

La extensión de la resección glandular en el carcinoma diferenciado del tiroides

Dr. Bolívar Delgado¹

Resumen

Se analiza el problema de la extensión de la resección glandular en el carcinoma diferenciado del tiroides, y en base a la revisión bibliográfica y a los resultados de una serie de 30 carcinomas de ese tipo operados, se propone la selección de la táctica quirúrgica a seguir esquematizando las situaciones que corresponden en extensión de resección glandular, a la lobectomía, tiroidectomía total y tiroidectomía casi total tendiendo a un claro predominio de esta última.

Summary

The author analyses the problem of the extension of glandular resection in differentiated carcinoma of the thyroid and based on bibliographical revision and results of a series of 39 resected carcinomas of this type, suggests that the selection of the surgical tactic should be made by schematizing the situations that, according to extension of glandular resection, correspond to total lobectomy, total thyroidectomy, and near-total thyroidectomy, with a clear predominance of the last procedure.

Introducción

En el tratamiento del carcinoma diferenciado del tiroides (CDT) sigue siendo controvertido, un punto de gran importancia como lo es la extensión de la resección glandular (ERG).

El objeto de este trabajo, es el de establecer en base a la revisión bibliográfica y al análisis de una serie nuestra de 39 CDT operados, pautas quirúrgicas con referencia fundamentalmente a la ERG.

Material y método

Nuestra experiencia asciende a 39 CDT operados bajo nuestra dirección en estos últimos 5 años.

Palabras clave: Tiroides – neoplasmas. Tiroides – terapia. Trabajo de la Clínica Quirúrgica «1» de la Facultad de Medicina y del Servicio de Cirugía del Círculo Católico de Obreros.

¹ Profesor Director de Clínica Quirúrgica «1» y Jefe del Departamento de Cirugía del Círculo Católico de Obreros. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de julio de 1988

En ellos se realizaron 44 operaciones de las cuales 41 fueron de resección glandular que analizaremos: tiroidectomía subtotales bilaterales (TST) 3/41: 7.3%; L** sola o más istmo 10/41: 24.3%; istmectomía 1/41: 2.4%; TCT*** 24/41: 58.5% y TT**** 3/41: 7.3%.

Análisis de los resultados

Descartando las 3 TST realizadas al principio de la serie sin biopsia extemporánea, y con el diagnóstico de bocio multinodular, en las demás, es decir en el 92.6% (38/41) se realizaron operaciones de ERG aceptadas oncológicamente en las que predominó netamente la TCT (58.5%).

Se reoperaron en forma inmediata 2 enfermos: uno de ellos se trataba de un hombre de 57 años que fue operado por un nódulo tiroideo caliente con hipertiroidismo sin biopsia extemporánea, y el estudio histológico diferido mostró un carcinoma folicular no encapsulado en un bocio multinodular.

Se reoperó (en otro Servicio) completándose la TCT sin encontrarse tumor contralateral. El otro paciente era una joven de 18 años en quien la biopsia extemporánea informó Carcinoma folicular y el estudio diferido mostró falta de encapsulación y margen de resección muy reducido a nivel del istmo. Se reoperó para completar la TCT (lóbulo contralateral sano) y permitir el uso del I¹³¹.

La operación más usada que fue la TCT se indicó 24 veces en:

- carcinoma folicular no encapsulado o con ruptura capsular: 5
- carcinoma folicular poco diferenciado: 3
- carcinoma folicular encapsulado (en BMN): 1
- carcinoma papilar mayor de 2 cms: 8
- carcinoma de Hürthle: 1
- carcinoma folicular múltiple: 1
- carcinoma papilar múltiple: 2
- microcarcinoma (hallazgo anat. patol.) operados por bocio multinodular: 3

La L sola o más I y la istmectomía se utilizó 11 veces en:

- carcinoma folicular encapsulado: 3
- carcinoma papilar encapsulado: 1
- carcinoma papilar menor de 2 cms: 3
- carcinoma folicular con rotura capsular (sin biopsia extemporánea: 2
- microcarcinoma: 1
- carcinoma folicular no encapsulado y resecado con poco margen (se reoperó): 1

En 18 casos que correspondieron a los últimos de la serie se operó con biopsia extemporánea que mostró 1 solo falso negativo (sensibilidad del 94%). En esta corta serie no hubo como complicación ningún hipoparatiroidismo y una sola lesión recurrencial (1/41: 2.4%).

Discusión

La amplitud de una resección oncológica está determinada en gran parte por la extensión del tumor en el órgano. En el CDT ella sigue siendo un factor importante para determinar la ERG, pero es necesario considerar otros hechos particulares del CDT entre los que se destacan la hormono-dependencia, la capacidad de captar I^{131} por algunos tumores y sus metástasis, y el diferente comportamiento biológico del cáncer en relación a una serie de factores tales como edad, sexo, tamaño del tumor, multicentricidad, estructura histológica, contenido de DNA etc., factores estos que para algunos autores son más importantes y significativos que la ERG (1,2).

Así Cohn (3), sostiene por ejemplo, que para el carcinoma papilar no hay relación entre el tipo de operación y la sobrevivencia, y sí la hay y claramente con el contenido de DNA del tumor.

Teniendo en cuenta esta variabilidad en el comportamiento biológico del CDT en relación a los factores señalados, parece poco aceptable la posición de realizar sistemáticamente el mismo plan terapéutico para todos los pacientes, y mucho más compatible en cambio aquella que defiende que cada paciente tiene «su» cáncer (Suiffet) (4) y es necesario seleccionar la táctica a seguir.

Block (5) lo expresa muy gráficamente cuando escribe que «no se debe extender la operación si no lo justifica la extensión de la enfermedad y producir injustificada morbilidad».

La primera posición sistemática se integra en algunos protocolos terapéuticos en prueba (National Thyroid Cancer Treatment Cooperative Study-Group 1977) (6) pero que precisarán un seguimiento que para el caso particular del CDT no debe ser menor de 10 años y preferiblemente de 15 y 20. Los resultados finales de estos protocolos, aún en el caso de mostrar su efectividad, tendrán su aplicación futura para un

tumor, cuya biología cambia espontáneamente, y sobre todo en el sentido de una mayor benignidad (7). Tal vez un argumento en favor de la tiroidectomía total (TT) sistemática sea el hecho de no disponerse aún de un criterio sólido para clasificar pacientes de alto riesgo y grados de malignidad (3,5), criterio que seguramente se basará en el futuro en el contenido del DNA tumoral.

Es por ello que la ERG sigue siendo un tema en discusión y nos limitaremos a su consideración exclusiva sin desconocer su vinculación a otros aspectos quirúrgicos, tales como los vaciamientos ganglionares, que serán motivo de un análisis ulterior.

El tema de la ERG podría simplificarse si se aceptara una conducta extrema y sistemática de TT (8-14) sin tomar en cuenta ningún otro factor que el solo diagnóstico de CDT. Y esta conducta podría ser compartida, si no tuviera como consecuencia una pesada morbilidad (5,15-17) menos aceptable aún si se considera, que en condiciones determinadas, una resección menor de la glándula es tan eficaz como la TT que en definitiva y en la opinión autorizada de algunos autores sólo beneficiaría a lo sumo a un 5% de los pacientes (Clínica Lahey) (18). Es cierto que hay series como la de Thompson (citado por Cohn) (3) en la que la mortalidad del 12.5% en 255 pacientes tratados entre 1935-1955 con una operación menor que la TT descendió a 0,6% en 165 enfermos tratados con TT complementada con I^{131} y hormona tiroidea entre 1957-1966, pero en dicha serie, más de una variable fue manejada lo que le resta valor estadísticamente.

Hay puntos de acuerdo para la mayoría de los autores que son importantes a señalar desde el principio, para circunscribir la discusión y que son:

- 1) La operación resectiva de menor extensión aceptada del punto de vista oncológico es la lobectomía (1,6,19,20) o istmectomía (6,17).
- 2) Ante la invasión de ambos lóbulos por el tumor (bilateral o multifocal) la resección debe ser una TT o casi (4-6,21-23).
- 3) En presencia de metástasis sistémicas en el momento de la consulta, la TT es una condición necesaria para la posible captación de I^{131} terapéutico por dichas metástasis (4,14,21,24,25) sobre todo en los carcinomas foliculares por su mayor captación (5,15).
- 4) No se justifica una extensa y riesgosa resección glandular (TT o casi) sin la corroboración del diagnóstico de CDT. Ello implica que en la mayoría de las situaciones deba recurrirse a la biopsia por congelación intraoperatoria (5, 6, 9-11, 13, 14, 20, 23, 24,26-31) la que habitualmente se realiza en una pieza de lobectomía o istmectomía. Analizaremos en primer término algunos aspectos de la TT.

1) La TT evitaría y/o disminuiría el porcentaje de recidivas locales y/o metástasis

Se ha insistido, sobre todo en las lesiones papilares, en la frecuencia de carcinoma múltiple o multicéntrico con cifras muy variables en la literatura médica que oscilan entre 13–53.4%:22.58% (27); 22% (14); 10% (3); papilares 38% y foliculares 13% (32,33); 20% (30); en cánceres trabeculares 86.7% (10) en carcinomas menores de 15 mm 21% y en mayores de ese tamaño 53.4% (10); en carcinomas en niños 42% (34); en autopsias 8,6% (3), 1.79% (35); en pacientes que recibieron radioterapia el riesgo de multicentricidad sería mayor y con otro poder evolutivo (15) lo que inclinaría a aumentar la ERG hecho que para el cáncer papilar según Crile (36) no es así.

Este hecho condicionaría las recidivas, o mejor dicho, la persistencia con crecimiento ulterior de lesiones dejadas en el tiroides remanente.

Pero a pesar de aceptarse la multicentricidad o multiplicidad, el porcentaje de recidivas es mucho menor que el esperado después de operaciones limitadas, oscilando estadísticamente entre 0–24%:6.8% (1); 10% (22); en cáncer papilar 8.3%; 14.3% después de lobectomía (L) y 6.3% después de tiroidectomía yuxtataotal (TYT) (37); 0% en carcinoma papilar que recibió radioterapia (36,37); 0% después de TT (37); para lesiones menores de 15 mm es el mismo porcentaje con cualquier operación (38); 2% sin TT (23); 3–8% (11); menos del 5% en carcinomas papilares (33); 3.7–24.4% (30); 2.14% de recidivas por año en carcinoma papilar de los niños (34); 2.58% en operaciones que deja lóbulo remanente (39). Mazzaferri (40) en carcinomas papilares con TT y hormona tiroidea 8%; con TT, hormona tiroidea y I^{131} 2% (el menor); con operaciones menores que TT y hormona tiroidea 12% que desciende a 7% si se agrega I^{131} y por último el porcentaje más alto para l con hormona tiroidea 15% y sin ella 62%.

Estos porcentajes son menores, sobre todo cuando se trata de pacientes operados que han sido sometidos a tiroido-supresión mediante administración de hormona tiroidea (25,36,45) aún en seguimientos alejados (14–35 años) (33) habiendo series extensas publicadas de lobectomía y administración de hormona tiroidea sin recidivas locales (25,29,37). En nuestro medio en la serie de Suiffet (41) con operaciones menores que una TT, ninguna recidiva en seguimiento de 20 años.

De todo ello resulta evidente que el porcentaje de recidivas locales depende de muchos factores, y no sólo de la ERG aunque naturalmente este es un elemento muy significativo a considerar, y por otra parte que focos cancerosos dejados en el tiroides y aún en los ganglios (42) no tienen potencial evolutivo o este puede ser controlado sobre todo con hormonoterapia.

Un punto importante a señalar es el de que no es fácil determinar si una recidiva llamada local se hace en o por el lóbulo tiroideo remanente, los ganglios o los tejidos peritiroideos cada uno con diferente significación (12) en relación al tema de la ERG primaria. Así Noguchi (42) sostiene por ejemplo que el mayor porcentaje de recidivas (entre 56–84%) es en los ganglios y no en el lóbulo remanente.

Las estadísticas no son claras al respecto, pero en principio parecería aceptarse que en las series de TT hay menor número de recidivas locales (10, 11, 13, 17, 29, 37, 40) y en series extensas como la de Bacourt (588) ni recidivas ni muertes.

¿Pero cual es la significación pronóstica de estas recidivas? Hay quienes sostienen que ellas son fácilmente controlables (4,19,21) con tratamiento quirúrgico local y hormona tiroidea, no teniendo consecuencias en la sobrevida (7,15,22,25,36,43). Esto valdría sobre todo para el carcinoma papilar (3,42) pero no así para el folicular (25). Otro autores advierten la posible transformación de estas lesiones en lesiones menos diferenciadas (30) que otros afirman no haber visto (39). Se calcula en 1/17000 la chance que anualmente tiene un tumor de transformarse en anaplásico, y esto en pacientes mayores de 60 años, y nunca por debajo de los 45 (3). En la Clínica Lahey, en el período 1930–1970 el carcinoma indiferenciado disminuyó del 20% al 5% mientras que el CDT aumentó del 76–91% (32), lo cual parecería negar que aquel se origine en éste.

Autores como Leunquist (17) le atribuyen a la recidiva local una mortalidad del 50% y Mazzaferri (40) con TT, radioyodo y hormona tiroidea asegura haber obtenido los mejores resultados en cuanto a las recidivas y a la mortalidad. Por tanto, este punto de las recidivas locales aún no está definitivamente aclarado y deberán contraponerse las ventajas de ese menor porcentaje de recidivas de significación pronóstica discutida frente a la morbilidad de operaciones extensas.

Es importante también tener en cuenta que las recidivas locales obligan a reintervenciones, las que para algunos autores tendrían más complicaciones que una TT de entrada (9).

En cuanto al riesgo aumentado de metástasis sistémica de operaciones menores que la TT, para el cáncer papilar, por lo menos, no parece haberse demostrado diferencias con significación estadística. Series extensas no han probado que la TT aumente la sobrevida (7,39,43) y para la Escuela de Carolina del Norte tampoco en el carcinoma folicular (1), sosteniendo además autores como Crile (25) que no hay relación entre dicha sobrevida y la ERG.

Hay series publicadas por Clínicas como la Mayo (43) donde se aprecia incluso un porcentaje mayor de metástasis alejadas después de TT pero es de seña-

lar que esta operación se indicó en los peores enfermos.

2) La TT permitiría el seguimiento con I^{131} y la posibilidad del tratamiento sobre todo de las metástasis sistémicas

Este planteamiento cabe sobre todo para el carcinoma folicular (15,38,44) y el papilar en pacientes menores de 40 años después de que todo el tejido tiroideo normal se ha eliminado (5), y no parece discutible en principio (14,17) aunque autores de la Escuela de Cleveland insisten en el poco efecto beneficioso del I^{131} señalando la Escuela de Carolina del Norte que es difícil de evaluar sus resultados, pues en general se asocia a TSH supresión, y es conocido el hecho de que aquellos cánceres que captan el I^{131} son los mejor controlados por la hormona tiroidea (20). Mazzaferri (40) compara los resultados de la TT y hormona tiroidea con los de la TT con hormona tiroidea, y además I^{131} encontrando en la primera situación un porcentaje de recidivas del 8,2% contra 2.1% de la otra, lo cual estaría en favor del efecto beneficioso del radioyodo.

¿Cabe indicar la TT o la tiroidectomía casi total (TCT) con una dosis complementaria de radioyodo ablativa para el posible tratamiento futuro de metástasis en situaciones donde el riesgo de ellas es muy bajo? Nos referimos fundamentalmente a pacientes jóvenes, con carcinomas foliculares encapsulados, sin angioinvasión, sin componentes trabecular y de pequeño tamaño (T1). En estas circunstancias es de señalar que aún el criterio histológico para tipificar estas lesiones como malignas es discutible, y no aceptado por todos (2,25) y autores como Leunquist (17) afirman que la TT no mejora los resultados. El tratamiento con radioyodo no estaría indicado para Block (5) en los microcarcinomas de hallazgo incidental, en el carcinoma folicular bien encapsulado y en los carcinomas papilares únicos y de tamaño menor a 15 mm en pacientes sometidos a TT o TCT.

Parecería menos discutible que en formas evolucionadas (13) o en pacientes de alto riesgo (mayores de 45 años, sobre todo hombres) con lesiones no encapsuladas o con ruptura capsular, angioinvasión o áreas trabeculares, es decir, situaciones todas en las que es esperable un mayor porcentaje de metástasis, deba plantearse una ERG más agresiva como la TT para permitir el uso del I^{131} diagnóstico y terapéutico (5,23,25,39).

Pero es de señalar que, Escuelas muy importantes como la Mayo o la Lahey (18) indican con muy poca frecuencia el tratamiento con este radiofármaco, otros grupos sólo lo indican en casos seleccionados (5,20) y otros no lo utilizan en pacientes menores de 40 años (22) por los riesgos futuros de la radioactividad y la posibilidad de que el tratamiento radiante trans-

forme un CDT en anaplásico (7,45), pero reconociéndose con respecto a esto último de la edad la menor captación para el I^{131} de los pacientes de más de 60 años (20).

Para el carcinoma papilar el argumento en discusión es de menor peso, dado el inferior porcentaje de captación del I^{131} por estos tumores y sus metástasis y la menor frecuencia de éstas, siendo además las recidivas locales controlables en general, como ya se ha dicho, por cirugía y hormonoterapia tiroidea.

En la variante de Hürthle del carcinoma folicular la TT no estaría justificada para el tratamiento con I^{131} dada la excepcionalidad de la captación de éste por dichos tumores (17,25,38,46) y si tal vez por el frecuente compromiso de ambos lóbulos que sugeriría una ERG más agresiva (47,48) por su peor pronóstico (25). Esta bilateralidad no ha sido corroborada por autores de experiencia (5), pero que igual comparten la indicación de TT señalando la pobre respuesta de estos tumores al radioyodo.

3) La TT permite el seguimiento con la tiroglobulina (14,15,17)

Es un argumento de gran valor. ¿Pero se justifica pagar el precio de la morbilidad de la TT para lograr realizar el seguimiento de tumores que en algunas circunstancias se comportan como relativamente benignos? Es de señalar que la dosificación de tiroglobulina sería sensible para detectar metástasis y aún las que no captan I^{131} lo cual le da ventajas sobre este último para el seguimiento (15).

4) De los considerados 1, 2 y 3 ¿se concluiría que la TT mejora la sobrevida?

Estos considerandos son los argumentos más importantes en favor de la TT pero como ya lo hemos señalado anteriormente (5,49,20) no son aceptados por muchos autores (Figura 1).

5) La TT tiene mayor morbilidad (13,15,16,17,42)

Las estadísticas de morbilidad de la TT son muy variables y en varias de ellas ésta ha disminuido en las últimas series en forma sensible (8).

De la ERG depende fundamentalmente el hipotiroidismo y el hipoparatiroidismo (50). El riesgo del segundo puede disminuirse con una técnica depurada realizada por equipos entrenados y por la implantación de las paratiroides resecadas; el hipotiroidismo es una consecuencia obligada de la TT y en general no se considera ante la necesidad de suministrar hormona tiroidea para el propio tratamiento del tumor.

La lesión recurrential no depende de la ERG (50)

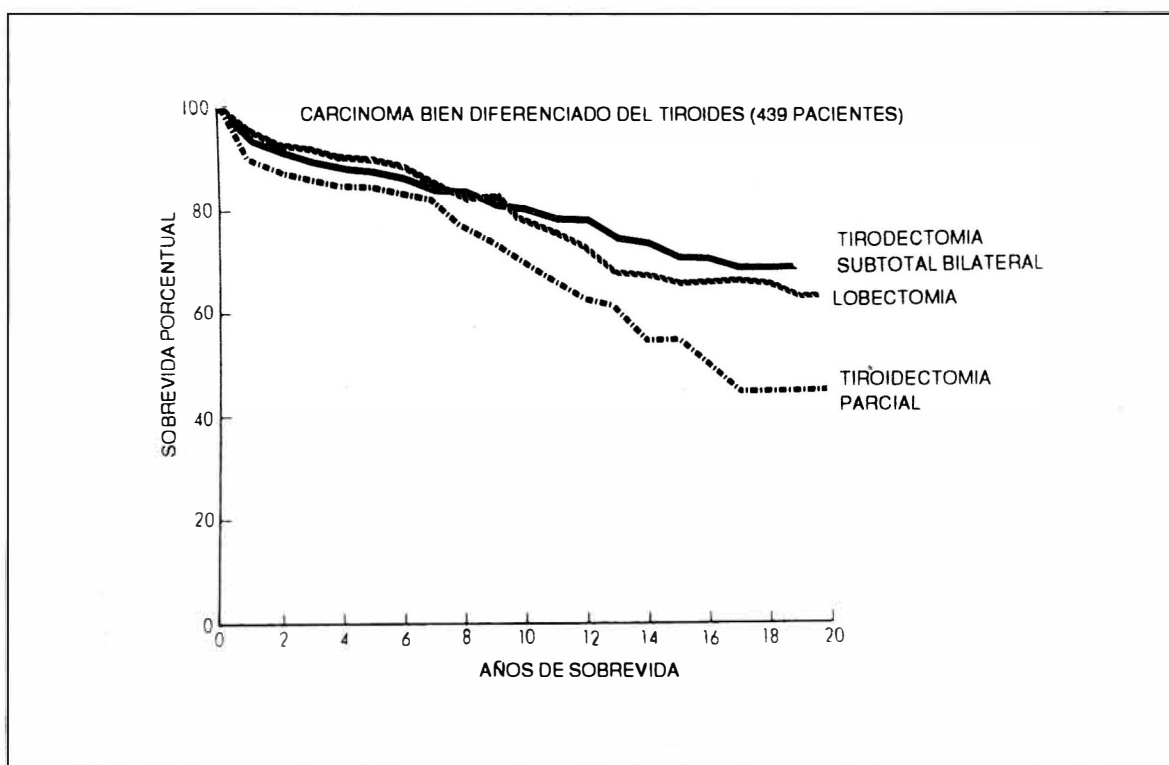


Figura 1. Correlación entre supervivencia y extensión de la resección glandular. (Tomado de Thomas CG (20).

y sí de la habilidad del cirujano y no debe contar en la morbilidad propia de la TT.

Es de señalar que el hipotiroidismo y sobre todo el hipoparatiroidismo deben considerarse enfermedades severas (3) y que en ocasiones tienen mayor significación por su gravedad que el propio cáncer. Como dice Cohn (3) la TT comporta alto riesgo de hipoparatiroidismo sin ninguna mejoría en el carcinoma papilar en relación a resecciones glandulares menos extensas.

Las cifras de mortalidad por la TT son prácticamente nulas y las de morbilidad referidas fundamentalmente a las paratiroides y los recurrentes se resumen en el cuadro 1.

En el otro extremo de la discusión de la ERG colocamos a la lobectomía (L) o lobectomía con istmectomía (L1).

- 1) Como ya señalamos es la operación de menor extensión aceptada oncológicamente y es la que habitualmente se efectúa para biopsia extemporánea.
- 2) Su morbilidad en manos entrenadas es casi nula (1,26) (hipoparatiroidismo=0%, lesión recurrential menos de 0.5% (26, 27).
- 3) Deja «demasiado» tiroides para permitir un seguimiento con I^{131} y tiroglobulina y serían necesarias

dosis tóxicas de I^{131} para eliminar el tiroides residual (3).

- 4) Es poco discutible como operación de elección en el carcinoma oculto o mínimo (5, 15, 17, 18, 28, 37, 40) donde otra operación de mayor ERG no tiene diferencias significativas en los resultados.
- 5) Es más discutible en situaciones de bajo riesgo y con cánceres limitados al lóbulo como operación de elección, pero defendida por autores y Escuelas de prestigio y experiencia (5, 8, 18-20, 22, 24, 26, 30) en base a sus resultados. La situación referida se da fundamentalmente en mujeres, jóvenes (menores de 40 años) con carcinoma menores de 2 cm sobre todo papilares.

De acuerdo a los resultados de Crile (7) este carcinoma no tiene menor supervivencia con esta operación limitada, opinión compartida por otros autores (19). Para muchos sería la operación de elección para el carcinoma limitado a un lóbulo (1,28-31) mientras que la TT o la TCT sería la más adecuada para pacientes de mayor riesgo (Hombres, mayor de 39 años, carcinoma folicular) (18,26,30,31,51) cuando invade el istmo (28) o en pacientes que recibieron radioterapia. Hay autores que sostienen que si el carcinoma no es papilar se debe realizar TT (28,30) complementada con I^{131} y hormonoterapia tiroidea, o

Cuadro I. Morbilidad de la tiroidectomía

Autor	TT	Menos TT	L	Recurr. (%)	Hipopar. (%)
Paloyan (12)	+			1.4	2.8
Bacourt (8)	+				4
Henry (10)	+			7.3	1.8
Visset (14)	+			8.7	13
Mc Kenzie (22)	+				27
Mc Conahey (50)	+				23
Giulani (9)	+			1.8	8.3
Van Heerden (44)	+			9.7	1
Jacobs (11)	+			0	0.8
Cohn (3)	+			21	33
Perinetti	+			3.9	6.4
Mc Conahey (50)		+			0.4
Cohn (3)		+		19	4
Cady (32)		+			2
Buckwalter (1)		+		9.9	8.5
Leunquist (17)		+			8.5
Crile (7)		+		3	1
Perinetti (39)		+		3	1.6
Buckwalter (1)			+	3	0
Perinetti (39)			+	1.3	1.3

TT: tiroidectomía total. **Menos TT**: menos que tiroidectomía total. **L**: lobectomía
ERG: extensión de la resección glandular.

si el paciente tiene más de 40 años y componente trabecular del tumor (26).

La TT no estaría indicada para la mayoría de los carcinomas foliculares; la lobectomía lo estaría para tumores papilares menores de 2 cm; en aquellos de 2–5 cm se aconsejaría la TCT y para los mayores aún de 5 cm la TT (37). La L tiene menor porcentaje de recidiva local a 2 años (2.5%) que la TCT (6.3%) en algunas estadísticas con significación estadística (50) pero es probable que esta última operación se haya indicado en tumores más extendidos; la L no tiene tampoco diferencias significativas en sobrevida que la TCT en otras pero tal vez se usó en tumores más pequeños (20). *Por último la operación intermedia desde el punto de vista de la ERG es la TCT* entendiéndose por tal la lobectomía con istmectomía y resección subtotal contralateral, dejando un escaso margen de tiroides remanente (1 gramo) para proteger las paratiroides. Se diría gráficamente que es una operación «muy satisfactoria» en situaciones donde se plantea una L y «menos completa» en aquellas donde se discute una TT. De captar el tiroides remanente 131 puede ser eliminado mediante dosis ablativas de éste complementando la TT sin compartir la pesada morbilidad de ella (9) y sin riesgos por la radiación (3). Estos últimos considerandos serían argumentos de peso en contra de la TT y tal vez el lugar adecuado de esta última operación lo decida en el futuro el contenido de DNA (3,30).

Parecería que es hacia la TCT que se tiende actualmente (21,27,39,50) pero se cree que sólo estaría justificada ante la certificación del carcinoma tiroideo, lo cual como ya insistimos significa en general la realización de una biopsia extemporánea, dado que si bien esta operación tiene menor morbilidad que la TT (39,50) (Cuadro 1) tiene una diferencia significativa en ese sentido con la L (6,39), y hay quienes incluso sostienen que tiene el mismo porcentaje de hipoparatiroidismo que la TT (2.5%–8.5%) (5, 6).

La Escuela de Carolina del Norte (1) señala que la TCT no tiene mejor pronóstico que la L y sí mayor morbilidad, sobre todo para el carcinoma papilar aún en seguimientos de 15 años (21,39), a pesar de presentar un porcentaje de recidivas locales (1.8% menor que la L (6.8%) (5).

En relación a la TT la TCT no tiene diferencias significativas ni en sobrevida (7,43) ni en recidivas. Sin embargo para otros autores la TCT tendría menor porcentaje de recidivas locales que la L pero mayor que la TT (37).

En relación a la producción de metástasis la TCT tiene menor porcentaje (0.47%) con diferencias significativas con la lobectomía (1.82%) (50).

En pacientes jóvenes con carcinoma papilar después de irradiación tratados con TCT y hormona tiroidea, Crile (36) tuvo 0.3% de recidivas pero ninguna muerte de la serie fue atribuida a esa recidiva en el tiroides remanente.

La TCT tendría una clara indicación en el carcinoma papilar como lo aconseja la Clínica Mayo (6), en el folicular no encapsulado o con rotura capsular o angioinvasión, en la variedad de Hürthle (6) y en los carcinomas mayores de 2 cms difusos o con invasión de lóbulo contralateral (20).

ERG cuando el diagnóstico de CDT se realiza en el posoperatorio

Ante todo es importante insistir nuevamente en que esta situación puede ser evitada en la enorme mayoría de los casos mediante la biopsia extemporánea procedimiento aceptado por la mayoría de los autores como ya hemos señalado. El problema es decidir si la ERG efectuada es suficiente o no y en este último caso de ser necesario, si puede ser completada mediante I¹³¹ a dosis ablativas (6). Las situaciones planteadas puede esquematizarse en grandes grupos pero en principio, la decisión deberá realizarse en cada caso individualmente, y dependerá en gran parte de la conducta habitual que ese centro de tratamiento realiza en el CDT. Por ejemplo, si se indica TT sistemática en general se considerará la primera operación como insuficiente y se planteará la reintervención (9).

- 1) En un extremo del problema colocaremos al carcinoma incidental de pequeño tamaño y hallazgo anatomopatológico (carcinoma mínimo, oculto o microcarcinoma). En general hay consenso en que si la ERG no fue menos que una lobectomía es suficiente (5). Recordemos que autores como Mazzaferri (40) sostienen que para carcinomas menores de 15 mm el resultado es igual con cualquier tipo de operación.
- 2) En el otro extremo ubicamos por ejemplo al carcinoma de Hürthle o al folicular angioinvasor o trabecular, situaciones en las que, en principio, si se realizó en la primera operación una L se deberá reoperar para completar una TT o TCT (5,17) aunque para autores como Crile (25) la sobrevida en el carcinoma folicular no tiene relación con la ERG.
- 3) Entre ambos extremos queda toda una gama de situaciones difíciles de esquematizar y por supuesto, de haberse demostrado en el estudio histológico diferido que la superficie de sección ha pasado por zona tumoral, obligaría a una reintervención. Cuando ésta está decidida debe realizarse lo más precozmente posible para evitar dificultades operatorias que aumentan significativamente la morbilidad, hecho en el que hay consenso (3).

Conclusiones

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada y a

nuestros propios resultados, esta Clínica propone como táctica a seguir en el CDT con registro a la ERG:

A) Lobectomía (o L+istmo o istmectomía + subtotal bilateral)

- 1) Como pieza de biopsia extemporánea.
- 2) Microcarcinoma o carcinoma mínimo.
- 3) Carcinoma menor de 2 cm en situaciones de bajo riesgo: mujeres, menores de 45 años, carcinoma papilar o folicular encapsulado sin rotura capsular ni angioinvasión ni áreas trabeculares, con el istmo y el otro lóbulo sano. En esta última situación (5) no es desatinado plantear una TCT.

B) TT

- 1) Tumor extenso que compromete ambos lóbulos (bilateral o multifocal).
- 2) Carcinoma de Hürthle (es admisible la TCT).
- 3) Metástasis sistémicas en el momento de la consulta sobre todo foliculares con la finalidad del tratamiento de las mismas con radioyodo.

C) TCT

En todas las demás situaciones. En los carcinomas foliculares se completará la TT con I¹³¹ a dosis ablativas para permitir el seguimiento con él y con la tiroglobulina.

Bibliografía

1. Buckwalter JA, Thomas CG. Selection of surgical treatment for well differentiated thyroid carcinoma. Ann Surg 1972; 176: 565.
2. Iida F. Surgical significance of capsule invasion of adenoma of the thyroid. Surg Gynecol Obstet 1972; 144: 710.
3. Cohn KH et al. Biologic considerations and operative strategy in papillary thyroid carcinoma. Arguments against the routine performance of total thyroidectomy. Surgery 1984; 96: 975.
4. Suiffet W. Cancer del tiroides, tratamiento quirúrgico. 18º Congreso Uruguayo de Cirugía 1967; (1): 80.
5. Block MA. Surgery of the thyroid nodules and malignancy. Curr Probl Surg 1983; 20: 135.
6. Delgado B, Yametti L, Iraola ML. Nódulo tiroideo. Su planteo quirúrgico. Actual Cir 1986; 1: 117.
7. Crile G. Changing end results in patients with papillary carcinoma of the thyroid. Surg Gynecol Obstet 1971; 132:460.
8. Bacourt F, Asselain B, Doucet G et al. Traitement des cancers thyroïdiens. Congres Francais Chirurgie 85º, 1983: 156.
9. Giuliani L et al. Chirurgia del cancro della tiroide. Minerva Chir 1984; 39: 431.
10. Henry JF. Strategies therapeutiques devant les cancers thyroïdiens differencies. Congres Francais de Chirurgie 1983; 85º: 152.
11. Jacobs JK, Aland JW, Ballinger JF. Total thyroidectomy A review of 213 patients. Ann Surg 1983; 197: 524.
12. Paloyan E, Lawrence AM, Brooks MH et al. Total thyroidectomy and parathyroid autotransplantation for radiation associated thyroid carcinoma. Surg 1976; 80: 70.
13. Spay G, Berger-Dutirux N. Le cancer du corps thyroïdes. Congres Francais de Chirurgie, 85º, 1983: 168.

14. **Visset J, Lehur PA.** Les cancers thyroïdiens. Différences. Attitude maximaliste Congress Français de Chirurgie 85^e 1983; 147.
15. **Bell RM.** Thyroid carcinoma. Surg Clin North Am 1986; 66: 13.
16. **Foster RS.** Morbidity and mortality after thyroidectomy. Surg Gynecol Obstet 1978; 147: 423.
17. **Linnquist S.** The thyroid nodule. Diagnosis and surgical treatment. Surg Clin North Am 1987; 67: 213.
18. **Rossi RL, Nieroda C, Cady B et al.** Malignancies of the thyroid gland. The Lahey Clinic Experience. Surg Clin Norm Am 1985; 65: 211.
19. **Talbot CH.** The management of the solitary thyroid nodule. In: Taylor I. Progress in surgery. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985; (1), 39.
20. **Thomas CG, Buckwalter JA.** Cancer of the thyroid. Adv Surg 1976; 10: 245.
21. **Edis AJ.** Surgical treatment for thyroid cancer. Surg Clin North Am 1977; 57: 533.
22. **Mc Kenzie AD.** The natural history of thyroid cancer. Arch Surg 1971; 102: 274.
23. **Parmentier c et al.** Les epitheliomas differences du corps thyroïde. Rev Pract 1982; 32: 1981.
24. **Colcock BP, Cattell RB.** Carcinoma del tiroïdes. Clin Quir North Am Jun 1962; 687.
25. **Crile G, Pontius KI, Hawk WA.** Factors influencing the survival of patients with follicular carcinoma of the thyroid gland. Surg Gynecol Obstet 1985; 160: 409.
26. **Blondeau Ph, Neouze G.** Faut-il traiter tous les cancers thyroïdiens par thyroïdectomie totale? 85^e Congress Français Chirurgie 85^e, 1983: 142.
27. **Delgado B, Farre I, Rissi L.** Cancer diferenciado del tiroïdes. Uruguay 1986. Cir Uruguay 1989; 59 (5-6); 180-8.
28. **Melliere D et al.** Strategie eclectique devant les cancers thyroïdiens difference. Congress Français Chirurgie 1983; 85^e, 160.
29. **Proye C, Maes B.** Les recidives thyroïdiennes et ganglionnaires post-opératoires. Les rechutes metastasiques. Attitude et pronostic apres chirurgie regles. Congress Français de Chirurgie, 85^e, 1983: 184.
30. **Reynier J et al.** Cancers thyroïdiens. Indication et resultats therapeutiques. Nouv. Press Med 1979; 8: 189.
31. **Reyner J.** Suivi et traitement post-opératoires des cancers thyroïdiens differences apres chirurgie maximaliste. Congress Français de Chirurgie, 85^e 1983: 171.
32. **Cady B, Sedwick CE, Melssner WA, et al.** Changing clinical, pathologic, treatment and survival patterns in differentiated thyroid carcinoma. Surgery 1976; 183: 541.
33. **Tollefsen HR, Shah JP, Huvos AG.** Papillary carcinoma of thyroid: recurrence in the thyroid gland after initial treatment. Am J Surg 1972; 124: 468.
34. **Telander RL, Zimmerman D, Kaufman B et al.** Pediatric endocrine surgery. Surg Clin North Am 1985; 65: 1551.
35. **Silverberg SG, Dildone RA.** Carcinoma of the thyroid insurgical and postmortem material. Ann Surg 1966; 164: 291.
36. **Crile G.** The Treatment of papillary carcinoma of the thyroid occurring after irradiation. Surg Gynecol Obstet 1980; 150: 850.
37. **Ozaki O et al.** Differentiated carcinoma of the thyroid gland. World J Surg 1983; 7: 181.
38. **Dobyws BM.** Cancer de tiroïdes: cirugía radical, radiación o terapéutica hormonal. Clin Quir North Am 1962; 481.
39. **Perinetti HA, Staneloni L, Nasif J.** Thyroid cancer surgery and the risk of the opposite recurrent after 15 years of follow-up. Proceedings of the First Latina American Thyroid Congress, 1982. Buenos Aires: Panamericana.
40. **Mazzaferrri EL, Young RL, Aertel JE et al.** Papillary thyroid carcinoma: impact of therapy in 576 patients. Medicine 1977; 56: 171.
41. **Sulffet W.** Carcinoma tiroideo. Tratamiento quirúrgico. Cir Uruguay 1974; 44: 159.
42. **Noguchi S, Murakami N.** The value of lymph-node dissection in patients with differentiated thyroid cancer. Surg Clin North Am 1987; 67: 251.
43. **Woolner LB, Lemmn ML, Behars OH, et al.** Occult papillary carcinoma of the thyroid gland: a study of 140 cases observed in a 30 year-period. J Chir Endocrinol Metab 1960; 20: 89.
44. **Van Heerden JA, Groh MA, Grant CS.** Early postoperative morbidity after surgical treatment of thyroid carcinoma. Surgery 1987; 101: 224.
45. **Wychulis AR, Behars OH, Woolner LB.** Papillary carcinoma with associated anaplastic carcinoma in the thyroid gland. Surg Gynecol Obstet 1965; 120: 28.
46. **Thompson NW, Dunn EL, Batsakis JG et al.** Hürthle cell lesions of the thyroid gland. Surg Gynecol Obstet 1974; 139: 555.
47. **Caplan RH, Abellera M, Kiskin WA.** Hürthle cell tumors of the thyroid gland. JAMA 1984; 15: 3114.
48. **Goundry SR, Thompson WW et al.** Total thyroidectomy for Hürthle cell neoplasm of the thyroid. Arch Surg 1983; 118: 529.
49. **Hubert JP, Klemm PD, Behars OH, et al.** Occult papillary carcinoma of the thyroid. Arch Surg 1980; 115: 394.
50. **Mc Conahay WM.** Papillary thyroid cancer treated at the Mayo Clinic 1946 through 1970: initial manifestations, pathologic findings, therapy and outcome. Mayo Clin Proc 1986; 61: 879.
51. **Pilleux FR, Vital RE, Yoel J.** Pautas de estudio y de tratamiento del nódulo y del cáncer tiroideo. Rev Argent Cir 1987; 52: 281.
52. **Talbot JA.** Cancer de tiroïdes. Tratamiento actínico y hormonal. 18^o Congreso Uruguayo de Cirugía, 18^o, 1967; (1): 115.