

Originales

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES IN ELEVEN PATIENTS WITH HYPERTHYROIDISM AND CONCURRENT DIFFERENTIATED THYROID CANCER

Introduction: The coexistence of differentiated thyroid cancer (DTC) and hyperthyroidism is considered a rare event. The aim of this study was to analyze the characteristics of the patients with both entities attended at our institution.

Patients and methods: A descriptive study of 11 patients (3 men and 8 women) with concurrent hyperthyroidism and DTC was performed. Ultrasound scan, thyroid scintigraphy and measurement of thyroid-stimulating hormone (TSH), free triiodothyronine, free thyroxine, autoantibodies to thyroid peroxidase, and TSH receptor autoantibodies were performed preoperatively. Thyroid fine-needle biopsy was performed in patients with cold nodules equal to or larger than 2 cm (5 patients). All patients underwent total thyroidectomy and ¹³¹I therapy. The median follow-up was 64 months (range 17 to 161).

Results: Toxic uninodular goiter (TUG) was found in 3 patients, toxic multinodular goiter (TMG) in 4 patients, and Graves' disease (GD) in 4 patients. The 3 patients with TUG underwent surgery, 2 for suspected malignancy and the third due to a nodule larger than 3 cm. Of the 4 patients with TMG, 3 underwent surgery due to the presence of cold nodules and the fourth because of goiter growth and uncontrolled hyperthyroidism. Of the 4 patients with GD, 3 underwent surgery due to the presence of nodules (one suspicious for malignancy on cytological analysis), and the fourth because of GD recurrence. Postsurgical histological diagnosis was papillary carcinoma in all patients, a follicular variant of papillary carcinoma in two and sclerosing carcinoma in one. According to TNM classification, 6 patients had a low risk and 5 had a high risk of recurrence (one patient had lung metastases). Outcome was favorable in all patients.

Conclusions: Diagnosis of hyperthyroidism does not exclude DTC, especially in the presence of cold nodules on scintigraphy. When nodules are detected on ultrasound scan in GD patients, surgery should be considered. At diagnosis, not all patients were low risk. The behavior of DTC in patients with hyperthyroidism seems to be similar to that in euthyroid patients.

Key words: Thyroid cancer. Hyperthyroidism. Graves' disease. Toxic multinodular goiter.

Características clínicas, histológicas y evolutivas de una serie de 11 casos de cáncer diferenciado de tiroides con hipertiroidismo

ROSA CASAÑ, MARCELINO GÓMEZ, KATHERINNE GARCÍA, JESÚS YANINI, HÉCTOR PEÑA, MARÍA LUISA MUÑOZ, CARLOS MORILLAS, EVA SOLÁ Y ANTONIO HERNÁNDEZ

Sección de Endocrinología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. España.

Introducción: La coexistencia de cáncer diferenciado de tiroides (CDT) e hipertiroidismo se considera infrecuente. El objetivo de este trabajo es describir las características de los casos detectados en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo con 11 pacientes (3 varones y 8 mujeres), diagnosticados de CDT, en los que coexistía hipertiroidismo. Se les realizó de forma preoperatoria ecografía tiroidea, gammagrafía, analítica con TSH, T4 libre, T3 libre, anticuerpos antitiroperoxidasa (ATPO) y anticuerpos antirreceptor de TSH (TSI). Se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de tiroides a los pacientes con nódulos fríos iguales o mayores de 2 cm (5 pacientes). Se les practicó tiroidectomía total y ablación posterior con radioyodo. La mediana de seguimiento fue de 64 meses (límites 17 a 161).

Resultados: Tres pacientes tenían un nódulo tóxico único (NT), 4 un bocio multinodular tóxico (BMN-T) y 4 una enfermedad de Graves-Basedow (EGB). De los 3 pacientes con NT, se intervino a 2 por sospecha de malignidad y el restante por nódulo superior a 3 cm. De los 4 pacientes con BMN-T, se reintervino a 3 por nódulos fríos, y el restante por crecimiento del bocio y mal control del hipertiroidismo. De los 4 pacientes con EGB, se intervino a 3 por presentar nódulos (1 con citología sospechosa de malignidad) y al restante por recidiva de la enfermedad. La anatomía patológica definitiva fue, en todos los casos, de carcinoma papilar, 2 de variedad papilofolicular y uno esclerosante. El estadio según la clasificación TNM fue de riesgo bajo en 6 pacientes y riesgo alto riesgo en 5 (un caso con metástasis pulmonares). La evolución ha sido favorable en todos los casos.

Conclusiones: El hipertiroidismo no excluye la posibilidad de CDT, especialmente si hay nódulos fríos en la gammagrafía. En la EGB, la existencia de nódulos en la ecografía nos obliga a plantearnos tratamiento quirúrgico. El estadio al diagnóstico no es siempre de riesgo bajo. La evolución del CDT no parece diferente de la que se presenta en pacientes eutiroideos.

Palabras clave: Carcinoma de tiroides. Hipertiroidismo. Enfermedad de Graves-Basedow. Bocio multinodular tóxico.

Correspondencia: Dra. R.M. Casañ Fernández.
Sección de Endocrinología. Hospital Universitario Doctor Peset.
Avda. Gaspar Aguilar, 90. 46017 Valencia. España.
Correo electrónico: rosacasany@yahoo.es

Manuscrito recibido el 3-4-2006 y aceptado para su publicación el 26-7-2006.

INTRODUCCIÓN

El término hipertiroidismo hace referencia a las manifestaciones fisiológicas y bioquímicas asociadas a la hiperproducción de hormona tiroidea.

Clásicamente se ha considerado infrecuente la aparición de un carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) en el contexto de hiperfunción tiroidea. Sin embargo, la incidencia de cáncer de tiroides en pacientes con hipertiroidismo de cualquier etiología (0,76-8,1%)¹⁻³ o en el contexto de la enfermedad de Graves-Basedow (0-9,8%)¹⁻⁴ es muy variable en las diferentes series publicadas. Sí parece aceptada una incidencia mayor de carcinoma de tiroides en pacientes con enfermedad de Graves-Basedow (EGB) y nódulos tiroideos^{3,5-9}, hasta el punto de ser una indicación de cirugía en estos pacientes para algunos autores^{8,10}.

También ha habido controversia con respecto al curso del carcinoma de tiroides que aparece en el contexto de un hipertiroidismo, especialmente en la EGB; algunos autores observan un comportamiento más agresivo del tumor en esta situación^{2,11}, que otros autores no corroboran^{3,12}. En este trabajo describimos la experiencia de nuestro hospital en este campo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo con 11 pacientes (3 varones y 8 mujeres), con edad media de 50,8 años (límites 38 a 82 años), seguidos en nuestro servicio en los últimos 12 años, elegibles por la coexistencia de hiperfunción tiroidea y hallazgo de CDT.

Ninguno de los pacientes tenía antecedentes familiares de CDT o disfunción tiroidea, ni antecedentes personales de irradiación cervical o tratamiento con yodo radiactivo (¹³¹I).

A todos se les realizó de forma preoperatoria una historia clínica completa, una exploración física con palpación cervical y las siguientes exploraciones complementarias:

- Ecografía tiroidea (ecógrafo bidimensional modelo Toshiba Capasee, con transductor de 7,5 MHz).
- Gammagrafía tiroidea con ^{99m}Tc en gammacámara Siemens Orbiter Digitrac con colimador fijo Pin-Hole.
- Laboratorio: medición de hormona tiroestimulante (TSH), tetrayodotiroxina (T4) libre y triyodotironina (T3) libre, por técnica de inmunoensayo de 2 pasos por quimioluminiscencia; determinación de anticuerpos antitiroperoxidasa (ATPO) por radioinmunoensayo y anticuerpos antirreceptor de TSH (TSI) por ensayo de radiorreceptor.
- En los pacientes con nódulos fríos de tamaño mayor o igual a 2 cm se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de tiroides, con aguja de calibre 23 G.

En un paciente con nódulo tóxico (NT) se indicó hemitiroidectomía extemporánea, que fue sospechosa de malignidad, por lo que se decidió completar la tiroidectomía. En el resto de pacientes se realizó de entrada tiroidectomía total.

Tras el resultado anatomopatológico definitivo, las neoplasias se clasificaron según la clasificación TNM (5.ª edición de la International Union Against Cancer [UICC])¹³.

Todos recibieron dosis ablativa con ¹³¹I tras la cirugía; se les practicó un rastreo de captación tardía con esta dosis te-

rapéutica a las 24 o 36 h. La mediana de seguimiento fue de 64 meses (límites 17 a 161 meses).

Se consideraron pacientes libres de enfermedad a aquellos con exploración física y pruebas de imagen (ecografía tiroidea y rastreo con ¹³¹I) negativas para persistencia de enfermedad, con concentraciones indetectables de tiroglobulina (Tg), y anticuerpos anti-Tg negativos.

RESULTADOS

Exploración física y función tiroidea

De los 11 pacientes, 9 tenían nódulos palpables, 5 eran únicos y 4 en el contexto de un bocio multinodular (BMN). Los 2 pacientes en los que no se palpaban nódulos fueron 2 de los afectados por EGB (8 y 10). Una de las pacientes (caso 2) debutó con disfonía por infiltración del recurrente, y uno de los pacientes con EGB (caso 9) consultó por presentar una adenopatía cervical palpable. En cuanto a la función tiroidea, 3 tenían hipertiroidismo subclínico, y los 8 restantes hipertiroidismo clínico (tabla 1).

Ecografía y gammagrafía tiroideas

De los 11 pacientes, 10 presentaban nódulos en la ecografía, que eran únicos en 6 casos y múltiples en 4 casos (estos últimos eran todos BMN-T). En el paciente restante (10) no se detectaron nódulos. En la gammagrafía de los pacientes con nódulos, 3 eran hipercaptantes, 2 de ellos con áreas frías en su interior, 5 eran nódulos fríos y 1 fue isocaptante. La gammagrafía del paciente 4 no fue valorable porque presentaba un bloqueo iatrogénico. La gammagrafía del paciente que no tenía nódulos en la ecografía mostró un aumento de la captación homogénea.

Punción-aspiración con aguja fina de tiroides

Se realizó PAAF de tiroides a los pacientes con nódulos fríos de tamaño igual o superior a 2 cm (5 pacientes). La citología fue sospechosa de malignidad en 2 pacientes, compatible con proliferación folicular en 1 caso, y en los 2 restantes indicativa de hiperplasia adenomatosa.

Motivo de la cirugía

De los 3 pacientes con nódulo tóxico (NT), 2 se intervinieron por sospecha de malignidad al presentar áreas frías intranodulares (en 1 caso con citología sospechosa de malignidad) y el paciente restante por el tamaño del nódulo que hacía poco probable la resolución con ¹³¹I. De los 4 pacientes con BMN-T, se intervino a 3 por la presencia de nódulos fríos dominantes en la gammagrafía (uno de ellos con citología compatible con proliferación folicular) y el paciente restante por crecimiento del bocio y mal control del hipertiroidismo. De los 4 pacientes con EGB, se intervino a 3 por presentar nódulos (uno de ellos con citología sospechosa de malignidad) y el paciente restante por recidiva de la enfermedad.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2774516>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2774516>

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