

# NEOPLASIAS DE TIROIDES EN LOS HOSPITALES ESPEJO; PABLO A. SUAREZ Y E. GARCES EN EL PERIODO DE 1983 - 1987

Dr. Luis Garzón V. (Médico R—5 Cirugía General. H.C.A.M.)  
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO; HOSPITAL PABLO A. SUAREZ;  
HOSPITAL ENRIQUE GARCES.

**RESUMEN.**— Se analizan 101 pacientes sometidos a cirugía de tiroides; en un lapso de 5 años, comprendidos entre 1983 y 1987; 44 pacientes corresponden al H.E.E.\*; 42 al H.P.A.S.\*\*; y 15 al H.E.G.\*\*\* La sexta década de la vida ocupa el mayor porcentaje de presentación y su distribución por centros hospitalarios corresponde a: H.E.E.; 27.3%, H.P.A.S.: 47.6% y H.E.G. 46.7%.

Existe relación de 2.17 mujeres por cada hombre. El lugar de procedencia fue el mayor porcentaje en la provincia de Pichincha, distribuidos de la siguiente manera: H.E.E.: 32.4%; H.P.A.S.: 50% y H.E.G.: 73%. El diagnóstico preoperatorio se planteó así: H.E.E.: Bocio no-

dular: 52.5%, H.E.G.: Ca de tiroides: 46.7%, H.P.A.S., Bocio nodular: 40|5%.

El diagnóstico post-operatorio reveló los siguientes datos:  
H.E.E.: Ca papilar: 50%, H.P.A.S.: Ca papilar 50%, H.E.G.: Ca papilar 44%. El procedimiento quirúrgico que se efectuó fue el siguiente: H.E.E.: Lobectomias más instmectomias 31.8% H.P.A.S. Lobectomias 31%; H.E.G.: Tiroidectomía subtotal 50%.

**INTRODUCCION.**—El cáncer tiroideo es raro, pero despierta muchas controversias en cuanto a tratamiento: mayor de la que correspondería a su frecuencia. Esta controversia ya se inicia acerca de cómo establecer el diagnóstico.

La American Cáncer Society ha estimado que se diagnosticarían 13.300 casos de cáncer tiroideo en Estados Uni-

\* H.E.E. Hospital Eugenio Espejo  
\*\* H.P.A.S. Hospital Pablo Arturo Suárez  
\*\*\* H.E.G. Hospital Enrique Garcés.

dos en 1984, y se producirían 1.100 muertes. Por otra parte, el estudio Framingham indicó que aparecen nuevos nódulos tiroideos con ritmo de 0.1% al año en la población general. Por lo tanto, como se descubrirían alrededor de 225.000 nódulos tiroideos nuevos en la población estadounidense en 1984, si se llevaran a cabo las técnicas de selección, uno de cada 20 podría contener cáncer tiroideo, y solamente un nódulo de cada 200 podría albergar cáncer tiroideo que en última instancia causaría al paciente la muerte.

Por otro lado varias series han indicado que alrededor de 80% de las piezas quirúrgicas con nódulos solitarios demostrados, son tumores benignos, en tanto que el resto, es decir, el 20% está constituido por neoplasias malignas.

Con este preámbulo el objetivo fundamental que queremos demostrar en este estudio se basa en un análisis de 3 centros hospitalarios de Quito, tomados como parámetros, el número de pacientes atendidos en cada centro con patología específicamente tiroidea, edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico post-operatorio y tratamiento quirúrgico y relaciones en forma global con otros centros de investigación a nivel mundial.

## MATERIAL Y METODOS

Con el objeto de realizar un estudio descriptivo de las neoplasias tiroideas, efectuados en el H.E.E., H.P.A.S., H.E.G. de Quito, se revisaron los casos acumulados durante un período de cinco años (Enero de 1983 a Diciembre de 1987).

En primer lugar se obtuvo el número de intervenciones quirúrgicas de neoplasias tiroideas, registradas en cada historia clínica, obteniendo de ellos los siguientes datos: edad, sexo, procedencia, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico post-operatorio y tipo de intervención quirúrgica.

De acuerdo a la edad, se realizó una distribución por décadas: de uno a diez de once a veinte y así sucesivamente.

Se comparó la incidencia de neoplasias tiroideas entre sexos. Se clasificó la procedencia en base a las capitales de provincia. Se determinó el diagnóstico preoperatorio de cada centro hospitalario con sus respectivos porcentajes y tipo de patología.

En igual forma se analizó el diagnóstico post-operatorio de cada centro hospitalario tomando en consideración el tipo de patología y los respectivos porcentajes.

Por último se analizó el tipo de intervención quirúrgica en cada centro hospitalario con los valores porcentuales.

**RESULTADOS.**—Se revisaron los archivos del servicio de estadística de los tres centros hospitalarios.

De los 101 pacientes estudiados; 42 corresponden al H.E.E., 42 al H.P.A.S. y 15 al H.E.G.

**EDAD.**—Se observó que en el H.E.E. el 27.3% ocupó el mayor porcentaje correspondiente a los 51-60 años de edad, en el H.P.A.S. con el 47.6% entre los 61-70 años de edad y en el H.E.G. el

27.3% entre los 61-70 años de edad. Ver tabla N° 1.

**SEXO.**—Podemos apreciar que en el H.E.E. el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con el 77.3% y el sexo masculino con el 22.7%. En el H. P.A.S. el sexo femenino predomina con el 54.8% y el sexo masculino con el 45.2%. En el H.E.E. el sexo femenino en igual forma alcanza el mayor porcentaje con el 73.3% y el sexo masculino con el 26.7%.

**PROCEDENCIA.**—Podemos apreciar que de la provincia de Pichincha proceden la mayoría de pacientes, según este estudio así: H.E.E.: 32.4%, H.P.A.S.: 50% y H.E.G. con el 73.3%. Ver tabla N° 2.

**DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.** Otro parámetro muy importante lo constituye el diagnóstico preoperatorio de cada centro hospitalario en donde podemos apreciar que en el H.E.E. el mayor porcentaje corresponde al bocio nodular con el 52.5%. En el H.P.A.S. al bocio nodular con el 40.5% y en el H. E.G. corresponde a Ca de tiroides con un 47.7%. Ver tabla N° 3.

**DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO** Para el estudio de este parámetro nos basamos en el resultado del análisis histopatológico obteniendo que en el H.E.E. el 31.8% de casos resultó ser Ca papilar de tiroides, en el H.P.A.S. el Ca papilar fue el más frecuente con el más frecuente con el 24.4% y en el H. E.G. dos fueron los diagnósticos con

igual porcentaje: el Ca papilar con el 26.7% y el bocio nodular con el 26.7%. Ver tabla N° 4.

**NEOPLASIAS.**—De los 101 pacientes, como podemos apreciar en la tabla N° 4, 70 presentaron diagnóstico pos-operatorio y tipo de intervención quirúrgica, el resto no se logra obtener datos por falta de registro en la respectiva historia clínica.

Si consideramos en forma global neoplasias malignas con el 93.6%, H.P.A.S. con el 85% y H.E.G. con el 69%. Ver tabla N° 5.

Si consideramos a las neoplasias malignas como la más frecuente, según este estudio apreciamos que en el H. E.E. el Ca papilar presentó el más alto porcentaje con el 49%. En el H.P.A.S. el Ca papilar fue el más frecuente con el 50% y en el H.E.G. en igual forma el Ca papilar fue el más frecuente con el 44%. Ver tabla N° 6.

Referente al tipo de intervención quirúrgica apreciamos que en el H.E.E. se realizó como extirpaciones mínimas las lobectomías más istmectomías con el 31.8%; H.P.A.S.: exclusivamente lobectomías con un 31% y en el H.E.E. tiroidectomía subtotal con el 50%. Ver tabla N° 7.

**DISCUSION.**—Una clasificación sencilla para cáncer tiroideo es la del Memorial Sloan Kettering Cancer a saber en Ca papilar, Ca folicular, de células de Hurtle, medular, gigante y fusiforme.

En lo que se refiere a neoplasias tiroideas analizamos los resultados de este

estudio comparativamente con los datos de otros centros.

**EDAD.**—La edad de mayor apareamiento se encuentra en pacientes de más de 60 años, así lo citan también otros autores como Ball (12), De Groot L. (18), Keston (12) entre otros.

**SEXO.**—El sexo femenino en forma global en los tres centros hospitalarios predomina, en este estudio tenemos autores como Kim, A.S. (13), Ball (12), Brown A.P. (3), De Groot L. (4) presentan similares casuísticas.

**DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.**—E nel H.E.E. y H.P.A.S. el Bocio nodular predomina en este estudio con el 50% y 45% respectivamente.

**DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO.** Relacionándolos con los datos anteriores se obtienen que con el estudio histopatológico el Bocio nodular tanto en el H.E.E. y H.P.A.S. presentan cifras del 4.5% y 9.8% respectivamente. En el H.E.G. se aprecian datos equitativos en el diagnóstico pre y post-operatorio obniéndose cifras del 46% de Ca de Tiroi-des en el preoperatorio; y el 56% en el post-operatorio.

**NEOPLASIAS TIROIDEAS.**— El Ca papilar predomina en este estudio con un porcentaje del 45—50%. Cifras casi similares con otros estudios como Keston, A.S. (12), Maxon B. Thomas (15) Leeper, R.D. (9), etc.

El Ca folicular presenta un porcentaje del 25—35%, cifras que se aseme-

jan con otros estudios como lo citan De Groot (4), Hurbert (10), Hueter (11) Exeiby V.E. (8).

En nuestro estudio el Ca indiferencia-do presenta cifras del 13—33%. Datos no concordantes con otros estudios, lo mismos que citan cifras máximas de 1—5%, así tenemos De Groot (6), Hueter (11), Hubert (10), Keston (12), etc.

**INTERVENCION QUIRURGICA.**— Las lobectomas más istmectomas es procedimiento mínimo de extirpación del tumor; a lo que se añade alternativas de extensión de acuerdo al estudio histopatológico.

T A B L A I

*Edad en Tres Centros Hospitalarios (%)*

<i>Edad Años</i>	<i>H.E.E.</i>	<i>H.P.A.S.</i>	<i>H.E.G.</i>
0—10	—	—	—
11—20	—	—	3
21—30	20.0	2.4	9.1
31—40	6.7	19.0	9.1
41—50	6.7	19.0	24.2
51—60	20.8	11.9	27.3
61—70	46.7	47.6	27.4
71 o más	—	—	—

TABLA I I

PROCEDENCIA %				
Provincia	H.E.E.	H.P.A.S.	H.E.G.	
Pichincha	32.4	50.0	73.3	
Imbabura	14.7	7.5	—	
Tungurahua	11.8	1.0	13.3	
Esmeraldas	8.8	—	—	
Bolívar	8.8	15.0	6.7	
Cotopaxi	8.8	5.0	—	
Chimborazo	8.8	5.0	—	
Carchi	5.9	7.5	6.7	

TABLA I I I

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO (%)				
Diagnóstico	H.E.E.	H.P.A.S.	H.E.G.	
Bocio nodular	52.5	40.5	20.0	
Ca de Tiroides	40.0	35.7	46.7	
Bocio nodular	52.5	40.5	20.0	
Ca papilar	5.0	—	—	
Ca de laringe	2.5	—	—	
No hay H.Cl.	—	16.7	20.0	
Sin Dg.	—	7.8	13.0	
	100.0	100.0	100.0	

TABLA IV  
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO (%)

<i>Diagnóstico</i>	<i>H.E.E.</i>	<i>H.P.A.S.</i>	<i>H.E.G.</i>
Sin datos de H.Cl.	29.5	39.0	26.7
Ca papilar	31.8	24.4	26.7
Ca folicular	22.7	12.2	13.3
Bocio Nodular	4.5	9.8	26.7
Ca Indiferenciado	11.4	14.6	6.7
	100.0	100.0	100.0

TABLA V

NEOPLASIAS (%)

<i>Neoplasias</i>	<i>H.E.E.</i>	<i>H.P.A.S.</i>	<i>H.E.G.</i>
Benignas	6.4	15.0	30.7
Malignas	93.7	85.0	69.3
	100.0	100.0	100.0

TABLA VI

NEOPLASIAS MALIGNAS (%)

	<i>H.E.E.</i>	<i>H.P.A.S.</i>	<i>H.E.G.</i>
Ca Papilar	49.0	50.0	44.0
Ca Folicular	38.0	23.0	23.0
Ca Indiferenciado	13.0	27.0	33.0
	100.0	100.0	100.0

TABLA VI

## PROCEDIMIENTO OPERATORIO (%)

Intervención	H.E.E.	H.P.A.S.	H.E.G.
Lobectomías mas Istmectomías	31.8	31.0	50.0
Tiroidectomía			
Total	27.3	23.8	18.8
Fallec.	18.2	16.7	25.0
Biopsia	11.4	7.1	—
	100.0	100.0	100.0

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Benua, R. S. Cicade, N. R. Sonemberg, M. The relation of radiodine disimetry to results and complications in the treatment metastatic thyroid cancer. *J.R.*, 87:171, 1982.
2. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Combination adriamicyn and radiation therapy or locally advanced carcinoma of the thiroid gland. *Int. J.H., and Leeper, R.D. Radiat. Oncol. Biol. Biol. Phys.* 9:565, 1983.
3. Brown, A.P. Greening W.P., Mc Cready, V.R.: Radiodine treatment of metastatic thiroid carcinoma. The Royal Marsden Hospital experience. *Br. J. Radiolog.* 57:323, 1984.
4. De Groot, thyroid neoplasia. In *endocrinology*. New York, Grane and station, 1979, page 509.
5. Durand, R.E.: Adriamicin: possible indirect radiosensitize of hipoxic tumor cells. *Radiology* 119:217, 1976.
6. Cady, B. Sedwich, C.E. Meissner, W.A. et all: changing clinical phatoloigc, therapeutic and survival patterns in diferentiated thyroid carcinoma *Ann, Surg.*, 183:541, 1986.
7. Harness, J.K., Thompson, N.W., and Nishiyaam, R.N.: Chilboad Thyroid carcinoma. *Arch. Surg.*, 102:278, 1971.
8. Exelby, P.E., and Frazell, E.L. Carcinoma of the thyroid in children. *Surg. North Am.*, 49:249, 1969.
9. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Treatment of anplasic giant and spind'le cell carcinoma of the thyroid gland with combination adriamicyn and radiation therapy: A new approach *Cancer*, 52:954, 1983.
10. Hubert, J.P., Kiernan P.D. Beahrs, O.H., et al: ocult pappillary carcinoma of the thyroid, *Arch. Surg.*, 115:394, 1980.
11. Hutter, R.V.P., Frazell, E.W., and foote, F.W.: Elective radical neck dissection: Anassesment of its use in the management of papillary thyroid cancer. *C.A.* 20—87, 1970.
12. Keston, A.S., Ball, R.P., Frantz, V.K., et all.: Storage of radioactive iodine in metastasis from thyroid carcinoma *Science*, 95:362, 1942.
13. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: combination adriamicyn and radiation therapy or locally advanced carcinoma of the thyroid

gland. Int. J. Radiat. Oncol. Phys., 9:565, 1983.

14. Leeper, R.D.: The efect of 131 I theraphy on survival of patients with metastatatic papillary of follicular thyroid carcinoma. J. Clin. Endocrinol. Metab., 36:1143, 1973.
15. Maxon, H., Thomas, S.K. Hertzberg, V.C., et al: Relation between effective dose and outcome of radiodine theraphy for thyroid center cancer. N. Angl. J. Med., 309:937, 1983.
16. Mazzaferri, E.L., Young, R.L., Oertel, J. K., et al.: Papillary carcinoma. Medicine (balt), 56:171, 1977.
17. Fierro-Benitez R. Peñafiel W. rez I.: Endemic goiter and endemic cretinism in the Andean region. Med. 280:296. 1969.
18. De Groot. I.: Surgical tretment of thyroid carcinoma. Arch. Surg. 98:100, 1964.
19. Tolletsen, H.R., De Cosseg J.J., TER, R.V.P.: Papillary carcinoma of the thyroid: A clinical and pathologic study of 70 fatal cases. Cancer, 17:100, 1962.
20. VARMA, V.M., Bierwaltes, W.F., M.M., etl: treatment of thyroid carcinoma with death rates after surgery and after radiotherapy followed by I:131, J.A.M.A., 1970.

1000 1000 1000 1000 1000

BIBLIOTECAS Y ALABES

10. Hubert, J.P., Kleiman P.D., Beahm, O.H. et al: early papillary carcinoma of the thyroid. Arch. Surg., 113:304, 1970.

11. Hunter, R.V.P., Frank, E.W., and Lockhart, J.W.: Extensive radical neck dissection: Assessment of its use in the management of papillary thyroid cancer. CA, 20-27, 1970.

12. Kastner, R.S., Hall, R.L., Travis, V.K., et al: Stages of metastatic disease in the management of papillary thyroid carcinoma. J. Clin. Endocrinol. Metab., 36:1143, 1973.

13. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Combination of chemotherapy and radiation therapy in early advanced carcinoma of the thyroid gland. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.

14. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Treatment of advanced carcinoma of the thyroid gland with combination chemotherapy and radiation therapy. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.

15. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Radiation therapy and radiation therapy or to early advanced carcinoma of the thyroid gland. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.

16. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Radiation therapy and radiation therapy or to early advanced carcinoma of the thyroid gland. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.

17. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Radiation therapy and radiation therapy or to early advanced carcinoma of the thyroid gland. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.

18. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Radiation therapy and radiation therapy or to early advanced carcinoma of the thyroid gland. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.

19. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Radiation therapy and radiation therapy or to early advanced carcinoma of the thyroid gland. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.

20. Kim, J.H., and Leeper, R.D.: Radiation therapy and radiation therapy or to early advanced carcinoma of the thyroid gland. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys., 9:565, 1983.