

Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany"

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD NODULAR DEL TIROIDES

Dr. Pedro Luis Matamoros Pérez,¹ Dr. Rafael Rodríguez Ramírez,¹ Dr. Alberto de los Reyes Ur,¹
Dr. CM José M. Goderich Lalán² y Dr. Rafael Benítez Ramírez.³

Resumen

Se hizo un estudio descriptivo y prospectivo de 106 pacientes intervenidos quirúrgicamente por nódulos del tiroides en un cuatrienio, encaminado a determinar las características de esta afección nodular, la correlación citohistológica, los resultados del tratamiento y las complicaciones. Las lesiones benignas predominaron en el sexo femenino, sobre todo el adenoma folicular. La citología por aspiración con aguja fina (CAAF) constituyó una prueba de gran certeza y confiabilidad. La hemitiroidectomía más itsmectomía fue el proceder más comúnmente realizado en la serie.

Descriptores: NÓDULO TIROIDEO/diagnóstico; NÓDULO TIROIDEO/terapia; NÓDULO TIROIDEO/cirugía; TIROIDECTOMÍA; GLÁNDULA TIROIDES/citología

La glándula tiroides recibió este nombre por su similitud con un escudo (del griego "thyreus"), por cuanto se pensaba que constituía una auténtica arma defensiva para la laringe. En 1956, Warton la denominó "escudo oblongo" y sugirió que estaba allí para rellenar el cuello, particularmente en las mujeres. Desde 1825 hasta 1884 fue considerada como un cortocircuito vascular que protegía al cerebro del repentino aumento de la corriente sanguínea. En 1811, Rolleton describió el carcinoma del tiroides y Rehn

realizó en 1884 la primera tiroidectomía subtotal; pero el mérito de la consolidación de la cirugía en este campo corresponde a Teodoro Kocher, profesor de cirugía de Berna.¹

Los nódulos son tan frecuentes, que alrededor del 4 % de la población los presenta. Muchos de éstos resultan malignos.

Las muertes por cáncer constituyen 0,4 % de las enfermedades malignas en el sexo femenino y su incidencia (5,5 x 100 000) duplica la del masculino (2,4 x 100 000).²

¹ Especialistas de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.

La afección de la glándula tiroidea ha provocado confusión en cuanto al diagnóstico, debido a la gran variedad de manifestaciones macroscópicas y microscópicas que origina. Si bien existen conjuntos sintomáticos y cuadros morfológicos característicos en la mayor parte de las afecciones, en numerosas ocasiones la presencia de una glándula nodular sin evidencia de hiperfunción puede manifestarse como un nódulo único, firme y dominante, pero a la vez confundirse clínicamente con una neoplasia.³

Al enfrentarse a estas enfermedades deben tener en cuenta los siguientes principios: establecer el diagnóstico adecuado, definir cuándo realizar la operación y saber cómo operar.

Métodos

Se hizo un estudio descriptivo y prospectivo de 106 pacientes diagnosticados y tratados por afecciones del tiroides en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, desde octubre de 1994 hasta diciembre de 1997. Se aplicaron criterios de selección, partiendo de la presencia de nódulos en esta glándula.

A todos los afectados se les realizó una citología por aspiración con aguja fina (CAAF), así como biopsias por congelación e inclusión en parafina.

Para evaluar los resultados de la CAAF se emplearon varios métodos estadísticos.

Resultados

El sexo femenino (94 pacientes, para 88,6 %) predominó ampliamente sobre el masculino, como igualmente ocurrió con el grupo etario de 31 – 45 años (44,4 %) sobre las otras edades (tabla 1).

En cuanto a la distribución topográfica

del proceso cabe decir que la localización más frecuente fue en el lóbulo derecho (51,9 %), seguida en orden por el izquierdo (33,0 %), ambos lóbulos (9,4 %) y el tismo (5,7 %).

Tabla 1. Pacientes según edades

Edades (en años)	No.	%
15 - 30	23	21,7
31 - 45	47	44,4
46 - 60	19	17,9
61 - 75	17	16,0
Total	106	100,0

De un total de 111 nódulos, más de las tres cuartas partes eran sólidos (94,6 %), determinado a través del estudio ultrasonográfico (tabla 2); mientras que la CAAF arrojó resultados negativos en 88 integrantes de la casuística (83,6 %), positivos en 14 (13,2 %) y sospechosos en 4 (3,8 %).

En nuestra serie prevalecieron las afecciones benignas (tabla 3), con el adenoma folicular en primer orden (50,9 %), el bocio nodular en segundo (17,9 %) y el bocio coloide en tercero (12,3 %); de las malignas, la más común fue el carcinoma folicular (8,5 %).

La CAAF mostró una sensibilidad de 87,5 %, una especificidad de 78,8 % y una eficacia de 97,5 %; mientras que los valores de los índices predictivos resultaron ser de 97,7 y 77,7 % para el negativo y positivo, respectivamente.

En la tabla 4 se refleja que 88 nódulos se clasificaron como negativos, 14 como positivos y 4 como sospechosos; correlación diagnóstica que se estableció mediante exámenes histológicos. La hemitiroidectomía más istmectomía devino el proceder más comúnmente empleado (69,8 %), con

recurrencia de la lesión en sólo 3 casos (tabla 5).

Del total de pacientes, 80 fueron inter-

venidos con analgesia quirúrgica acupuntural.

Tabla 2. Diagnóstico por ultrasonido y punción aspirativa de los nódulos

Tipo	Ultrasonido		Punción aspirativa	
	No.	%	No.	%
Quístico	6	5,4	3	2,7
Sólido	105	94,6	108	97,3
Total	111	100,0	111	100,0

Tabla 3. Resultados del examen histológico con parafina

Tipo	No.	%
Adenoma folicular	54	50,9
Bocio nodular	19	17,9
Bocio coloide	13	12,3
Carcinoma folicular	9	8,5
Carcinoma papilar	6	5,7
Tiroiditis de Hashimoto	4	3,8
Carcinoma anaplásico	1	0,9
Total	106	100,0

Tabla 4. Correlación diagnóstica

Diagnóstico	Negativos		Positivos		Sospechoso	
	Total	%	Total	%	Total	%
Citológico	88	83,0	14	13,2	4	3,0
Congelación	87	82,0	18	17,0	1	2,8
Parafina	90	84,9	16	15,0	-	-

Tabla 5. Tipo de tratamiento quirúrgico

Técnica	No.	%
Hemitiroidectomía más itsmectomía	74	69,8
Tiroidectomía total	18	17,0
Hemitiroidectomía	7	6,6
Tiroidectomía total	4	3,8
Exéresis del nódulo	3	2,8
Total	106	100,0

Discusión

La localización más frecuente de los nódulos en el lóbulo derecho del tiroides ha sido explicado por varios autores, quienes estiman que las células de éste son más susceptibles de alterarse por la acción de diferentes factores externos como los virus y podrían convertirse en oncógenos y protooncógenos.

Para confirmar el diagnóstico son también importantes, además del método clínico: el ultrasonido, la gammagrafía y el estudio del contenido de DNA, entre otros. En la década del 70 fue introducida la citología por aspiración con aguja fina en nuestras consultas y desde entonces ha devenido un proceder ineludible y de suma utilidad, cuyos resultados alcanzan parámetros similares a los comunicados por autores foráneos.^{6,7}

Con respecto al tratamiento se ha plan

teado que para el carcinoma papilar no descubierto, antes de operar y confinado dentro de la cápsula, la hemitiroidectomía puede ser suficiente; aunque se afirma que muchas veces se produce un crecimiento multicéntrico y existen también focos tumorales en el lóbulo contralateral.⁸

El carcinoma folicular no angioinvasor tiene un pronóstico tan bueno como el papilar después de la tiroidectomía total. Cuando ocurre una invasión vascular, el riesgo de metástasis a distancia es elevado; pero tanto éstas como las recidivas del tumor se tratan con I 131. Si fuera necesario, a la tiroidectomía puede asociarse el vaciamiento ganglionar modificado.⁹

La tiroidectomía total se considera adecuada para las lesiones malignas con bajo índice de recaídas. En un estudio de seguimiento de 10 años, que abarcó a 567 pacientes operados por carcinomas, las recurrencias representaron 14,6 %.

Abstract

Diagnosis and Surgical Treatment of the Thyroid Nodular

A descriptive and prospective study was carried out during 40 years on 106 surgically treated patients, who presented thyroid nodules. The study was aimed at determining the characteristics of this nodular condition, the cytohistological correlation, treatment results and complications. Bening lesions predominated in the female sex, above all the follicular adenoma. Aspiration cytology with a fine needle (ACFN) was a very precise and reliable test. An hemithyroidectomy plus an itsmectomy was the most commorly used procedurein the study.

Headings: THYROID NODULE/ diagnosis; THYROID NODULE/therapy; THYROID NODULE/surgery; THYROIDECTOMY; THYROID GLAND/cytology.

Referencias bibliográficas

1. Werner SC. El tiroides: conocimiento básico y clínico [resumen histórico]. Barcelona: Salvat;1997:5-6
2. Lennquist S. Nódulos tiroideos. Diagnóstico y tratamiento. Clin Quir Nort Am 1987;67(2):227-45.
3. Bouvet M. Surgical management of the thyroid nodule. Patient selection based on the result of the fine needle aspiration citology. Laryngoscope 1993;102(2):1353-6.
4. Piraino P, Ibarra A, Arroyo A, Puramino H, Bassby F. Percutaneous puncture thyroid cytologic: Cytohistologic correlations in 136 nodular goiter surgical patients. Rev Med Chil 1993;120(8):886-92.
5. Ravelo C. Fine needle aspiration biopsy in the diagnostic of thyroid neoplasms. Chir Ital 1996;46(4):8-11.
6. Varela VN, Alvarez OC, Cintas FA, Dussac BG. Utilidad de la biopsia aspirativa con aguja fina en el diagnóstico de los nódulos tiroideos. Act Med 1989;3(1):32-41.
7. Permegiani V, Sove F, Calabria M, De Fallo M. Needle aspiration cytology in thyroid surgery (our experiencie in 104 operated cases). Ann Ital Chir 1994;65(1):59-67.
8. San Roman M. Tratamiento del cáncer diferenciado del tiroides. Controversia: Influye la técnica quirúrgica utilizada en la evolución a largo plazo. Cir Esp 1987;42(7):67-75.
9. Jatin PS, Peter EA. The impact of patterns of nodal metastasis on modifications of neck dissections. Am Surg Oncol 1994;1(6):524-32.
10. Clark OH. Total thyroidectomy. The treatment of choice for patients with differentiated thyroid cancer. Am Surg 1992;196(2):361-3.

Dr. Pedro L. Matamoros Pérez. Gallo # 264, entre Habana y Maceo. Santiago de Cuba.