

## Reevaluación del tratamiento quirúrgico del nódulo tiroideo

Dres. Vartan Tchekmedyan, Carlos Santana,  
Luis Praderi Gambardella, Norma Ricciardi,  
Eduardo Garat.

Se analizan 581 enfermos sometidos a cirugía tiroidea, operados en la Clínica Quirúrgica "F" y otra población extra hospitalaria, en un período de 12 años. Se define clínicamente, la entidad nódulo tiroideo (NT), diferenciándolo del bocio uninodular (BUN). Se estudia el NT por la clínica, la gammagrafía y la punción citológica, jerarquizándose la importancia del diagnóstico citológico. Se analizan para los nódulos fríos y calientes, la relación entre punción citológica y anatomía patológica. Se analizan los procedimientos quirúrgicos realizados. Se concluye en sistematizar la táctica quirúrgica frente a NT y exigir a la citología mayor precisión diagnóstica, para lograr una mejor selección de pacientes.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
THYROID DISEASES, DIAGNOSIS.

### SUMMARY: Reevaluation of thyroid nodule surgical treatment.

Authors analyse 581 patients submitted to thyroid surgery, operated on in Surgical Clinic "F" and another extra-hospital population during a period of 12 years. They clinically define the thyroid nodule entity (TN) setting it apart from the uninodular goiter. They study TN clinically, with gammagraphy, and cytological puncture. They analyse the relationship between cytological puncture and anatomopathology for cold and hot TN, and surgical

*Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.*

procedures. They conclude that systematization of surgical tactics for TN and more diagnostic precision in the cytological puncture is needed for a better patient selection.

### RÉSUMÉ: Revaluation du traitement chirurgical du nodule thyroïdien.

On analyse 581 malades soumis à une chirurgie thyroïdienne dans une clinique chirurgicale "F" et une autre population extrahospitalière pendant une période de 12 ans. On définit cliniquement le concept de nodule thyroïdien (TN), en le différenciant du goitre uninodulaire (BUN).

La scintigraphie et la ponction cytologique mettent en valeur l'importance du diagnostic cytoologique.

On étudie la relation entre la ponction cytologique et l'anatomie pathologique pour les nodules froids et les nodules chauds. On analyse les procédés chirurgicaux effectués. Comme conclusion: il faut systématiser la tactique chirurgicale face au nodule thyroïdien et il faut exiger une majeure précision diagnostique de la cytologie qui permettra une meilleure sélection des patients.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 21 de octubre de 1987.

Prof. Adjunto, Asistente, Practicante Interno, Asistente y Postgrado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Vázquez Ledesma 2859 Apto. 802, Montevideo.  
(Dr. V. Tchekmedyan).

### INTRODUCCION

En la literatura médica, hay diversidad de criterios para el tratamiento del nódulo tiroideo (N.T.).

Esta diversidad de criterios, quizás encuentre su explicación, en que el carcinoma diferenciado de tiroides, es de lenta evolución y muchos de los pacientes mueren con la enfermedad más que por la enfermedad.

Este trabajo está basado en el estudio retrospectivo de 581 enfermos sometidos a la cirugía tiroidea, tomados de 2 poblaciones.

Estas 2 poblaciones fueron similares, en cuanto al criterio manejado, para la selección de los pacientes para ser operados; en cuanto al tratamiento quirúrgico realizado, así como también en cuanto al seguimiento de los pacientes durante el postoperatorio.

Desde el punto de vista clínico, es importante diferenciar el bocio uninodular (B.U.N.) del nódulo tiroideo (N.T.). (Fig. 1)

Entendemos como N.T. clínico, la palpación de un nódulo en la logia tiroidea, sin palpase el resto de la glándula.

Hablamos de B.U.N. en la misma situación clínica, pero con glándula tiroidea palpable. Este trabajo se refiere a los pacientes que eran portadores de N.T. clínico.

Los tres pilares fundamentales en los cuales se basa el estudio del N.T. son: la clínica, la gammagrafía y la punción citológica.

Actualmente toma un lugar de preferencia la ecografía, que se ha desarrollado últimamente en nuestro medio, que no la analizamos, ya que no contábamos con dicho estudio durante gran parte del período estudiado.

**PRESENTACION CLINICA**

De la población hospitalaria, 175 de 462 enfermos, o sea el 38% se presentaron clínicamente como N.T.

En el otro grupo 37 de 119 pacientes o sea el 31%, también se presentaron como N.T. porcentajes como vemos bastante similares.

De la serie hospitalaria, de 175 enfermos con N.T. 25 fueron neoplasmas confirmados por anatomía patológica o sea el 14.2%.

La entidad N.T. tiene importancia, ya que por sí misma es capaz de seleccionar clínicamente una población de enfermos que tendrán mayor riesgo de tener neoplasma de tiroides.

El riesgo aumenta en pacientes con más de 50-60 años o menos de 20 años, y la posibilidad de neoplasma se duplica para el sexo masculino. Sin embargo en la población extrahospitalaria, se encontrará sólo 2 neoplasmas de 119 enfermos, o sea el 1.7%, porcentaje llamativamente bajo, tanto en estadísticas nacionales como extranjeras.

**PRESENTACION CLINICA:**

Presentación clínica	H. de C.				EXTRA HOSP.		
	Nº	NEO	%		Nº	NEO	%
N.T.	175	25	14.2%	37.8	37	1	31
B.U.N.	104	9	8.6%	22.6	32	0	26.9
B.M.N.	144	11	7.6%	31.2	36	1	30.3
B.D.	39	3	7.7%	8.4	14	0	11.8
SIN DATOS		1				0	
TOTALES	462	49	10.6%		119	2	1.7%

\* 1 caso neoplasma sin dato de presentación clínica.

**IMPORTANCIA DEL TEMA**

JUSTIFICAR CONDUCTA QUIRURGICA SISTEMATICA FRENTE AL NODULO TIROIDEO

DEFINICION: NODULO TIROIDEO - N.T.  
BOCIO UNINODULAR - B.U.N.

**MATERIAL Y METODOS  
ESTUDIO RETROSPECTIVO**

581 Enfermos sometidos a cirugía tiroidea

- 462 Clínica Quirúrgica "F" H. de C. (1974 - 1986)
- 119 Extra Hosp. (Prof. Dr. L. A. Praderi (1977 - 1985)

**PRESENTACION GAMAGRAFICA DE LOS N.T. CLINICOS**

	Nº Tot.	H. de C.			
		%	NEO	%	
GLANDULA NO CAPTANTE					
NODULO FRIO	107	61.1	18	16.8	
NODULO CALIENTE	19	10.8	2	10.5	
GLANDULA CAPTANTE					
NODULO FRIO	9	5.1	1	11.1	
NODULO CALIENTE	3	1.7	0	0	
NODULO MULTINODULAR	8	4.5	0	0	
BOCIO DIFUSO	5	2.8	0	0	
SIN GAMAGRAMA	24	1.3	4	16.6	
TOTALES	175		25	14.2	

Teniendo en cuenta que lo único que define en las 2 series analizadas, es el anatómo patólogo, es válido pensar que este bajo porcentaje, esté relacionado con el anatómo patólogo. El diagnóstico histológico preciso, requiere la realización de cortes con secciones microscópicas a menos de 5 mm, y múltiples cortes de cada bloque de parafina, por lo que es necesario el concurso de un patólogo interesado y experto en morfología tiroidea, para poder diagnosticar carcinomas que de otra manera pueden pasar desapercibidos.

De los 175 N.T. clínicos, 138 presentaron correspondencia gamagráfica, o sea que el 78% fueron gamagráficamente fríos en 107 casos, con 18 neoplasmas (16.8%), en nuestra serie se mantiene como en otras series nacionales<sup>(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)</sup> y extranjeras<sup>(11, 12, 13)</sup> el aumento del porcentaje de neoplasmas en los nódulos fríos.

Es de destacar que dentro del grupo de nódulos calientes con glándula no captante, nos encontramos con 2 neoplasmas. El número de pacientes, 19 casos, es bajo, no permite sacar conclusiones estadísticas y no se corresponde con otras series con el concepto ya clásico que dentro del grupo gamagráfico de nódulos calientes el neoplasma es raro.

En 12 casos el N.T. clínico luego de la gamagrafía se encontró glándula captante.

En 8 casos el diagnóstico gamagráfico fue de bocio multinodular. En este grupo es de destacar que no se comprobó ningún neoplasma, 5 veces el diagnóstico fue de bocio difuso y no hubo neoplasma.

La punción citológica tiene en el momento actual enorme importancia para la selección de enfermos para la cirugía.<sup>(6, 14, 15, 16, 17, 18)</sup>

El informe positivo de cáncer por citología, tiene gran valor, alcanza en la literatura extranjera, cifras altas de positividad, entre el 70 y el 90%, se señalan pocos falsos positivos y negativos.

Pensamos de acuerdo con B. Delgado en nuestro medio<sup>(5, 6, 7)</sup> que al estudio citológico se le debe exigir diagnóstico citológico manejando un lenguaje citológico uniforme que oriente claramente al tratamiento a efectuar. Por ejemplo el diagnóstico citológico se puede clasificar en: Maligno, Benigno, Atípico, Sospechoso, Células indeterminadas. Para que este método alcance efectividad en nuestro medio, se requieren citólogos experimentados en tiroides, que se formen en centros especializados, ya que como veremos en nuestra serie los resultados de la citología han sido muy pobres.

De los 138 N.T. confirmados por la clínica y la gamagrafía se realizó punción citológica en 86

casos, de los cuales 68 correspondieron a nódulos fríos y 18 a nódulos calientes.

Como lo demuestra este cuadro, tuvimos un solo caso de diagnóstico positivo de neoplasma por punción citológica, las demás punciones son simples descripciones cualitativas, sin diagnóstico citológico, por lo que hasta el año 1986 la punción citológica poco aportó para el diagnóstico.

Solo el 6% de los neoplasmas fueron informados como tales por la punción citológica (1/17).

<b>TOTAL NT x CLINICA Y GAMAGRAFIA</b>	<b>CON PUNC. CITOLOGICA</b>	<b>SIN PUNC. CITOLOGIA</b>
138	86 (62)	52 (38)
<b>TOTAL N.T.</b>	<b>NOD. FRIOS</b>	<b>NOD. CALIENTES</b>
86	68	18

**PUNCION CITOLOGIA EN N.T.**

	<b>Parenq.</b>	<b>Coloide</b>	<b>Hürtle</b>	<b>Otros</b>	<b>NEO</b>	<b>Totales</b>
<b>NODULOS FRIOS</b>	31 (45,5)	32 (47)	2 (3)	2 (3)	1 (1,5)	68 (79)
<b>NODULOS CALIENTES</b>	8 (44,5)	10 (55,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18 (21)
<b>TOTALES</b>	39 (45)	42 (48,8)	2 (2,3)	2 (2,3)	1 (1,1)	86

De los 68 nódulos tiroideos fríos 17 fueron neoplásicos (25%) y sólo uno tuvo diagnóstico citológico.

Los nódulos calientes que fueron puncionados, la anatomía patológica no mostró neoplasma.

Existe amplia variedad y predominancia del sexo femenino. La edad mínima de 12 años, máxima de 78 años, con una distribución homogénea en todas las décadas comprendidas entre 20 y 80 años.

**RELACION ENTRE PUNCION CITOLOGICA Y ANATOMIA PATOLOGICA PARA NODULOS FRIOS**

<b>NODULOS FRIOS</b>	<b>Parenq.</b>	<b>Coloide</b>	<b>Hürtle</b>	<b>Otros</b>	<b>NEO</b>	<b>Totales</b>
<b>NEOPLASICOS</b>	11 (65)	5 (29)	0 (0)	0 (0)	1 (6)	17 (25)
<b>NO NEOPLASICOS</b>	21 (41)	27 (53)	2 (4)	1 (2)	0 (0)	51 (75)
<b>TOTALES</b>	32 (47)	32 (47)	2 (3)	1 (1,5)	1 (1,5)	68

\* Sólo el 6% de los neoplasmas fueron informados como tales por la punción citológica (1/17).

En este cuadro destacamos la gran variedad de procedimientos quirúrgicos utilizados.

**MORBILIDAD GLOBAL** (462 casos del Hospital de Clínicas)

MORBILIDAD	RECURRENCIAL	PARATIROIDEA	
		Definitiva	Transitoria
462 operados	2 (0.4%)	0	11 (2.3%)

**RELACION ENTRE PUNCION CITOLOGICA Y ANATOMIA PATOLOGICA PARA NODULOS CALIENTES**

Nódulos calientes	Parenq.	Coloid.	Hürtle	Otros	NEO	Totales
NEOPLASICOS	0	0	0	0	0	0 (0)
NO NEOPLASICOS	8	10	0	0	0	18 (100)
TOTALES	8	10	0	0	0	18

**VARIEDAD ANATOMOPATOLOGICA DE LOS NEOPLASMAS DE TIROIDES: DE LOS 462**

Tipo A.P.	Folicular	Papilar	Mixto	Medular	Anaplás.	Sin	
						datos	Total
N°	15 (30.6)	13 (28.5)	9 (18.3)	4 (8.2)	5 (10.2)	3 (6.1)	49

**MORBILIDAD GLOBAL** (462 casos) (H. de C.)

MORBILIDAD	RECURRENCIAL	PARATIROIDEA	
		Definitiva	Transitoria
462 operados	2 (0.4)	0	11 (2.3)

**PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO EN N.T.**

TECNICA QUIRURGICA	NEO	NO NEO	TOTAL
LOBECT. + SUBT. CONTRALAT.	7 (33)	14 (66)	21 (24.4)
LOBECT. HOMOLATERAL	8 (19)	35 (81)	43 (50)
LOBECT. BILATERAL	0 (0)	0 (0)	0 (0)
LOBECT. SUBT. BILATERAL	2 (9)	20 (91)	22 (25.5)
TOTALES	17 (20)	69 (88)	86

Luego de una revisión estadística realizada por nosotros en el Hospital de Clínicas<sup>(20, 24)</sup> en 1978, en el período 1968-1974, donde se comprobó alta

agresión recurrencial, comenzamos a realizar la búsqueda sistemática del recurrenente en cirugía tiroidea. De esta manera a pesar de estar en un servicio docente, donde se adiestran cirujanos, logramos abatir la agresión recurrencial al 0.4%.

El hipoparatiroidismo definitivo no se presentó en ningún caso.

**CONCLUSIONES:**

I) Sistematizar táctica quirúrgica frente al N.T.

L.T.  
ISTM.  
L. SUBT.

**Razones:**

A) Criterios clínicos y paraclínicos insuficientes para correcta selección preoperatoria.

B) Procedimiento quirúrgico propuesto LT, ISTM, L. Subt.

Adecuado para N.T. neoplásicos

Baja morbilidad

II) Exigir a la citología precisión diagnóstica

**CONCLUSIONES**

Los criterios clínicos y paraclínicos permiten seleccionar una población de riesgo mayor de tener neoplasmas tiroideos, pero aún no nos permiten asegurar, cuáles de los N.T. son benignos con seguridad. Proponemos entonces sistematizar la táctica quirúrgica frente al N.T. realizando la LOBECTOMIA TOTAL del lado del nódulo ITSMECTOMIA más LOBECTOMIA SUBTOTAL CONTRALATERAL.

Este procedimiento quirúrgico encuentra su indicación, dado que es adecuado para los N.T. neoplásicos y en nuestra serie tiene baja morbilidad. En caso que la anatomía patológica definitiva, muestre que se trata de un neoplasma, no es necesario reintervenir al paciente. Debemos tener en cuenta que muchos neoplasmas pueden pasar desapercibidos al patólogo, si no es realizado por un patólogo competente en morfología tiroidea.<sup>(5, 7, 19, 20, 22, 23)</sup>

Además el seguimiento de nuestros pacientes muchas veces no es adecuado en la población hospitalaria por diversas razones y un N.T. considerado benigno, puede ser un neoplasma que pase desapercibido.

Debemos tener en cuenta que algunas estadísticas muestran mayor número de neoplasmas anaplásicos en la población portadora de

N.T. en estos casos ya no nos encontramos frente a un neoplasma de baja agresividad, sino frente a un carcinoma de alta mortalidad a corto plazo.<sup>(13, 21)</sup>

En un futuro cercano debemos contar con citólogos adiestrados en centros especializados, para lograr el alto porcentaje de positividad del método, según publicaciones extranjeras<sup>(13, 14, 16, 17, 21)</sup>, de esta manera, logramos una mejor selección de los pacientes, evitando reintervenciones quirúrgicas inútiles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ASINER B., GILBERT P., ARRUTI C. — Estudio estadístico sobre 158 casos de bocio tratados en la Clínica Quirúrgica "B". Congreso Uruguayo de Cirugía, 6°. Montevideo 1955.
- BELLOSO R. — Aspectos quirúrgicos del nódulo tiroideo. Tesis de Doctorado. Montevideo, 1975 (inédita).
- CERVIÑO J.M. — Tratamiento del bocio. Congreso Uruguayo de Cirugía, 6°. Montevideo, 1955.
- CERVIÑO J.M., GARRA P., CERVIÑO S. — Nódulos tiroideos no funcionantes. Congreso Nacional de Medicina Interna, 5°, 1969.
- DELGADO B., YAMETTI L., IRAOLA M. — Nódulo tiroideo: su planteo quirúrgico. En: Actualizaciones en cirugía. V.I, N° 3.
- DELGADO B., YAMETTI L., BERAZATEGUI R. — Valor del estudio citológico en los nódulos tiroideos. Cir. Uruguay, 1982, 52: 512.
- DELGADO B., YAMETTI L., CROCI F., LANZA M., y GASTAMBIDE C. — Conducta frente al nódulo tiroideo. Cir. Uruguay 1982; 52: 337.
- ESTRUGO R., PERRONE L., PAPERAN J. (h), BERCIANOS C., GREGORIO L., TOLEDO N., IRAOLA M. — 171 casos de tiroidectomía. Cir. Uruguay 1976; 46: 275.
- MAGGIOLO J. — Nódulo tiroideo y carcinoma tiroideo. Congreso Nacional de Medicina Interna, 5°, 1969.
- SUIFFET W. — Carcinoma tiroideo. Tratamiento quirúrgico. Cir. Uruguay 1974; 44: 159.
- BEHARS O.H. — Indications for excision of the clinically solitary thyroid nodule. In: Varco R.L. and Delaney J.F. - Controversy in Surgery. Philadelphia, Saunders, 1976.
- BUCKWALTER J.A. and THOMAS C.G. — Selection for surgical treatment for well differentiated thyroid carcinomas. Ann. Surg. 1972; 176: 565.
- WADE H. — The treatment and preoperative diagnosis of differentiated thyroid carcinoma presenting as clinically solitary nodule. Br. J. Surg. 1980; 67: 728.
- BAIN G.O. and CROCKFORD F.M. — Needle, aspiration and needle biopsy of the thyroid. World J. Surg. 1978; 3: 324.
- BACKDAHL M., WALLIN G., LOWHAGEN T., AUERT G., GRANBERG P. — Fine needle biopsy cytology and DNA analysis. Surg. Clin. North Am., 1987; 67: 197.
- BURCH W.M. — A method of aspirating thyroid cyst. Surg. Gynecol. Obstet. 1979; 148: 95.
- CRILE G.W. Jr. and HAWK W.A. — Aspiration biopsy of thyroid nodules. Surg. Gynecol. Obstet. 1973; 136: 241.
- PASEYRO P., GROSSO O.F. — Contribución de la citología obtenida por punción al diagnóstico de nódulo tiroideo clínicamente único. Congreso Nacional de Medicina Interna, 5°, 1969.
- MAUTONE J.A. — Incidencia y naturaleza del nódulo tiroideo en 341 tiroidectomía parciales. Congreso Nacional de Medicina Interna, 5°, 1969.
- THEKMEDJIAN V., DELBENE R., AGNONE C. — Complicaciones y secuelas de la cirugía tiroidea. Cir. Urug. 1978; 48: 457.
- STEN LENNQUIST. — The thyroid nodule. Diagnosis and surgical treatment. Surg. Clin. North. Am. 1987. 67: 213.
- GREGORIO L.A. — Cáncer tiroideo a propósito de 60 casos. Cir. Urug. 1974; 44: 166.
- IRAOLA M.L. — Anatomía patológica del nódulo tiroideo. Congreso Nacional de Medicina Interna, 5°, 1969.
- BELLOSO R., GATEÑO N., ROSSI J., YAMETTI L., JAMANDREU DE LOPEZ. — Complicaciones en cirugía tiroidea. En: Delgado B., Aguiar A. y Ormachea C. - Complicaciones en cirugía. Montevideo, Delta, 1981.