

HOSPITAL "MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL"
FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS "LIDIA DOCE"
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA

CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES.

Por:

Dr. José Miguel Pérez Morales¹, M.Sc. Pedro Triana Alonso², Dra. Martha B. Núñez López³,
Lic. Diana Herrera Santana⁴, Lic. Rafael G. Machado Rodríguez⁵ y Dr. Uvaldo Vázquez Estévez⁶

1. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
2. Master en Psicología Médica. Especialista en Psicología de la Salud. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. ISCM-VC.
4. Licenciada en Lengua Inglesa. Asistente. ISCM-VC.
5. Licenciado en Información Científico-Técnica. Asistente. ISCM-VC.
6. Especialista de I Grado en Radiología.

Resumen

El diagnóstico y tratamiento del cáncer continúa siendo un reto para las ciencias médicas, y las consecuencias de esta enfermedad, un flagelo de azote universal. Desde hace más de un siglo han existido criterios controversiales en el tratamiento del cáncer de tiroides; sin embargo, los conocimientos actuales sobre la naturaleza biológica y genética molecular del carcinoma de tiroides, oncogénesis, antioncogénesis, anormalidades cromosómicas y sus mecanismos de activación, constituyeron los argumentos científicos para trazarnos el objetivo de demostrar las ventajas del tratamiento quirúrgico conservador del cáncer diferenciado de tiroides. Se presenta la experiencia de siete años de trabajo de un equipo multidisciplinario en la aplicación de la operación con lobectomía e istmectomía a un grupo de 64 pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma diferenciado de tiroides. Se compararon los resultados con los de otros autores defensores de la tiroidectomía total, y se halló que con la técnica recomendada disminuyó el riesgo de complicaciones, no fue necesaria la aplicación de tratamiento hormonal ni oncológico, y se garantizó mayor calidad de vida y baja frecuencia de recidivas.

Descriptores DeCS:

NEOPLASMAS DE LA TIROIDES/cirugía

Subject headings:

THYROID NEOPLASMS/surgery

Introducción

La polémica alrededor de cuál es el tratamiento más adecuado para el cáncer de tiroides evidencia que aún no existen resultados concluyentes que demuestren que un tratamiento sea mejor que otro, especialmente en la terapéutica del carcinoma diferenciado¹.

Todos los investigadores coinciden en que el tratamiento quirúrgico del cáncer diferenciado de tiroides, folicular o papilar, es el más efectivo, y lo que más se discute en la actualidad es la extensión de la resección, sobre todo si la lesión se circunscribe a un solo lóbulo^{2,3}.

Los cirujanos acogidos a la técnica clásica, que ha perdurado durante más de medio siglo, defienden la técnica de tiroidectomía total. Otros, basados en los conocimientos actuales sobre biología molecular, genética, los estudios de oncogénesis y antioncogénesis que precisan la naturaleza biológica del carcinoma de tiroides, y comprendiendo la repercusión psicológica y social

de la técnica tradicional, que disminuye significativamente la calidad de vida de los pacientes, sostienen la hipótesis de que bajo rigurosos criterios diagnósticos y pronósticos, el tratamiento quirúrgico de elección es la lobectomía con istmectomía.

Varios autores se refieren a las complicaciones que con frecuencia se presentan en pacientes a los que se les aplica tiroidectomía total, y señalan como más frecuentes la lesión de los nervios laríngeos recurrentes, con la consiguiente secuela de carácter irreversible en los órganos de fonación, la lesión de las glándulas paratiroides que determinan trastornos permanentes en el metabolismo del calcio, y un cotejo sintomático que disminuye la calidad de vida de los pacientes, además de la obligada y permanente terapia hormonal sustitutiva, que ocasiona no pocos inconvenientes al normal desempeño social del individuo.

Otros criterios que justifican la intervención quirúrgica conservadora se basan en los resultados de los estudios hísticos del lóbulo sano de pacientes sometidos a tiroidectomía total, en los estudios de necropsias realizados a fallecidos por otras causas que revelan la elevada frecuencia de carcinoma de tiroides localizado en un solo lóbulo, y en la baja incidencia de recidivas en los casos en que se realiza hemitiroidectomía con istmectomía⁴.

Ante la diversidad de criterios con relación al tratamiento óptimo de esta enfermedad, nos propusimos desarrollar y validar una técnica quirúrgica que no ponga en peligro la vida del paciente y le asegure bienestar físico y emocional, al disminuir los riesgos de complicaciones irreversibles.

Métodos

Para la atención a los pacientes con enfermedades del tiroides se creó una consulta especializada en el Hospital Docente "Mártires del 9 de Abril" de Sagua La Grande. Del universo que se atendió desde enero del 1995 hasta diciembre del 2002 (417 casos) se les diagnosticó cáncer de tiroides a 84 enfermos, de los cuales sólo fueron incluidos en el grupo de estudio los 64 que cumplieron los siguientes requisitos de inclusión:

1. Personas menores de 50 años.
2. Tumor menor de 3 cm.
3. No multicentricidad.
4. Variante papilar o folicular.
5. No invasión extratiroidea.
6. Lóbulo contralateral normal.
7. No invasión vascular.
8. T₁, T₂, N₀, M₀.

A todos los pacientes que cumplían los requisitos de inclusión se les explicó en términos comprensibles, de acuerdo con su nivel escolar y características de personalidad, el diagnóstico gnoseológico, los posibles procedimientos quirúrgicos (radical o conservador), las ventajas y desventajas de cada uno, así como los criterios pronósticos de la enfermedad.

En todos los casos y previo consentimiento informado, decidido voluntariamente por los pacientes, se les realizó operación electiva, aplicando la técnica de lobectomía e istmectomía.

Todos los enfermos, una vez egresados, fueron atendidos por consulta externa para conocer la evolución posquirúrgica y establecer criterios pronósticos.

Se diseñó un libro clínico para el registro de datos generales del paciente y los aspectos de interés para el protocolo de la investigación; se hizo énfasis en los procedimientos diagnósticos, tratamientos quirúrgicos y farmacológicos, así como los criterios de evolución posquirúrgica.

Resultados

Los registros estadísticos del Hospital de Sagua La Grande nos permitieron conocer que del total de 417 pacientes atendidos en la consulta especializada de tiroides, han recibido tratamiento quirúrgico 346 enfermos, y de ellos, sólo 83 tenían diagnóstico de cáncer de tiroides; de éstos, 77,10 % correspondían a la forma diferenciada.

De la muestra seleccionada, 81,25 % pertenecen al sexo femenino. La enfermedad se presentó con mayor frecuencia en personas con edades comprendidas entre 21 y 40 años en ambos sexos (62,5 %), y la forma clínica más frecuente, tanto en las mujeres como en los hombres, fue la papilar (84,37 %)

Durante el procedimiento quirúrgico ninguno de los 64 pacientes presentaron complicaciones atribuibles a la técnica empleada, y solamente 2 de ellos (3,12 %) presentaron recidivas: uno al año y otro a los dos años; a ambos se les completó la tiroidectomía y se mantienen asintomáticos. En la consulta de seguimiento, en el resto de los 62 pacientes operados no se identificaron recidivas. De ellos, la mayoría tiene entre 6,5 y 2,5 años de evolución completamente asintomáticos: 20 (6,5 años), 19 (4,5 años), 15 (2,5 años) y 8 (0,8 años).

Discusión

Aplicar la intervención quirúrgica conservadora a pacientes con cáncer diferenciado de tiroides resulta difícil, ante la oposición de una cifra mayoritaria de cirujanos y oncólogos nacionales y extranjeros. Sin embargo, el grupo multidisciplinario de profesionales asumió el reto, basado en el conocimiento científico alcanzado sobre el comportamiento biológico del cáncer diferenciado de tiroides, ajustándose a estrictos principios éticos y amparados en las experiencias de varios autores sobre la aplicación de esta técnica.

Nuestras estadísticas reflejan que hay significativamente mayor incidencia de cáncer de tiroides en las mujeres y que de las formas clínicas, el más frecuente es el tipo diferenciado. Resultados similares informa Cassola Santana¹, quien además asegura que la operación conservadora es aplicable para estos casos, sin riesgos. En nuestra casuística, el 97,88 % de los pacientes han tenido una evolución muy favorable.

Otros autores^{5,6} apoyan el uso de esta técnica a partir de rigurosos criterios diagnósticos e indicaciones muy específicas, que coinciden con los criterios de inclusión de nuestra muestra.

Con relación al pronóstico de los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides que reciben la técnica conservadora, hay criterios divergentes. Mazzaferri admite que ésta es buena en los primeros años, pero pasado el tiempo aparecen recidivas. Esto contrasta con los resultados descritos por otros autores⁷⁻⁹, que se corresponden con los nuestros; hay 39 pacientes que tienen 5,4 años de operados sin recidivas. Consideramos que después de haber vivido más de cinco años operado, con una técnica que tiene poca probabilidad de complicaciones por el acto quirúrgico, sin necesidad de terapia hormonal sustitutiva, sin tratamiento oncológico y sin la secuela de orden psicológico y social que generalmente deja la operación radical, la presentación de recidiva en algún caso es tan escasa, que no está demostrado aún que sea estadísticamente significativa, por lo que hay sobrados argumentos para aplicar esta técnica, siempre que esté indicada bajo estrictos criterios científicos y éticos.

Otros autores, con menor incidencia de casos y menos años de evolución posquirúrgica^{5,6}, informan la efectividad de la técnica por los bajos índices de recidivas, y en nuestra serie hay 25 pacientes que tienen como media 1,9 años de haber sido operados y se mantienen asintomáticos.

La evolución satisfactoria de los casos que informamos se comprueba en la consulta de seguimiento y evolución que se realiza periódicamente, donde se les hace ultrasonido diagnóstico, citología aspirativa con aguja fina (CAAF), o ambas, según el caso.

Nuestras estadísticas revelan que sólo dos pacientes con dos o menos años de evolución presentaron recidivas, lo que no concuerda con otros trabajos¹⁰⁻¹² que muestran índices mayores, ante lo que planteamos la probabilidad de errores, que se deben más al diagnóstico o a otros factores que a la técnica quirúrgica.

Los resultados del presente trabajo, que continúa desarrollándose sin dificultad y con financiamiento por un proyecto CITMA y los criterios de varios autores contemporáneos, nos hacen contraponer a la tradicional operación radical en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides, una técnica que se caracteriza por ser electiva, selectiva y con consentimiento informado, que disminuye el índice de secuelas y asegura mayor calidad de vida a los pacientes.

Summary

Diagnosis and therapy of cancer remains a challenge for medical sciences and the consequences of this disease are terrible for the world. Since more than a century ago there have been controversial criteria for the therapy of thyroid cancer; however, current knowledge about biological and molecular genetic nature of thyroid carcinoma, oncogenesis, antioncogenesis, chromosomal abnormalities and their mechanisms of activation represented the scientific reasons to trace the objective to demonstrate the advantages of conservative surgical therapy of thyroid cancer differentiated. Work experience of seven years is presented of a multidisciplinary team in the application of operation with lobectomy and isthmectomy to 64 patients with histological diagnosis of thyroid carcinoma differentiated. Results were compared with those from other authors defending total thyroidectomy. It was found that using the recommended technique, the risk of complications diminished, application of hormonal or oncological treatment was not necessary and there was a warranty for better quality of life and a low frequency of relapses.

Referencias bibliográficas

1. Cassola Santana JR. Cáncer de tiroides. Lineamientos generales del diagnóstico y tratamiento. La Habana: INOR; 1996.
2. Hay ID, Grant CS, Bergstralh EJ. Unilateral total lobectomy. Is it sufficient surgical treatment for patients with AMES low- risk papillary thyroid carcinoma ? Surgery 1998;124(6):958-64.
3. Grant CS, Hay ID, Gough IR. Local recurrence in papillary thyroid carcinoma: is extent of surgical resection important? Surgery 1998;104(6):954-62.
4. ASA S. Follicular variant of papillary thyroid carcinoma: a long-term follow-up. Arch Surg 2003;138(12):136-6.
5. Cody B. Papillary carcinoma of the thyroid. Semin Surg Oncol 1999;7:81-6.
6. Carcamgiu ML, Zamfi G. Papillary carcinoma of the thyroid: a clinicopathologic study of 241 cases treated at the University of Florence, Italy. Cancer 1999;55:805-25.
7. Altie JN. Feasibility of total thyroidectomy in the treatment of thyroid carcinoma. Am J Surg 2001;136:540-60.
8. Becker, WP. Pioneers in thyroid surgery. Am Surg 2000;185:490-505.
9. Brooks JR, Starnes HF. Surgical therapy in thyroid carcinoma. A review of 1249 solitary thyroid nodules. Surgery 2002;104:930-40.
10. Clark OH, Levin Z. Thyroid Cancer. The casa for total thyroidectomy. Eur J Cancer Clin Oncol 2000; 24:305-13.
11. Cunninghans MP, Dura RB. Surgical discriminants for differentiated thyroid cancer. Am J Surg 1998;164:344-50.
12. De Groot CJ, Kaplan EL. Second operation for completion of thyroid carcinoma. Risk factor and outcome. Surgery 2000;110:936-46.