

Cáncer de Tiroides

Esquema Terapéutico

Dr. Gustavo Diaz
 Dra. Roxana Degiusto
 Dra. Norma Canals
 Dra. Carmen Sánchez
 Dr. Luis Guzmán
 Dra. Maria Rosa Ulla
 Dr. Eduardo Wise
 Dr. Daniel A. Allende

Servicio de Cirugía General y de
 Cuello, Endocrinología y Anatomía
 Patológica - Hospital Privado de
 Córdoba

RESUMEN

Se presenta un esquema terapéutico para el carcinoma tiroideo, poniendo énfasis en el valor de la cirugía del mismo en la fase intratiroidea y en el reemplazo hormonal adecuado y permanente, como factores principales de sobrevida.

INTRODUCCION

El carcinoma de tiroides es una enfermedad que aparece con cierta frecuencia en la práctica médica. Hay numerosas publicaciones sobre el tema en los últimos años; el diagnóstico se hace con mayor certeza; sin embargo, existe controversia sobre el tratamiento.

El objetivo del trabajo es presentar un protocolo de tratamiento basado en la observación y el análisis no estadístico de 51 pacientes, en 21 años.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron en 51 pacientes, edad y sexo, tipo de tumor, cirugía y extensión de la misma, reemplazo hormonal y postoperatorio y sobrevida.

Para simplificar se reconocen tumores diferenciados, papilar y folicular, indiferenciados y medulares.

RESULTADOS

— Hubo 37 pacientes con carcinoma papilar, de los cuales, 32 fueron mujeres y 5, hombres. 23 tenían menos de 40 años de edad, en el momento del tratamiento ini-

cial. 29 fueron operados con tiroidectomía total de un lóbulo y tiroidectomía subtotal del otro. A 5, les fue practicada una tiroidectomía total intracapsular y a 3, una hemitiroidectomía. A 12 pacientes se les reseca- ron ganglios patológicos, a 1, se le hizo un vaciamiento cervical y en 4, se reseca- ron los músculos y/o nervios invadidos. En el post- operatorio inmediato y alejado, todos toma- ron y toman hormona tiroidea (o sucedá- neos), en forma permanente y diaria. La so- brevida es de 9 meses a 19 años; 12 tienen más de 10 años sin enfermedad aparente; en 4, los datos recientes son inseguros; nin- guno de esta serie de cánceres papilares, mu- rió por el cáncer.

— Hubo 6 pacientes con cáncer folicular, entre 19 y 61 años de edad. 4 fueron operados con tiroidectomía total de un lado y subtotal del otro, 1 con tiroidectomía total y 1, con hemitiroidectomía. A 3, se les reseca- ron ganglios patológicos; a 2, el nervio recurrente y a 1, parte de la pared esofágica. Todos tomaron y toman hormona en dosis adecuadas. La sobrevida libre de enfermedad es de 8 meses a 17 años, 3 con más de 10 años.

— Hubo 6 enfermos con cáncer indiferen- ciado; todos hombres de más de 50 años de edad. 1 fue operado con la tiroidec- tomía total de un lado y subtotal del otro; 2, con tiroidectomía total; 1, con resección del tumor y canalización de la tráquea y a 2, se les practicó una biopsia (uno de ellos fue tratado con radioterapia externa). Reem- plazo hormonal tuvieron dos (el operado con

tiroidectomía total y el irradiado) y ambos tienen más de 10 años de sobrevida libre de tumor. El resto ha muerto por el cáncer (invasión de la tráquea).

— Hubo 2 cánceres medulares, mujeres mayores de 50 años. Una fue operada con tiroidectomía total de un lado y subtotal del otro y la restante (84 años) con biopsia y radioterapia externa por tumor avanzado. Ambas han tomado y toman hormona y sobreviven 8 y 1 1/2 años respectivamente; la primera libre de tumor.

A 7 pacientes de toda la serie, se les administró yodo radiactivo en el postoperatorio inmediato para completar tiroidectomía y a uno, radioterapia externa, con el mismo fin.

COMENTARIO

La clasificación patológica recomendada por la Organización Mundial de la Salud, para el cáncer de tiroides, incluye:

- Carcinoma papilar
- Carcinoma folicular
- Carcinoma epidermoide
- Carcinoma indiferenciado o anaplásico
 - a) células grandes o fusadas
 - b) células pequeñas
 - c) células gigantes
- Carcinoma medular

El carcinoma a células de Hürthle se agrega esta descripción. El rasgo fundamental histológico para la clasificación de papilar y folicular, es la presencia de núcleos ópticamente vacíos.

Esta serie presenta características simi-

lares a otras. Son más comunes los carcinomas diferenciados aunque es notable el mayor número de papilares. El sexo femenino es predominante y la mitad de los pacientes es menor de 40 años de edad. Los indiferenciados son todos hombres y mayores de 50 años.

La conducta terapéutica quirúrgica es hacer la tiroidectomía total del lado enfermo (presencia de nódulo o nódulos dominantes) y la tiroidectomía subtotal del lado sano. La tiroidectomía total se utiliza cuando hay enfermedad macroscópica en ambos lóbulos, pero por lo menos en un lado, la resección es intracapsular. Paratiroides y recurrente de un lado, se resecan cuando están macroscópicamente involucrados. Se extirpan los músculos adheridos al tumor así como también órganos como el esófago. En los cánceres extratiroideos, se extirpan los ganglios macroscópicamente invadidos y todas las metástasis reseca- bles. El vaciamiento radical se utiliza sólo en metástasis extensas de cuello.

Posiblemente el complemento más importante en la terapia del cáncer tiroideo, es el reemplazo hormonal a niveles altos y permanente, en todos los pacientes. Cuando esta medida terapéutica no se emplea o el paciente la abandona, el carcinoma recidiva cualquiera sea la histología y especialmente si el tumor primitivo era angioinvasor, tomaba ganglios o invadía tejidos peritiroideos. El reemplazo vale para todos los tipos histológicos.

La conducta terapéutica puede resumirse en el esquema siguiente:

CANCER DE TIROIDES		
INTRATIROIDEO	Tiroidectomía total (l.enfermo) + Tiroidectomía subtotal (l.sano)	H. tiroidea
	(Tiroidectomía total intracaps.) (I ¹³¹ radioterapia)?	
EXTRATIROIDEO	Tiroidectomía t. (1 enf.) + Tiroidectomía subt. (sano) Tiroidectomía total + Resección de metást. (I ¹³¹ radioterapia)?	H. Tiroidea
INDIFERENCIADO	Biopsia ó Tiroidectomía + Radioterapia	H. Tiroidea

La potencialidad curativa es máxima en los intratiroideos, cualquiera sea la histología y siempre que el reemplazo hormonal sea permanente y adecuado; el carcinoma extratiroideo tiene menos probabilidad de curación. Es localmente incurable cuando invade tráquea, carótidas y dermis y por supuesto, en las metástasis alejadas no resecables, cualquiera sea la variedad histológica.

CONCLUSION

El carcinoma de tiroides es una lesión maligna poco frecuente, con dos tipos histológicos principales, diferenciado o indiferenciado, que no inciden fundamentalmente en el pronóstico cuando el tumor es intratiroideo y se aplica con precocidad, la cirugía adecuada. Mantener el eutiroidismo con reemplazo apropiado y permanente, después de la tiroidectomía, es importante para la sobrevida libre de lesión.

SUMMARY

A therapeutic protocol for the treatment of thyroid carcinoma is presented. This protocol emphasizes the importance of operating the tumor when it is still within the thyroid gland and of giving an adequate and permanent postoperative hormone treatment.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - C. SANCHEZ. *Comunicación personal.*
- 2 - *Protocolo Experiencia Médica Vol. V - Nro. 2, 1987*