

# Microcarcinoma tiroideo

## Experiencia retrospectiva de los últimos 20 años

Eduardo Faure<sup>1</sup>, María Eugenia Gandur<sup>1</sup>, Analía París<sup>1</sup>, Paola Alba<sup>1</sup>, Rubén Lutfi<sup>1</sup>, Lidia Ferreiro<sup>1</sup> y Pablo De Sanzo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Endocrinología y <sup>2</sup> Anatomía Patológica. Complejo Médico PFA "Churruca-Visca". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Glánd Tir Paratir 2008; (17): 18-21

### Resumen

La Organización Mundial de la Salud define al Microcarcinoma de tiroides como al tumor menor de 1 cm de diámetro mayor. La mayoría de éstos son clínicamente no aparentes. Debido a un mejor diagnóstico la incidencia en los últimos años está en aumento. Su pronóstico es en general excelente, aunque se han reportado metástasis a distancia e incluso muerte.

**Objetivos:** determinar la prevalencia, motivo quirúrgico, factores de riesgo y evolución de los microcarcinomas en nuestro hospital.

**Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de 169 pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides diagnosticados entre 1986-2006.

**Resultados:** Del total de Carcinomas Tiroideos el 21,3% (36/169) presentaron diagnóstico de microcarcinoma. El 75% de éstos tenían por lo menos un factor de riesgo de mayor agresividad. El motivo quirúrgico fue: bocio nodular 49%, citología sospechosa o diagnóstico de carcinoma 31%, hipertiroidismo 14%, metástasis glanglionares 3% e hiperparatiroidismo primario 3%. El 28% de los mismos fueron multicentricos, 19% bilaterales, 16.7% presentaron metástasis ganglionares al diagnóstico y el 14% presentó invasión capsular. En el seguimiento de 2 a 20 años ningún paciente murió por el carcinoma y 1 paciente persiste con enfermedad a los 2 años del diagnóstico, mientras que los restantes (n=35) están libres de enfermedad.

**Conclusiones:** Nuestro estudio retrospectivo mostró que la prevalencia de microcarcinoma fue similar a la reportada en la literatura. No observamos mayor agresividad ni muerte relacionada con el microcarcinoma.

**Palabras clave:** microcarcinoma tiroides, cáncer de tiroides.

### Summary

#### Thyroid microcarcinoma: 20 years of experience

According to the World Health Organization, the thyroid microcarcinoma is defined as a tumor whose biggest diameter is less than 1 cm. Most of them are not clinically apparent. Due to a better diagnosis, there has been an increase in its incidence in recent years. Its prognosis is generally excellent, although distant metastases and even death caused by microcarcinoma have been reported.

**Objectives:** The objectives of this study are to determine prevalence, causes of surgery, risk factors and the evolution of the microcarcinomas in our hospital.

**Methods:** A retrospective study of case-histories of 169 patients with TMC diagnosed between 1986 and 2006 has been carried out.

**Results:** Among 169 patients, 21. % (36/169) presented Microcarcinoma, 75% had at least a risk factor of higher aggressiveness. The causes of surgery were: multinodular goiter (49%), suspicious preoperative fine-needle aspiration cytology (31%), hipertyroidism (14%), lymph node metastases (3%), and primary hyperparathyroidism (3%). The 28 % of the TMC were multifocal, 19% were bilateral, 16.7% presented lymph node metastases and 14% presented capsule invasion. Throughout a follow-up of between 2 and 20 years, none of

Recibido para publicación: 18/03/08

Aceptado: 08/04/08

Correspondencia: Eduardo Faure

Freire 2320 8° "B" CP 1425

TE/FAX: 011-4912-1258

Email: efaure@fibertel.com.ar

the patients died and only one of them remains with the illness after 2 years of the diagnosis while the rest (n:35) are healthy.

**Conclusions:** Our retrospective study shows that the prevalence of TMC in our study is similar to that reported in the literature. We have observed neither higher aggressiveness nor death related to microcarcinoma.

**Key words:** Thyroid Microcarcinoma. Thyroid Cancer.

## Introducción

En los últimos años la detección de nódulos tiroideos ha ido en aumento debido a la utilización de la ecografía en forma sistemática en la consulta endócrina y la aparición de ecógrafos de mayor resolución. En la población general el hallazgo de nódulos no palpables es frecuente llegando hasta un 67% según algunos autores<sup>1,2</sup>.

Acompañando al hallazgo más frecuente de nódulos tiroideos el diagnóstico de carcinoma diferenciado de tiroides y en particular el de microcarcinoma de tiroides (MC) ha ido en aumento en las últimas décadas<sup>2,3-5</sup>.

Entre el 5 y el 24% de los nódulos hallados por ecografía son MC<sup>6</sup> y hasta en un 36% de las autopsias de pacientes fallecidos por otras causas han hallado microcarcinomas<sup>7</sup>.

De acuerdo a la OMS se define como MC a aquellos carcinoma tiroideos menores o iguales a 1cm siendo en su mayoría de estirpe papilar<sup>3</sup>.

El MC puede diagnosticarse por el estudio de patología nodular mediante una punción de nódulo sospechoso o en forma diferida o retrospectiva luego de una cirugía por patología paratiroidea o tiroidea benigna.

La importancia clínica de los MC es discutida, en general presenta curso benigno con una

sobrevida del 97% a los 20 años<sup>9</sup>; aunque se han reportado casos de metástasis a distancia e incluso muerte por microcarcinomas<sup>10, 11,12</sup>.

En los carcinomas tiroideos diferenciados los factores de riesgo de agresividad identificados son la edad mayor a 45 años, el sexo masculino, invasión capsular o vascular, invasión linfoganglionar y metástasis a distancia. La variedad familiar del MC se asocia a un comportamiento más agresivo para algunos autores<sup>13</sup>.

Debido a que el diagnóstico de MC se incrementó es importante describir las características clínicas e histológicas que confieren mayor agresividad para tomar una conducta terapéutica apropiada. En este trabajo informamos nuestra experiencia en el hospital.

## Material y Métodos

### Pacientes:

Entre 1986 y 2006 en el Servicio de Endocrinología del Complejo Médico Churruca - Visca, de la ciudad de Buenos Aires fueron diagnosticados y tratados 169 pacientes con carcinoma tiroideo.

La distribución por edad y sexo y el tamaño promedio de los nódulos se muestra en la Tabla 1. El tiempo de seguimiento fue de 2 a 20 años. Del total de casos evaluados 36 (21.3%) correspondieron a MC.

Tabla 1. Características Clínicas de los Microcarcinomas Tiroideos diagnosticados entre 1986-2006 en el Complejo Médico PFA Churruca- Visca

	MCT
Número de casos	36 (21,3%)
Mujeres	28 (78%)
Hombres	8 (22%)
Edad promedio ± DS ( años)	45,3 ± 11,8
Mujeres	46 ± 11,8
Hombres	40 ± 11,5
Tamaño promedio ± DS (cm)	0,59 ± 0,33

**Métodos:**

Los pacientes fueron sometidos a tiroidectomía total en 29 casos, 3 near total y 4 subtotal. El estudio histológico fue realizado por los patólogos del mismo centro. Cada una de las piezas quirúrgicas fue procesada con los cortes seriados y sistematizados; la inclusión fue realizada en parafina y teñidas con hematoxilina eosina. En los que tuvieron diagnóstico de MC se analizó sexo, edad al diagnóstico, causa de la cirugía, tamaño tumoral, multicentricidad, bilateralidad, metástasis ganglionar local, invasión cápsula tiroidea, metástasis a distancia y evolución en el tiempo.

**Resultados**

De los 169 casos de pacientes con cáncer tiroideos operados en un lapso de 20 años el 21,3% eran MC (36/169), 78% mujeres (n=28),

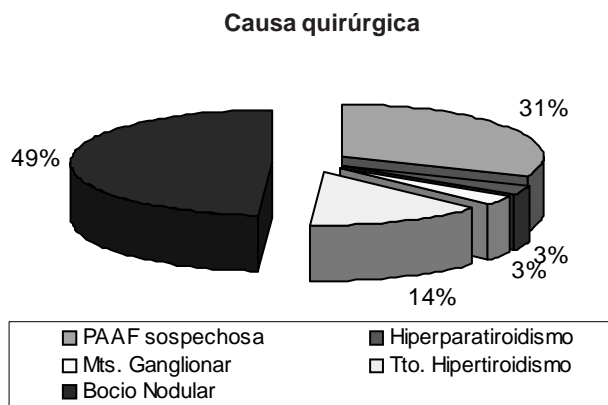
64% mayores de 45 años. El motivo quirúrgico fue bocio nodular 49% (n=18), PAAF sospechosa 31% (n=11), Hipertiroidismo 14% (n=5), metástasis ganglionares 3% (n=1) e hiperparatiroidismo primario 3% (n=1) (Figura 1). El 28% de los MC fueron multicéntricos (n=10), 19% bilaterales (n=7) 16.7% presentaron metástasis ganglionares al diagnóstico (n=6), el 14% presentó invasión capsular (n=5); el 97.3% de los casos (n=35) fue carcinoma papilar de tiroides variante clásica, el 2.7 % (n=1) variante tall cells. El 25% (n=9) estuvo asociado a hipertirodismo (Tabla 2).

En el tiempo de seguimiento no tuvimos ninguna muerte por el MC, en un paciente se llegó al diagnóstico por la presencia de metástasis mediastinal única quistificada de 10 cm. Sólo un paciente persiste con enfermedad loco-regional a los 2 años de seguimiento.

Tabla 2. Características histopatológicas de los pacientes con microcarcinoma tiroideo

	n=	%
Multicentricidad	10	28%
Bilateralidad	7	19%
Ganglios + al Diagnóstico	6	16,70%
Invasión de Cápsula	5	14%
Asociación a Hipertiroidismo	9	25%

**Figura 1: Distribución según causa quirúrgica**



**Discusión**

El carcinoma tiroideo representa la patología neoplásica endócrina más frecuente (1% de todas las neoplasias). La prevalencia ha aumentado en los últimos tiempos por el uso de ecografía y punción biopsia con aguja fina como método de diagnóstico y seguimiento en la patología tiroidea lo que permitió detectar patología maligna en nódulos menores o iguales a 10 mm<sup>14</sup>.

tado en los últimos tiempos por el uso de ecografía y punción biopsia con aguja fina como método de diagnóstico y seguimiento en la patología tiroidea lo que permitió detectar patología maligna en nódulos menores o iguales a 10 mm<sup>14</sup>.

La significancia clínica del MC es controvertida ya que la mayoría de las series comunican una mortalidad muy baja siendo raramente superiores al 2%<sup>10, 12, 15</sup>. La presencia de factores de riesgo de comportamiento agresivo, si bien no se correlaciona con mayor mortalidad sí influye en la morbilidad del paciente secundario a tratamientos quirúrgicos extensos y a reintervenciones.

En la búsqueda de criterios pronósticos parece que la inmunohistoquímica y la biología molecular puede a futuro orientarnos en el manejo de aquellos pacientes con mayor agresividad y tomar la conducta terapéutica adecuada según el caso. En nuestra experiencia la prevalencia de MC fue de 21,3% similar a la reportada. No observamos mayor agresividad ni muerte relacionada con el MC.

Si bien es un tumor considerado de buen pronóstico existe un alto porcentaje de pacientes con factores de riesgo de persistencia o recurrencia que deberían tenerse en cuenta al momento de tomar la conducta terapéutica y del seguimiento de los mismos. En nuestro hospital en los pacientes con diagnóstico prequirúrgico el tratamiento que proponemos es tiroidectomía total y radioablación del remanente tiroideo con yodo radiactivo y en aquellos pacientes en que el diagnóstico fue posterior a una lobectomía por patología tiroidea benigna le proponemos la recirugía o en determinados casos de bajo riesgo (tumores de variedad no agresiva unifocales, sin invasión de cápsula tiroidea y sin metástasis ganglionares) realizamos la radioablación del lóbulo con yodo radiactivo.

#### Bibliografía

- Pearce E, Braverman L. Editorial: Papillary Thyroid Microcarcinoma Outcomes and Implications for Treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89 (8): 3710-3712.
- Mazzaferri EL. Long-term outcome of patients with differentiated thyroid carcinoma: effect of therapy. *Endocr Pract* 2000, 6: 469-476.
- Hedinger C, Williams ED, Sobin LH. *Histological Typing of thyroid tumors*. Berlin: Springer, 1988, Vol 11.
- Chow SM, Law SC, Au SK, Mang O, Yau S, Yuen KT; Lau WH. Changes in clinical presentation, management and outcome in 1348 patients with differentiated thyroid carcinoma: experience in a single institute in Hong Kong, 1960-2000. *Clin Oncol* 2003, 15: 329-336.
- Noguchi S. Differentiated thyroid carcinomas in Japan: our experience and review of the literature. *Thyroid Clin Exp* 1998,10: 41-50.
- Schlumberger M, Pacini F. *Thyroid tumors*. Chapter 2: Pathology of thyroid tumors. París, Editions Nucleon, 1999; 33-46.
- Chow SM, Law SCK, Chan JKC, Aun SK, Yau S, Lau WH Papillary microcarcinoma of the thyroid-prognostic significance of lymph node metastases and multifocality. *Cancer* 2003, 98: 31-40.
- Yasuhiro I, Kobayashi K, Tomoda C, Uruno T, Takamura Y, Miya A, Matsuzuka F, Kuma K, Miyauchi A. Ill- defined edge on ultrasonographic examination can be a marker of aggressive characteristic of papillary thyroid microcarcinoma. *World J Surg* 2005; 29: 1007-1012.
- Fardella C. et al. Características de presentación del microcarcinoma papilar del tiroides. Experiencia retrospectiva de los últimos 12 años *Rev Méd Chile* 2005; 133: 1305-1310.
- Orsenigo E, Beretta E, Fiacco E, Scaltrini F, Veronesi P, Invernizzi L, Gini P, Fiorina P, DiCarlo V. Management of papillary microcarcinoma of the thyroid gland. *Eur Jour. Surgical Oncology* 2004 (30) 10; 1104-06.
- Pitoia F, Novelli JL, Herrera CJ, Salvai ME, Ilera V, Loto MG, Roccatagliata G, Misiunas AL, Niepomniszcze H. Similar outcome of papillary thyroid microcarcinoma (PTMC) compared to those between 1 and 2 cm in diameter: Study of 331 cases. *Thyroid (NS)* 2005: 64.
- Hay ID, Grant CS, van Heerden JA, Goellner JR, Ebersold JR, Bergstralh EJ Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observed in a 50-year period. *Surgery* 1992 DEC; 112(6):1139-46.
- Lupoli G. Et al. Familial papillary thyroid Microcarcinoma: a new clinical entity. *The Lancet* 1999; 353: 637-9.
- Kücük N, Tari P, Tokmak E, Aras G. Treatment for microcarcinoma of the thyroid. Clinical experience. *Clin Nucl Med* 2007; 32(4): 279-81.
- Salvatierra J et al. Microcarcinoma Papilar de Tiroides Revisión de 30 casos. *Rev. Española de Patología* 2002, 35, 1: 89-94.