

Experiencia de ocho años en tiroidectomías en el Hospital General Docente “Dr. Enrique Cabrera Cossío”

Experience of Eight Years Performing Thyroidectomies at Dr. Enrique Cabrera Cossío General Teaching Hospital

Raysy Sardiñas Ponce^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5744-1323>

Obel Alcides Guerra Leal¹ <https://orcid.org/0000-0002-2145-5691>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital General Docente “Dr. Enrique Cabrera Cossío”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: raysyponce@infomed.sld.cu o raysyponce@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades tiroideas son relativamente frecuentes que puede tener carácter benigno o maligno. El algoritmo para el diagnóstico de los nódulos tiroideos se dirige principalmente a definir la presencia o no de un carcinoma de la glándula. El tratamiento quirúrgico puede incluir técnicas convencionales, parciales y totales, y mínimamente invasivas.

Objetivo: Describir los resultados del tratamiento quirúrgico de las enfermedades tiroideas en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera” entre enero 2013 y diciembre de 2020.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo ambispectivo, en el mencionado centro, entre el 1ro de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2020. El universo se conformó por todos los pacientes con enfermedades de tiroides que fueron tratados quirúrgicamente. La muestra quedó constituida por 96 pacientes.

Resultados: La edad media fue 48,1 años. Predominó el sexo femenino (83,3 %). El diagnóstico más frecuente fue el bocio con síntomas compresivos (39,6 %), seguido del carcinoma tiroideo (25 %), en este último el más observado fue el

carcinoma papilar (66,6 %). Se realizó tiroidectomía total en 40,6 %, con pocas complicaciones posoperatorias (7,3 %), siendo la parálisis recurrente la más frecuente de ellas.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las enfermedades tiroideas en el Hospital General Docente “Dr. Enrique Cabrera” tuvo buenos resultados, tanto en enfermedades benignas como en el cáncer tiroideo.

Palabras clave: cirugía; enfermedades del tiroides; cáncer tiroideo.

ABSTRACT

Introduction: Thyroid diseases are relatively frequent and can be benign or malignant. The algorithm for the diagnosis of thyroid nodules is mainly aimed at defining the presence or absence of a carcinoma in the gland. Surgical treatment can include conventional, partial or total, as well as minimally invasive, techniques.

Objective: To describe the outcomes of surgical treatment for thyroid diseases at Enrique Cabrera General Teaching Hospital between 2013 and 2020.

Methods: An ambispective and descriptive study was carried out, between January 1, 2013 and December 31, 2020, in the aforementioned center. The universe was made up of all patients with thyroid diseases treated surgically. The sample consisted of 96 patients.

Results: The mean age was 48.1 years. The female sex predominated (83.3%). The most frequent diagnosis was goiter with compressive symptoms (39.6%), followed by thyroid carcinoma (25%); among the latter, the most observed was papillary carcinoma (66.6%). Total thyroidectomy was performed in 40.6%, with few postoperative complications (7.3%), recurrent paralysis being the most frequent of them.

Conclusions: The surgical treatment for thyroid diseases at Dr. Enrique Cabrera General Teaching Hospital had good outcomes, both in benign diseases and in thyroid cancer.

Keywords: surgery; thyroid diseases; thyroid cancer.

Recibido: 28/02/2021

Aceptado: 25/03/2021

Introducción

Las enfermedades tiroideas son relativamente frecuentes, pueden tener carácter benigno o maligno. Se presentan en aproximadamente un 4 % de la población adulta.

Predominan en el sexo femenino con una relación de 6:1, aunque la probabilidad de malignidad es tres veces mayor en este último. El algoritmo para el diagnóstico de los nódulos tiroideos se dirige principalmente a definir la presencia o no de un carcinoma de la glándula. La incidencia del carcinoma del tiroides es baja en la población general (< 0,004 %), sin embargo, se eleva hasta un 10 % en los pacientes con nódulos tiroideos únicos.^(1,2)

En Cuba, en el año 2015, la tasa en el sexo femenino era de 7,6 por cada 100 000 habitantes y representó la octava causa de cáncer, afecta con mayor frecuencia mujeres entre los 45 y 49 años, con una tasa de 11,6 por cada 100 000 habitantes. La mortalidad es muy baja, excepto en el carcinoma anaplásico.⁽³⁾ En el año 2018, no se encontró entre las 15 primeras causas de muerte por cáncer con independencia de la edad y el sexo.⁽⁴⁾

El tratamiento de los nódulos tiroideos puede ser médico o quirúrgico. En relación con la cirugía del tiroides, el primer relato de una operación sobre esta glándula fue en 1170, pero no es hasta la mitad del siglo XIX, que se realizan cirugías sobre el tiroides con menor mortalidad. Kocher (1841-1917) y Billroth (1829-1894) fueron los cirujanos más reconocidos. En 1884 se realizó por Rehn la primera tiroidectomía subtotal como tratamiento del hipertiroidismo.⁽⁵⁾ Se realizan exéresis parciales o totales. La polémica alrededor de cuál es el tratamiento más adecuado para el cáncer de tiroides evidencia que aún no existen resultados concluyentes que demuestren que un tratamiento sea mejor que otro, especialmente en la terapéutica del carcinoma diferenciado. Todos los investigadores coinciden en que el tratamiento quirúrgico del cáncer diferenciado

de tiroides es el más efectivo. En la actualidad, lo más discutido es la extensión de la resección, sobre todo si la lesión se circunscribe a un solo lóbulo.⁽⁶⁾

Los criterios que justifican la intervención quirúrgica conservadora se basan en los resultados de los estudios histológicos del lóbulo sano de pacientes con tiroidectomía total y en los estudios de necropsias realizados a fallecidos por otras causas. Estos revelan la elevada frecuencia de carcinoma de tiroides localizado en un solo lóbulo, y en la baja incidencia de recidivas en los casos en que se realiza hemitiroidectomía con istmectomía. Varios autores se refieren a las complicaciones que con frecuencia se presentan en pacientes a los que se les aplica tiroidectomía total.⁽⁶⁾

En estos últimos años, nuevas herramientas como la tiroidectomía mínimamente invasiva, ha progresado hacia la disminución del tamaño de la incisión y de la cicatriz cervical. En 2006, Yoon y otros introdujeron la tiroidectomía endoscópica transaxilar, y más recientemente, Kang y otros incorporaron la cirugía robótica a esta técnica.⁽⁷⁾

Se realizó este estudio con el objetivo de describir los resultados del tratamiento quirúrgico de las enfermedades tiroideas en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera” entre enero 2013 y diciembre de 2020.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo ambispectivo, en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, en el período comprendido entre el 1ro de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2020. El universo se conformó por todos los pacientes con enfermedades de tiroides que fueron tratados quirúrgicamente. La muestra quedó constituida por 96 pacientes que cumplieron los criterios definidos para la investigación.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes mayores de 19 años.

- Pacientes con enfermedad tiroidea que hayan sido tratados quirúrgicamente.

Los criterios de exclusión:

- Embarazadas.
- Historia clínica incompleta que no permita recolectar los datos necesarios para la investigación.

Los criterios de salida:

- Paciente que se niegue a continuar en el estudio.
- Enfermos a los que no se puede realizar seguimiento posoperatorio.

Procesamiento estadístico de la información

La información se obtuvo a través de la revisión documental de historias clínicas y bases de datos del Departamento de Estadísticas del Hospital General Docente “Enrique Cabrera”. Fue recogida en una planilla de recolección de datos e incorporada en una base de datos construida en SPSS, diseñadas para esta investigación. Se utilizaron métodos de estadística descriptiva y para lograr los objetivos se trataron las variables con medidas de frecuencia y de resumen. Como variables principales del estudio se definieron diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía, complicaciones y mortalidad. Se evaluó la asociación entre variables de dos categorías mediante el análisis de la prueba exacta de *Fisher*. Para las variables de más de dos categorías, se realizó el análisis mediante la prueba de Chi cuadrado. Se consideró como resultado significativo, un valor de probabilidad asociado a la prueba menor de 0,05. Para el cálculo de la mortalidad se utilizó el test de *Kaplan-Meier*.

Resultados

La incidencia de las enfermedades tiroideas quirúrgicas fue de 12,5 %. La edad media fue de 48,6 años (desviación estándar de 12,5 años) con un rango entre 23 y 70 años. Predominó el grupo de 45 a 59 años, que representó 42,7 %, y el sexo femenino con 83,3 %. (Tabla 1). Solo 3 pacientes presentaron antecedentes de radiaciones de cabeza y cuello, así como 3 pacientes refirieron antecedentes familiares de carcinoma tiroideo (sin coincidencia entre estos), representó 3,1 % cada uno, aunque estos no fueron representativos ($p = 0,67$ y $p = 0,98$, respectivamente).

Tabla 1- Pacientes operados por enfermedad tiroidea según edad y sexo. Hospital General Docente “Dr. Enrique Cabrera Cossío”. 2013-2020

Grupo de edad		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
30 años o menos	No.	7	1	8
	%	7,3	1,0	8,3
31-44 años	No.	22	4	26
	%	22,9	4,2	27,1
45-59 años	No.	31	10	41
	%	32,3	10,4	42,7
60 años o más	No.	20	1	21
	%	20,8	1,0	21,8
Total	No.	80	16	96
	%	83,3	16,7	100

El diagnóstico más frecuente fue el bocio con síntomas compresivos, observado en 39,6 % de los pacientes, seguido del carcinoma tiroideo (25 %). En este último, 95,8 % de los pacientes presentaron tumores primarios, donde la variante histológica más frecuente fue el carcinoma papilar ($n = 16$; 66,6 %), seguido del carcinoma folicular ($n = 7$; 29,2 %). No se observaron pacientes con carcinomas medulares ni anaplásico, (Tabla 2). Solo una paciente presentó como diagnóstico metástasis de un carcinoma escamoso esofágico. Respecto a las características del tumor, 69 % de los pacientes presentaban tumores mayores de 3 cm, así como 56,3 % padecía enfermedad multifocal.

Tabla 2- Pacientes operados según tipo de enfermedad tiroidea. Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera Cossío". 2013-2020

Enfermedad tiroidea	No.	%	% acumulado
Bocio nodular único	10	10,4	10,4
Bocio con síntomas compresivos	38	39,6	50,0
Enfermedad de Graves Basedow	2	2,1	52,1
Quiste tiroideo	4	4,2	56,3
Lesión folicular	12	12,5	68,8
Tiroiditis	2	2,1	70,8
Carcinoma tiroideo	24	25,0	95,8
<i>Hurtle</i>	3	3,1	99,0
Enfermedad de <i>Plummer</i>	1	1,0	100
Total	96	100	

El tipo de cirugía más frecuentemente realizada fue la tiroidectomía total (40,6 %), seguido de la hemitiroidectomía (32,3 %), correspondió a los diagnósticos más observados, (Tabla 3). La media de tiempo quirúrgico fue de 78,5 minutos (DE: 28,5 minutos) con un mínimo de 30 y máximo de 180 minutos. No se presentaron complicaciones intraoperatorias. En 7 pacientes se presentaron complicaciones posoperatorias, representó 7,3 %, de ellas dos infecciones de la herida quirúrgica y 5 pacientes con parálisis recurrencial. En estas últimas, cuatro pacientes sufrieron parálisis recurrencial unilateral, dos temporales y dos permanentes. Un paciente presentó parálisis recurrencial bilateral, que se resolvió con cordotomía mediante cirugía mínimamente invasiva, por lo que no necesitó realizar traqueostomía. No se presentaron otras complicaciones.

Tabla 3- Pacientes operados según tipo de enfermedad y cirugía. Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera Cossío". 2013-2020

Enfermedad tiroidea		Hemitiroidectomía	Hemitiroidectomía + istmectomía	Tiroidectomía total	Tiroidectomía a subtotal	Otros
Bocio nodular único	No.	10	-	-	-	-
	%	10,4	-	-	-	-
Bocio con síntomas compresivos	No.	17	7	13	-	1
	%	17,7	7,3	13,5	-	1,0
Enfermedad de Graves Basedow	No.	-	-	-	1	1
	%	-	-	-	1,0	1,0
Quiste tiroideo	No.	3	1	-	-	-
	%	3,1	1,0	-	-	-
Lesión folicular	No.	1	7	4	-	-
	%	1,0	7,3	4,2	-	-

Tiroiditis	No.	-	1	1	-	-
	%	-	1,0	1,0	-	-
Carcinoma tiroideo	No.	-	4	19	-	1
	%	-	4,2	19,8	-	1,0
<i>Hurtle</i>	No.	-	2	1	-	-
	%	-	2,1	1,0	-	-
Enfermedad de <i>Plummer</i>	No.	-	-	1	-	-
	%	-	-	1,0	-	-
Total	No.	31	22	39	1	3
	%	32,3	22,9	40,6	1,0	3,1

Respecto a los hallazgos posoperatorios en los pacientes con carcinoma tiroideo, se encontró invasión capsular en 7 pacientes (7,3 %); invasión vascular en 5 (5,2 %) e invasión linfática en 2 (2,1 %), pero en estos últimos la invasión fue del nivel VI, que se incluyó la linfadenectomía en el proceder quirúrgico, por lo que no se realizó disección del cuello en ningún paciente.

Se realizaron cinco reintervenciones (5,2 %) para completar la tiroidectomía en pacientes que se operaron con diagnósticos de etiología benigna y que la biopsia intraoperatoria no fue concluyente, cuya biopsia posquirúrgica informó carcinoma papilar en 3 pacientes y folicular en 2 enfermos. La estadía posoperatoria fue menor a 48 horas en 71,9 %, y en 4,2 % más de 72 horas, correspondió a los pacientes que presentaron complicaciones. No hubo mortalidad en los pacientes estudiados, así como no se presentaron recidivas ni metástasis a distancias en los pacientes con enfermedad oncológica.

Discusión

La mayoría de los pacientes pertenecían al sexo femenino entre los 45 y 59 años, similar a *Mesa* que reportó 35,3 % de pacientes entre 50 y 59 años y *Brito* que encontró 95,8 % de mujeres en su estudio.^(8,9) *Al-Hakami* también reportó un alto porcentaje de féminas (76,4 %), corresponde con la literatura, en la cual las enfermedades tiroideas son más frecuentes en mujeres entre los 40 y 65 años.⁽¹⁰⁾ La edad media fue similar a la reportada por *Mesa* (47,1 años) y *Al-Hakami* (43,6 años), sin embargo, *González* y otros encontraron edades más bajas con 30,6 % y 38,7 % entre 30 y 45 años.^(6,8,10,11) La enfermedad más frecuente fue el bocio

multinodular, así como *Parmeggiani* donde más de la mitad de sus enfermos padecían enfermedad multinodular, sin embargo, Mesa encontró en su investigación el bocio nodular único como la entidad con mayor frecuencia, en 14,1 %.⁽¹²⁾ En ambos se encontró el carcinoma como segunda causa más común, aunque Mesa tuvo menor incidencia con 9,4 %.⁽⁹⁾ En la mayoría de los pacientes la variante histológica de carcinoma más encontrada fue papilar, así como *Díaz Mesa* y otros con 71,2 % y 95,6 % respectivamente. *Brito* reportó que todos los pacientes con carcinoma en su estudio, fueron de la variante papilar,^(6,9,13) sin embargo, *Parmeggiani* encontró que el carcinoma folicular fue dos veces más frecuente que el papilar (60/24 pacientes) en enfermos con lesiones foliculares de tiroides.⁽¹³⁾ Similar a *Mesa* y *Brito*, que reportaron 27,1 % y 66,7 % de tumores entre 2 y 4 cm, en este estudio se observó que la mayoría de dos tercios de los pacientes tenía tumores mayores de 3 cm.^(8,9) Tanto *Brito* como *Dorimani* encontraron con mayor frecuencia enfermedad unifocal, en 62 % y 53,4 % respectivamente.^(9,11) Sin embargo, encontramos en nuestra población con más frecuentemente la enfermedad multifocal, correspondiente a la enfermedad más identificada en nuestros pacientes. La tiroidectomía total fue la intervención quirúrgica más realizada, lo cual corresponde a que el bocio multinodular y el carcinoma tiroideo fueron las enfermedades más observadas, así como la presencia de tumores mayores de 2 cm (no cumple con los criterios para realizar cirugía conservadora que se recogen en las diferentes guías [*American Thyroid Association (ATA)*; *British Guidelines*; *The American Association of Endocrinologists*; etc.] según *Almquist* en una revisión sistemática sobre el tema), y de igual modo que *Mesa* y *Parmeggiani*, que realizaron este tipo de cirugía en 69,4 % y 324 de sus pacientes respectivamente.^(8,13)

Las complicaciones fueron escasas, así como *González*,⁽⁶⁾ que no presentó complicaciones en la cirugía conservadora del tiroides, y 6 % en la tiroidectomía total.⁽⁶⁾ La parálisis recurrential fue la más frecuente, similar a *Mesa*, que reportó 4 pacientes con esta entidad. *Sosa*, sin embargo, encontró como complicación más frecuente el hematoma del cuello, en 6 pacientes (2,5 %), aunque este no fue expansivo.^(8,14)

Las reintervenciones se realizaron para completar la tiroidectomía, como en el caso de *Dorimani* y *Díaz Mesa*, que reportaron 20 enfermos (9,8 %) y 8 enfermos, cuyas citologías por aspiración con aguja fina y biopsia intraoperatorias informaron lesiones benignas, que resulta carcinomas en la biopsia posquirúrgica.^(11,15) Al igual que *Bin Xu*, no se presentaron recidivas ni metástasis a distancia en los pacientes con carcinoma tiroideo.⁽¹⁶⁾

El tratamiento quirúrgico de las enfermedades tiroideas en el Hospital General Docente Dr. “Enrique Cabrera” tuvo buenos resultados, tanto en enfermedades benignas como en el cáncer tiroideo, presentan pocas complicaciones posoperatorias en ambos y buenos resultados oncológicos a largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Siderova M. Thyroid Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-Up. In: Thyroid disorders. IntechOpen. European Union, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.77163>
2. Collado JC, Vázquez JM, Cassola R, Guerra JM, Paredes D, Danta D, et al. Diagnóstico precoz y manejo del Cáncer Tiroideo. Protocolos de actuación. La Habana; 2010.
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Registros Médicos. La Habana: MINSAP. 2016 [acceso 20/01/2021]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Registros Médicos La Habana: MINSAP. 2019 [acceso 20/01/2021]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>
5. Navarro DA. Enfermedades del tiroides en Cuba. *Reva Cub. Endocrinología.* 2012;23(3):198-202. [acceso 20/01/2021]. Disponible en: <http://www.revquirugia.sld.cu/>

6. González R, Llapur A, Pérez D. Cirugía conservadora y tiroidectomía total en el cáncer tiroideo bien diferenciado. Rev. Cub. Cirugía. 2017 [acceso 20/01/2021];56(4). Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/>
7. Coorough NE, Schneider DF, Woll Rosen M, Sippel RS. A Survey of Preferences Regarding Surgical Approach to Thyroid Surgery. World J Surg. 2014 [acceso 20/01/2021];38(3):696-703. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-013-2405-y>
8. Mesa O, Valdés LM, Barrios D, Matos YA, Travieso G. Comportamiento quirúrgico de las patologías del tiroides. Rev. Cub. Cirugía. 2020 [acceso 20/01/2021];59(1). Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/>
9. Brito G, Guerra JL, Cassola JR. Cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (2006-2010). Rev. Cub. Cirugía. 2015 [acceso 20/01/2021];54(3). Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/>
10. Al-Hakami H, Al-Mohammadi R, Al-Mutairi R, Al-Subaie H, Al Garni M. McGill Thyroid Nodule Score in Differentiating Thyroid Nodules in Total Thyroidectomy Cases of Indeterminate Nodules. Indian Journal of Surgical Oncology. 2020;11(2):268-73. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13193-020-01053-2>
11. Dorimain PC, Rodríguez Z, Rodríguez LP, Falcón GC, Mustelier HL. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de pacientes con afecciones nodulares de tiroides. MEDISAN. 2013 [acceso 20/01/2021];17(11):8031. Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/>
12. Parmeggiani D, Gambardella C, Patrone R, Polistena A, De Falco M, Ruggiero R, et al. Radioguided thyroidectomy for follicular tumors: Multicentric Experience. International Journal of Surgery. 2017 [acceso 20/01/2021];41:S75eS81. Disponible en: <http://www.journal-surgery.net/>
13. Almquist M, Muth A. Surgical management of cytologically indeterminate thyroid nodules. Gland Surg. 2019;8(Suppl2):S105-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.21037/gs.2019.01.03>
14. Díaz Mesa J, Taquechel F, Queral R, Domínguez J. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de tiroides en el Centro de Investigaciones Médico-

Quirúrgicas (CIMEQ). Rev. Cub. Cirugía. 2007 [acceso 20/01/2021];46. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/>

15. Sosa G, Ernand S. Complicaciones derivadas de la tiroidectomía en el Hospital Universitario "General Calixto García". Rev. Cub. Cirugía. 2016 [acceso 20/01/2021];55(4). Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/>

16. Xu B, Reznik E, Tuttle RM, Knauf J, Fagin JA, Katabi N, et.al. Outcome and molecular characteristics of non-invasive encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma with oncocytic features. Endocrine. 2019;64(1):97-108. DOI:10.1007/s12020-019-01848-6.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Raysy Sardiñas Ponce: Conceptualización. Análisis formal. Investigación. Metodología. Administración del proyecto. Validación. Visualización. Redacción-borrador original.

Obel Alcides Guerra Leal: Conceptualización. Investigación. Metodología.