

Cáncer diferenciado de la tiroides. Uruguay 1986

Dres. Bolívar Delgado, Iliana Farre, y Sr. Leonardo Rissi

Se analiza una serie de 31 carcinomas diferenciados del tiroides reunidos en 4 años en 2 Servicios de Cirugía y se comparan sus resultados con series nacionales de 1974 y con la literatura internacional destacándose una serie de significativas diferencias sobretodo en lo relativo a frecuencia, edad, tipos histológicos predominantes, estadios evolutivos, evaluación diagnóstica preoperatoria y tácticas quirúrgicas seguidas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS MOTS CLÉS) MEDLARS: Thyroid Neoplasms.

SUMMARY: Differentiated thyroid cancer. Uruguay 1986.

Authors analyse a series of 31 cases of differentiated thyroid carcinomas proceeding from two surgical services in a period of five years, and compare their results with 1974 national series and international data. They point out several significant differences, mostly related to frequency, age, prevailing histological types, evolutionary stages, pre-operative diagnostic evaluation and surgical tactics.

RÉSUMÉ: Cancer différencié de la thyroïde. Uruguay 1986.

Les auteurs analysent une série de 31 cancers différenciés de la thyroïde au cours d'une période de 4 années, dans 2 services de Chirurgie. Les résultats obtenus sont comparés à ceux d'autres séries nationales de 1974 et avec la littérature internationale. Ils soulignent des différences significatives surtout en ce qui concerne la

Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado) Hospital Pasteur, Fac. de Medicina, Montevideo y Servicio de Cirugía del Círculo Católico de Obreros.

fréquence, l'âge, les types histologiques prédominants, les stades évolutifs, l'évaluation diagnostique préopératoire et les tactiques chirurgicales employées.

En el año 1974 se publicaron en nuestro país una serie de estadísticas Hospital de Clínicas⁽¹⁾, Instituto de Endocrinología⁽²⁾, Suiffet⁽³⁾, sobre carcinoma del tiroides (C.T.) que a pesar de ser reducidas eran representativas del medio pues incluían periodos de revisión de 20-36 años.

En los últimos 4 años hemos reunidos un número similar al de cada una de las citadas estadísticas de carcinomas diferenciados y nos ha parecido de interés comparar algunos aspectos de ellas con la nuestra y ambas con los resultados de la literatura internacional, ya que nos adelantamos a señalar presentan diferencias importantes.

MATERIAL Y METODOS

En el período 1983-1986 fueron tratados quirúrgicamente 31 pacientes con carcinoma diferenciado del tiroides (C.D.T.) de los cuales se dispone de la anatomía patológica.

Le da unidad a este estudio el hecho de haber sido operados la totalidad de los pacientes en dos Servicios de Cirugía dirigidos por uno de nosotros (B.D.), el haber realizado la totalidad de los estudios citológicos el mismo citólogo (Lucas Acosta) y la gran mayoría (89%) de los estudios anátomo-patológicos el mismo equipo de patólogos (María L. Iraola y N. Toledo).

Se analizaron retrospectivamente algunos aspectos tales como:

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de mayo de 1987.

Prof. Director de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y colaborador no médico del Círculo Católico de Obreros.

frecuencia
 - edad y sexo
 - tipos histológicos
 - estadio evolutivo en el momento del tratamiento
 - evaluación diagnóstica preoperatoria
 - tratamiento quirúrgico realizado

Esto fue comparado con las estadísticas nacionales de 1974 y con la bibliografía internacional.

RESULTADOS

26 carcinomas pertenecían al sexo femenino (84%) y 5 (16%) al masculino en una relación 5.2/1.

La edad varió entre 17 y 85 años con una media de 45; 13 del total (13/31:41,9%) tenían menos de 40 años en el momento del tratamiento pero en el grupo de los carcinomas papilares solo 3(3/31:9,67%). Cuadro 1.

12 carcinomas (12/31:38.7%) pertenecían a la va-

De los 9 carcinomas encapsulados de la serie (9/31:29%) 3 fueron papilares (1 con rotura capsular) y de los foliculares la gran mayoría (5/6:83,3%) presentaban rotura de la cápsula.

8 tumores fueron catalogados como ocultos (menos de 10 mm) (8/31:25,8%) 5 papilares y 3 foliculares; al tipo oculto esclerosante correspondieron 3 papilares y 3 foliculares. Dentro de los carcinomas ocultos papilares 2 eran simultáneos con un carcinoma papilar invasivo, 2 con una tiroiditis de Hashimoto y el quinto con una metástasis ganglionar precrona. De los carcinomas foliculares ocultos 2 esclerosantes fueron descubiertos en un bocio difuso con hipertiroidismo y el otro en una hiperplasia difusa tiroidea junto a un adenoma folicular (cuadro 3).

En 2 casos existían focos múltiples de carcinoma (carcinomas múltiples o multicéntricos). En otros 5 coexistían más de un carcinoma: 2 papilares (3 casos, 2 foliculares, 3 foliculares y 1 papilar (cuadro 4).

**Cuadro 1
 CANCER DIFUSO DE TIROIDES**

17-85 años	Media: 45 años
10-20: 2 (6.4%)	51-60: 7 (22.5%)
21-30: 4 (12.9%)	61-70: 5 (16.1%)
31-40: 7 (22.5%)	71-80: 0
41-50: 4 (12.9%)	81-90: 2 (6.4%)
13/31	Menores de 40 años (41.9%)
3/31 (P)	Menores de 40 años (9.67%)

Cuadro 3

Cancer mínimos u ocultos
 8/31 25.8%

Carcinoma	Patol. tiroidea
Papilar	Ca. Papilar
Papilar escler.	Metast. ganglionar
Folicular escler. ⁽²⁾	Bocio difuso hipertiroidismo
Papilar	Ca. Papilar
Folicular escler.	Adenoma folic.+hiperplasia difusa
Papilar escler. ⁽²⁾	Hashimoto

riedad histológica papilar; 18(18/31:58%) eran foliculares discriminados así: 6 encapsulados, 11 invasores y 1 correspondió a la variedad de Hürthle. El restante caso de la serie pertenecía al tipo de carcinoma medular de la variedad no familiar (cuadro 2).

Cuadro 2

TIPOS HISTOLOGICOS

PAPILAR	12/31	38.7 %
FOLICULAR	18/31	58.06%
encapsulados	6	33.33%
invasores	11	61.11%
Hürtle	1	5.55%
MEDULAR	1/31	3.22%

Cuadro 4

Cáncer múltiples
 7/31 22.58%

- Papilares	2
- Papilares	2
- Papilares	2
- Foliculares	3
- Papilares	1
- Foliculares	2
- Foliculares	Múltiples
- Papilares	Múltiples

Solo 3 pacientes presentaron metástasis ganglionares (3/31:9,67%): 1 precrona, (carcinoma oculto esclerosante papilar), 1 paracrona (Ca. papilar) y la restante en la evolución también de un Ca. papilar.

Después de escrito este trabajo 1 paciente operado por carcinoma medular consulto por metástasis ganglionares.

En 3 casos se constató una invasión de la cápsula tiroidea (9.67%) y en ninguno infiltración visceral loco-regional. Tampoco ningún paciente presentó metástasis alejadas en oportunidad del tratamiento inicial.

El diagnóstico preoperatorio fue planteado como positivo o de sospecha en el 54,4% pero solo se consideraron en referencia a él los nódulos tiroideos sin manifestaciones extratiroidea y exclusivamente con citología del nódulo. Esta fue realizada en 29 oportunidades (93,54%) con los siguientes resultados (cuadro 5): positivos 7(7/29:24,13%), sospecha 11 (11/29:37,9%) y negativos también 37,9% (11 casos). Por tanto la sensibilidad (incluyendo en los positivos tanto a estos como a la sospecha) se estimó para este

Cuadro 5

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Citología			
29/31		93/54%	
- Positivo	7/29	24.13%	
- Sospecha	11/29	37.9 %	
- Negativo	11/29	37.9 %	
Sensibilidad: 62.06%			

Cuadro 6

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Gamagrafía			
24/31		77.4%	
- Frío	14/24	58.33%	
- Neutro	1/24	4.1 %	
- Caliente	2/24	8.3 %	
- Multinodular	5/24	20.8 %	
- B. Difuso	1/24	4.1 %	
- Normal	1/24	4.1 %	
Sensibilidad: 62.5%			

método diagnóstico del 62%.

El gamagrama fue efectuado en 24 casos (77.4%) evidenciando 14 nódulos fríos (14/24:58%), 1 neutro (1/24:4%), y 2 calientes (2/24:8%). En 5 casos informó bocio multinodular (5/24:20,8%), en 1 bocio difuso (1/24:4%) y en otro el resultado fue normal. Considerando como presunción positiva a los nódulos fríos y neutros la sensibilidad de esta técnica en esta serie llegó al

62,5% (cuadro 6).

En 13 pacientes (13/31:41,9%) se indicó una ecografía con los siguientes resultados: 8 nódulos sólidos (8/13:61,6%), 2 mixtos (2/13:15,4%) y ninguno quístico. En 3 casos (3/13:23%) se diagnosticó un bocio multinodular. Considerando como presunción positiva de este método los nódulos sólidos y los mixtos estimamos su sensibilidad en 76,9%, (cuadro 7).

En 8 casos (los últimos de la serie) (8/31:25,8%) se efectuó una biopsia intraoperatoria por congelación con los siguientes resultados: 7 positivos (7/8:87,5%) y 1 sospecha (1/8:12,5%) que se confirmó posteriormente por el estudio por inclusión en parafina; no hubieron falsos negativos: sensibilidad 100%, (cuadro 8).

Los 31 pacientes fueron operados y se les realizaron 33 operaciones: tiroidectomía subtotal 3(9%), 8 lobectomías solas o con le istmo (24%), 1 istmectomía aislada (3%). 17 tiroidectomías casi totales (51.5%), 2 tiroidectomías totales (6%) y 2 vaciamientos ganglionares subradicales del cuello (6%) (cuadro 9).

Cuadro 7

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Ecografía			
13/31		41.93%	
- Sólido	8/13	61.6%	
- Quístico	0	0	
- Mixto	2/13	15.4%	
- Multinodular	3/13	23%	
Sensibilidad: 76.92%			

Cuadro 8

Biopsia extemporánea			
8/31		25.8%	
- Positivo	7/8	87.5%	
- Sospecha	1/8	12.5%	
- Falsos neg.	0	0	
Sensibilidad: 100%			

DISCUSION

La frecuencia del C.T. es de 25-40 casos por millón de habitantes y por año^(4, 5, 6).

Tomando en cuenta que el C.D.T. representa por lo menos el 70% del total de carcinomas del tiroides es esperable en nuestro país entre 52-84 casos nuevos

Cuadro 9

Ca. D. T. Trat. Quirúrgico

31 enfermos 33 operaciones

- Istmectomía	1	3 %
- Tiroidectomía total	2	6 %
- Vaciamiento ganglionar	2	6 %
- Lobectomía + Istmo	1	24.2%
- Tiroidectomía subtotal	8	9 %
- Tiroidectomía casi total	17	51.5%
- Enucleación	0	0 %

anuales.

En contraste con esto, el análisis de las estadísticas nacionales publicadas en 1974^(1, 2, 3, 7) parecen señalar una muy baja incidencia: 31 casos en 20 años del Hospital de Clínicas⁽¹⁾; 51 en 36 años del Instituto de Endocrinología⁽²⁾. Sin embargo en los últimos 4 años hemos reunido en 2 Servicios de Cirugía un número similar de C.D.T. (31 casos), lo cual nos hace plantear el siguiente interrogante: 1) está aumentando la frecuencia del C.D.T.?; 2) se diagnostica mejor?; 3) se diagnostica de más?.

Algunos autores han señalado^(4, 8) un leve aumento en la incidencia del C.D.T. en estos últimos años que no parecería ser suficiente para explicar las diferencias anotadas.

Compartimos el criterio señalado por Bell⁽⁹⁾ de que un patólogo entrenado, interesado y que multiplique los cortes, tiene más chances de diagnóstico. Pensamos que tal vez esté allí la explicación pues nuestros patólogos tienen muchos años de entrenamiento en esta disciplina.

Comparando la estadística del Instituto de Endocrinología⁽²⁾ con la nuestra observamos que en la primera en 1.636 bocios nodulares hubieron 51 CDT o sea una frecuencia del 3,11% mientras que en la nuestra esa frecuencia sube al 36,4%. Expresa esto una mejor selección actual para la cirugía?

El CDT puede presentarse a edades muy variables con una media de 41 años⁽⁷⁾, pero a los efectos pronósticos 40-45 años es la edad frontera que separa el buen del mal pronóstico⁽¹⁰⁾ y rige en parte la táctica quirúrgica a seguir⁽²⁾.

En la serie de Maggiolo⁽⁷⁾ sobre 56 CDT 24 (15 papilares y 9 foliculares) o sea el 42,85% tenían menos de 40 años y dentro de los papilares 44% estaban por debajo de esa edad. En la de Suiffet⁽³⁾ 48,3% de los CDT tenían menos de 40 años. En la nuestra 13 del total tenían menos de 40 años (13/31:41,9%) pero dentro de los carcinomas papilares solo 3 (3/12:25%).

Estas estadísticas nacionales contrastan netamente

con las extranjeras donde se señala que entre un 75-80% de los carcinomas papilares tienen menos de 40 años^(11, 12). Estas grandes diferencias parecen señalar claramente la mayor edad de presentación del CDT en estadísticas nacionales y sobretodo referidas al carcinoma papilar. Su explicación es la consulta más tardía? El análisis que realizaremos a continuación del estadio evolutivo en el momento de la consulta parece descartar esta hipótesis.

El CDT predomina netamente en estadísticas internacionales en el sexo femenino y en porcentajes variables: 5/1⁽¹²⁾, 2,6/1⁽⁹⁾, 2/1⁽¹⁰⁾. En las series nacionales también predomina en el sexo femenino con una frecuencia semejante: Hospital de Clínicas⁽¹⁾ 8/1, Suiffet⁽³⁾ 5/1, Maggiolo⁽⁷⁾ 7,5/1 para el papilar y 4,25/1 para el folicular, 5,2/1 en la nuestra.

Señalamos ya que la gran mayoría de los carcinomas del tiroides (70% o más)^(13, 7, 5) son diferenciados y dentro de ellos predomina netamente el carcinoma papilar sobre el folicular. La frecuencia relativa de ambos depende en gran parte de la manera de clasificar los tumores que presentan componente papilar y folicular, que serían para algunos los más frecuentes: 1) se puede clasificar este tipo de tumor de acuerdo al tipo histológico predominante⁽⁵⁾; 2) se les puede denominar "mixtos"^(2, 4); 3) teniendo en cuenta que el componente folicular sería el que gravaría el pronóstico algunos autores los incluyen dentro de los foliculares^(13, 7); 4) por último actualmente gran mayoría de las publicaciones siguiendo la clasificación de la O.M.S. los consideran como tumores papilares aunque predomine en ellos el componente folicular y hay incluso opiniones que sostienen que su comportamiento biológico es similar al de los tumores papilares sobretodo en pacientes menores de 40 años⁽¹⁾. Es por ello que autores como Crile⁽¹⁴⁾ solo aceptan como foliculares aquellos tumores que son puros. Dentro de este grupo algunas estadísticas incluyen también los tumores a células de Hürthle⁽⁴⁾.

Internacionalmente pues^(4, 10, 11, 12, 15, 16, 17) (cuadro 10) el porcentaje de carcinomas papilares se aproxima al 70% contra un 30% de los foliculares (incluyen los de células de Hürthle).

En las estadísticas nacionales los tumores papilares aparecen con una frecuencia muy inferior^(1, 2, 7); (Inst. Endocrinología 27,4%, Hospital de Clínicas 40%, Maggiolo 54,83%) con un aumento correspondiente de la de los tumores foliculares (Hospital de Clínicas⁽¹⁾ 40%, Maggiolo⁽⁷⁾ 40,32%) lo cual es difícil de entender porque como lo señala Bell⁽⁹⁾ la frecuencia del carcinoma folicular viene descendiendo en el mundo sobretodo al disminuir las zonas de carencia yódica (cuadro 11).

Es de señalar que en la parte del Hospital de Clínicas⁽¹⁾ los tumores foliculo-papilares se clasificaron

Cuadro 10
TIPOS HISTOLOGICOS
Bibliografía internacional

AUTOR	N ²	P.	F.E.	F.I.	F.T.	M.
McKenzie ⁽¹²⁾ 1971	85	58/85 68.3%	8/85 9.4%	15/85 17.6%	23/85 27%	4/85 4.7%
Edis ⁽¹⁵⁾ 1977	1016	72%	10.5%	10.5%	21%	7%
Parmentier ⁽¹⁰⁾	?	70%			30%	
Giuliani ⁽¹⁶⁾ 1984	149	100/149 67.12%			47/149 31.5%	2/149 1.34%
Rossi ⁽¹¹⁾ 1985	792	70%			30%	
Leeper ⁽⁴⁾ 1985	1083	67%			21%	6%
Ozaki ⁽¹⁷⁾ 1983		181/265 68.3%			84/265 31.7%	
Autores 1986	31	12/31 38.7%	6/31 19.35%	12/31 38.7%	19/31 61.2%	1/31 3.22%

Incluye tumores de Hürtle

P: Papilar

FE: Folicular encapsulado

FI: Folicular infiltrante

FT: Folicular total

M: Medular

Cuadro 11
TIPOS HISTOLOGICOS
Estadísticas nacionales

	P.	F.	M.	H.	Med.
Maggiolo ⁽¹²⁾ (62)	34/62 54.83%	21/62 33.87%		4/62 6.45%	3/62 4.83%
Gregorio ⁽²⁾ (51)	27.4%	14.4%	25.8%	6.66%	5%
Hosp.Clin. ⁽¹⁾ (31)	40%	40%		8.5%	
Autores (31)	12/31 38.7%	17/31 54.8%		1/31 3.22%	1/31 3.22%

Entre paréntesis, número de casos.

P: Papilar

F: Folicular

M: Mixtos

H: Hürtle

Med.: Medular

según el tejido predominante; en la del Inst. de Endocrinología⁽²⁾ como mixtos (25.8% que si se suman a los papilares llevan la frecuencia de estos a 53.2% que aún es baja); en la de Maggiolo⁽⁷⁾ como foliculares.

En nuestra serie la frecuencia de los tumores papilares fue solamente de 38.7% a pesar de haber incluido en ella los cánceres foliculo-papilares como aconseja la O.M.S. y la frecuencia de los foliculares fue 58% incluyendo dentro de ellos los de células de Hürthle. Es probable que una explicación de esta gran diferencia de las estadísticas nacionales con respecto a las internacionales esté en la forma de clasificación pero aún así nos parece que no queda totalmente explicada. Otro factor a considerar es el de ser las series nacionales muy cortas. Queda planteado como interrogante lo sostenido por Bell⁽⁹⁾ de que por lo menos el 25% de los carcinomas foliculares son variantes del carcinoma papilar y el 20% serían tumores de Hürthle si se efectuara una revisión cuidadosa.

Dentro de los tumores diferenciados la frecuencia de los tumores encapsulados es variable. En la serie de McKenzie⁽¹²⁾ 9.4% del total de cánceres fueron tumores foliculares encapsulados (34.78% de los cánceres foliculares) y en la de Edis⁽¹⁵⁾ llega al 50% del total de carcinomas foliculares. Maggiolo⁽⁷⁾ señala que 2.7% del total de arcinomas o 9.5% de los cánceres

CUADRO 12**DIAGNOSTICO PREOPERATORIO**

	Positivo o sospecha	Negativo o sin diagnóstico
Suiffet ⁽³⁾	48.38%	46%
I. Endocr. ⁽²⁾	76%	24%
H. Clin. ⁽¹⁾	68%	32%
Autores	62.1%	37.9%

Incluye carcinoma indiferenciado y citología de metástasis.

Sólo se consideraron nódulos tiroideos sin manifestaciones extratiroideas y citología exclusivamente del nódulo.

foliculares eran encapsulados.

En nuestra serie las cifras son diferentes pues el carcinoma folicular encapsulado constituyó el 19.35% del total de carcinomas diferenciados y el 33.3% de los carcinomas foliculares, cifras que se acercan más a las publicadas internacionalmente⁽¹²⁾. De los 6 carcinomas encapsulados nuestros, en 5 se comprobó rotura capsular.

En relación a los carcinomas papilares hubo solamente 3 casos encapsulados (3/12:25%) y solamente en 1 de ellos se demostró rotura capsular.

En 7 casos existían carcinomas múltiples y/o multicéntricos para los cuales en su variedad papilar se ha señalado una frecuencia variable: 13-16%⁽⁹⁾, 20%⁽¹⁹⁾, 28%⁽⁸⁾.

Los carcinomas ocultos son relativamente frecuentes tanto en el material quirúrgico como en el de autopsias⁽¹⁸⁾; pueden ser papilares o foliculares, esclerosantes o no. En la serie de Woolner⁽¹⁹⁾ que es la más extensa, sobre 560 carcinomas papilares 140 eran de la variedad oculta esclerosante (25%).

Schindler⁽¹⁸⁾ sobre 15 carcinomas ocultos papilares 9 eran del tipo esclerosante y 6 no. Maggiolo⁽⁷⁾ 84 carcinomas papilares correspondiendo 9 (26%) a la variedad oculta metastasiante y 2 carcinomas ocultos esclerosantes sin metástasis (en total 11/34:32.25%). Nosotros hallamos en 31 CDT 8 de la variedad oculta (25.8%) 3 foliculares y 5 papilares; 3 correspondían al tipo papilar oculto esclerosante, uno de ellos con metástasis ganglionar precrona.

Sampson⁽²⁰⁾ en 1971 describió a los microcarcinomas como pequeños tumores, en general de menos de 1 mm; a esta variedad pueden pertenecer 2 de nuestras observaciones de carcinomas múltiples o multicéntricos.

En cuanto al carcinoma de Hürthle, éste se constituyó en el 6.45-8.5% del total de CDT en estadísticas nacionales^(1,7) cifra similar a la del Memorial Center⁽⁶⁾; en la nuestra 3.2%.

En relación al estadio evolutivo, para Bell⁽⁹⁾ el carcinoma papilar se presenta con metástasis ganglionares hasta en el 40% de los casos, sobretodo en pacientes menores de 40 años; en la Clínica Lahey Rossi⁽⁴⁾ demuestra cifras que suben hasta el 90% también en pacientes jóvenes menores de 30 años.

En estadísticas nacionales Maggiolo⁽⁷⁾ sobre 34 carcinomas papilares 9 metástasis ganglionares precronas y otras 9 paracronas (total 18/34:52.9%) y en los tumores foliculares 4 precronas y 9 paracronas (13/21;61.9%); en la serie de Suiffet⁽³⁾ el porcentaje es bastante inferior: (8/31:25.8%; según este mismo autor estadísticamente las metástasis paracronas se encontrarían entre 27-58% y las precronas entre 15-50%. También en la serie del Hospital de Clínicas⁽¹⁾ la frecuencia es baja: 5 precronas y 3 paracronas (22.8%) pero no se distingue en esa cifra los carcinomas

diferenciados de los indiferenciados.

En nuestra revisión solo 3 pacientes (3/31:9.67%) presentaron adenopatías colonizadas: 1 precrona (carcinoma oculto), 1 paracrona y otra metacrona. Las 3 correspondían a carcinomas papilares (3/12:25% de los carcinomas papilares). Esta baja frecuencia de la colonización ganglionar contrasta llamativamente con respecto a las estadísticas internacionales y nacionales mencionadas.

Se ha señalado hasta 10-45% de metástasis óseas o pulmonares⁽³⁾ concomitantes con el CDT; 12.9% en la serie del Hospital de Clínicas⁽¹⁾; 3.22% en la de Suiffet⁽³⁾; ninguna en la de Maggiolo⁽⁷⁾ y tampoco ninguna en la nuestra.

En relación a la invasión cancerosa extraglandular loco-regional ésta figura en la estadística del Hospital de Clínicas⁽¹⁾ en 15 casos (48.38%) (incluye carcinomas

indiferenciados); en la nuestra solamente en 3 casos: 1 invasión del músculo peritiroideo y en 2 hubo ruptura de la cápsula visceral tiroidea (9.67%).

Otro aspecto de interés es la evaluación diagnóstica preoperatoria. En la experiencia de Suiffet⁽³⁾ analizando los CDT en 48% de los casos se operó con la sospecha o el diagnóstico de cáncer; en el Hospital de Clínicas⁽¹⁾ esta cifra sube al 68% pero incluye 4 carcinomas indiferenciados y 8 diferenciados pero con adenopatías colonizadas; en el Instituto de Endocrinología⁽⁷⁾ 19% de sospecha y 57% de diagnósticos positivos pero parece deducirse del análisis de esta serie que los diagnósticos positivos los fueron por citología por punción de metástasis y en carcinomas indiferenciados.

En nuestra serie la citología por punción exclusivamente del tumor tiroideo tuvo una sensibilidad del 62% (cuadro 12). Estos resultados muestran una mejoría en la capacidad diagnóstica de esta técnica que por otra parte es la única que permite el diagnóstico positivo en el nódulo-cáncer del tiroides en el preoperatorio⁽²¹⁾.

El gamagrama y la ecografía solo pueden aportar elementos de presunción y no tienen valor en el diagnóstico positivo mostrando una mejor sensibilidad del ultrasonido como ya lo señalamos en un trabajo anterior⁽²²⁾.

En 8 casos de la serie (25.8%) que correspondieron a los últimos de ella se realizó una biopsia por congelación intraoperatoria, procedimiento no utilizado en las series nacionales anteriores y que arrojó una sensibilidad del 87.5% que llega al 100% si le sumamos un caso de sospecha ulteriormente confirmado por un estudio en diferido; no tuvo por tanto falsos negativos. Estos resultados nos han alentado para realizarla sistemáticamente en el curso de la cirugía de los nódulos tiroideos sospechosos de ser cáncer.

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos

empleados señalamos como hecho predominante en nuestra estadística, que resalta al ser comparada con las nacionales de 1974, que la lobectomía (más istmo) y la tiroidectomía casi total han pasado a ser las operaciones de mayor frecuencia al mismo tiempo que disminuyó significativamente el número de vaciamientos ganglionares, hecho este último en correspondencia con la baja incidencia de metástasis ganglionares en la serie (cuadro 13).

Cuadro 13

TRATAMIENTO QUIRURGICO

	E.	T.S.T.	L.+I.	I.	T.C.T.	T.T.	V.G.
H. Clin. ⁽¹⁾	5/50 10%	13/50 26%			14/50 28%	3/50 6%	15/50 30%
I. Endocr. ⁽²⁾	3/62 4.8%	7/62 11.3%	28/62 45.2%	2/62 3.2%		8/62 13%	14/62 22.5%
Suiffet ⁽³⁾	3/41 7.3%	8/41 19.5%	10/41 24.4%	1/41 2.4%	8/41 19.5%	1/41 2.4%	10/41 24.4%
Autores		3/33 9%	8/33 24.2%	1/33 3%	17/33 51.5%	2/33 6%	2/33 6%

E:	Enucleación o resección parcial
T.S.T.:	Tiroidectomía subtotal
L.+I.:	Lobectomía con el istmo
I.:	Istmectomía
T.C.T.:	Tiroidectomía casi total
T.T.:	Tiroidectomía total
V.G.:	Vaciamiento ganglionar

La mayor frecuencia de la tiroidectomía casi total habla de una actitud más agresiva de resección glandular primaria tal como lo proponen algunos autores⁽¹⁵⁾ y que en el otro extremo la lobectomía (con istmectomía) es la menor operación aceptada actualmente⁽⁶⁾ reservando la tiroidectomía total para situaciones muy especiales y determinadas⁽²³⁾.

De los 2 vaciamientos ganglionares realizados en la serie uno fue simultáneo con el tratamiento del tumor primario (metástasis paracrona) y otro en el seguimiento alejado (metástasis metacrona) ambos de tumores papilares. Luego de escrito este trabajo se efectuó otro por metástasis alejadas de un carcinoma medular.

CONCLUSIONES

Del análisis realizados nos parecen fundamentadas las siguientes conclusiones:

1. Llama la atención la baja incidencia de CDT publicada en 1974 y la llamativa alta frecuencia relativa actual lo cual lo interpretamos como en relación a un mejor diagnóstico patológico.

2. En relación a la edad el carcinoma papilar en series nacionales se presenta a una edad mayor que en estadísticas internacionales.

3. No parece haber diferencia en cuanto al sexo, con una franca predominancia del femenino.

4. Del punto de vista histológico es también llamativa la baja frecuencia relativa en estadísticas nacionales y sobretodo en la muestra del cáncer papilar en favor del folicular. ¿Se trata solamente de un problema de clasificación?

5. En cuanto al estadio evolutivo del CDT en el momento de su presentación anotamos como gran diferencia entre nuestra serie y las nacionales de 1974 como también con las de la literatura extranjera, la muy baja incidencia de metástasis ganglionares, invasión locoregional del tumor y metástasis a distancia.

6. En la evaluación diagnóstica preoperatoria en nuestra serie ha mejorado sensiblemente el valor diagnóstico positivo de la citología en el nódulo-cáncer en relación a 1974 a pesar de que aún permanece por debajo de las cifras internacionales. La ecografía realizada últimamente en nuestro medio no ha producido ningún avance sustancial. La incorporación de la biopsia por congelación intraoperatoria de muy alta sensibilidad ha resultado de gran valor en el diagnóstico durante el acto operatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- LAVIÑA R.E., ROSSI SPERA J., CRESTANELLO F. - Neoplasma del tiroides. Revisión de 35 casos observados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quinteja" entre los años 1953-1973. *Día Med. Uruguayo* 1974, 40:3-11.
- GREGORIO L.A. - Cáncer tiroideo. A propósito de 60 casos. *Cir. Uruguay* 1974, 44:166-72.
- SUIFFET W. - Carcinoma tiroideo. Tratamiento quirúrgico. *Cir. Uruguay* 1974, 44:159-65.
- ROSSI R.L., NIERODA C., CADY B. and WOOL M.S. - Malignancies of the thyroid gland. The Lahey Clinic experience. *Surg. Clin. North Am.* 1985. 65:211-30.
- THOMAS C.G. and BUCKWALTER J.A. - Cancer of thyroid. *Adv. Surg.* 1976. 10:245-85.
- WEBER C.A. y CLARK O.H. - Cirugía para enfermedad tiroidea. *Clin. Med. Norte Am.* 1985. 5:1147-67.
- MAGGIOLIO J. - Cáncer de tiroides. Diagnóstico y formas clínicas. XVIII Congreso Uruguayo de Cirugía 18°. 1967, 1: 25-31.
- BLOCK M.A. - Surgery of thyroid nodules and malignancy. *Curr. Probl. Surg.* 1983.. 20:135-203.
- BELL R.M. - Thyroid carcinoma. *Surg. Clin. North Am.* 1986. 66:13-30.
- PARMENTIER C., SCHULUMBERGER M., CHARBORD P., FRAVAGLI J.P., CAILLOU B. et LAROUB J. - Les epitheliomas differencies du corps thyroide. *Rev. Prat.* 1982. 32:1981-91.
- LEEPER R.D. - Cancer tiroideo. *Clin. Med. Norte Am.* 1985. 5:1129-46.
- McKENZIE A.D. - The natural history of thyroid carcinoma. *Arch. Surg.* 1971. 102:274-77.

13. GROSSO O.F., PASEYRO P. y MAGGIOLO J. - Elementos de patología tiroidea. Montevideo. Científica Fac. Med. 1964.
14. CRILE G. Jr., PONTIUS K. and HAWK W.A. - Factors influencing survival of patients With Follicular Carcinoma of the thyroid gland. Surg. Gynecol. Obstet. 1985. 160:409-13.
15. EDIS J.A. - Surgical treatment for thyroid carcinoma. Surg. Clin. Norte Am. 1977. 57:533-42.
16. GIULIANI L., CALCAPRINA R., CERAGIOLI T., ANSALDO V., COLIZZI, C. - Chirurgia del cancro della tiroide. Minerva Chir. 1984. 39:431-6.
17. OZAKI O., NOTSU T., HIRAI K. and MORI T. - Differentiated carcinoma of the thyroid gland. World J. Surg. 1983. 7:181-87.
18. SCHINDLER A.M. - Le carcinoma papillaire occulte de la thyroïde. Schweiz. Med. Wschr. 1982. 112:339-43.
19. WOOLNER L.B., LEMMON M.L., BEAHR O.H., BLACK M. KEATING F.R. - Occult papillary of thyroid gland. A study of 140 cases observed in a 30 year period. J. Clin. Endocrinol. 1960. 20:89-98.
20. SAMPSON R.J., KEY C.R., BUNCHER C.R., IJIMA S. - Smallest forms of papillary carcinoma of the thyroid. Arch. Patol. 1971. 91:334-39.
21. DELGADO B., YAMETTI L., IRAOLA M.L. - Nódulo tiroideo: su planteo quirúrgico. Actual Cir. Montevideo. Librería Médica. 1, 1986. V. 1, p. 117-70.
22. DELGADO B., CLUZET O., YAMETTIL. - Estudio comparativo de la gamagrafía y la ecografía en la determinación de riesgo de cáncer en un nódulo tiroideo. Cir. Uruguayo (en prensa).
23. SUIFFET W., GROSSO O.F., MAGGIOLO J., PASEYRO P. y TRABEL J.A. - Cáncer de tiroides. Congreso Uruguayo de cirugía, 18º, 1967. 1:80-96.

COMENTARIOS

Dr. Aguiar. Practicamente se ha dicho y comentado todo sobre este trabajo. Nos vamos a limitar a dos cosas, a sumar nuestras felicitaciones a las ya expresadas y en segundo lugar a tomar un poco la pregunta que se hace el Dr. Delgado del porqué aumenta el número de cánceres diferenciados del tiroides.

Dentro de las causas que se analizan, personalmente creo que hay una muy importante, a la que el Dr. Suiffet se ha referido muy extensamente y que coincidimos totalmente con él; se diagnostican mucho más carcinomas y mucho mejor que antes.

Los que hicimos Anatomía Patológica hace muchos años, no diagnosticábamos carcinoma diferenciado del tiroides prácticamente si no había rotura de la cápsula y el Dr. Delgado muestra en todos los encapsulados solamente dos con invasión de la cápsula.

No tengo la menor duda que ahí está radicada la gran diferencia estadística entre antes y ahora. Por otra parte no tiene que olvidar el Dr. Delgado que dispone de dos patólogos que tienen una extensísima experiencia en patología tiroidea, no dudo en decir que son los patólogos de mayor experiencia en tiroides del país.

A este respecto un pequeño comentario, coincidimos totalmente con la biopsia extemporánea, pero hecha por gente que tenga experiencia en patología tiroidea. Diagnosticar un carcinoma diferenciado de tiroides en un nódulo encapsulado, sin rotura de la cápsula, donde no se puede ver en una biopsia por congelación invasión vascular, lo decía Suiffet haciendo muchos cortes a veces aparece, no es fácil hacer el diagnóstico por la citoarquitectura de la congelación de un carcinoma de tiroides.

Creo que eso también en un medio chico, en un medio reducido, en un medio problemático de disponer de metodología diagnóstica también tenemos que señalarlo, sin perjuicio de reconocer que la biopsia desde luego en manos experimentadas es un método muy valioso para el diagnóstico de carcinoma diferenciado de tiroides.

Dr. Suiffet. Hemos escuchado complacidos la comunicación del Dr. Delgado, que ya conocíamos, pues nos había hecho el honor de

invitarnos a un Ateneo en la Clínica que dirige, en el cual se consideraron los puntos básicos de este trabajo.

Esta comunicación mantiene el interés en el tema que es de gran trascendencia en nuestro medio, siendo muy útil que es cuando se concentra material y experiencia, es importante transmitirla.

Las estadísticas pueden variar según sea su proveniencia. No son comparables estadísticas de actividad personal, como fue la nuestra, con cifras que provienen de centros asistenciales quirúrgicos generales o de centros especializados como lo es el Instituto de Endocrinología.

El punto básico de la comunicación, es el aumento de incidencia del carcinoma diferenciado de tiroides. Es conocido que esta afección tienen una epidemiología distinta según los países y aún dentro de ellos de acuerdo a sus regiones. Además es indiscutible que existe una incidencia variable según las épocas, hechos estos cuya razón no se ha podido determinar aún. Un aspecto a tener en cuenta y que puede tener importancia, no es tanto la enfermedad en sí, sino un mayor conocimiento de ella, fundamentalmente en su patología. En el concepto patológico se ha evolucionado mucho en lo que tiene relación con los elementos a tener en cuenta para tipificar una lesión como carcinoma.

Hay escuelas que consideran que todo proceso papilar debe ser considerado como maligno, aunque otras no lo consideran así, basando el diagnóstico fundamentalmente en las características de las estructuras celulares, sobre todo nucleares. Otro punto importante son los que se consideran como signos indirectos para el diagnóstico de carcinoma.

La invasión vascular puede ser reconocida en un estudio inicial o necesitarse numerosos estudios para reconocerla, de acuerdo a como se procesa el material, siendo posible que el diagnóstico sea más frecuente cuando se hace un estudio más exhaustivo. Otro punto en discusión es el concepto de la invasión capsular por la lesión. Puede tratarse de invasión por el proceso patológico, pero hay que considerar la posibilidad de la retracción capsular sobre la lesión, generando aspectos que pueden ser discutibles en el diagnóstico. Las diferencias se ahondan más cuando los estudios son realizados por distintos patólogos, que no es el caso en el trabajo presentado, pues el material fue estudiado por los mismos patólogos.

En esta patología, es tan grande la evolución conceptual, que revisando nuestro relato al congreso de cirugía en 1967, encontramos conclusiones que difieren con los conceptos actuales y que no podrían ser sostenidas con un mejor conocimiento de esta afección.

En este cambio permanente, el Dr. Delgado podrá revisar dentro de 20 años, como lo hemos hecho ahora nosotros, y transmitirle a los demás la evolución del conocimiento.

Como consideración podemos decir que el concepto biológico está sustituyendo al concepto morfológico y que con la misma patología, se podrán esbozar diferencias pronósticas importantes sobre la base de otros estudios. El estudio y dosificación del contenido nuclear de DNA (Acido desoxirribonucleico) en el material obtenido en el preoperatorio o en el acto quirúrgico, permite esbozar diferencias pronósticas con imágenes morfológicas similares, lo que significa un importante adelanto en el estudio biopatológico del carcinoma tiroideo.

Reiteramos la importancia de la comunicación presentada, comprometiendo al Dr. Delgado a tenernos informados sobre la evolución de este importante problema.

Dr. D'Auria. Quiero felicitar al Dr. Delgado que manifiesta con este trabajo su continuo interés por la patología tiroidea y señalar también los aspectos que Delgado ha subrayado, en los distintos trabajos que ha presentado sobre el tema.

En primer lugar Delgado ha tratado de desmitificar la punción citológica, procedimiento que teníamos nosotros como un elemento fundamental del punto de vista del diagnóstico. Creo que esta estadística muestra cómo el diagnóstico ha mejorado, dado que en los primeros trabajos que presentó Delgado, aparentemente sólo el 5% de positividad se lograba en aquellos tumores, si dejábamos de lado los indiferenciados y las punciones de las adenopatías de cuello. Veo que en el momento actual se logra por lo menos un 25%, llegando aun

62% si se suman la positividad y la sospecha.

Es decir que estamos mejorando, no diría en la calidad sino en la definición del citólogo, que aparentemente se juega más en el sentido del diagnóstico de un tumor.

En segundo término, como hecho interesante desde el punto de vista de la patología nacional, el carcinoma diferenciado del tiroides nuestro, evidentemente es distinto al de otras partes del Universo. Así por ejemplo en otros países predominan los carcinomas papilares, cosa que Delgado en nuestro medio hace notar que no lo son.

En Paraguay, por ejemplo, los carcinomas de tiroides son todos carcinomas indiferenciados; aparecen en pacientes que tiene una patología endémica de un bocio. Un amplio porcentaje de la población paraguaya tiene un agrandamiento del tiroides lo cual hace que sea tan natural, para ello tener un bocio es como tener una patología completamente benigna. Pasan así absolutamente ignorados todos los carcinomas y son todos casi carcinomas indiferenciados.

Señala Delgado que la política más lógica frente al tumor en sí, es hacer una lobectomía total del lado afectado y casi total del opuesto, lo que el Profesor Suiffet nos enseñó hace muchos años. Creo que debe ser una conducta que debe ser mantenida, porque sobre todo la iatrogenia de tipo paratiroidea, es mucho menor en este tipo de solución del carcinoma tiroideo, que la solución de la tiroidectomía total que en un momento fue muy impulsada en nuestro medio.

Finalmente en la parte ganglionar yo creo que es importante hacer notar frente a lo vaciamientos ganglionares lo que señaló el equipo del Memorial; en el carcinoma de tiroides el vaciamiento ganglionar no tiene que ser concomitante con la operación, sino que se puede esperar hasta que clínicamente aparezca una tumefacción neoplásica, para poder realizar el vaciamiento. Los resultados son los mismos así se haga del punto de vista "profiláctico", o se haga del punto de vista terapéutico.

Y finalmente felicitar al Dr. Bolívar Delgado porque ha insistido con la biopsia extemporánea intraoperatoria, biopsia extemporánea que como él señala en otro trabajo, ha permitido realizar una intervención adecuada, evitando una operación que puede ser en determinadas circunstancias demasiado si es una patología benigna y por otra parte demasiado poco si se trata de una patología maligna.