

Análisis epidemiológico del carcinoma tiroideo en el Hospital de Basurto durante el período 1996-2005

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THYROID CARCINOMA IN THE BASURTO HOSPITAL BETWEEN 1996 AND 2005

MIGUEL PAJA FANO^a, AMELIA OLEAGA ALDAY^a, J. IGNACIO LÓPEZ FERNÁNDEZ DE VILLAVERDE^b, CRISTINA MORENO RENGEL^a, ALMUDENA RUIZ MOLINA^a Y J. RAMÓN ELORZA OLABEGOYA^a

Background and objectives: Over the last few decades, the incidence of thyroid cancer has increased in several countries, mainly due to an increase in papillary carcinomas. The causes of this increase are not well defined and diverse hypotheses have been proposed. To analyze this tendency in our environment, we analyzed all the patients who underwent surgery for thyroid carcinoma between 1996 and 2005 in our hospital. Age, tumoral histology, TNM stage at diagnosis and tumoral extension were compared between two 5-year periods.

Material and method: There were 152 patients. The patients were divided into two, 5-year periods and histological diagnosis, age, tumoral extension and outcome were compared.

Results: The number of differentiated carcinomas increased more than 3-fold, primarily due to an increase in papillary thyroid cancer. No significant differences were found in age or stage at diagnosis between the two study periods.

Conclusion: We compare the results obtained with those of other published series and analyze the causes that may be involved in this increase, including carcinogenic factors and the recent changes in clinical practice and histological criteria.

^aServicio de Endocrinología. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Fundamentos y objetivos: La incidencia del cáncer tiroideo se ha incrementado en todo el mundo en las últimas décadas a consecuencia del diagnóstico creciente de carcinomas papilares. Las causas de este aumento no están bien definidas y se han propuesto diversas posibilidades. Seleccionamos todos los carcinomas tiroideos operados en la última década en nuestro hospital para analizar esta tendencia en nuestro medio, y los dividimos en 2 períodos de 5 años, para comparar su frecuencia de aparición por tipos histológicos, edad al diagnóstico, TNM y extensión.

Material y método: Estudiamos a 152 pacientes obtenidos de los archivos del hospital. Analizamos comparativamente su diagnóstico histológico, edad, extensión y evolución tras dividirlos en 2 períodos de 5 años.

Resultados: El número de carcinomas diferenciados aumentó más de 3 veces a expensas del histotipo papilar. No encontramos diferencias significativas en cuanto a edad y estadificación al diagnóstico entre ambos períodos del estudio.

Conclusión: Comparamos los resultados con los publicados por otros autores y analizamos las causas potencialmente implicadas en este incremento, tanto posibles carcinógenos como la más que probable influencia del mejor análisis histológico y la evaluación clínica más precisa de los nódulos tiroideos.

Palabras clave: Cáncer de tiroides. Carcinoma diferenciado de tiroides. Epidemiología. Estadificación tumoral. Cáncer papilar. Incidencia.

Key words: Thyroid cancer. Differentiated thyroid carcinoma. Epidemiology. Tumoral staging. Papillary thyroid cancer. Incidence.

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas tiroideos se dividen clásicamente en 4 grandes grupos: papilar, folicular, medular y anaplásico; aparte de éstos, hay otros histotipos inusuales como los mucoepidermoides, los escamosos y los linfomas tiroideos. En su origen se implican factores genéticos, ambientales y hormonales, particularmente la radiación en el

Correspondencia: Dr. M. Paja Fano.
Servicio de Endocrinología, Hospital de Basurto.
Avda. de Montevideo, 18. 48013 Bilbao. Vizcaya. España.
Correo electrónico: mpaja@hbas.osakidetza.net

Manuscrito recibido el 5-5-2006 y aceptado para su publicación el 21-11-2006.

papilar y la deficiencia de yodo en el folicular. El cáncer de tiroides en general comprende el 1% de las neoplasias humanas y presenta una incidencia muy variable dependiendo del área geográfica evaluada. En 1998, España presentaba una tasa de incidencia de 2,12 varones y 5,42 mujeres cada 100.000 habitantes¹. La mayor incidencia comunicada corresponde a Navarra², con una tasa anual de 3,1/100.000 varones y 9,36/100.000 mujeres durante el período de 1993 a 1997, mientras que en el País Vasco ésta era de 1,05 y 3,24 anual en el período de 1988 a 1991. Numerosas publicaciones reflejan una tendencia creciente en la incidencia durante las últimas décadas, siempre a expensas del número de carcinomas papilares³⁻⁶. Para algunos autores este fenómeno puede ser consecuencia de nuestra mayor capacidad de diagnóstico en vida, en concordancia con su detección frecuente en autopsias⁶⁻⁸, mientras que otros postulan un aumento real de la enfermedad, en probable relación con un cambio en sus factores etiológicos (en especial radiaciones, yodoprofilaxis y factores hormonales)⁷.

En este estudio nos proponemos determinar si este fenómeno también se ha producido en nuestro medio mediante el análisis de los cánceres tiroideos diagnosticados en el Hospital de Basurto, en Bilbao, durante los últimos 10 años. Dividimos el estudio en 2 períodos consecutivos de 5 años para comparar entre ellos la edad al diagnóstico, la frecuencia de diagnóstico, las formas histológicas encontradas y el estadificación tumoral en cada período.

PACIENTES Y MÉTODO

La selección de casos se realizó en el archivo del Hospital de Basurto, donde analizamos todas las tiroidectomías realizadas en el período 1996-2005 y codificadas con el diagnóstico de carcinoma de tiroides. Divididas en 2 períodos de 5 años, entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2000 se realizaron 309 tiroidectomías y entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2005, 325. Complementamos la búsqueda con la revisión de los archivos del Servicio de Anatomía Patológica. El hospital atiende el área urbana de Bilbao, con un censo municipal de 358.875 habitantes en 1996 (el 47,5% varones) y 349.972 en 2001 (el 47,3% varones).

En todos los casos recogimos la edad al diagnóstico, el sexo, el tamaño tumoral (el nódulo mayor en tumores multicéntricos), el tipo histológico, la clasificación TNM (acorde con la sexta edición de la American Joint Commission on Cancer [AJCC]⁹), la estadificación según edad y TNM (tabla 1) y la última determinación realizada de tiroglobulina (Tg) estimulada por tirotrópina, 1 a 9 años tras la intervención. La Tg se determinó por un análisis comercial inmunoluminiscente con doble anticuerpo, con sensibilidad de 0,3 ng/ml. Su positividad en ausencia de anticuerpos anti-Tg tiene una elevada sensibilidad en la detección de enfermedad persistente o recurrente, que se incrementa tras el estímulo con tirotrópina, ya sea mediante supresión del tratamiento con tiroxina o por el estímulo con tirotrópina recombinante. En todos los pacientes revisamos la determinación más reciente de Tg estimulada como parámetro de curación o enfermedad persistente. En todos los sueros se determinó la presencia de anticuerpos anti-Tg, que invalidan la determinación de Tg.

TABLA 1. Estadificación de los carcinomas diferenciados de tiroides según la American Joint Commission on Cancer, 6th edition (2002)

	Edad < 45 años	Edad ≥ 45 años
Estadio I	T1 N0 M0 Tx Nx M0	T1 N0 M0
Estadio II	T2 N0 M1 Tx Nx M1	T2 N0 M0
Estadio III		T3 N0 M0
Estadio IVa		T1-3 N1a M0
		T4a N0-1a M0
Estadio IVb		T1-4a N1b M0
Estadio IVc		T4b NX M0
		TX NX M1

T1: diámetro ≤ 2 cm.

T2: más de 2 y menos de 4 cm, limitado al tiroides.

T3: > 4 cm limitado al tiroides o cualquier tamaño con mínima extensión extratiroides.

T4a: extensión a tejido subcutáneo, laringe, tráquea, esófago o nervio recurrente.

T4b: extensión a fascia prevertebral, carótida o vasos mediastínicos.

Tx: imposibilidad de determinar el tamaño del tumor primario.

N0: ausencia de ganglios metastásicos.

N1a: afección de nivel VI.

N1b: afección laterocervical o mediastínica.

Nx: ganglios regionales no determinados.

M0: sin metástasis a distancia.

M1: metástasis a distancia.

Con los datos obtenidos, realizamos un estudio descriptivo de carácter retrospectivo. Para el análisis estadístico de las variables cualitativas, exploramos las frecuencias y para el de las variables cuantitativas, analizamos las medias y desviaciones estándar. La comparación de medias de las variables cuantitativas se realizó mediante la t de Student, el análisis de la varianza o pruebas no paramétricas según fuera necesario. Para las variables cualitativas, utilizamos la prueba de la χ^2 . Se dividieron los datos en 2 períodos de igual duración (1996-2000 y 2001-2005). Para todo el análisis de los datos utilizamos el paquete estadístico SPSS 13.0.

RESULTADOS

En total, el estudio incluye a 152 pacientes (121 mujeres y 31 varones), de los cuales 136 correspondieron a carcinomas diferenciados (CDT; 119 papilares y 17 foliculares), 8 a carcinomas medulares (ninguna neoplasia endocrina múltiple tipo 2); 5 carcinomas anaplásicos y 3 tumores de otra especie: un linfoma, un carcinoma de células escamosas y un metastásico. La tabla 2 muestra las características de los pacientes distribuidos en los 2 períodos quinquenales.

La incidencia estimada según el censo de población atendida por el hospital y calculada para el total de tumores ha sido de 2,22/100.000 en el primer período y 6,22/100.000 en el segundo. Estos datos tienen el sesgo potencial de incluir a pacientes de poblaciones vecinas y, a su vez, excluir a pacientes de nuestra área atendidos en otros centros hospitalarios públicos o privados. Nuestra provincia tiene una extensión pequeña, con otros 2 hospitales de nivel terciario cercanos, y una notable penetración de los seguros de salud privados.

Al considerar aisladamente los CDT, la incidencia estimada en los varones fue de 0,9/100.000 entre 1996 y 2000, y ascendió hasta 2/100.000 entre 2001 y 2005. En las mujeres se incrementó de 2,6 a 9,4/100.000 en los mismos períodos. Por tanto, la tasa se duplicó en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2774336>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2774336>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)