroid. total	55	34.59
DMC + TT	66	41.50
<b>TOTAL</b>	<b>159</b>	<b>100.00</b>

Los sorprendente es también el hecho que no existe diferencia marcada en la sobrevida en los dos tipos de cáncer tiroideo bien diferenciado.

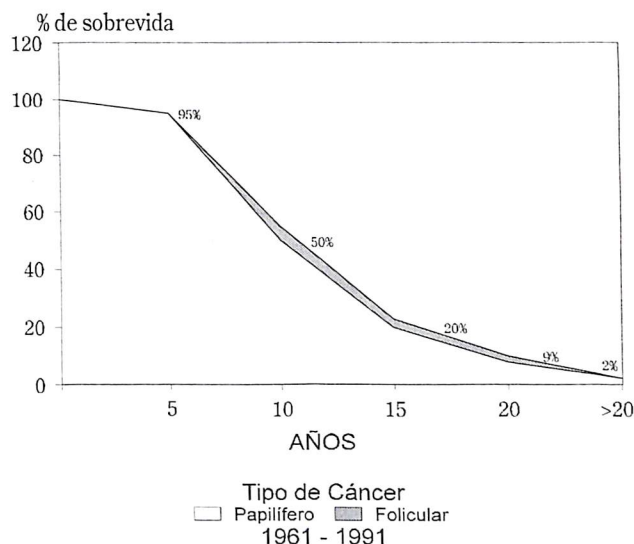


Fig. 1. CANCER DE TIROIDES TIEMPO DE SOBREVIDA

### DISCUSION

De todos los casos de neoplasias malignas de la glándula tiroidea, que suman 177, hemos dado énfasis a los bien diferenciados (folicular y papilífero) por ser los más numerosos, de mayor controversia y que constituyen la razón de nuestro trabajo. En total ellos suman 159, siendo 109 papilíferos y 50 foliculares.

No hemos considerado a los anaplásicos por ser de pronóstico sombrío que no han sobrepasado el año de sobrevida aún con los tratamientos radicales o inclusive acompañados de radioterapia.

Los medulares que en su agresividad ocupan un lugar intermedio entre los bien diferenciados y los indiferenciados, siendo su número escaso en nuestra casuística, tampoco han sido considerados, pues, sus resultados serían irrelevantes.

Hemos puesto nuestro interés en los bien diferenciados, por que ellos fueron tratados en forma conservadora sin considerar el tipo, sea papilar o folicular.

Al presente la cirugía conservadora en el tratamiento de este tipo de neoplasias de la glándula tiroides esta aceptada casi unánimemente. Esto no era así en las décadas del 50, 60 y aún del 70, en las que el tratamiento quirúrgico radical mutilante era el seguido por casi todas las escuelas quirúrgicas especializadas <sup>(2,3,4,5,6,9)</sup>.

El Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que dirigimos desde 1962 hasta el presente sólo ha practicado dicha cirugía radical clásica en un caso <sup>(7,8)</sup>.

La mayor frecuencia de presentación en mujeres jóvenes y los resultados altamente satisfactorios con la cirugía no mutilante llevada a cabo por nosotros desde 1962 no ha hecho sino reafirmar lo que George Crile preconizaba en la década del 50 y que nosotros la hemos seguido desde 1962 <sup>(2,3,4,7,8)</sup>.

Es también remarcable el hecho que tanto los papilíferos como los foliculares han tenido la misma sobrevida en nuestros resultados siguiendo los mismos parámetros quirúrgicos.

En los cinco primeros años la sobrevida alcanza el 95% para ambas variedades del grupo bien diferenciado.

También observamos que paralelamente la declinación de la curva de sobrevida es muy semejante hasta los treinta años, alcanzando el 9% a los veinte años.

En nuestra opinión ello es debido a que los pacientes provienen de provincias y su control se pierde por esas circunstancias.

#### Correspondencia:

Dr. Walter Rodríguez Céspedes  
Clínica San Borja.  
Av. Guardia Civil 337 San Borja  
Lima 41 - Perú

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Sedgwick, Cornelius E., Surgery of the Thyroid Gland. W. B. Saunders Company 1974.
- 2) Crile, G. Jr., Pattern of Metastasis of Carcinoma of the Thyroid. Ann. Surg. 143: 580 1956.
- 3) Crile, G. Jr., The Fallacy of Conventional Radical Neck Dissection for Papillary Carcinoma of the Thyroid. Ann. Surg. 145: 317 - 320. March. 1957.
- 4) Crile, G. Jr., Late Results of Treatment for Papillary Cancer of the Thyroid. Ann Surg. 160: 178 - 182, August. 1964.

- 5) Clark L. Jr. et al, Total Thyroidectomy for Cancer of Thyroid Significance of Intraglandular Dissemination. Ann. Surg. 149: 858 - 866. June 1959.
- 6) Russel, W. o. et al, Thyroid Carcinoma Classification Intraglandular Dissemination and Clinico Pathological Study based Upon whole organ section of 80 Glands. Cancer 16: 1425 - 1460. Nov. 1963.
- 7) Rodríguez C. Walter-Nanetty Salazar Rosario, Tratamiento del Cáncer de Tiroides en el Hospital Central N° 2 Seguro Social del Perú. Revista de la Sanidad Naval del Perú. Vol XI N° 1 Enero - Abril 1975.
- 8) Rodríguez C. Walter- Segura, G., Cancer Tiroides, veinte años de experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Revista de la Academia Peruana de Cirugía. Vol XXXVI N° 1. 1982.
- 9) Berchtold. R. et al, Carcinomas Tiroideos Diferenciados. Disch. Med. Wechr 109: 16 - 626. 1986.
- 10) Pasiaka J.L. Rotstein, L.E. Consensus Conference on Well Differentiated Thyroid Cancer: a Summary Can. J. 1993 298 - 301.
- 11) Mc. Henry, C.R. Walfish, P.G. Rosen I.B. Non Diagnostic Fine Needle Aspiration Biopsy: a dilemma in management of Nodular Thyroid. Disease. Am Surgery 1993 Jul. 59 (7) 415 - 9.
- 12) Ive Teras, K. Paulsen, S.M. Greisen, O. Johansen, J. Thyroid Cancer in the County of North Jutland. Diagnosis, Treatment and Prognosis. Thyroid Cancer Sessions R.B. Davidson B.J. Med. Clinic North Am. 1993. May 517 - 38.
- 13) Behrs, Oliver H. et al Manual for Stating of Cancer, Fourth Edition J.B. Lippincott, Part. II Head and Neck.
- 14) Maheshwari: Y.K et al 131I. Therapy In Differentiated Thyroid Carcinoma M.D. Anderson Hospital Experience Cancer 1981: 47- 664 - 71.

# ESTE ESPACIO

está reservado  
para su  
empresa

Publicidad  
Red de Información Científica  
Jr. Domingo Cueto 120 - Jesús María  
Lima 11 - PERU  
Telefax: 470 4670 Anexo 2846