

TIROIDECTOMÍA PARCIAL EN CÁNCER DE TIROIDES

PARTIAL THYROIDECTOMY IN THYROID CANCER

Camila Cristina Steinmetz¹, Sergio Rodrigo Becker Quadros da Silva¹, Livia da Silva Belotto¹, Ketlin Follman¹, Isis Fornazza Ferreira¹, Gabriela Grandó Pfeffer¹, Julia Lopes Sousa¹, Giovanna Nascimento Matos¹, Victoria Carolina Oliveira Lopez¹, Eduarda Sampaio Massaranduba¹, Jordana Casquet²

RESUMEN

El carcinoma papilar de tiroides es la neoplasia maligna que más afecta al sistema endócrino (80 al 90% de los casos). Tiene una mayor incidencia en la población femenina (relación 3:1) y en pacientes de 30 a 60 años, pudiendo estar relacionada con la herencia familiar hasta en un 5% de los pacientes. Dividiendo el carcinoma diferenciado de tiroides en bajo y alto riesgo, se establece la utilización del tratamiento radical, con tiroidectomía total más yodo profiláctico, en caso de carcinomas de alto riesgo. En los de bajo riesgo, además que muchos acepten que la tiroidectomía total no tenga ventaja sobre la lobectomía total con istmectomía en lo que se refiere a la sobrevida del paciente, algunos trabajos alertan para un mayor número de recidivas. Se presenta el caso de una paciente con carcinoma papilar, donde se hizo tiroidectomía parcial izquierda.

Palabras clave: Cáncer papilar tiroideo; tiroidectomía.

ABSTRACT

Papillary thyroid carcinoma is the malignancy that most affects the endocrine system (80 to 90% of cases). It has a higher incidence in the female population (3:1 ratio) and in patients between 30 and 60 years of age, and may be related to family inheritance in up to 5% of patients. Dividing differentiated thyroid carcinoma into low and high risk, the use of radical treatment is established, with total thyroidectomy plus prophylactic iodine, in the case of high-risk carcinomas. In low-risk patients, in addition to the fact that many accept that total thyroidectomy has no advantage over total lobectomy with isthmectomy in terms of patient

¹ Estudiantes- 5º año-Clínica Quirúrgica- Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Privada del Este (Pte. Franco)

² Auxiliar de la Enseñanza- Clínica Quirúrgica- Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Privada del Este (Pte. Franco)

Autor de correspondencia: Giovanna Matos – Dirección: Avda. Ñeembucú y Caazapá (Pte. Franco)- Mail:

matosgio@hotmail.com

Fecha de recepción: 08-05-2022 Fecha de aceptación: 14-06-2022

survival, some studies warn of a greater number of recurrences. We present the case of a patient with papillary carcinoma, who underwent partial left thyroidectomy.

Keywords: Papillary thyroid cancer; thyroidectomy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de tiroides es la neoplasia maligna que más afecta al sistema endócrino, correspondiendo alrededor del 80 al 90% de los casos. Tiene una mayor incidencia en la población femenina (relación 3:1) y en pacientes de 30 a 60 años, pudiendo estar relacionada con la herencia familiar hasta en un 5% de los pacientes. ⁽¹⁻²⁾

Aún con un buen pronóstico y tasa de supervivencia, se ha registrado un aumento en el número de casos en las últimas décadas, principalmente debido al descubrimiento incidental de pequeños cánceres en pacientes sometidos a exámenes de rutina como ecografía de cuello, resonancia magnética o tomografía, además del PETSCAN. ⁽³⁾

Separando el carcinoma diferenciado de tiroides en bajo y alto riesgo, se establece entre los autores la utilización del tratamiento radical, con tiroidectomía total más yodo profiláctico, en caso de carcinomas de alto riesgo. En los de bajo riesgo, algunos autores afirman que la tiroidectomía total no tenga ventaja sobre la lobectomía con istmectomía en lo que se refiere a la sobrevida del paciente, incluso algunos trabajos alertan sobre un mayor número de recidivas. ⁽⁴⁾

Hay una tendencia a estudiar juntos los llamados carcinomas diferenciados de la glándula tiroides, incluidos el carcinoma papilar y folicular, además de sus variantes. Contribuye por ello, el buen pronóstico de ambos tipos, cualquiera que sea la modalidad terapéutica empleada en el tratamiento. ⁽⁵⁾

Se presenta el caso de una paciente con carcinoma papilar, donde se hizo tiroidectomía parcial izquierda.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer, de 15 años, acudió a la consulta por tumoración en región infrahioidea izquierda del cuello. Al examen físico se palpó un nódulo en lóbulo izquierdo (2 cm de diámetro), móvil, sin ganglios palpables. Encaminada por la médica generalista responsable a un servicio de imágenes, fue sometida a examen de ultrasonografía de tiroides resultando en nódulo sólido tiroideo (Fig. 1), motivo por el cual fue derivada para atención especializada.



Fig. 1: Ultrasonografía de tiroides en la cual se observa la glándula de ecoestructura homogénea. En el lóbulo izquierdo presenta imagen nodular hipoeoica, de contornos irregulares y límites parcialmente definidos (2,1 x 2,0 x 1,8 cm) y que causa borramiento de los contornos del lóbulo izquierdo. El lóbulo derecho se encuentra normal.

La paciente seguía asintomática y eutiroides. Se solicitó punción aspirativa con aguja fina (PAAF), con evaluación citológica, resultando negativo para células malignas, con coloides en el fondo de lámina, siendo diagnosticada con bocio coloide. La conducta inicial fue realizar controles cada 2 meses.

Seis meses después la paciente refiere dolor, disnea, roncus y síntomas depresivos. Al examen físico se percibió crecimiento importante del nódulo (4 cm de diámetro), motivo por el cual se propuso cirugía de tiroidectomía parcial, con posible tiroidectomía total después congelamiento. La anatomía patológica resultó en carcinoma papilar, tipo clásico de 3cm x 2,5 cm, sin focos foliculares, tiroiditis crónica inespecífica, estadio 2 (T2NxMx). A los dos meses postoperatorio fue sometida a nueva cirugía para resección y totalización, con levotiroxina de inicio 50mcg y después a 100mcg por día. En los controles siguientes, la iodo ablación fue postergada debido a su estado hormonal normal.

Estando la paciente asintomática, sin recidiva, fue clasificada como riesgo bajo, motivo por el cual se optó por seguimiento estrecho. Los exámenes de Ultrasonido de tiroides, Radiografía de tórax, TSH y Tiroglobulina estuvieron dentro de la normalidad esperada.

Debido a que dentro de los meses siguientes ninguna particularidad clínica, laboratorial e imagenológica fue percibida, la paciente siguió con evaluaciones anuales periódicas.

DISCUSIÓN - CONCLUSIÓN

Se sabe que el cáncer de tiroides puede presentar un variado comportamiento biológico, pudiendo ser carcinoma diferenciado, comúnmente de baja agresividad, hasta un carcinoma anaplásico, siendo un tumor de mayor letalidad comparado a otros tipos de neoplasias. Todavía, cerca de 10 a 20% de los carcinomas diferenciados pueden ser agresivos, llevando hasta a recidivas y óbitos. ⁽⁴⁾ La extensión es considerada un factor de mal pronóstico en casos de carcinoma bien diferenciado de tiroides. En el presente caso se observa una afectación loco regional en que se pudo delimitar el tumor y planear su resección sin interurrencias. ⁽⁶⁾

Para diagnóstico se debe hacer una historia clínica detallada, recabando datos de neoplasias familiares y síntomas compresivos o crecimiento rápido de algún nódulo tiroideo ya conocido. ⁽⁷⁾ Esta paciente joven presentaba un carcinoma papilar, tipo clásico, con tiroiditis crónica inespecífica, clasificándose como T2NxMx, según la Clasificación de tumores malignos tiroideos.

La meta principal es la cura del cáncer con el menor impacto posible en la calidad de vida del paciente. La cirugía tiene un papel primordial en el tratamiento de todas las neoplasias de la glándula tiroides. La cirugía es aceptada como el pilar fundamental del tratamiento del carcinoma diferenciado de tiroides. ^(8 - 9) Al respecto del cáncer diferenciado de tiroides, la decisión entre tiroidectomía parcial o total va a depender de ciertos factores. En los tumores menores a 4 cm, unifocales, que no presentan extensión extra tiroidea y sin metástasis linfonodales, estos pueden ser tratados con tiroidectomía parcial, generalmente con lobectomía más istmectomía, así como se realizó en el presente caso. En casos de tumores de más de 4 cm, multifocales, con invasión extratiroidea, metástasis regionales o a distancia, se debe hacer tiroidectomía total y adyuvancia con radioiodoterapia. ⁽¹⁰⁾

A diferencia de otros tipos de cáncer de región de cabeza y cuello, las diferentes terapias quirúrgicas para el carcinoma diferenciado de tiroides tienen buenos resultados en el término de supervivencia, independientemente del enfoque adoptado. ⁽⁵⁾

REFERENCIAS

1. Camboim DC, Da Motta Figueirôa VMS. Carcinoma papilífero da tireoide associado à tireoidite de Hashimoto: frequência e aspectos histopatológicos. Revista Brasileira de Patologia Médica Laboratorial. 2009 Febrero: p. 78-82.
2. Dedivitis RA, de Matos LLea. Recidiva cervical no carcinoma papilífero da tireoide. Revista Colegio Brasileiro de Cirurgia. 2020: p. 25-45.
3. Vargas Uricoechea H, Herrera Chaparro J, Meza Cabrera I, Agredo Delgado V. Epidemiología del Cáncer de Tiroides. Revista Medicina. 2015 junio: p. 140-163.

4. Rodrigues A, al. MDdCGe. Tireoidectomia unilateral no carcinoma diferenciado da tireóide de baixo risco: uma cirurgia inadequada. 2001 Junio: p. 181-187.
5. de Andrade Sobrinho J, Curioni OAea. Conduta conservadora no carcinoma papilífero da glândula tireóide. 2003 Agosto: p. 314-318.
6. Dedivitis RA, Guimarães AV. Carcinoma papilífero de tireóide localmente invasivo. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2002 Octubre: p. 687-691.
7. Vera Muthre E, Lazo Caicedo C. Actualización sobre el cáncer de tiroides. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018 Julio: p. 16-42.
8. Pitoia F, Cavallo A. Cáncer de tiroides en búsqueda del tratamiento individualizado. Revista Medicina (Buenos Aires). 2012 diciembre: p. 503-513.
9. Espinoza Espinosa CY. Métodos diagnósticos y tratamiento de cáncer tiroideo. Revisión bibliográfica. Universidad Católica de Cuenca. 2022.
10. Ortega AF, López ER. Cáncer de tiroides: Revisión de casos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Revista de Endocrinología y Nutrición. 2010 Marzo: p. 11-17.