



UNIVERSIDAD DEL

Elías Bechara Zainú

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE LA
PATOLOGÍA ONCOLÓGICA TIROIDEA EN UNA CLÍNICA DE REFERENCIA EN
LA CIUDAD DE MONTERIA DE AGOSTO 2015 HASTA AGOSTO 2018**

RICARDO ANDRES LIENDO HERRERA

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
2019**

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL

Elías Bechara Zainú

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE LA
PATOLOGÍA ONCOLÓGICA TIROIDEA EN UNA CLÍNICA DE REFERENCIA EN
LA CIUDAD DE MONTERIA DE AGOSTO 2015 HASTA AGOSTO 2018**

RICARDO ANDRES LIENDO HERRERA
Cirugía general

Trabajo de investigación para optar el título de
Especialista en cirugía general

TUTORES

Dr. Alfredo Einstein Viana Tapia
Especialista en cirugía general universidad de buenos aires (UBA)
Especialista en Cirugía oncológica de cabeza y cuello UBA
Especialista en microvascular.

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
AÑO 2019**

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL

Eñías Bechara Zainú

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., junio de 2019

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL

ELÍAS BECHARA ZAINÚ

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 13 junio del 2019

Doctor

EDWIN ANDRES HIGUITA DAVID

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Respetado Doctor:

Por medio de la presente hago la entrega, a la Dirección de Investigaciones de la Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, los documentos y discos compactos (CD) correspondientes al proyecto de investigación titulado **CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE LA PATOLOGÍA ONCOLOGICA TIROIDEA EN UNA CLINICA DE REFERENCIA EN LA CIUDAD DE MONTERIA DE AGOSTO 2015 HASTA AGOSTO 2018**, realizado por el estudiante **RICARDO ANDRES LIENDO HERRERA**, para optar el título de **Especialista en Cirugía General**. A continuación se relaciona la documentación entregada:

- Dos (2) trabajos impresos empastados con pasta azul oscuro y letras Doradas del formato de informe final tipo manuscrito articulo original.
- Dos (2) CD en el que se encuentran dos documentos: el primero es la versión digital del documento empastado y el segundo es el documento digital del proyecto de investigación.
- Dos (2) Cartas de Cesión de Derechos de Propiedad Intelectual firmadas y autenticada por el estudiante autor del proyecto.

Atentamente,

RICARDO ANDRES LIENDO HERRERA

CC: 73211226 de Cartagena

Programa de Medicina – posgrado cirugía general

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co





UNIVERSIDAD DEL

Elías Bechara Zainú

Escuela de Medicina- Dirección de Investigaciones

Cartagena de Indias D. T. y C. 13 junio 2019

Doctor

EDWIN ANDRES HIGUITA DAVID

Director de Investigaciones

UNIVERSIDAD DEL SINÚ ELIAS BECHARA ZAINUM

SECCIONAL CARTAGENA

Respetado Doctor:

A través de la presente cedemos los derechos de propiedad intelectual de la versión empastada del informe final artículo del proyecto de investigación titulado **CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE LA PATOLOGÍA ONCOLOGICA TIROIDEA EN UNA CLINICA DE REFERENCIA EN LA CIUDAD DE MONTERIA DE AGOSTO 2015 HASTA AGOSTO 2018**, realizado por el estudiante **RICARDO ANDRES LIENDO HERRERA**, para optar el título de **Especialista en Cirugía General**, bajo la asesoría del **Dr. Alfredo Einstein Viana Tapia**, y asesoría metodológica del **Dr. Enrique Ramos Clarsson** a la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Seccional Cartagena, para su consulta y préstamo a la biblioteca con fines únicamente académicos o investigativos, descartando cualquier fin comercial y permitiendo de esta manera su acceso al público. Esto exonera a la Universidad del Sinú por cualquier reclamo de terceros que invoque autoría de la obra.

Hago énfasis en que conservamos el derecho como autores de registrar nuestra investigación como obra inédita y la facultad de poder publicarlo en cualquier otro medio.

Atentamente,

RICARDO ANDRES LIENDO HERRERA

CC: 73211226 de Cartagena

Programa de Medicina – posgrado cirugía general

SECCIONAL CARTAGENA

Avenida El Bosque, Transversal 54 No. 30-729 Teléfono: 6810802; E-mail:
unisinu@unisinucartagena.edu.co



DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo incondicional, a Angela María, por su resiliencia y amor en los momentos difíciles de este camino, a mis hijas Sofía, Gabriela y Victoria por ser el motor para este logro.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme llegar a esta fase de mi vida, abrazarme en los momentos de dificultad y mostrarme el camino para salir adelante. A mis padres, que siempre su apoyo incondicional ha sido una trampolín para salir adelante doy todo mi agradecimiento por estar en los momentos difíciles dándome ánimo y amor incondicional. A mis docentes, siempre motivándome a seguir adelante en especial el Dr. Einstein Viana, que con su inmensa paciencia y conocimiento logra motivar el en cada uno de sus estudiantes el interés por algo más que la cirugía, la vida. Por último, pero no menos importante a Angela maría, luz y fuerza en este camino, compañera incondicional en los momentos difícil y consejera en la adversidad, para ti es este logro en nuestras vidas.

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E HISTOLÓGICA DE LA
PATOLOGÍA ONCOLOGICA TIROIDEA EN UNA CLINICA DE REFERENCIA EN
LA CIUDAD DE MONTERIA DE AGOSTO 2015 HASTA AGOSTO 2018**

**EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND HISTOLOGICAL CHARACTERIZATION
OF THE THYROID ONCOLOGICAL PATHOLOGY IN A REFERENCE CLINIC IN
THE CITY OF MONTERIA AUGUST 2015 UNTIL AUGUST 2018**

Liendo Herrera Ricardo Andrés (1)

Viana Tapia Alfredo Einstein (2)

(1) Médico. Residente IV año cirugía general, Escuela de Medicina. Universidad del Sinú EBZ, Seccional Cartagena.

(2) Especialista en cirugía general universidad de buenos aires (UBA) Especialista en Cirugía oncológica de cabeza y cuello UBA y Especialista en microvascular. Docente de posgrado cirugía cabeza y cuello universidad del Sinú EBZ.

RESUMEN

Introducción:

El cáncer de la glándula tiroides constituye el cáncer más frecuente del sistema endocrino, representando más del 90% de todas las malignidades de origen endocrino en EEUU ^{1,2}. Sin embargo, la incidencia del cáncer de tiroides en EEUU es baja, representando únicamente un 1.9% de todas las malignidades (0.92% en hombres y 2.9% en mujeres ¹. Por otra parte, el cáncer de tiroides es el cuarto cáncer más frecuente en nuestro país ³. De los diferentes tipos de cáncer de tiroides, aproximadamente un 90% corresponde al CDT. El CDT se divide a su vez en carcinoma papilar el cual representa un 72-85% de todos los casos de CDT y

en carcinoma folicular, el cual representa el 10-20% restante de los casos⁴. La incidencia de cada una de las variantes depende de la exposición al yodo de la población, habiendo una mayor incidencia del carcinoma papilar en regiones con suficiencia de yodo mientras que la incidencia del carcinoma folicular aumenta en regiones con deficiencia de yodo⁵

Objetivos:

Establecer las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de los pacientes con diagnóstico oncológico tiroideo desde agosto de 2015 hasta agosto 2018 en un Hospital de referencia en la ciudad de Montería

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 76 pacientes captados en los años 2015 al año 2018 del servicio de consulta especializada cirugía de cabeza y cuello del Instituto Médico De Alta Tecnología (IMAT). Para la recolección de los datos se aplicó una revisión de base de datos e historias clínicas de los pacientes para la recolección de datos de identificación, aspectos sociodemográficos, clínicos y patológicos de los sujetos de estudio. Los datos obtenidos fueron recopilados en una base de datos de Excel para su respectivo análisis. El análisis estadístico consistió en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas en variables cualitativas, mientras que en las cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas, tipo mediana (Me) y rangos inter-cuartílico (RIC) por la naturaleza no paramétrica de las variables estimada por prueba de Kolmogorov Smirnov.

Resultados:

En el periodo de estudio se identificaron 175 pacientes sometidos a tiroidectomía, de estos fueron excluido 99 paciente por presentar patología benigna, en total se analizaron 76 pacientes con cáncer de tiroides. La mediana de edad fue de 49

años (RIC: 35 - 60), el 88,2% fueron de sexo femenino. El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de nódulo tiroideo en 79%, hallazgo incidental en paciente asintomático 10,5%; los signos y síntomas se presentaron en 17,1% de la muestra, siendo la disfonía el más frecuente con 11,8%, disfagia 9,2% y disnea en 1,3%. Al evaluar los métodos diagnósticos utilizados se encontró que la utilización de ecografía para la evaluación del nódulo fue del 86,8% encontrándose la lateralidad más frecuente izquierda en 39,5%, seguida de bilateral en 31,6%; por su parte el BACAF mostró sospecha de CA papilar en 60,5%, sospecha de neoplasia folicular en 13,2% en 5,3% el hallazgo fue insatisfactorio, en menores proporciones se encontraron atipias de significado incierto, bocio coloideo y negativo para malignidad; la clasificación Bethesda del BACAF mostro como más frecuente al grupo V con 61,8% y al IV con 13,2%. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía tuvo una mediana de 114 días (RIC: 54 - 192), a todos los pacientes se les realizó tiroidectomía total, hubo necesidad de reexploración en 14,5%, biopsia por congelación en 47,4% con resultado maligno en 43,4%. La única complicación pos operatoria fue TEV venoso en 1,3%. El reporte de patología mostró comportamiento maligno en la totalidad de la muestra, mostrando Ca papilar en primer lugar con 96,0%, adenoma macrofocular, carcinoma folicular y de Hurtle en 1,3% cada uno. El subtipo histológico fue clásico en 93,4% y folicular en 36,8%, el tamaño tumoral tuvo una mediana de diámetro mayor de 12 mm (RIC: 10 - 24), la invasión capsular se observó en el 61,8% de los casos, en 10,5% hubo invasión extra tiroidea, observándose IL 55,3%, IPV 42,1% e IPN en 9,2%. El vaciamiento se realizó en el 61,8% de los casos con una mediana de ganglios extraídos de 2 (RIC: 0 - 6), mediana de ganglio positivos de 1 (RIC: 0 - 3), y mediana de proporción de positividad de ganglio de 23,3% (RIC: 0,0% – 40,0%). Según la clasificación TNM, el Tamaño tumoral fue más frecuente T1 con 55,3% y T2 con 23,7%; Nódulo en 0 con 61,8%, seguido de 1A en 21,1% y 1B 13,2%; la Metástasis se identificó más frecuentemente en 0 con 94,7%. El estadio tumoral fue más frecuente E-I con 51,3%, E-III, 21,1% y E-II 15,8%, las metástasis se

observaron en el 5,3% de los casos siendo en hígado y pulmón en 1,3%. Dentro de otros tratamientos se encontró yodoterapia en 80,3% de los casos, el seguimiento pos tratamiento tuvo una mediana de 141 días (RIC: 53 - 424).

Conclusiones:

La patología quirúrgica tiroidea se comporta como una entidad clínica de distribución variable con predominancia en el género femenino a nivel de la población atendida en el Instituto Medico De Alta Tecnología (IMAT), evidenciando una procedencia den montería así como zonas rurales cordobesas y departamentos aledaños, lo cual puede comportarse como un factor relevante al momentos de considerar una asociación causal a la enfermedad dado el carecimiento nutricional de la zona así como la disponibilidad de atención médica dado a que las personas de áreas rurales fueron las que se demoraron más entre el tiempo diagnóstico y cirugía.

Dentro de las comorbilidades con mayor relevancia figura la hipertensión arterial así como la diabetes mellitus, y como dato de antecedente personal la cirugía previa, sin embargo al ser nuestra institución ente de referencia en la zona, muchos paciente llevan siempre con un primer tratamiento quirúrgico ya realizado.

La presentación histopatológica de mayor frecuencia fue el carcinoma papilar con sus subtipos clásico y folicular lo que da una importante connotación desde el punto de vista oncológico dado a mejores tasas de sobrevida en estos pacientes que cualquier otra patología oncológica. Y por último anotar la importancia de los controles clínicos posterior al tratamiento dado a que el cáncer de tiroides está relacionado con mayor tiempo de evolución de la enfermedad lo que confirma la degeneración maligna de la patología, por lo cual sugerimos estudios más profundos con metodologías más robustas para avanzar en la caracterización

epidemiológica y el abordaje clínico de la patología oncológica tiroidea en la región caribe.

PALABRAS CLAVE:

Tiroides, cirugía tiroidea, nódulo tiroideo, hormona estimulante del tiroides

SUMMARY

Introduction:

Cancer of the thyroid gland is the most frequent cancer of the endocrine system, accounting for more than 90% of all malignancies of endocrine origin in the USA ^(1,2). However, the incidence of thyroid cancer in the US is low, representing only 1.9% of all malignancies (0.92% in men and 2.9% in women ⁽¹⁾). On the other hand, thyroid cancer is the fourth most common cancer Frequent in our country ⁽³⁾. Of the different types of thyroid cancer, approximately 90% corresponds to CDT, CDT is divided into papillary carcinoma, which represents 72-85% of all cases of CDT and in follicular carcinoma, which represents the remaining 10-20% of cases ⁽⁴⁾. The incidence of each of the variants depends on exposure to iodine in the population, with a higher incidence of papillary carcinoma in regions with sufficient iodine while the incidence of follicular carcinoma increases in regions with iodine deficiency ⁽⁵⁾

Objective:

To establish the epidemiological, clinical and histopathological characteristics of the patients with thyroid oncological diagnosis from August 2015 to August 2018 in a Reference Hospital in the city of Monteria

Methods:

A descriptive cross-sectional study was carried out with a sample of 76 patients recruited in the years 2015 to the year 2018 from the specialist consultation service

of head and neck surgery of the High Technology Medical Institute (IMAT). For data collection, a review of the patient's database and medical records was applied for the collection of identification data, sociodemographic, clinical and pathological aspects of the study subjects. The data obtained were collected in an Excel database for their respective analysis. The statistical analysis consisted in the calculation of absolute and relative frequencies in qualitative variables, while in the quantitative measures of central tendency and dispersion in the quantitative ones, medium type (Me) and interquartile ranges (RIC) by the non-parametric nature of the variables estimated by Kolmogorov Smirnov test.

Results:

In the study period, 175 patients undergoing thyroidectomy were identified; of these, 99 patients were excluded due to benign pathology; in total, 76 patients with thyroid cancer were analyzed. The median age was 49 years (RIC: 35-60), 88.2% were female. The most frequent reason for consultation was the presence of thyroid nodule in 79%, incidental finding in asymptomatic patient 10.5%; Signs and symptoms were present in 17.1% of the sample, with dysphonia being the most frequent with 11.8%, dysphagia 9.2% and dyspnea in 1.3%. When evaluating the diagnostic methods used, it was found that the use of ultrasound for the evaluation of the nodule was 86.8%, with the most frequent left laterality in 39.5%, followed by bilateral in 31.6%; BACAF showed a suspicion of papillary CA in 60.5%, suspicion of follicular neoplasia in 13.2% in 5.3%, the finding was unsatisfactory, in smaller proportions atypia of uncertain significance, colloid goiter and negative for malignancy; the Bethesda classification of the BACAF showed the most frequent group V with 61.8% and the IV with 13.2%. The time elapsed between the diagnosis and the surgery had a median of 114 days (RIC: 54 - 192), all patients underwent total thyroidectomy, there was a need for reexploration in 14.5%, freeze biopsy in 47.4 % with malignant result in 43.4%. The only postoperative

complication was VEV venous in 1.3%. The pathology report showed malignant behavior in the whole sample, showing first pa papillary with 96.0%, macrofacial adenoma, follicular and Hurtle carcinoma in 1.3% each. The histological subtype was classic in 93.4% and follicular in 36.8%, the tumoral size was a median diameter greater than 12 mm (RIC: 10-24), the capsular invasion was observed in 61.8% of the In 10.5% of the cases there was extra thyroid invasion, with IL 55.3%, IPV 42.1% and IPN in 9.2%. The emptying was performed in 61.8% of the cases with a median of nodes extracted from 2 (IQR: 0 - 6), a median of nodes positive from 1 (IQR: 0-3), and a median of the positive proportion of lymph nodes. ganglion of 23.3% (RIC: 0.0% - 40.0%). According to the TNM classification, the Tumor Size was more frequent T1 with 55.3% and T2 with 23.7%; Nodule in 0 with 61.8%, followed by 1A in 21.1% and 1B 13.2; Metastasis was identified more frequently in 0 with 94.7%. Tumor stage was more frequent E - I with 51.3%, E - III, 21.1% and E - II 15.8%, metastases were observed in 5.3% of the cases being in the liver and lung in 1.3%. Among other treatments, iodotherapy was found in 80.3% of the cases, the follow-up after treatment had a median of 141 days (RIC: 53 - 424).

Conclusions:

Thyroid surgical pathology behaves as a clinical entity of variable distribution with predominance in the female gender at the level of the population attended at the High Technology Medical Institute (IMAT), evidencing a provenance den Monteria as well as rural areas of Cordoba and neighboring departments, which can be a relevant factor when considering a causal association to the disease, given the nutritional lack of the area as well as the availability of medical attention given that people from rural areas were the ones who delayed more between the diagnostic time and surgery.

Among the comorbidities with greater relevance is arterial hypertension as well as diabetes mellitus, and as a personal antecedent to previous surgery, however, as our institution is a reference entity in the area, many patients always carry a first surgical treatment and accomplished.

The most frequent histopathological presentation was papillary carcinoma with its classic and follicular subtypes, which gives an important connotation from the oncological point of view given to better survival rates in these patients than any other oncological pathology. And finally, note the importance of clinical controls after treatment given that thyroid cancer is related to the longer evolution of the disease, which confirms the malignant degeneration of the pathology, which is why we suggest more in-depth studies with more robust to advance in the epidemiological characterization and the clinical approach of thyroid oncological pathology in the Caribbean region.

KEY WORDS:

Thyroid, thyroid surgery, thyroid nodule, thyroid stimulating hormone

INTRODUCCION

Las patologías endocrinas tiroideas, son las más prevalentes a nivel mundial¹. El cáncer de tiroides representa a nivel mundial 212.000 casos nuevos anuales, para una tasa de incidencia de 3,1 por 100.000, En Colombia, la incidencia calculada para mujeres en 2008 fue de 7,9 por 100.000 y para hombres fue de 0,8 por 100.000⁵⁻⁷. Entre 2003 y 2007 hubo en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. 1.145 casos nuevos, que fueron clasificados por su tipo histopatológico en relación con la frecuencia, en: papilar (88%), folicular (3%), medular (3%), de células de Hurtle (1%), anaplásico (1%) y otros, o no clasificados (4%)⁵⁻⁸

Aproximadamente 5% de los nódulos tiroideos clínicamente palpables demuestran malignidad.⁵⁻⁹ El cáncer de tiroides se origina en cualquiera de las células componentes del tiroides (célula folicular y célula C o parafolicular). De acuerdo con la célula que les da origen, estos tumores tienen genética y comportamiento biológico diferente, esto convierte a la patología tiroidea en un problema clínico de interés público.^{1, 5, 7, 8,9}

Para el diagnóstico de las patologías de la tiroides utilizamos medios clínicos, químicos e imagenológicos los cuales no superan el 60% de sensibilidad.^{7, 10} sin embargo los diferentes estudios están a favor de la ecografía como mejor método de diagnóstico frente a la palpación del cuello (60% vs 15% de sensibilidad)

Solo en una revisión sistemática en las diferentes bases de datos encontramos un estudio¹³ publicado en 2001 por Sánchez y cols. Sobre las características histopatológicas de los pacientes con nódulos tiroideos en la ciudad de Bogotá. En la costa Caribe ni en Colombia encontramos un estudio más reciente que corrobore que los resultados obtenidos en Bogotá son equiparables y extrapolables a nuestra población litoral.

Lo anterior no obliga a preguntarnos, ¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas e histológicas de los pacientes llevados a cirugía por patología oncológica tiroidea en un hospital de referencia en la ciudad de Montería?

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 76 pacientes captados en los años 2015 al año 2018 mediante recolección de historias clínicas del servicio de consulta especializada cirugía de cabeza y cuello del Instituto Médico De Alta Tecnología (IMAT) teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión, todos los paciente mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer de tiroides en el servicio de consulta especializada cirugía de cabeza y cuello del Instituto Médico De Alta Tecnología (IMAT) en la ciudad de Montería, Córdoba. Durante los el periodo de tiempo de agosto de 2015 hasta agosto de 2018

Para la recolección de los datos se aplicó una revisión de base de datos e historias clínicas de los pacientes para la recolección de datos de identificación, aspectos sociodemográficos, clínicos y patológicos de los sujetos de estudio. Los datos obtenidos fueron recopilados en una base de datos de Excel para su respectivo análisis.

El análisis estadístico consistió en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas en variables cualitativas, mientras que en las cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas, tipo mediana (Me) y rangos inter-cuartílico (RIC) por la naturaleza no paramétrica de las variables estimada por prueba de Kolmogorov Smirnov.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se identificaron 175 pacientes sometidos a tiroidectomía, de estos fueron excluido 99 paciente por presentar patología benigna, en total se analizaron 76 pacientes con cáncer de tiroides.

La mediana de edad de la población de estudio fue de 49 años (RIC: 35 - 60), el 88,2% fueron de sexo femenino, el régimen de salud fue subsidiado en 54%, contributivo en 44,7% y especial el porcentaje restante. La procedencia más frecuente fue montería con 32,9% seguida de Sincelejo y lorica con 6,6% cada uno, *Figura 1*. La ocupación más frecuente fue ama de casa con 75%, seguido de trabajador independiente en 6,6% y estudiante en 3,9%, *Figura 2*. Dentro de los antecedentes personales se encuentra en orden de frecuencia tiroidectomía previa con 23,7%, Ca de tiroides e hipertensión con 15,8% cada uno. El hábito de fumar y los antecedentes familiares de patología tiroidea fueron nulos, el antecedente de cirugía previa fue de 39,5%, y el de cirugía oncológica tiroidea del 15,8%. El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de nódulo tiroideo en 79%, hallazgo incidental en paciente asintomático 10,5%; los signos y síntomas se presentaron en 17,1% de la muestra, siendo la disfonía el más frecuente con 11,8%, disfagia 9,2% y disnea en 1,3%, *Tabla 1*.

Al evaluar los métodos diagnósticos utilizados se encontró que la utilización de ecografía para la evaluación del nódulo fue del 86,8% encontrándose la lateralidad más frecuente izquierda en 39,5%, seguida de bilateral en 31,6%; por su parte el

BACAF mostró sospecha de CA papilar en 60,5%, sospecha de neoplasia folicular en 13,2% en 5,3% el hallazgo fue insatisfactorio, en menores proporciones se encontraron atipias de significado incierto, bocio coloideo y negativo para malignidad; la clasificación Bethesda del BACAF mostro como más frecuente al grupo V con 61,8% y al IV con 13,2%. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía tuvo una mediana de 114 días (RIC: 54 - 192), a todos los pacientes se les realizó tiroidectomía total, hubo necesidad de reexploración en 14,5%, biopsia por congelación en 47,4% con resultado maligno en 43,4%. La única complicación pos operatoria fue TEV venoso en 1,3%. El reporte de patología mostró comportamiento maligno en la totalidad de la muestra, mostrando Ca papilar en primer lugar con 96,0%, adenoma macrofacial, carcinoma folicular y de Hurtle en 1,3% cada uno. El subtipo histológico fue clásico en 93,4% y folicular en 36,8%, el tamaño tumoral tuvo una mediana de diámetro mayor de 12 mm (RIC: 10 - 24), la invasión capsular se observó en el 61,8% de los casos, en 10,5% hubo invasión extra tiroidea, observándose IL 55,3%, IPV 42,1% e IPN en 9,2%, Tabla 2.

El vaciamiento se realizó en el 61,8% de los casos con una mediana de ganglios extraídos de 2 (RIC: 0 - 6), mediana de ganglio positivos de 1 (RIC: 0 - 3), y mediana de proporción de positividad de ganglio de 23,3% (RIC: 0,0% – 40,0%). Según la clasificación TNM, el Tamaño tumoral fue más frecuente 1 con 55,3% y 2 con 23,7%; Nódulo en 0 con 61,8%, seguido de 1A en 21,1% y 1B 13,2; la Metástasis se identificó más frecuentemente en 0 con 94,7%. El estadio tumoral fue más frecuente I con 51,3%, III, 21,1% y II 15,8%, las metástasis se observaron en el 5,3% de los casos siendo en hígado y pulmón en 1,3%. Dentro de otros tratamientos se encontró yodoterapia en 80,3% de los casos, el seguimiento pos tratamiento tuvo una mediana de 141 días (RIC: 53 - 424), Tabla 3.

DISCUSIÓN

En nuestro país, se observa pocos reportes y/o publicaciones sobre patología oncológica quirúrgica tiroidea, por lo tanto no se tiene registro adecuado del comportamiento de estas condiciones en el norte del país e incluso Montería y Córdoba no se cuenta con la información adecuada sobre el comportamiento epidemiológico, clínico e histopatológico, lo que dificulta la identificación de los grupos de riesgo, diagnóstico temprano y tratamiento oportunos.

Se realizó un análisis del grupo de sujetos atendidos en la consulta de cirugía de cabeza y cuello en el instituto médico de alta tecnología (IMAT) en el periodo comprendido de agosto de 2015 al 2018 donde se identificaron 175 paciente que fueron sometido a tiroidectomía, de los cuales 76 paciente fueron por causas oncológicas. Un análisis de la sujetos con diagnostico oncológico muestra que la edad media 49 años (RIC 35-60) y una dominancia de género femenino en un 88%. El comportamiento de estas 2 variables (ver tablas 1) se encuentra en concordancia con la edad y sexo de estudios a nivel mundial, principalmente europeos y norteamericanos y semejantes a los resultados de estudios nacionales como los de Sánchez y cols¹⁶

La revisión de la variable PROCEDENCIA muestra que el 32% de los sujetos analizados con diagnóstico de cáncer de tiroides proviene de la ciudad de Montería, (Figura 1) seguido por un 6% de las ciudades aledañas a esta. La variable REGIMEN DE SEGURIDAD muestra que el 54% de los sujetos son régimen subsidiado, Lo que porcentualmente podría sugerir que factores como nivel socioeconómico bajo y la alimentación (falta de micronutrientes) en estas zonas podrían tener alguna asociación con el desarrollo de una condición oncológica tiroidea.

Las comorbilidades más frecuentes encontradas en la población estudiada fueron HTA con 15% y DIABETES con 7% (tabla 1) lo que sugiere la asociación de un posible síndrome metabólico con la patología tiroidea; sin embargo un porcentaje de la población a estudio no tenían patologías concomitantes, datos que se relacionan con la literatura mundial¹. Cabe resaltar que el antecedente personal más frecuente fue la cirugía previa de tiroides con 23.7% esto dado a que el Instituto Medico de Alta Tecnología (IMAT) es ente de referencia en la zona, y llegan paciente remitidos con cirugías previas.

El MOTIVO DE CONSULTA más frecuente de la población sujeta a este estudio fue el nódulo tiroideo con 60 pacientes para un 79% (tabla1), dichos nódulos se le realizaron ecografía mostrando mayor frecuencia en lateralidad izquierda con 39% seguida de la bilateralidad 31% (tabla 2). La lateralidad derecha presento una frecuencia de 27% por lo cual sugeriría que el crecimiento nodular tiene predisposición por el lado izquierdo, sin embargo no hay la literatura un estudio que relaciones la presencia de nódulos con la lateralidad en la glándula tiroidea.

La realización de BACAF fue 89% de los sujetos del estudio de los cuales la sospecha de carcinoma papilar represento 60% seguido de neoplasia folicular con

13%. Estos resultados se relacionan con la estadística mundial de la presentación histológica del cáncer de tiroides de los cuales el más frecuente es el papilar seguido por el folicular. La clasificación de BETHESDA en los pacientes estudiados mostro que el 61.8% tenían un BETHESDA – V, seguido por 13,2% de un BETHESDA – IV, gran parte de esto se relaciona a que el riesgo de malignidad de estas dos categorías de la clasificación son en conjunto del 15 al 75% lo que hace un gran margen de factor de riesgo, datos que se ven reflejados en la variable TIPO HISTOLOGICO donde el carcinoma papilar represento el 96% y sus variable más frecuente fue la clásica con 93.4% seguida de la folicular con 36,8%. Datos que se encuentran dentro de los paramentos mundiales, como lo referencia Suliburk & Delbridge²².

El tiempo entre el diagnóstico y la cirugía tuvo una mediana de 114 días (RIC 54,5 - 192), a todos los pacientes se les realizo tiroidectomía total con una necesidad de re exploración en un 14,5% con la realización de biopsia por congelación en 47,4% con reporte maligno en un 43.4%. Dato por debajo de lo establecido en la literatura mundial como factor diagnóstico de biopsia por congelación, por lo cual no lleva a cuestionar la utilidad de la misma para diagnostico vs la utilidad de esta para evaluar márgenes libres.

El vaciamiento fue llevado a cabo en 61.8% de los casos con mediana de proporción de positividad de ganglios de 23,3% según el TNM el tamaño tumoral más frecuente fue T1 con 55,3% y T2 con 23,7%. Datos que se relacionan con los estadios mas frecuente E-I con 51,3%, E-III con 21,1% y E-II con 15.8%. Sin embargo a pesar de que el mayor número de los sujetos a estudios se encontraban en los estadios tempranos, la metástasis se observaron en 5,3% de los casos, siendo en hígado y pulmón en 1.3%. Cabe decir que la yodo terapia como método de consolidación del tratamiento fue utilizada en el 80,3% de los casos.

CONCLUSIONES

La patología quirúrgica tiroidea se comporta como una entidad clínica de distribución variable con predominancia en el género femenino a nivel de la población atendida en el Instituto Médico De Alta Tecnología (IMAT), evidenciando una procedencia de montería así como zonas rurales cordobesas y departamentos aledaños, lo cual puede comportarse como un factor relevante al momento de considerar una asociación causal a la enfermedad dado el carecimiento nutricional de la zona así como la disponibilidad de atención médica dado a que las personas de áreas rurales fueron las que se demoraron más entre el tiempo diagnóstico y cirugía.

Dentro de las comorbilidades con mayor relevancia figura la hipertensión arterial así como la diabetes mellitus, y como dato de antecedente personal la cirugía previa, sin embargo al ser nuestra institución ente de referencia en la zona, muchos paciente llevan siempre con un primer tratamiento quirúrgico ya realizado.

La presentación histopatológica de mayor frecuencia fue el carcinoma papilar con sus subtipos clásico y folicular lo que da una importante connotación desde el punto de vista oncológico dado a mejores tasas de sobrevida en estos pacientes que cualquier otra patología oncológica. Y por último anotar la importancia de los controles clínicos posterior al tratamiento dado a que el cáncer de tiroides está relacionado con mayor tiempo de evolución de la enfermedad lo que confirma la degeneración maligna de la patología, por lo cual sugerimos estudios más profundos con metodologías más robustas para avanzar en la caracterización

epidemiológica y el abordaje clínico de la patología oncológica tiroidea en la región caribe.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer The American Thyroid Association (ATA) Guide-lines Taskforceon Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer 2009
2. Consenso Colombiano para el diagnostico y manejo de las enfermedades tiroideas. Asociacion Colombiana de Endocrinologia. Acta medico colombiana Vol 24 N° 4 julio – agosto 1999

3. Aarti mathur, Matthew T. Olson, Martha Zeiger, Follicular lesion of thyroid, Surg Clin N Am 94 (2014) 499–513
4. Shaha Ashok, Revision Thyroid surgery – Technical considerations, Otolaryngol Clin N Am 41 (2008) 1169–1183.
5. Xing Ping, Differentiation of Benign From Malignant Thyroid Lesions Calculation of the Strain Ratio on Thyroid Sonoelastograph, J Ultrasound Med 2011; 30:663–66.
6. Cibas Edmund S., Fine-Needle Aspiration in the Work-Up of Thyroid Nodules Otolaryngol Clin N Am 43 (2010) 257–271.
7. Bomeli Steven R., Evaluation of a Thyroid Nodule, Otolaryngol Clin N Am 43 (2010) 229–238
8. Guidelines for the management of thyroid cancer Second edition, British Thyroid Association Royal College of Physicians 2007
9. Fragozo Adriana MD, De Nubbila Eduardo MD, caracterización ecográfica de las lesiones ti-roideas malignas aspiradas con aguja fina (acaf) Rev Colomb Radiol. 2009; 20(3):2697-701
10. Maia Frederico F. R., Thyroid nodule management: clinical, ultrasound and cytopathological parameters for predicting malignancy, clinics 2012;67(8):945-954
11. Popoveniuc Geanina, Thyroid Nodules, Med Clin N Am 96 (2012) 329–349.
12. Loevner Laurie A., Image-Guided Procedures of the Head and Neck: The Radiologist's Arsenal Otolaryngol Clin N Am 41 (2008) 231–250.

13. Yeung MJ; Serpell JW, Management of the solitary thyroid nodule, The Oncologist Feb; Vol. 13 (2), pp. 105-12;
14. Carrie C. Lubitz, Microarray Analysis of Thyroid Nodule Fine-Needle Aspirates Accurately Clas-sifies Benign and Malignant Lesions Journal of Molecular Diagnostics, Vol. 8, No. 4, September 2006
15. Sanchez Gabriel, Mosquera manuel, The surgical management of 125 cases of benign thyroid pathology (50%) and 125 of malign thyroid pathology (50%), treated in the Head and Neck Ser-vice of Fundación Cardio-Infantil and Clinica Jorge Piñeros Corpas of Bogotá, D. C., between January 1997 and December 2001
16. Alejandro Román-González , Lina Restrepo Giraldo, Catalina Alzate Monsalve, Alejandro Vélez, Johnayro Gutiérrez Restrepo. Nódulo tiroideo, enfoque y manejo. Revisión de la literatura. Medellin
17. Matthew Taylor, Mira Milas, Medical Therapy for Advanced Forms of Thyroid Cancer, Surg Clin N Am 94 (2014) 541–571
18. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER cancer statistics review, 1975-2010. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2013. Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/. based on November 2012 SEER data submission. Posted to the SEER Web site, 2013
19. Frederico F. R. Maia, Denise Engelbrecht Zantut-Wittmann, Thyroid nodule management: clin-ical, ultrasound and cytopathological parameters for predicting malignancy, CLINICS 2012;67(8):945-954

20. Sheila Sheth, MD, Role of Ultrasonography in Thyroid Disease, Otolaryngol Clin N Am 43 (2010) 239–25.
21. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Publica 2009;27(2):121-30.
22. James Suliburk, MD, Leigh Delbridge, MD, FRACS, Tratamiento quirúrgico del cáncer tiroi-deo bien diferenciado. Surg Clin N Am 89 (2009) 1171–1191
23. Meena Said • Vicki Chiu • Philip I. Haigh Hypothyroidism After Hemithyroidectomy. World J Surg (2013) 37:2839–2844.

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas, antecedentes, motivo de consulta y síntomas

	N	%
Sexo		
F	67	88,2
M	9	11,8
Edad Diagnóstico Me (RIC)	49,5 (35,3 – 60,6)	
RSSS		
Subsidiado	41	54,0
Contributivo	34	44,7

Especial	1	1,3
Antecedentes Personales	37	48,7
Tiroides (Tiroidectomía?) previa	18	23,7
Cáncer Tiroides	12	15,8
HTA	12	15,8
Otro	8	10,5
Otro Cáncer	2	2,6
Patología Tiroidea	7	9,2
DM	6	7,9
Fuma	0	0,0
Antecedentes Familiares	0	0,0
Cirugía previa	30	39,5
Cirugía oncológica tiroidea previa	12	15,8
Motivo Consulta		
Nódulo Tiroideo	60	79,0
Normal (Asintomático)	8	10,5
Adenopatía	5	6,6
Masa Cervical	3	4,0
Signos y síntomas	13	17,1
Disfonía	9	11,8
Disfagia	7	9,2
Disnea	1	1,3
Ninguno	63	82,9

Tabla 2. Métodos diagnósticos y características clínicas de los pacientes con patología tiroidea maligna

	N	%
Se hizo eco nódulo	66	86,8
Lateralidad		
Bilateral	24	31,6
Derecha	21	27,6
Izquierda	30	39,5
BACAF	68	89,5
Sospecha Ca papilar	46	60,5
Sospecha neoplasia folicular	10	13,2
Insatisfactorio	4	5,3
Atipias de significado incierto	2	2,6
Bocio coloide	2	2,6
Negativo para malignidad	2	2,6
Ca folicular	1	1,3
Células malignas	1	1,3
BETHESDA		
I	4	5,3
II	4	5,3
III	2	2,6
IV	10	13,2
V	47	61,8
VI	1	1,3
NR	8	10,5
Días entre Diagnostico y Cirugía	114 (54,5 – 192,5)	
Cirugía total	76	100,0
Reexploración	11	14,5
Biopsia congelación	36	47,4
Resultados biopsia congelación		
Benigno	3	4,0
Maligno	33	43,4
Complicaciones POP	1	1,3
TEV Venoso	1	1,3
Patología Maligna	76	100,0
Tipo Histológico		
Ca Papilar	73	96,0
Adenoma Macrofracial	1	1,3
Carcinoma Folicular	1	1,3
Carcinoma Hurtle	1	1,3
Subtipo histológico		
Clásica	71	93,4
Folicular	28	36,8
Otra	1	1,3
Foco		
Múltiple	18	23,7
Único	5	6,6
Tamaño tumoral mm (Diámetro mayor)	12 (10 - 24)	
Invasión capsular	47	61,8
Invasión extra tiroidea	8	10,5
IL	42	55,3
IPV	32	42,1

IPN	7	9,2
-----	---	-----

Tabla 3. Estadíaje, tratamiento, metástasis y días seguimiento

	N	%
VACIAMIENTO	47	61,8
No ganglios	2 (0 - 6)	
Ganglios positivos	1 (0 - 3)	
Ganglios positivos %	23,3 (0,0 – 40,0)	
T		
X	7	9,2
1	42	55,3
2	18	23,7
3	6	7,9
4	1	1,3
N		
0	47	61,8
1	1	1,3
1A	16	21,1
1B	10	13,2
ND	2	2,6
M		
0	72	94,7
1	2	2,6
ESTADIO		
I	39	51,3
II	12	15,8
III	16	21,1
IV	2	2,6
IVA	4	5,3
IVC	1	1,3
NA	2	2,6
METASTASIS	4	5,3
Hígado	2	1,3
Pulmón	2	1,3
Yodo terapia	61	80,3
Recidiva	0	0,0
Días Cirugía y Ultimo Control	141 (53 – 424)	

FIGURAS

Figura 1. Frecuencia por municipio de procedencia

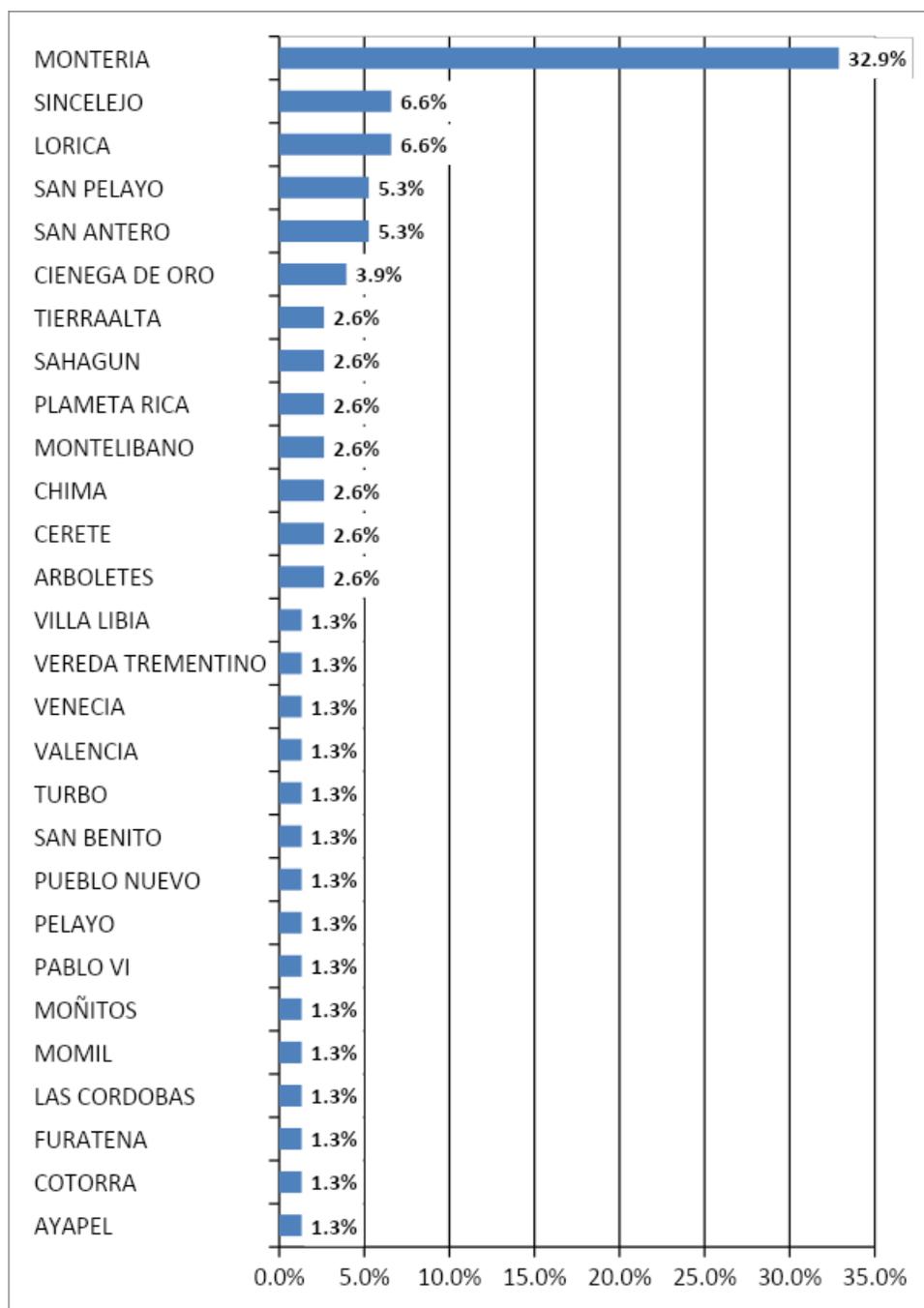


Figura 2. Frecuencia de Ocupaciones de la población de estudio

