

FRECUENCIA DE CANCER DE TIROIDES EN NODULOS UNICOS FRIOS A LA GAMAGRAFIA EN UN HOSPITAL GENERAL

Dr. Gustavo Villabona*

Previamente habíamos informado la frecuencia de cáncer en nódulos únicos fríos a la gamagrafía de tiroides en un hospital colombiano, dedicado al cáncer (1).

El hecho actual de tener en un hospital general la unidad o equipo de trabajo multidisciplinario en Patología Clínica de Tiroides compuesto por un Cirujano General, un Internista Endocrinólogo, un Especialista en Medicina Nuclear y un Patólogo adscrito al grupo, nos motivó a extrapolar la experiencia a los pacientes quienes acuden a la consulta general de un Hospital Universitario.

MATERIAL Y METODOS

Se proyectó estudiar prospectivamente todos los pacientes que tenían nódulo tiroideo el cual era único y frío a la ga-

magrafía y asistían a la consulta de endocrinología, posteriormente serían intervenidos y de acuerdo al resultado de Anatomía Patológica se analizaría la presencia o no de cáncer, el tipo de cáncer histológico, la edad, el sexo, aprovechando a la vez para conocer el valor predictivo de la gamagrafía de tiroides en nódulos únicos fríos.

El estudio se realizó durante el período de Julio de 1979 a Julio de 1981, tomando una historia clínica general, en pacientes con nódulo tiroideo palpable al examen físico comprobado con la gamagrafía con ^{131}I efectuado a las 24 horas de una dosis entre 50 y 100 uCi, que fueron únicos y fríos, posteriormente se tabularían los resultados y en la discusión se comparan con los hallazgos previos de un hospital de cáncer.

De 100 tiroidectomías practicadas 54 fueron por nódulo único frío.

Tabla No. 1
FRECUENCIA DE NODULO UNICO FRIO

Tiroidectomías por	Hombres		Mujeres		Todos	
	n	%	n	%	n	%
Nódulo frío	10	10	44	44	54	54
Otras razones	7	7	39	39	46	46

* Profesor Asociado Medicina Interna. Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

De los 54 pacientes con nódulo único frío 20 tenían Ca. (54/20) que equivale a 37%.

En los nódulos únicos fríos hubo 10 hombres los cuales 5 tenían Ca. (10/5

que equivale al 50% y en las mujeres de 44, 15 tenían Ca. lo que equivale al 34%.

Décadas especialmente significativas la sexta, la tercera y la séptima.

Tabla No. 2
CANCER CON NODULOS UNICOS FRIOS

	CANCER		OTROS	TOTAL
	n	%	n	
En Hombres	5	50	5	10
En Mujeres	15	34	29	44
	20	87	34	54

Tabla No. 3
DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD

EDAD (años)	HOMBRE	MUJERES	TODOS
0-9	—	—	—
10-10	—	—	—
20-29	—	4	4
30-39	—	3	3
40-49	—	—	—
50-59	2	3	5
60-69	2	4	6
70-79	1	1	2
80 y Más	—	—	—
TOTAL	5	15	

Tabla No. 4

TIPO HISTOLOGICO	HOMBRES		MUJERES	
	n	%	n	%
Adenocarcinoma papilar	2	40	4	26.6
Adenocarcinoma folicular			7	46.6
Carcinoma medular				
Carcinoma anaplásico	3	60	4	26.6
TOTAL	5	100	15	100

Es llamativa la frecuencia de Ca, anaplásico en los hombres y el folicular en las mujeres y para ambos sexos el papilar.

Posteriormente se aplicó la fórmula del patrón desicional para conocer el valor predictivo de la gamagrafía de tiroides con el siguientes resultado:

Tabla No. 5

Positivos Verdaderos	14%
Negativos Verdaderos	6%
Positivos Falsos	15%
Negativos Falsos	19%
Sensibilidad 0.70	Especificidad 0.57

Lo cual significa que en un estudio gamagráfico positivo hay posibilidad de un 70% de Ca.

Y en un estudio negativo gamagráfico para la correlación negativa con la patológica es de un 57%.

Un nódulo frío es una lesión de la glándula tiroides la cual no concentra el radio Yodo y es sabido que en ella es donde se implanta preferencialmente el cáncer (2).

Su localización dentro de la glándula tiroides es variable, sin embargo nosotros



observamos dos localizaciones que nos llaman la atención:

A. En el centro de los lóbulos formando el signo gamagráfico llamado "el ojo de buho" (3).

Ver Figura No. 1. Esta lesión en la mayoría es benigna.





Y otra localización:

- B. En los bordes amputando la glándula la cual a su vez subdividimos en dos.
- B' Con desplazamiento de la línea media de la glándula (ver Figura No. 2)
- B'' Y sin desplazamiento (ver Figura No. 3) pero con amputación.

Además los valores de retención tiroidea a las 24 horas de 131 I fueron encontrados disminuídos en la mayoría de los pacientes.

DISCUSION

La mejor ayuda de la gamagrafía de tiroides está en diferenciar la clase de nodularidad (4), y el enfoque en cáncer siempre ha sido puesto en el nódulo frío (5), ya que la mayoría de los carcinomas se observan en lesiones pobres en concentración del 131 I (6).

Merece atención el grupo de gamagrafías con nódulos únicos fríos que producen desplazamiento de la línea media ya que lo observamos en todos nuestros pacientes con Ca. anaplásico; igualmente el mismo número de anaplásico alto en este estudio es significativo, 7 de todos los 20, lo cual nos puso sobre alerta ya que es sabido que los carcinomas de tiroides diagnosticados tardíamente y que por lo mismo no ha sido manejados con agresividad son para algunos autores una de las causas de la conversión anaplási-

ca (7). Por esto ampliamos el manejo de los pacientes con métodos diagnósticos que nos aumentan la sensibilidad y la especificidad tiroidea como la biopsia y/o la citología para un mejor diagnóstico de nuestros pacientes y un mejor manejo para ellos desde el punto de vista tanto quirúrgico como médico. (Posteriormente publicaremos esta experiencia).

Como el objeto principal es comparar con el trabajo del Instituto Nacional de Cancerología, observamos que allí se había encontrado la incidencia de carcinoma (en nódulos únicos fríos a la gamagrafía, en hombres de un 42.8% y en mujeres de 20.3%) conformando que era más frecuente en Colombia la presencia de carcinoma de tiroides en hombres que en mujeres, observación obtenida por nosotros, que contrasta con las estadísticas norteamericanas (8). También observamos como en el estudio anterior del INC que la mayoría de nuestros pacientes de nódulo único frío a la gamagrafía y cáncer presentan valores bajos de retención de 131 I a las 24 horas. (hipofunción tiroidea) divergiendo de la publicación de Heizz Wahner efectuada en la Universidad del Valle quien encontraba valores normales de retención en un estudio similar de Cáncer de tiroides (9).

En cuanto a la edad de presentación del carcinoma observamos dos picos de mayor incidencia entre la 3a. y la 7a. década de la vida, lo cual corresponde al INC y a los estudios de KATZ de los Angeles (10).

Creemos que la sensibilidad de nuestro estudio encontrada en igual proporción a la observada en el INC es la que realmente corresponde a la gamagrafía de tiroides con 131 I, en nuestro medio y es del 70% y suponemos que la discrepancia en la especificidad 91% en el INC y el 57% en el Hospital González Valencia es explicada por el sitio de trabajo un Hospital de Cáncer vs. un Hospital General.

Deducimos que la etiología de los nódulos únicos fríos es benigna en mayor proporción en el presente estudio de malignidad y benignidad; sin embargo no hay duda que comparativamente con los otros nódulos tiroideos la malignidad prefiere los "fríos" (11). Por lo tanto se deben individualizar y estudiar con mucho detenimiento ya que esto significa el manejo integral del paciente.

CONCLUSIONES:

1. La frecuencia de cáncer y de tiroides de un hospital general en un área bociógena de Colombia es de 37%.

La hipofunción tiroidea a las 24 horas es característica importante.

2. Los hombres tienen una mayor frecuencia de cáncer en nódulos únicos fríos a la gamagrafía que las mujeres.
3. La gamagrafía de tiroides tiene una

sensibilidad aceptable en el diagnóstico de cáncer: 70%.

La especificidad baja sugiere la necesidad de estudios complementarios antes de la conducta terapéutica.

4. Algunas imágenes gamagráficas se correlacionan con mucha exactitud en el diagnóstico de cáncer, especialmente de tipo anaplásico.
5. El carcinoma anaplásico está aumentando en nuestro medio al parecer por la consulta tardía lo cual permite la evolución del bocio hasta su grado mayor de indiferenciación.
6. El estudio multidisciplinario de carcinoma de tiroides ofrece mayor capacidad diagnóstica y terapéutica a los pacientes.

Agradecimiento al Doctor Jorge Gómez, cirujano general.

Al Doctor Alfredo Acevedo, patólogo y a todo el personal de Medicina Nuclear.

BIBLIOGRAFIA

1. VILLABONA G, MEJIA D. AHUMADA JAIME. *Frecuencia Cáncer en el nódulo frío único de tiroides*. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Vol. 1, No. 2, Diciembre de 1980.
2. GOTTA, Medicina Nuclear. Fondo Educativo Interamericano 1981, pág. 63.
3. ASHKAR FAUD, OWLEYE. Sign of benign autonomous throid nodule - Jama, Nov. 23, 1970, Vol. 214 - No. 8, pág. 1563.
4. WAGNER, HENRY. Nuclear Medicine, HP publishing Company. 1975, pág. 132.
5. LAHEY, FH. HARE HF. Malignancy in adenomas of the thyroid Jama 145; 68, 1951.
6. DOBHYNs BM, BERTOZ WO. Identification of cold thyroid lesions at operations and its place in the sureyical management of carcinom of the thyroid an surg 172: 703, 1970.
7. ASHKAR. Practical nuclear medicine Mecom press. 1974.
8. DEGROOT. Endocrinología. Editorial Médica Panamericana 1981, pág. 692.
9. WAGNER, H. CUELLO, C., ALJURE F., Bocio Nodular y cáncer de tiroides, Revista de la Sociedad Colombiana de Endocrinología, Vol. 2, pág. 85-87.
10. ALFRED D, KATZ WARRENJ ZAGER. The malignan cold nodule of the throid: The American Journal of Surgery. Vol. 132 - Oct. 1976.
11. SELEN KOWHA, KARP, pj. An approach to diagnosis and therapy of thyroid tumors Sem Nuc med. 1: 461, 19.