

**CLÍNICA, EVOLUCIÓN Y MORTALIDAD DEL CÁNCER TIROIDEO EN
POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO 2011-2013**

**ACOSTA CISNEROS JOSE LUIS
CASTILLO REVELO CESAR DARIO
QUIÑONES CAICEDO FRANCISCO ANDRES**

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO**

2017

**CLÍNICA, EVOLUCIÓN Y MORTALIDAD DEL CÁNCER TIROIDEO EN
POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO 2011-2013**

**ACOSTA CISNEROS JOSE LUIS
CASTILLO REVELO CESAR DARIO
QUIÑONES CAICEDO FRANCISCO ANDRES**

**ASESOR METODOLÓGICO
ANDRES SALAS ZAMBRANO
Mag. EPIDEMIOLOGÍA**

**ASESOR CIENTÍFICO
JORGE MELO
CIRUJANO ONCÓLOGO**

**ASESOR ESTADISTICO
LEONEL DELGADO**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico General

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2017**

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial al esp. Andrés salas, asesor metodológico y al Dr. Jorge Melo asesor científico, de esta investigación. Del mismo modo queremos dar las gracias al decano de la facultad de medicina de la Fundación universitaria san Martin, Dr. Edgar Villota, quien impulsa a sus estudiantes para superarse día a día.

A todos muchas gracias.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por darme la dicha de tener a mi familia conmigo siempre. A mi Padre José Acosta por acompañarme y cuidarme siempre donde quiera que estoy. A mi Madre Miriam Cisneros por ser el pilar más importante de mi vida, por su esfuerzo inagotable, por todo su amor, apoyo y anhelar lo mejor para Mi. A mis Hermanas por ser mi ejemplo a seguir. A mis compañeros Cesar y Francisco por formar parte del equipo para lograr esta meta.

José Luis Acosta Cisneros

DEDICATORIA

A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, mi familia por acompañarme en cada momento, mis padres por todo el apoyo durante estos años, especialmente por sus consejos e inculcarme confianza y valentía para continuar en los momentos difíciles, mi hermana, y a mi hermano Santiago para que se refleje y potencialice en todos los proyectos que emprenda en su vida.

Cesar Dario Castillo Revelo

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, a toda mi familia por acompañarme en cada momento, a mis padres por todo el apoyo durante estos años, especialmente por sus consejos e infundirme confianza y valentía para continuar en los momentos difíciles

Francisco Quiñones Caicedo

NOTA DE ACEPTACIÓN

JURADO

JURADO

JURADO

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	15
1. TITULO	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
4. JUSTIFICACIÓN.....	19
5. MARCO TEORICO	20
6. OBJETIVOS.....	31
6.1 OBJETIVO GENERAL	31
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	31
7. METODOLOGÍA.....	32
8. VARIABLES DEL ESTUDIO	32
8.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	32
8.2 VARIABLES CLINICAS DEL CANCER TIROIDEO	33
8.3 VARIABLES DE RESOLUCION DEL CA TIROIDEO	35
8.4 VARIABLES ACERCA DE LA MORTALIDAD EN CA TIROIDEO	35
9. RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	36
10. CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
10.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
10.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
11. SESGOS	37
12. PLAN DE ANÁLISIS:.....	37
13. ASPECTOS ÉTICOS.....	37
14. RESULTADOS	39
14.2 ANÁLISIS UNIVARIADO	39
14.2 ANÁLISIS BIVARIADO	53
15. DISCUSIÓN.....	57
16. CONCLUSIONES.....	60
17. RECOMENDACIONES	62

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	63
ANEXOS	68

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según las características sociodemográficas..... 39

Tabla N° 2. Distribución de las frecuencias relativas de la TSH en la población diagnosticada con cáncer tiroideo.....43

Tabla N° 3. Distribución de las frecuencias relativas de la T4 libre en la población diagnosticada con cáncer tiroideo.....44

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica N°1 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la edad.....	40
Gráfica N°2 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el sexo.....	40
Gráfica N°3 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el departamento de procedencia.....	41
Gráfica N°4 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el estado civil.....	41
Gráfica N°5 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el tipo histopatológico.....	42
Gráfico N°6 Distribución de la población dependiendo la extensión del tumor.....	42
Gráfica N°7 Distribución de la población según los niveles de TSH.....	43
Gráfica N°8 Distribución de la población según los niveles de T4.....	44
Gráfica N°9 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tipo de Bocio presentado.....	45
Gráfica N°10 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Disnea.....	45
Gráfica N°11 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Disfagia.....	46
Gráfica N°12 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Disfonía.....	46
Gráfica N°13 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Síndrome Opérculo Torácico.....	47
Gráfica N°14 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Administración de I 131.....	47
Gráfica N°15 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Afectación de la Vía Aérea	48

Gráfica N°16 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la diseminación metastásica	48
Gráfica N°17 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tamaño del Tumor (Largo).....	49
Gráfica N°18 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tamaño de la Glándula Tiroides medido en área.....	49
Gráfica N°19 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tipo de Nódulo presentado.....	50
Gráfica N°20 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la ausencia de remanente de células cancerígenas tiroideas.....	50
Gráfica N°21 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tratamiento utilizado.....	51
Gráfica N°22 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tipo de Procedimiento Realizado.....	51
Gráfica N°23 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Necesidad de Tratamiento con Yodo Radioactivo.....	52
Gráfica N°24 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo teniendo en cuenta la Muerte.....	52
Gráfica N°25 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tamaño del Tumor y la presencia de Disnea.....	53
Gráfica N°26 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la extensión del Tumor y Tratamiento Médico o Quirúrgico.....	54
Gráfica N°27 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Ausencia de remanentes de células cancerígenas y Tratamiento con Yodo Radioactivo.....	55
Gráfica N°28 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según Tipo histopatológico de Ca Tiroideo y la muerte.....	56

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Variables del estudio.....	69
Anexo 2. Instrumento De Recolección De Datos.....	73
Anexo 3. Cronograma	74
Anexo 4. Presupuesto.....	75
Anexo 5. Artículo.....	77

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de tiroides (CT) es la neoplasia endocrina más frecuente, aunque representa menos del 1% aproximadamente de todas las neoplasias malignas. Su incidencia varía ampliamente a nivel mundial (por falta de registros adecuados, distinto nivel asistencial y medios de detección, diversos factores etiopatogénicos: genéticos y ambientales) entre 0,8- 5,0 para varones y 1,9-19,4 para mujeres por cada 100.000 habitantes. El aumento de la incidencia referido en las tres últimas décadas en Europa y EE.UU. de 3,6 a 8,7 por 100.000 habitantes es significativo y debido fundamentalmente a pequeños carcinomas papilares detectados por ecografía de alta resolución. La mitad de ellos es menor de 1 cm y el 90% menor de 2 cm y tienen buen pronóstico, permaneciendo la tasa de mortalidad igual, e incluso decreciendo (0,5 por 100.000 habitantes). Es de curso muy lento e indolente en la mayoría de los casos (supervivencia superior al 90% a los 10 años de seguimiento) y el poder metastatizante hasta 20-40 años pos tratamiento inicial condicionan la inconsistencia de resultados de innumerables estudios debido a series inhomogéneas y a la “corta” duración del seguimiento.

Por otro lado, hay que destacar que aunque el peor pronóstico se reserva para los pacientes en estadios avanzados de la enfermedad (alto riesgo), a pesar de tratamiento riguroso, dos tercios de las muertes observadas pertenecen a los de curso “indolente” (bajo riesgo) porque estos representan el mayor número, casi el 80% de los CT3. Para estos tumores se aconseja hoy, tanto por la sociedad Europea (ETA) como por la Americana (ATA), un tratamiento/seguimiento menos agresivo, además Dado el incremento significativo de casos de esta patología en nuestra región, y la aparición de casos cada vez más complejos, se ve la necesidad de recopilar información, con el propósito de conocer más acerca de su comportamiento y mejorar su manejo, para conseguir alta curación, una disminución en la morbilidad y buena calidad de vida en los pacientes afectados. Se realiza el estudio en el HUDN por ser el más grande de la región en el cual se

puede obtener mayor cantidad de información acerca de la patología, esto, para determinar la forma como se ha hecho el diagnóstico, cuál ha sido la morbilidad, la recurrencia y la supervivencia con el manejo realizado, y cómo ha sido el seguimiento. De esta manera, podremos aportar información que se desconoce y que sería de vital importancia para el personal médico en nuestro departamento.

1. TITULO

Clínica, evolución y mortalidad del cáncer tiroideo en población atendida en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2011-2013

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer tiroideo se define como células tiroideas las cuales comienzan a crecer de manera descontrolada. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales que pueden invadir o propagarse a otros tejidos. Las células normales se transforman en células cancerosas debido a una alteración en el ADN. En una célula normal, cuando se altera el ADN, se repara la alteración o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN alterado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, se producen más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN alterado que tuvo la primera célula. Su código CIE-10 es C73.

El cáncer de tiroides es una neoplasia relativamente poco frecuente en todo el mundo, lo que representa aproximadamente el 1-5% de todos los cánceres en las mujeres y menos del 2% en los hombres. Aunque la prevalencia del cáncer de tiroides es relativamente poco frecuente, es el tumor endocrino más común en todo el mundo. Las tendencias en la incidencia de cáncer de tiroides en cinco continentes, registradas durante un período de 30 años (1973-2002) mostraron un incremento promedio de 58.1% (48% entre los varones y 66.7% entre las mujeres). En Colombia tenemos una incidencia estimada anual de 247 casos 2007-2011, con una prevalencia estimada de casos a 5 años desde el 2011 de 1.086, en Nariño durante 2007-2011 hubo una incidencia anual de 9 casos, con una prevalencia estimada a 5 años de 40 casos.

Existen factores de riesgo asociados a esta patología como lo son el sexo y edad los C.A. tiroideos ocurren 3:1 en las mujeres que en los hombres, puede ocurrir a cualquier edad. Sin embargo, para las mujeres ocurre entre los 40 a 59 años, una edad menor que para los hombres quienes usualmente están en las edades de 60 a 79 años. Otro factor es una alimentación baja en yodo. La exposición a la radiación es un factor de riesgo probado para el cáncer de tiroides. Afecciones hereditarias y antecedente familiar Varias afecciones hereditarias se han asociado con diferentes tipos de cáncer de tiroides, como antecedente familiar. El protooncogén *RET* tiene una participación significativa en la patogenia de los cánceres tiroideos. Se localiza en el cromosoma 10 y codifica a una tirosina cinasa del receptor, la cual se une con factores de crecimiento como factor neurotrófico derivado de la glia y la neurturina.

Los pacientes con cáncer tiroideo como el papilar- folicular y Medular presentan consecuencias clínicas como metástasis a pulmón y hueso principalmente; ganglios linfáticos y otros tejidos, cambios en la voz o pérdida de la misma, bocio y niveles bajos de calcio por la extirpación accidental de las glándulas paratiroides durante la cirugía. pero con baja probabilidad de muerte por su crecimiento lento y respuesta favorable al tratamiento con probabilidad de vida hasta de 10 años después de su intervención terapéutica a diferencia del carcinoma anaplasico de tiroides que es uno de los más raros pero el más agresivos presentándose en estadio 4 durante su diagnóstico inicial como masas duras, mal definidas, afección del laríngeo recurrente y vía área en un 50% con una mortalidad elevada y probabilidad de vida hasta de 6 meses por su respuesta negativa a la intervención quirúrgica, radioterapia y quimioterapia.

El cáncer de tiroides es una afección la cual podemos detectarla con más facilidad que hace algún tiempo, por tal motivo en carcinomas como en papilar o folicular podemos hablar de la posibilidad de curación si se lo detecta en etapas tempranas, lastimosamente otros tipos de cáncer tiroideo como es el caso del

carcinoma anaplasico el cual es mal diferenciados, muy metastatizante se puede dar una ayuda de tipo paliativa ya que por más temprano que se lo detecte las posibilidades de curación o supervivencia son inexistentes. Por tal motivo en Nariño se entrena a los médicos y estudiantes de medicina para que tengan especial cuidado con la detección de esta patología la cual es frecuente en nuestro departamento.

Debido a que el carcinoma de tiroides tiene una incidencia cada vez más creciente en nuestra región se ve la necesidad de realizar estudios que permitan obtener información más concreta acerca de este tema. En Nariño El cáncer tiroideo no ha sido estudiado en profundidad, no existen datos o estudios suficientes que permitan conocer el comportamiento y el desarrollo de esta patología en la población, y hay escasez de información respecto a este tema, lo que desencadena una falta de conocimiento por parte del personal de salud.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la Clínica, evolución y mortalidad del cáncer tiroideo en población atendida en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2011-2013?

4. JUSTIFICACIÓN

- Actualmente hay poca información sobre el cáncer tiroideo en la ciudad de Pasto-Nariño a pesar de ser una enfermedad común y sería oportuno conocer más acerca de ella, ya que es una patología grave la cual incapacita o mata a los pacientes.

- De esta manera el equipo médico de la institución conocería si hay un manejo apropiado de la enfermedad.
- De no realizarse este estudio la institución en general desconocería la cantidad de individuos que presentaron la patología.

5. MARCO TEORICO

5.1 CARCINOMA DE TIROIDES:

- El cáncer de tiroides se define como un tumor maligno que se origina y se desarrolla en el tejido tiroideo, donde las células normales debido a una alteración de su ADN se transforman en células malignas las cuales van a crecer descontroladamente pudiendo invadir otras estructuras y órganos distantes.

5.2 CLASIFICACION:

- **CARCINOMA PAPILAR:** Ha sido definido por la OMS como un «tumor maligno epitelial que evidencia diferenciación de célula folicular, típicamente con estructuras papilares y foliculares así como cambios nucleares característicos (aspecto esmerilado, pálido y/o vacío, tamaño grande, contorno irregular, hendiduras profundas, nucleolo pequeño y pseudoinclusiones) (16-17)
- **CARCINOMA FOLICULAR:** Aunque similares, con el carcinoma papilar, tienen pronóstico diferente. Así, el carcinoma folicular está más vascularizado y suele presentar una mayor tasa de invasión vascular y agresividad clínica (18). La incidencia del CF está muy relacionada con

el déficit de yodo, por lo que está disminuyendo con la suplementación de yodo (19-20)

- **CARCINOMA DE CELULAS DE HURTLE:** Neoplasias de células Hürthle, también conocidos como neoplasias oncocíticas o oxífilas, a menudo se consideran una variante de los tumores de tiroides folicular. (21-22-23), aunque algunos investigadores consideran distintos de otros tumores foliculares.(24).
- **CARCINOMA MEDULAR:** Corresponde a una neoplasia de las células C, las cuales tienen por función regular el metabolismo del calcio. Tiene una baja frecuencia alcanzando un 5% de todos los cánceres tiroideos(25-26-27). Suele presentarse en forma esporádica (84%).(28) o hereditaria (16%), esta última en el contexto de un CMT familiar o de una neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (NEM 2), la cual se asocia a distintas mutaciones del proto-oncogen RET.(29).
- **CARCINOMA ANAPLASICO:** El carcinoma anaplásico de tiroides, es una de las neoplasias malignas más devastadoras y de peor pronóstico que afecta al ser humano. Es el más agresivo y de peor evolución de todos los cánceres tiroideos. Ocurre con una frecuencia de entre el 5 y el 10 % de todas las neoplasias malignas de tiroides, con una supervivencia menor de 6 meses posterior al diagnóstico, y menos del 10 % de los pacientes tratados sobreviven a largo plazo. Se muestra generalmente entre la séptima y octava décadas de la vida. En pacientes menores de 40 años esta neoplasia aparece con una incidencia menor del 5 % y es extremadamente rara en personas menores de 20 años. (30) Es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 3:1 en relación con el sexo masculino. (31).

- **LINFOMA:** Los linfomas primarios de glándula tiroides comprenden menos del 5% del total de las neoplasias malignas de este órgano. La mayoría son linfomas primarios que provienen de linfocitos B y se encuentran asociados o se originan en enfermedades autoinmunes como la tiroiditis linfocítica o de Hashimoto(32)

5.3 FISIOPATOLOGIA

En Estados Unidos, el cáncer tiroideo representa menos del 1% de todos los tumores malignos (2% en las mujeres y 0.5% en varones) y es el cáncer con aumento más rápido en las mujeres. El cáncer tiroideo causa seis muertes por cada millón de personas cada año. La mayoría de los pacientes se presenta como una masa palpable en el cuello, lo que inicia la valoración mediante interrogatorio, exploración física y FNAB. (33)

GENÉTICA MOLECULAR DE LA TUMORIGÉNESIS TIROIDEA

Hay varios oncogenes y genes supresores tumorales implicados en el origen de las neoplasias tiroideas. El protooncogén RET tiene una participación significativa en la patogenia de los cánceres tiroideos. Se localiza en el cromosoma 10 y codifica a una tirosina cinasa del receptor, la cual se une con varios factores de crecimiento como el factor neurotrófico derivado de la glia y la neurturina.

La proteína RET se expresa en tejidos derivados de los sistemas embrionarios y excretorios fetales. Por lo tanto, la alteración de RET produce anomalías en el desarrollo en órganos derivados de estos sistemas, como el sistema nervioso entérico (enfermedad de Hirschsprung) y el riñón. Se sabe que las mutaciones en la línea germinal en el protooncogén RET predisponen al MEN-2A, MEN-2B y cáncer tiroideo medular familiar y ya se han demostrado mutaciones somáticas en

tumores derivados de la cresta neural, como el cáncer tiroideo medular (30%) y el feocromocitoma. El dominio de tirosina cinasa de RET puede fusionarse con otros genes mediante reordenamiento. Estos productos de fusión funcionan también como oncogenes y se han referido en la patogenia del cáncer papilar tiroideo.

Se han descrito por lo menos 15 recombinaciones de RET/PTC y parece que son fenómenos tempranos en el origen tumoral. La juventud y la exposición a radiación parecen ser factores de riesgo independientes para el desarrollo de recombinaciones de RET/PTC. Hasta 70% de los cánceres papilares en niños expuestos a la lluvia radiactiva por el desastre de 1986 en Chernobyl tiene recombinaciones de RET/PTC, la mayoría RET/PTC1 y RET/PTC3. Estos reacomodos confieren activación constitutiva de las tirosina cinasas receptoras. RET/PTC3 se relaciona con un tipo sólido de PTC que parece presentarse en una etapa más avanzada y ser más agresivo.

Ya se estableció que la señalización de RET/PTC incluye la vía de la proteína cinasa activada por mitógeno (MAPK) a través de otras moléculas de señalización como Ras, Raf y MEK. En las células normales, la activación fisiológica de las cinasas Raf ocurre por interacción directa con Ras unido al trifosfato de guanosina (GTP), una pequeña proteína G unida con la membrana. A su vez, Raf activada, una serina-treonina cinasa, fosforila a MEK, otra serina-treonina cinasa. Esto conduce a la fosforilación de ERK/MAPK, que fosforila moléculas reguladoras en el núcleo, lo que altera la expresión génica. La activación anormal de la vía MAPK induce oncogénesis. Aparte de las alteraciones en RET/PTC, las mutaciones en genes Ras también pueden activar la vía MAPK. Se han identificado oncogenes ras mutados hasta en 20 a 40% de los adenomas y carcinomas foliculares tiroideos; bocios multinodulares, y carcinomas papilares y anaplásicos. Hay tres cinasas Raf, A-Raf, B-Raf (BRAF) y C-Raf. Las mutaciones en BRAF también están implicadas en la activación anormal de la vía MAPK y el origen de tumores. De las diversas mutaciones BRAF identificadas, T1799A (sustitución del aminoácido V600E) es la más frecuente y ocurre a menudo en los cánceres

tiroideos. Un hecho interesante es que las mutaciones BRAF ocurren en tumores papilares y anaplásicos (prevalencia promedio 44 y 22%, respectivamente), pero no en los cánceres tiroideos foliculares, lo que sugiere la función en la patogenia de estos tumores malignos. Los estudios también muestran que las mutaciones BRAF se relacionan con manifestaciones clinicopatológicas más agresivas, incluidos tumor más grande, invasión y linfadenopatía, y es probable que funcionen como marcadores pronósticos.

El gen p53 es un gen supresor tumoral que codifica a un regulador de la transcripción que produce detención del ciclo celular, lo que permite la reparación del daño en el DNA, y ello contribuye a mantener la integridad genómica. Las mutaciones en p53 son raras en los carcinomas tiroideos papilares, pero son frecuentes en los cánceres tiroideos indiferenciados y en las líneas de células cancerosas tiroideas. Otros reguladores del ciclo celular y supresores tumorales, como p15 y p16, mutan con más frecuencia en las líneas celulares de cáncer tiroideo que en los tumores primarios. Se ha observado que un oncogén derivado de la fusión del dominio de unión con DNA del gen PAX8 del factor de transcripción tiroideo con el receptor gamma 1 activado por el proliferador del peroxisoma (PPAR γ 1) tiene una participación importante en el desarrollo de las neoplasias foliculares, incluidos los cánceres foliculares. (33)

5.4 SINTOMAS

El carcinoma papilar se presenta con mayor frecuencia como un nódulo tiroideo palpable, que puede ser único o en el contexto de un bocio multinodular. El aumento del uso y calidad de la ecografía para la evaluación de patología tiroidea, asociado al alto rendimiento de la punción con aguja fina (PAF), a incrementado la detección de microcarcinomas papilares (tumores < a 1 cm.) no palpables en forma muy significativa (34-35). En relación a tumores pequeños, no es infrecuente (5-10%) que microcarcinomas ocultos se diagnostiquen en la anatomía

patológica después de una tiroidectomía total por enfermedad benigna. Otra forma es la presentación del carcinoma papilar es el hallazgo de una adenopatía cervical palpable (10 - 15% de los casos). La presentación clínica por metástasis a distancia es rara, ocurriendo en no más del 1-2 % de los casos y compromete con mayor frecuencia el pulmón. En niños el nódulo cervical sigue siendo la forma más típica de presentación, no obstante, la presencia de adenopatías es mucho más frecuente (50-80%), pudiendo ocurrir en forma agresiva con enfermedad localmente avanzada y metástasis a distancia (36)

La forma de presentación más habitual del carcinoma folicular es la masa o nódulo palpable tiroideo. Suele ser de consistencia más dura que el papilar, siendo raras, como hemos dicho, las adenopatías cervicales. No existe normalmente sintomatología endocrina, pues estos pacientes suelen ser eutiroideos. En ocasiones podemos encontrar sintomatología derivada de la extensión local del tumor, como disfonía, disfagia, odinofagia, etc. Ante una masa tiroidea y una parálisis recurrencial del mismo lado, sospecharemos malignidad inmediatamente. Menos frecuente es el diagnóstico de metástasis a distancia como forma de aparición de la enfermedad, pero es más probable que en el carcinoma papilar. Serán preferentemente en pulmón o hueso. El carcinoma de células de hurthle por ser un su tipo del carcinoma folicular comparte clínica con el mismo. (37)

Diarrea ocurre en 30% de los casos y parece ser inducida por la calcitonina y/o las prostaglandinas circulantes, que aumentan la secreción intestinal de agua y electrolitos. La extensión local del tumor a tráquea, laringe o esófago puede producir tos, disfagia y ronquera o disfonía. Algunos pacientes pueden presentar metástasis a ganglios linfáticos cervicales al momento de la presentación clínica. Metástasis del carcinoma medular suelen involucrar pulmones, hígado y hueso. Cuando el CMT se asocia a formas familiares-hereditarias, las manifestaciones

clínicas iniciales pueden ser de un hiperparatiroidismo o un feocromocitoma asociado

La presentación clínica del carcinoma anaplasico corresponde a una masa cervical de crecimiento rápido (38), pétreo, y adherida a planos profundos. A menudo, estos pacientes se presentan con una enfermedad localmente avanzada, con síntomas de compresión e invasión local como disfagia, disnea y disfonía(39-40). En el 40% de los casos existen linfadenopatías, y en el 43% al 52% de los pacientes, metástasis a distancia (40-41), siendo las más frecuentes pulmonares (42%), huesos (32%) y cerebro (9%) (38)

El linfoma tiroideo en la mayoría de los casos aparece tras un crecimiento rápido de una lesión tiroidea, y casi siempre asociado a un diagnóstico inicial de una tiroiditis crónica de Hashimoto(42) . Habitualmente son linfomas no hodgkinianos tipo MALT (tejido linfoide asociado a mucosas) (43)

5.5 DIGNOSTICO

- BACAF: La BACAF es un método diagnóstico simple, rápido, de bajo costo y con muy pocas complicaciones cuando es practicada por personal entrenado, puede repetirse en caso de ser necesario; tiene un muy buen valor predictivo (44), sensibilidad y especificidad en rangos de 80-98% y 58-100% respectivamente (45). Desde la introducción de la BACAF el número de cirugías tiroideas innecesarias ha disminuido, ya que es una herramienta útil para seleccionar los pacientes que requieren de ésta (46). La BACAF tiene dos limitaciones importantes: los resultados no diagnósticos y los sospechosos o indeterminados.

Muestras inadecuadas o no diagnósticas, que según la literatura médica representan el 15%, ocurren generalmente dentro del marco de lesiones quísticas o vasculares, los resultados indeterminados o sospechosos, aproximadamente el 10% de la BACAF está en esta categoría (47), generalmente son el producto de la difícil interpretación citológica que tienen los patrones foliculares o de células de Hürthle (48). Aproximadamente el 15-25% de los nódulos con hallazgos citológicos indeterminados se confirman que son malignos luego de la cirugía (49-50).

- ECOGRAFÍA: técnica de primera línea (51), que permite la evaluación morfológica y vascular. Además permite la ubicación intraoperatoria de lesiones y sirve como guía en procedimientos invasivos. El resultado de la ecografía determina conductas de diagnóstico, terapéuticas o ambas en un 63% de los pacientes con nódulos palpables (52).
- TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA: La tomografía computarizada (computed tomography, CT) es un estudio de radiografía que produce imágenes transversales detalladas de su cuerpo. La CT puede ayudar a determinar la localización y el tamaño de los cánceres de tiroides y si ellos se han propagado a áreas cercanas, aunque la ecografía es el estudio que usualmente se hace. Además, una CT se puede usar para determinar si hay propagación a órganos distantes, tal como a los pulmones. Una desventaja de la CT es que la sustancia de contraste de la CT contiene yodo, lo que interfiere con las gammagrafías con yodo radiactivo. Por esta razón, muchos médicos prefieren las imágenes por resonancia magnética para el cáncer diferenciado de tiroides (53)

- **RESONANCIA MAGNÉTICA:** Al igual que la tomografía computarizada, las imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) se pueden usar para saber si hay cáncer en la tiroides, o cáncer que se ha propagado a partes cercanas o distantes del cuerpo. Sin embargo, la ecografía es usualmente el estudio de la tiroides que se hace primero. La MRI puede proveer imágenes muy detalladas de los tejidos blandos, tal como la glándula tiroidea. Los exámenes de MRI son también muy útiles para ver el cerebro y la médula espinal (53).
- **HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH):** Las pruebas de los niveles sanguíneos de la hormona estimulante de tiroides (TSH, por sus siglas en inglés) se pueden utilizar para estudiar la actividad general de su glándula tiroides. Los niveles de TSH, la cual es producida por la glándula pituitaria, podrían estar altos si la tiroides no está produciendo suficientes hormonas. Esta información se puede usar para ayudar a seleccionar cuáles estudios por imágenes (tal como ecografía o gammagrafías con yodo radiactivo) se utilizarán para examinar un nódulo tiroideo. Por lo general, el nivel de TSH es normal en el cáncer de tiroides (53).
- **T4:** Esta hormona es una de las que principalmente produce la glándula tiroides. Los niveles de estas hormonas también se pueden medir para obtener una idea de la función de la glándula tiroidea. Por lo general, los niveles T4 son normales en el cáncer de tiroides. (53).
- **ANTICUERPOS TIROIDEOS:** Los anticuerpos tiroideos incluyen antitiroglobulina (anti-Tg), peroxidasa antimicrosómica o tiroidea (anti-TPO) e inmunoglobulina estimulante de la tiroides (TSI). Las

concentraciones de anticuerpos anti-Tg y anti-TPO no determinan la función tiroidea, indican el trastorno subyacente, casi siempre una tiroiditis autoinmunitaria. Cerca de 80% de los sujetos con tiroiditis de Hashimoto tiene niveles aumentados de anticuerpos, pero la concentración también puede elevarse en personas con enfermedad de Graves, bocio multinodular y, algunas veces, neoplasias tiroideas. (53).

- **TIROGLOBULINA SÉRICA:** La tiroglobulina es una proteína producida por la glándula tiroides. La medida del nivel de esta proteína en la sangre no se puede utilizar para diagnosticar cáncer de tiroides, aunque puede ser útil después del tratamiento. Una manera común de tratar el cáncer de tiroides es mediante la extirpación quirúrgica de la mayor parte de la tiroides y luego usar yodo radiactivo para destruir cualquier célula de tiroides remanente. Estos tratamientos deben causar un nivel muy bajo de tiroglobulina en la sangre dentro de varias semanas. Si el nivel no es bajo, esto podría significar que aún existen células del cáncer de tiroides en el cuerpo. Un nuevo aumento en el nivel después de haber estado bajo, es un signo de que el cáncer podría estar regresando. (53).
- **CALCITONINA SÉRICA:** La calcitonina es una hormona que ayuda a controlar cómo el cuerpo usa el calcio. Esta hormona es producida por las células C en la tiroides, las células que se pueden convertir en cáncer medular de tiroides (MTC). Si se sospecha la presencia de un MTC o si usted tiene un antecedente familiar de la enfermedad, los análisis de sangre para los niveles de calcitonina pueden ayudar a detectar el MTC. Esta prueba también se usa para determinar la presencia de una posible recurrencia de MTC después del tratamiento.

Debido a que la calcitonina puede afectar los niveles de calcio en la sangre, es posible que estos niveles también sean analizados. (53)

5.6 TRATAMIENTO

- **TIROIDECTOMIA:** es la remoción parcial o total de la glándula tiroides indicada en pacientes con desordenes tanto funcionales como en el hipertiroidismo, neoplásicos e inflamatorios nombrando entre ellos tiroiditis de Hashimoto. Total: es la completa extirpación de la glándula, indicada principalmente en neoplasias malignas de la tiroides, además de ciertos tumores de laringe y cuello que pueden llegar a hacer metástasis en ella. Subtotal o parcial: Intervención en la cual se retira parte de la tiroides pero no toda con el fin de no provocar cuadros futuros de hipotiroidismo, comúnmente se puede llegar a extraer del 90 al 95% de la glándula, está poco después de la cirugía comienza de nuevo a proliferar y poco a poco ir recuperando su función normal. (54).
- **QUIMIOTERAPIA:** El objetivo esencial de la quimioterapia es destruir las células del tumor, con el fin de lograr la desaparición, detención o reducción de la enfermedad. Los fármacos empleados en este tipo de tratamiento son denominados antineoplásicos o quimioterápicos. El proceso de división de las células sanas está estrictamente regulado por unos mecanismos de control, que le indican a la célula cuándo dividirse. Los tumores malignos se caracterizan precisamente por el contrario, ya que están formados por células alteradas capaces de multiplicarse descontroladamente e incluso de invadir y afectar a órganos colindantes o a distancia, lo que se denomina metástasis. Así, la quimioterapia actúa

en la fase de división de la célula tumoral, impidiendo su multiplicación y eventualmente destruyéndolas. Con el tiempo, si la quimioterapia funciona, se conseguirá una disminución o desaparición del tumor maligno (55).

- **RADIOTERAPIA:** La radioterapia es uno de los tratamientos más comunes contra el cáncer. Este tratamiento utiliza partículas u ondas de alta energía, tales como los rayos X, rayos gamma, rayos de electrones o de protones, para eliminar o dañar las células cancerosas. La radioterapia se conoce además como terapia de radiación o terapia de rayos X. (56)

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la Clínica, evolución y mortalidad del C.A. tiroideo en población atendida en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2011-2013

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Identificar características sociodemográficas de la población objeto de estudio
- 2- Determinar las condiciones clínicas registradas en la historia clínica en la población objeto de estudio
- 3- Establecer la condición de resolución de la patología en la población objeto de estudio
- 4- Cuantificar la mortalidad de los diferentes cánceres tiroideos, en la población objeto de estudio

7. METODOLOGÍA

Método de recolección de información

La información se recolecto mediante la manipulación de historias clínicas

Enfoque: cuantitativo

Tipo de estudio: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal

Población: 85 historias clínicas correspondientes al servicio de cirugía, que corresponde al total de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2011-2013

Muestra: Esta investigación no realizó muestreo y se trabajó con el total de la población objeto de estudio.

8. VARIABLES DEL ESTUDIO

8.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE RECOLECCIÓN
EDAD	≥ 18 AÑOS	CUANTITATIVA	ORDINAL	HISTORIA CLINICA
GENERO	<ul style="list-style-type: none">MASCULINOFEMENINO	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
ETNIA	<ul style="list-style-type: none">BLANCA	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA

	<ul style="list-style-type: none"> • NEGRA • MEZTIZA 	A	L	CLINICA
PROCEDECIA		CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> • SOLTERO • CASADO • UNION LIBRE 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
OCUPACION	<ul style="list-style-type: none"> • PERSONAL DE SALUD • AGRICULTOR • DESEMPLEADO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
SGSSS	<ul style="list-style-type: none"> • CONTRIBUTIVO • SUBSIDIADO • VINCULADO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA

8.2 VARIABLES CLINICAS DEL CANCER TIROIDEO

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE RECOLECCION
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DEL CANCER TIROIDEO	<ul style="list-style-type: none"> • PAPILAR • FOLICULAR • ANAPLASICO • OTRO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
EXTENSION DEL TUMOR	<ul style="list-style-type: none"> • INTRATIROIDEO • EXTRATIROIDEO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
TAMAÑO DEL TUMOR	<ul style="list-style-type: none"> • < 3cm • > 3cm 	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA
TIPO DE BOCIO	<ul style="list-style-type: none"> • UNINODULAR • MULTINODULAR 	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA
TSH	0,35-6,2	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA

T4	4,5-12	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA
DISNEA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
DISFAGIA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
DISFONIA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
SINDROME OPERCULO TORAXICO	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
AFECTACION DE VIA RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
METASTASIS	<ul style="list-style-type: none"> • LINFATICA • DISTANCIA • NO • LINFATICA Y DISTANCIA 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
TAMAÑO DE LA GLANDULA TIROIDES	<ul style="list-style-type: none"> • 4.8 cm x 1 cm 	CUANTITATIVA	RAZON	ECOGRAFÍA DE TIROIDES
TIPO DE NODULO	<ul style="list-style-type: none"> • NODULO SOLIDO • NODULO QUISTICO • NO REPORTA 	CUALITATIVA	NOMINAL	ECOGRAFIA DE TIROIDES
ADMINISTRACION DE YODO-131	<ul style="list-style-type: none"> • LESIONES FRIAS • LESIONES CALIENTES • NO REPORTA 	CUALITATIVA	NOMINAL	IMÁGENES CON RADIONUCLIDOS

8.3 VARIABLES DE RESOLUCION DEL CA TIROIDEO

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE RECOLECCION
AUSENSIA DE REMANENTES DE CELULAS CANCERIGENAS TIROIDEAS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • No reporta 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
TRATAMIENTO UTILIZADO	<ul style="list-style-type: none"> • MEDICO • QUIRURGICO • MEDICO Y QUIRURGICO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
NECESIDAD DE TRATAMIENTO CON YODO RADIOACTIVO	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • No reporta 	CUALITATIVA	NOMINAL	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA

8.4 VARIABLES ACERCA DE LA MORTALIDAD EN CA TIROIDEO

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE RECOLECCION
MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
MORTALIDAD ESPECIFICA ENDETIENDO DEL TIPO DE CARCINOMA	≥ 1 PACIENTE	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA

9. RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para la recolección de datos de esta investigación, se contó con el previo aval institucional para trabajar con las historias clínicas, teniendo la población estará conformada por el número de pacientes que egresan con diagnóstico de cáncer tiroideo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2011-2013, para minimizar el porcentaje de errores se utilizó el índice de kappa determinando la estandarización de los procesos de recolección de la información, quienes, cuando, donde, como, y con que

Muestra: no debido al número de pacientes

10. CRITERIOS DE SELECCIÓN

10.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo
2. Historias clínicas de pacientes de ambos géneros
3. Historia clínica de pacientes con edad mayor o igual a 18 años
4. Historia clínica de pacientes de cualquier procedencia geográfica

10.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Historias clínicas en las cuales el cáncer tiroideo sea secundario a metástasis.

11. SESGOS

Sesgo de información, debido a que los datos que se presentan en los resultados de este trabajo investigativo, son los datos consignados en las historias clínicas las cuales están siendo diligenciada por varios profesionales de diferentes escuelas, con diferentes criterios y ayudas diagnosticas que pueden hacer que los datos no tengan la misma valides.

12. PLAN DE ANÁLISIS:

Se realizó un análisis exploratorio de los datos para conocer su distribución y valores extremos, se realizaron gráficas y tablas descriptivas con la frecuencia absolutas y frecuencia relativa utilizando el programa Excel.

Se calculó media con su respectiva desviación estándar para variables que tengan distribución normal y mediana con rangos intercuartilicos para las variables con distribución no normal, las cuales fueron graficadas en cajas y bigotes.

Se realizó un análisis bivariado para las variables independientes junto con las dependientes mediante una tabla 2x2. Para realizar la comparación entre los grupos se utiliza un valor de "P" menor al 0,05.

13. ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de esta investigación se contó con los avales de ética de la Fundación Universitaria San Martín- pasto; además también se contó con los avales de ética del HUDN, para facilitar información de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con Cáncer Tiroideo entre los años 2011-2013.

Según la ley 8430 de 1993 en su artículo 11 nuestra investigación se clasifica en:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Basándonos en los principios de:

AUTONOMÍA: De la institución prestadora de los servicios de salud

BENEFICIO: No generar daño contra la vida e integridad de las personas.

JUSTICIA: No discriminar.

14.RESULTADOS

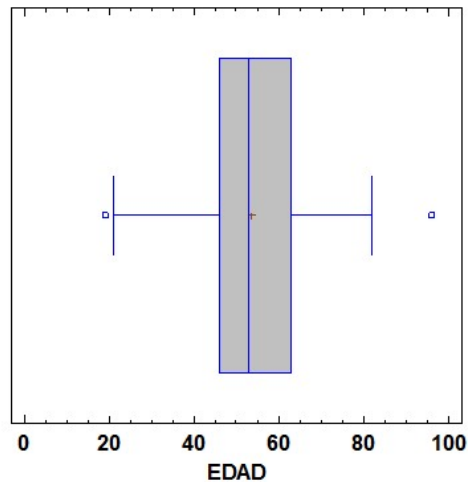
14.2 ANÁLISIS UNIVARIADO

Tabla 1. Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según las características sociodemográficas

VARIABLE	#	%
GERNERO		
Femenino	70	82%
Masculino	15	18%
Total general	85	100%
ETNIA		
Afro	1	1%
Indígena	2	2%
Sin Información	82	97%
Total general	85	100%
PROCEDENCIA DEPARTAMENTO		
Nariño	78	92%
Putumayo	7	8%
Total general	85	100%
SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	13	15%
Especial	8	10%
Subsidiado	59	69%
Vinculado	4	5%
Sin Información	1	1%
Total general	85	100%
OCUPACION		
Agricultor	6	7%
Ama de casa	53	62%
Fuerza Militar	4	5%
Sin información	16	19%
Otros	6	7%
Total general	85	100%

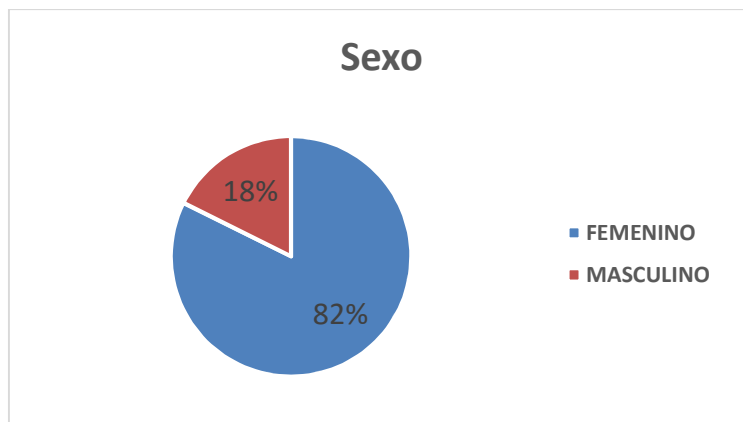
Fuente: La presente investigación – año 2017

Gráfica N°1 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la edad



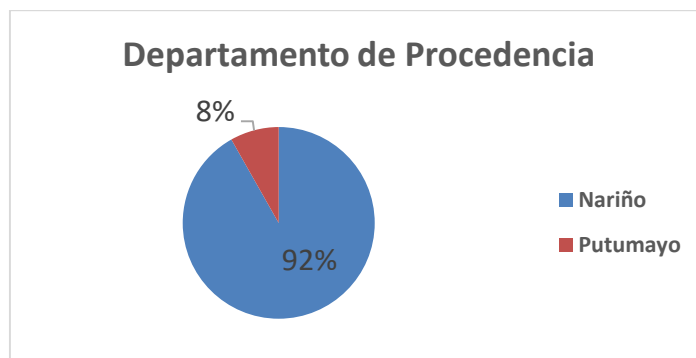
De la gráfica N° 1 se interpreta que de los 85 pacientes resulta una edad promedio de 53.6 años, una desviación estándar de 14.9 años, una mediana de 53 años, un valor mínimo de 19 años y un máximo de 96 años.

Gráfica N°2 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el sexo



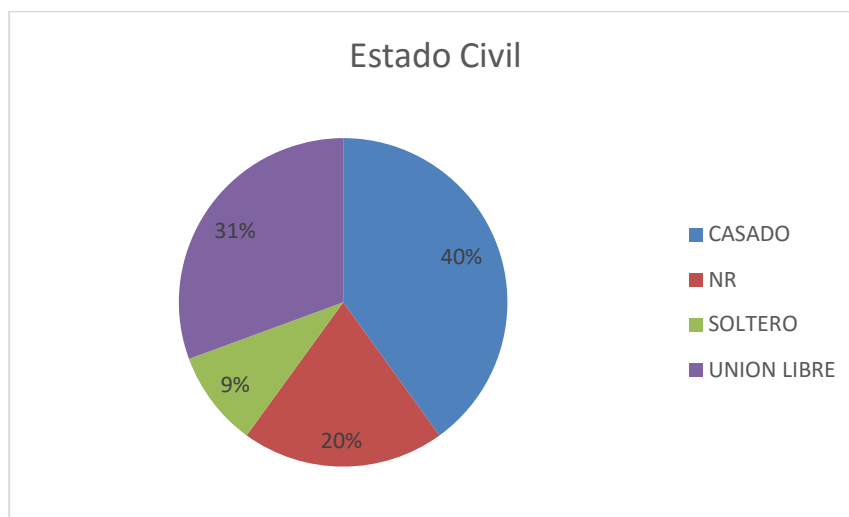
De acuerdo a la variable Sexo en la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo se puede inferir que el 82% corresponde al sexo Femenino y el 18% restante representa al sexo masculino, claramente se observa que la población más afectada son las mujeres

Gráfica N° 3 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el departamento de procedencia



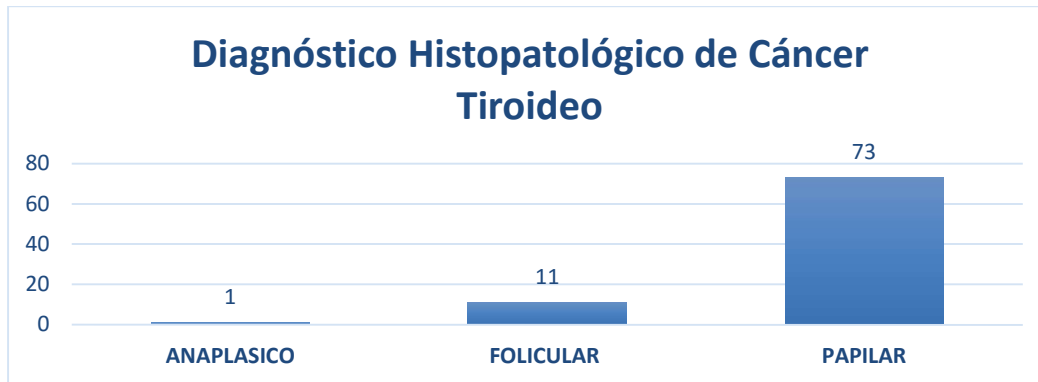
De acuerdo a la variable departamento de procedencia en la población diagnosticada con cáncer tiroideo se puede inferir claramente que la mayor parte de la población procede del departamento de Nariño (92%), seguido del departamento del Putumayo (8%).

Gráfica N°4 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el estado civil



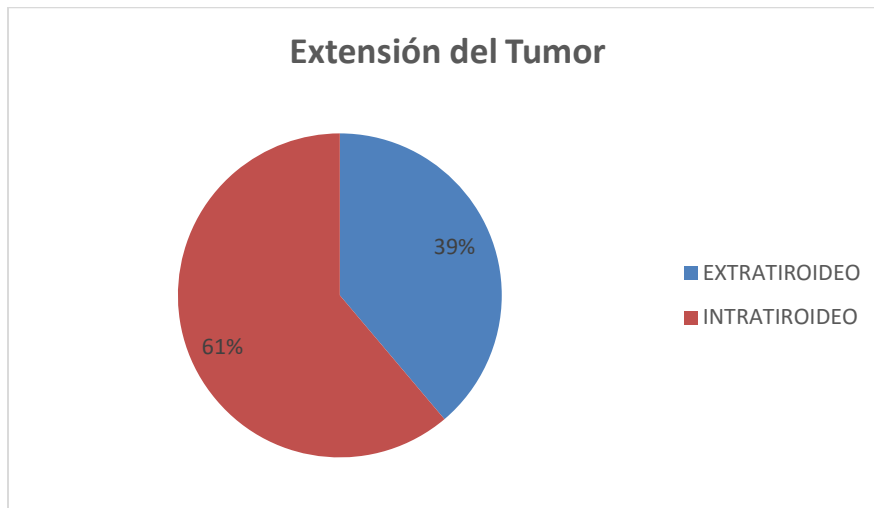
En la gráfica 4 se puede establecer que el estado civil predominante es casado en un 40%, seguido del estado civil unión libre en un 31% y un 9% soltero. Sin embargo, cabe resaltar que el 20% no tiene información acerca de esta variable.

Gráfica N°5 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el tipo histopatológico



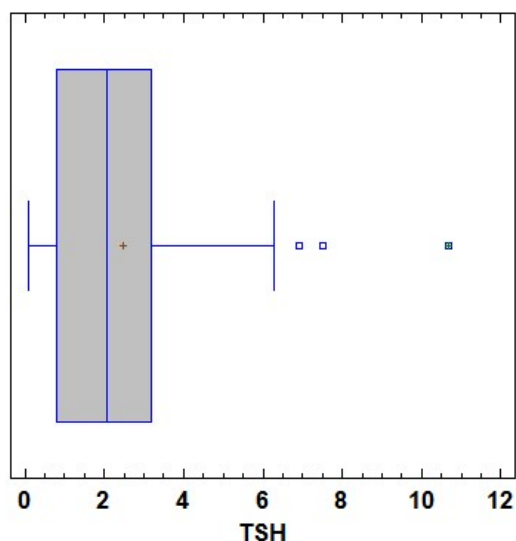
En la gráfica N° 5 se establece claramente que el diagnóstico histopatológico de cáncer tiroideo más frecuente es el Papilar con un total de 73 casos registrados seguido del tipo Folicular con 11 casos y por último se muestra un solo caso de cáncer Anaplásico

Gráfico N° 6 Distribución de la población dependiendo la extensión del tumor



En la gráfica N° 6 se evidencia que los tumores Intratiroideos son ligeramente más frecuentes con un porcentaje de 61%, en comparación a los tumores Extratiroideos con un 39%

Grafica N° 7 Distribución de la población según los niveles de TSH



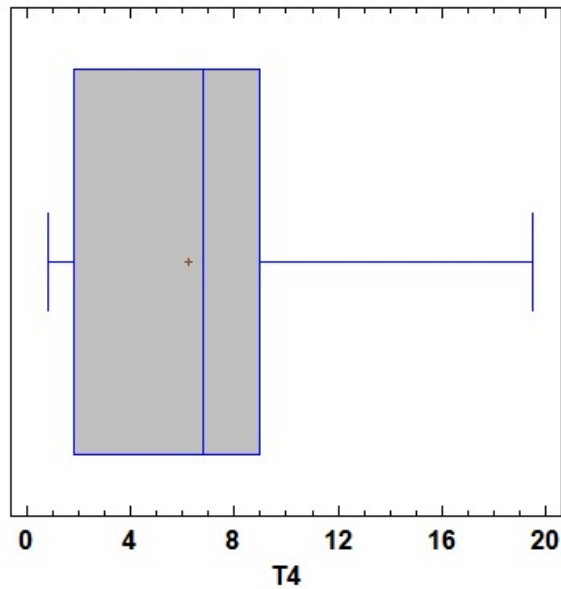
Respecto a la gráfica N° 7 se interpreta que el promedio de la TSH en la población es de 2.47 mIU/L, existe una desviación estándar de 2.09 mIU/L, una mediana de 2,05 mIU/L, un valor mínimo de 0.1 mIU/L y un máximo de 10.7 mIU/L.

Tabla N° 2 Distribución de las frecuencias relativas de la TSH en la población diagnosticada con cáncer tiroideo.

<i>TSH</i>	<i>%</i>
<i>Disminuida</i>	12%
<i>Normal</i>	83%
<i>Aumentada</i>	5%

El 83% de los pacientes presentó TSH libre normal; el 5% aumentada y el 12% disminuida.

Grafica N° 8 distribución de la población según los niveles de T4



Respecto a la gráfica N° 8 se interpreta que el promedio de la T4 en la población es de 6.2 mcg/dL, existe una desviación estándar de 4.19 mcg/dL, una mediana de 6.8 mcg/dL, un valor mínimo de 0.83 mcg/dL y un máximo de 19.5 mcg/dL

Tabla N°3 Distribución de las frecuencias relativas de la T4 libre en la población diagnosticada con cáncer tiroideo.

T4	%
<i>Disminuida</i>	33%
<i>Normal</i>	61%
<i>Aumentada</i>	6%

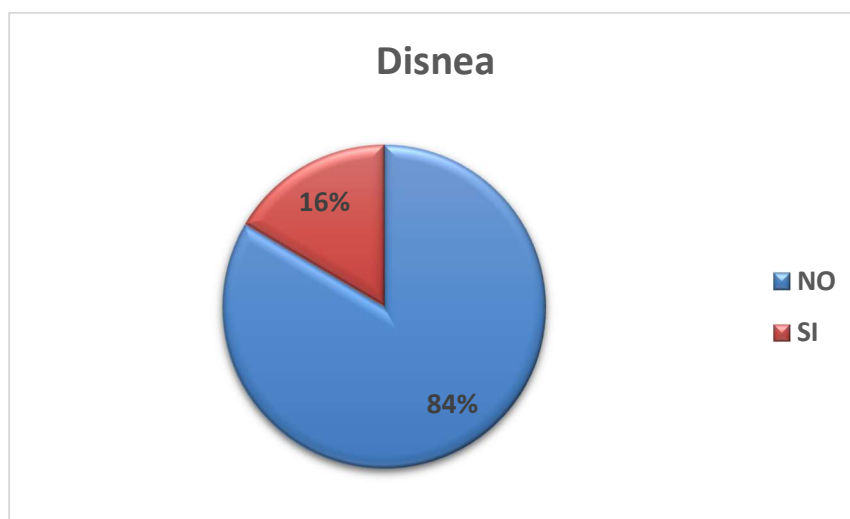
El 61% de los pacientes presentó T4 libre normal; el 6% aumentada y el 33% disminuida.

Gráfica N° 9 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tipo de Bocio presentado



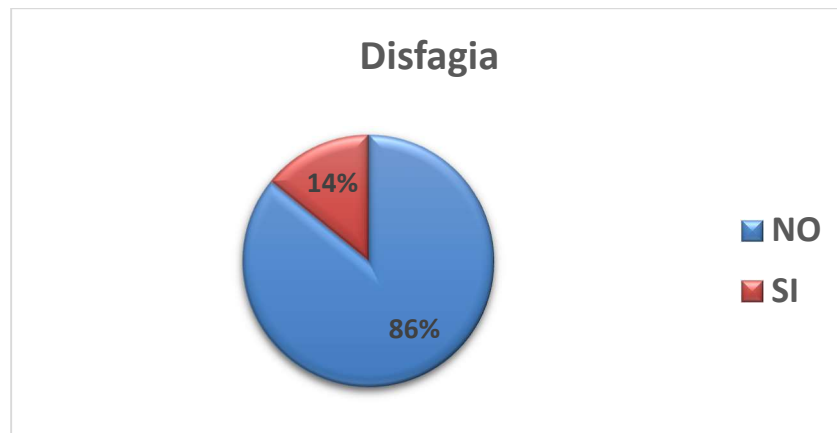
En cuanto a la variable tipo de bocio se observa que la población atendida en el hospital presentó un tipo de bocio uninodular en un 48% y multinodular en un 14%. Sin embargo, el 38% que se reportó como no reporta corresponde al registro o a la ausencia de dato en la historia clínica lo cual no puntualiza si el paciente presentó o no algún tipo de bocio de los anteriormente descritos.

Gráfica N° 10 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Disnea



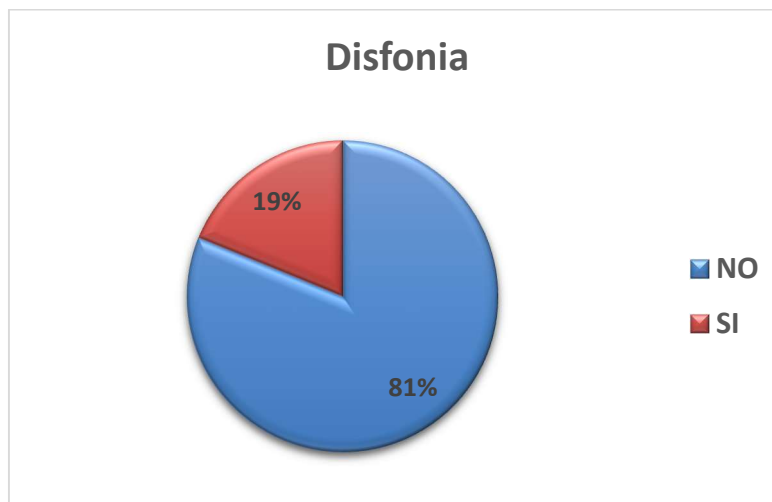
En cuanto a la variable disnea se observa que la población atendida en el hospital no presentó disnea en un 84% y si la presentó en un 16%. Dándonos a entender que la calidad de vida de las personas no se ve tan afectada como se esperaría.

Gráfica N° 11 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Disfagia



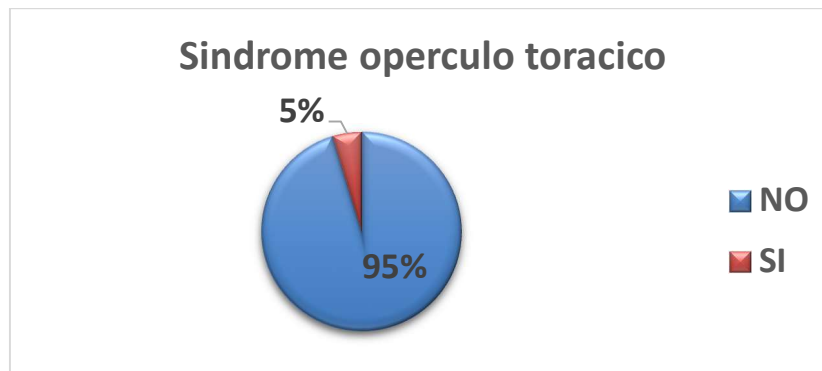
En cuanto a la variable disfagia se observa que la población atendida en el hospital presentó que el 86% de los pacientes no tenía disfagia en contraposición al 14% que sí la presentó. Dándonos a entender que la calidad de vida de estos pacientes no se ve tan afectada como se esperaría.

Gráfica N° 12 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Disfonía



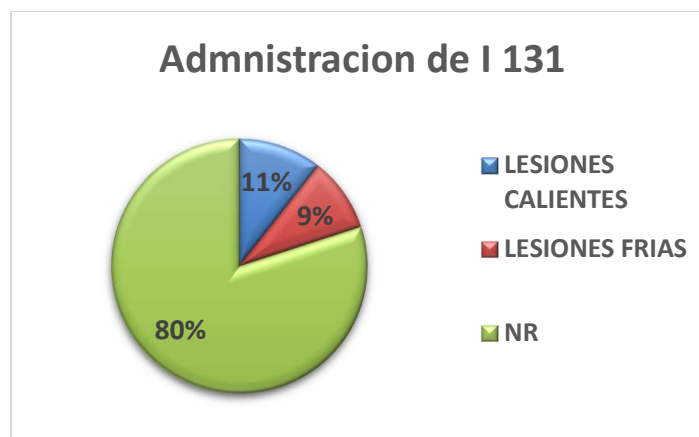
En cuanto a la variable disfonía se observa que la población atendida en el hospital presentó que el 81% de los pacientes no tenía disfagia en contraposición al 19% que sí la presentó. Dándonos a entender que la calidad de vida de estos pacientes no se ve tan afectada como se esperaría.

Gráfica N° 13 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la presencia de Síndrome Opérculo Torácico



En cuanto a la variable síndrome opérculo torácico se observa que la población atendida en el hospital presento que el 95% de los pacientes no tenía síndrome opérculo torácico en contraposición al 5% que si lo presento. Dándonos a entender que la calidad de vida de la mayoría de estos pacientes no se ve tan afectada como se esperaría, en contraposición se esperaba un porcentaje menos de pacientes con esta afectación por lo incapacitante que puede llegar a ser.

Gráfica N° 14 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Administración de I 131



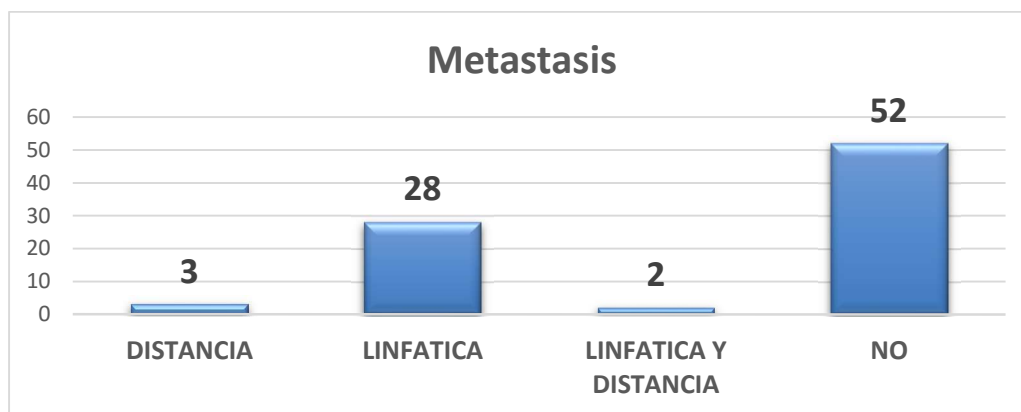
En cuanto a la variable administración de yodo 131 se observa que la población atendida en el hospital presento que el 80% de los pacientes no reporta corresponde al registro o a la ausencia de dato en la historia clínica lo cual no puntualiza si al paciente se le administro el medicamento, contraposición al 11% que tiene lesiones calientes y el 9% lesiones frías.

Gráfica N° 15 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Afectación de la Vía Aérea



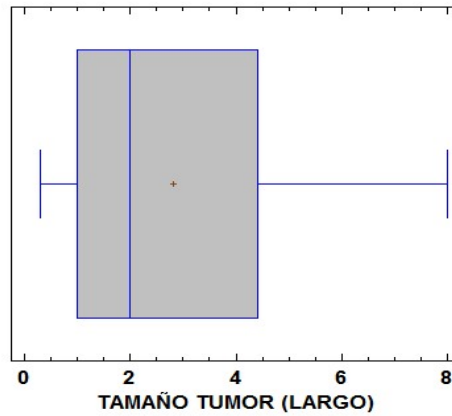
En cuanto a la variable afectación de la vía aérea se observa que la población atendida en el hospital presento que el 85% de los pacientes no tenía afectación de la vía aérea en contraposición al 15% que si la presento. Dándonos a entender que la calidad de vida de estos pacientes no se ve tan afectada como se esperaba.

Gráfica N° 16 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la diseminación metastásica



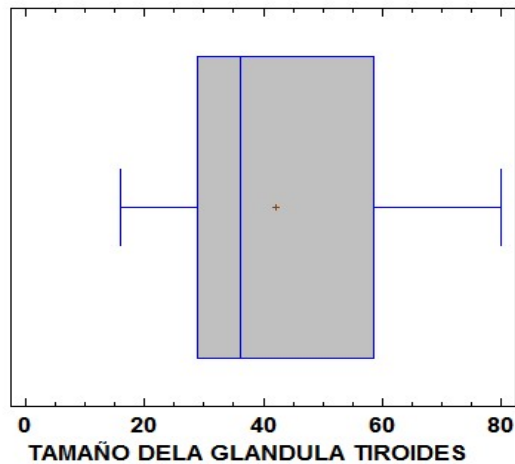
En cuanto a la variable metástasis se observa que la población atendida en el hospital presento que 52 pacientes no tenían metástasis en contraposición al 28 que, si la presento de tipo linfática, 3 a distancia, y 2 linfática y a distancia. Dándonos a entender que este tipo de tumor neuroendocrino es altamente metastatizante.

Gráfica N° 17 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tamaño del Tumor (Largo)



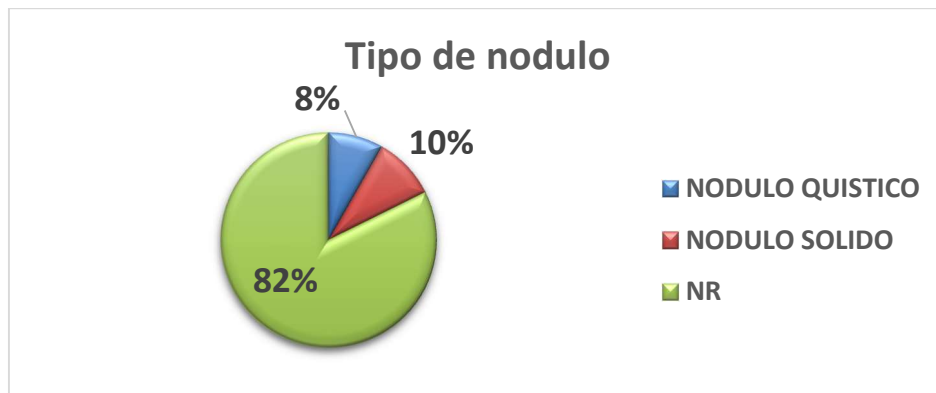
Respecto a la gráfica N° 17 se interpreta que el promedio del Tamaño del Tumor en la población es de 2.82 cm, existe una desviación estándar de 2.1 cm, una mediana de 2 cm, un valor mínimo de 0.3 cm y un máximo de 8 cm.

Gráfica N° 18 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tamaño de la Glándula Tiroides medido en área



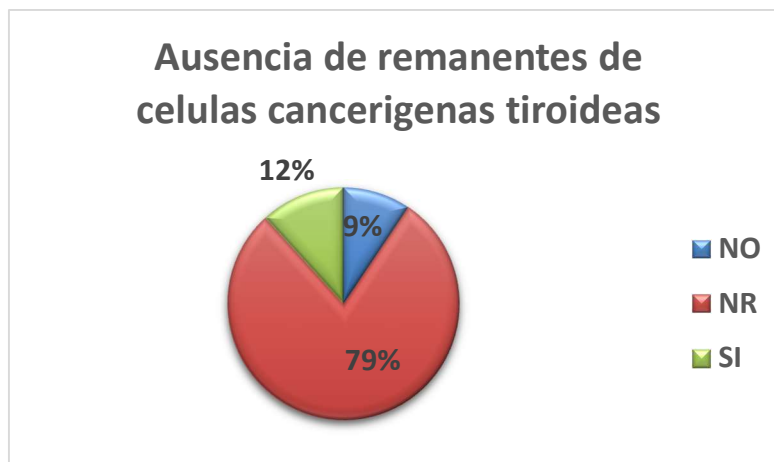
Respecto a la gráfica N° 18 se interpreta que el promedio del Tamaño de la Glándula Tiroides en la población es de 42.2 cm², existe una desviación estándar de 18.94 cm², una mediana de 36.25 cm², un valor mínimo de 16 cm² y un máximo de 80cm².

Gráfica N° 19 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tipo de Nódulo presentado



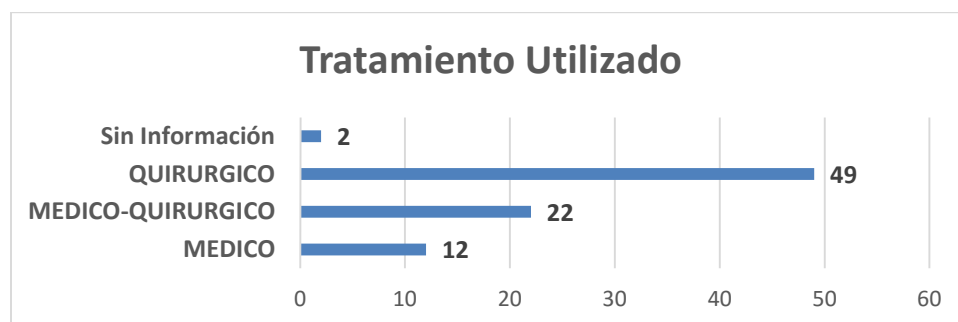
En cuanto a la variable tipo de nódulo se observa que la población atendida en el hospital presento que el 82% de los pacientes como no reporta corresponde al registro o a la ausencia de dato en la historia clínica lo cual no puntualiza si el paciente presento o no algún tipo de nódulo, el 10% presento nódulos sólidos y el 8% nódulos quísticos.

Gráfica N° 20 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la ausencia de remanente de células cancerígenas tiroideas



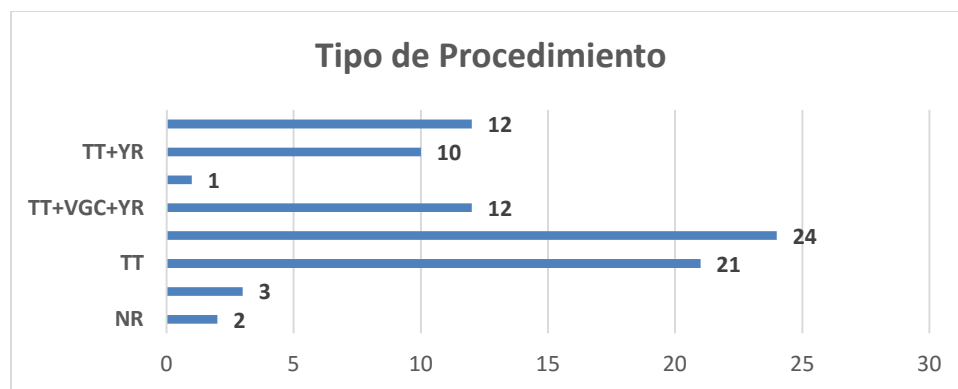
En cuanto a la variable ausencia de remanentes de células cancerígenas tiroideas se observa que la población atendida en el hospital presento que el 79% de los pacientes como no reporta corresponde al registro o a la ausencia de dato en la historia clínica lo cual no puntualiza si el paciente presento o no algún tipo de nódulo, el 12% si presento y el 9% no lo presento.

Gráfica N° 21 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tratamiento utilizado



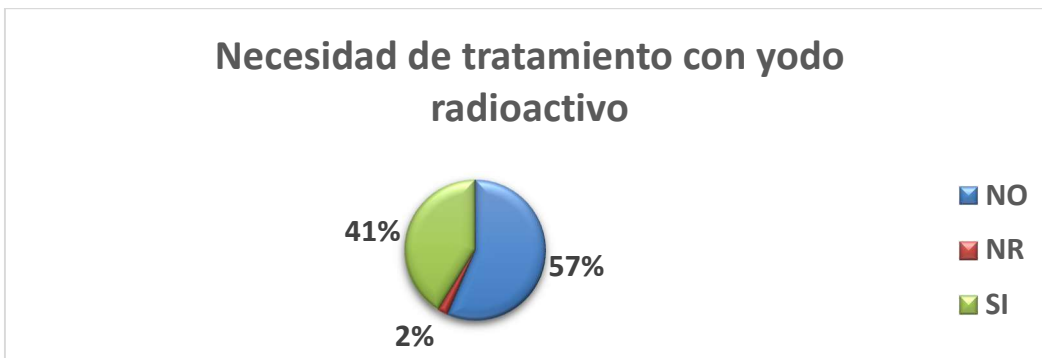
En cuanto a la variable tratamiento médico o quirúrgico se observa que la población atendida en el hospital presento que el 49 de los pacientes se les realizo tratamiento quirúrgico, 18 pacientes recibieron tratamiento médico y quirúrgico, 16 pacientes solo recibieron tratamiento médico y 2 pacientes como no reporta corresponde al registro o a la ausencia de dato en la historia clínica lo cual no puntualiza si el paciente recibió o no tratamiento de algún tipo.

Gráfica N° 22 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el Tipo de Procedimiento Realizado



Respecto a la gráfica N° 22 se evidencia que el procedimiento estándar para tratar el cáncer tiroideo es la tiroidectomía ya que fue utilizado en 71 casos de los 85, de estos la tiroidectomía total (TT) es el más común presentándose en 68 casos. El Vaciamiento Ganglionar Central (VGC) se realizó en 36 pacientes, conjuntamente con la TT. El Yodo Radioactivo (YR) se lo utilizó en 34 casos. No se obtuvo información del tipo de procedimiento en 2 historias clínicas

Gráfica N° 23 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Necesidad de Tratamiento con Yodo Radioactivo



En cuanto a la variable necesidad de tratamiento con yodo radioactivo, se observa que la población atendida en el hospital presento que el 57% de los pacientes no necesitaban dicho tratamiento, 41% de los pacientes recibieron tratamiento con yodo radiactivo, 2% pacientes como no reporta corresponde al registro o a la ausencia de dato en la historia clínica lo cual no puntualiza si el paciente recibió o no tratamiento.

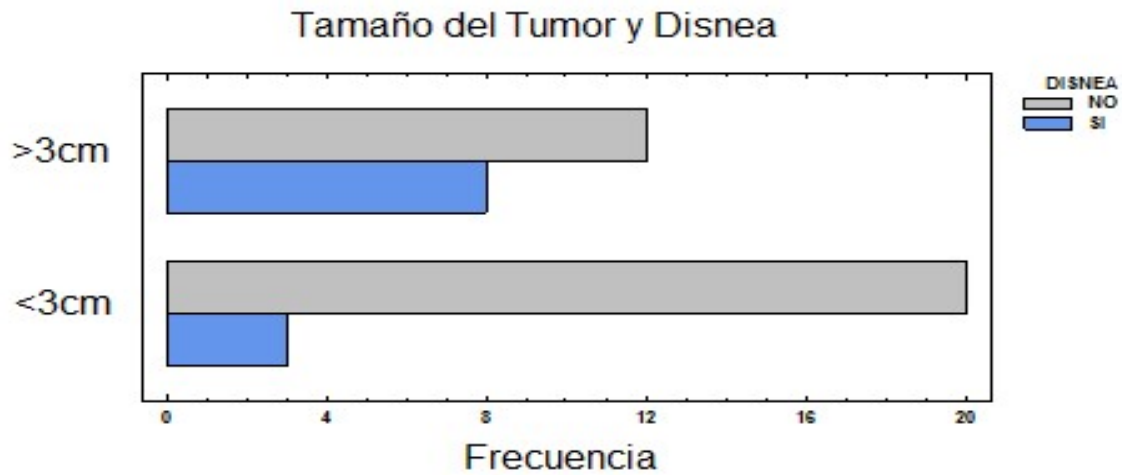
Gráfica N° 24 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo teniendo en cuenta la Muerte



En cuanto a la variable muerte se observa que la población atendida en el hospital presento que el 99% de los pacientes no murieron y solo un 1% si murió, por esta patología siendo una enfermedad de importante morbilidad más que mortalidad.

14.2 ANÁLISIS BIVARIADO

Gráfica N°25 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo

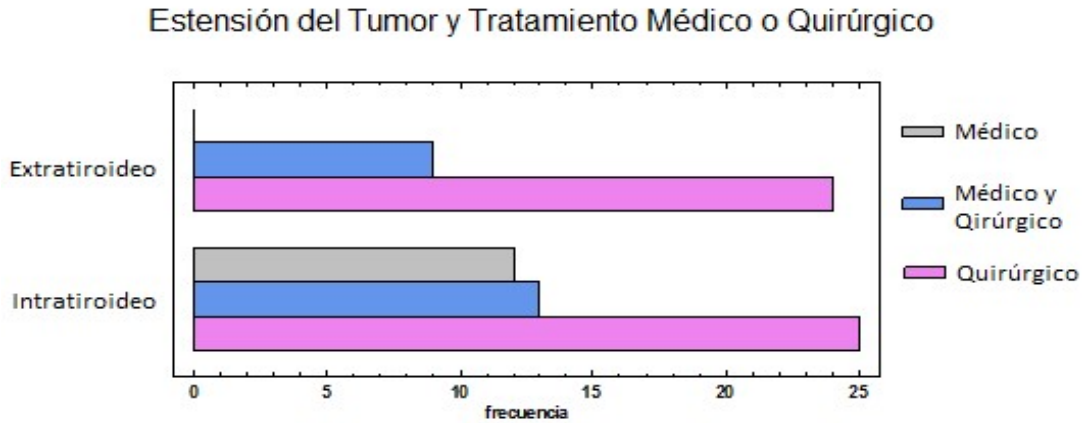


según el Tamaño del Tumor y la presencia de Disnea

Chi² = 4.08, Valor P = 0.043

Teniendo en cuenta la Gráfica N°24 se evidencia que existe una fuerte relación entre el Tamaño del Tumor y la presencia de Disnea en los pacientes diagnosticados con Cáncer Tiroideo, ya que en los tumores < 3 cm la no hubo presencia de disnea en el 86% de los casos, mientras que en los tumores > 3cm la disnea se presentó en el 40% de los casos.

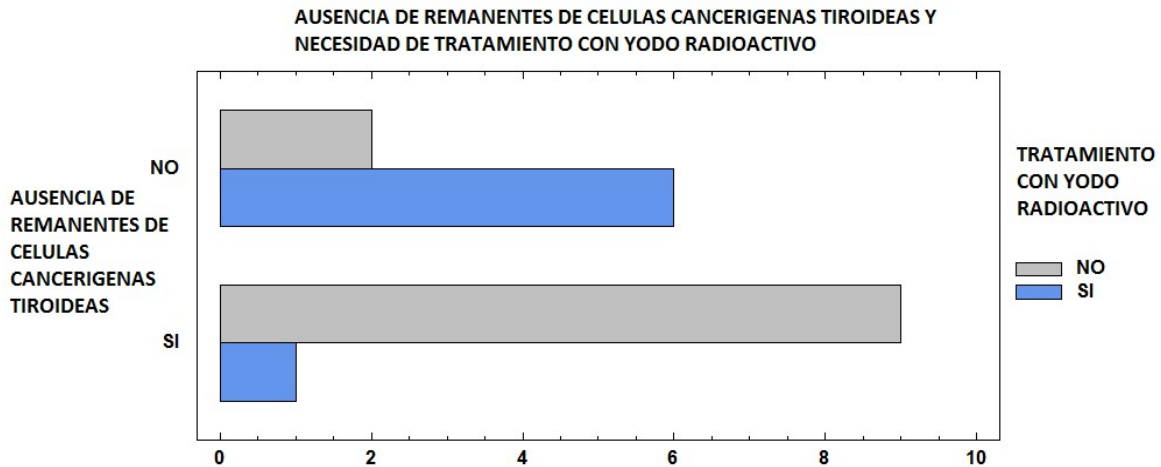
Gráfica N°26 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la extensión del Tumor y Tratamiento Médico o Quirúrgico



Chi²=9.67, Valor P=0.0079

En la gráfica N° 25 se evidencia que los pacientes que desarrollaron tumores extratiroideos no recibieron únicamente tratamiento médico, por lo que para este tipo de tumores es indispensable el tratamiento quirúrgico complementando luego con tratamiento médico. Por el contrario, en los pacientes que desarrollaron tumores intratiroideos si existió la posibilidad de utilizar únicamente el tratamiento médico. Cabe resaltar que el tratamiento quirúrgico se realiza siempre en los dos casos. Al realizar la prueba de significancia se encontró que si existe relación entre estas dos variables analizadas

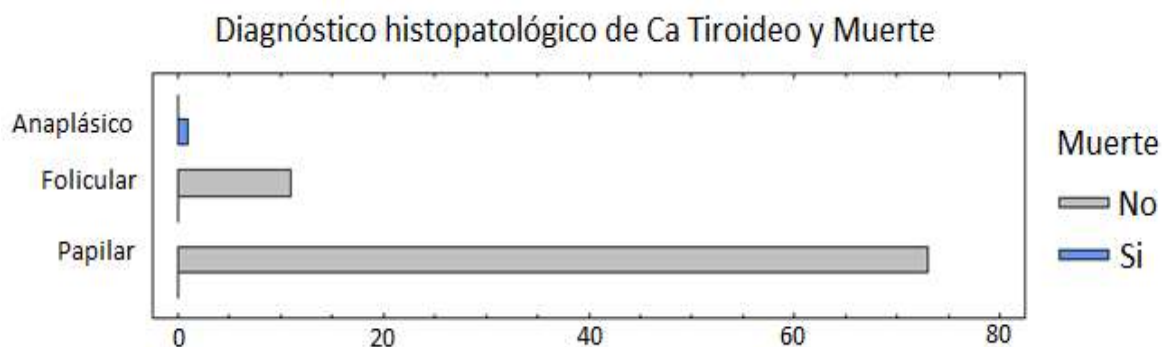
Gráfica N°27 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la Ausencia de remanentes de células cancerígenas y Tratamiento con Yodo Radioactivo



Chi²=7.9, Valor P=0.0049

Con relación a la gráfica N° 26 se explica claramente que los pacientes con ausencia de remanentes de células cancerígenas tiroideas no necesitaron tratamiento con yodo radioactivo, en contraposición los pacientes sin ausencia de remanentes de células cancerígenas tiroideas si necesitaron tratamiento con yodo radioactivo. Al realizar la prueba de significancia se encontró que si existe relación entre estas dos variables analizadas

Gráfica N°28 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según Tipo histopatológico de Ca Tiroideo y la muerte



Chi² = 85.0, Valor P = 0.0000

Con relación a la gráfica N° 27 se evidencia que los tipos histológicos Papilar y Folicular no produjeron muerte, mientras que el tipo histológico Anaplásico si produjo muerte en el único caso que se presentó, demostrando así que este último es altamente agresivo y registra una mortalidad elevada, en comparación con el cáncer Folicular y Papilar que producen mayor morbilidad que mortalidad.

15. DISCUSIÓN

En cuanto a la variable edad encontramos en esta investigación que resulta una edad promedio de 53.6 años, un valor mínimo de 19 años y un máximo de 96 años, en contraposición, Jorge Sapunar Z. y colaboradores – 2014, Chile. La edad promedio de los casos de carcinoma tiroideo fue 45,08 años (rango 6-91 años), encontrando una asociación positiva entre los 2 estudios ya que el rango de edad y el promedio se acercan bastante.

En cuanto a la variable sexo encontramos en esta investigación que el 82% corresponde al sexo Femenino y el 18% restante representa al sexo masculino. En contraposición a Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y asociados – 2009, Argentina, quienes concluyen que el cáncer tiroideo fue más frecuente en el sexo femenino 85.9% de los casos, y menos frecuente en el sexo masculino 14.1% respectivamente. Encontrando una asociación positiva entre el sexo y el carcinoma tiroideo en donde claramente las mujeres se ven más afectadas.

En cuanto al diagnóstico histopatológico de cáncer tiroideo en esta investigación se determinó que el diagnóstico histopatológico de cáncer tiroideo más frecuente es el Papilar con un total de 73 casos registrados seguido del tipo Folicular con 11 casos y por último se muestra un solo caso de cáncer Anaplásico. En contraposición Jorge Sapunar Z. y colaboradores - 2014, Chile. Donde determino que el tipo histológico de CT más frecuente en su estudio fue el cáncer papilar (91,8%), seguida del cáncer folicular (5,1%) y del cáncer medular (2,16%). encontrando una asociación positiva entre las 2 investigaciones.

En cuanto al tamaño del tumor en esta investigación se determina que el promedio del Tamaño del Tumor en la población es de 2.82 cm. En contraposición Jorge Sapunar Z. y colaboradores – 2014, Chile. En donde se determinó que el tamaño tumoral promedio de la lesión fue 1,74 cm en varones y 1,47 cm en mujeres.

Encontrando una asociación positiva entre los dos trabajos investigativos ya que se encontraron tumores pequeños.

En cuanto a la variable T4 en esta investigación podemos determinar que el 33% de los pacientes presentó la T4 disminuida, 61% normal y 6% aumentada, en contraposición, Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y asociados – 2009, Argentina, encontró que El 90.2% de los pacientes presentó T4 libre normal; el 8.7% aumentada y el 1.1% disminuida. Encontrando una relación positiva entre las 2 investigaciones ya que la mayoría de los pacientes presentaron T4 normales.

En cuanto a la variable tsh en esta investigación se pudo determinar que el 12% de los pacientes presentó una TSH disminuida, 83% normal y 5% aumentada. En contraposición con Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y asociados – 2009, argentina. Quien encontró que El 88% de los pacientes presentó TSH normal; el 6.5% disminuida y el 5.4% aumentada. Encontrando una relación positiva entre las 2 investigaciones ya que la mayoría de los pacientes presentaron Tsh normales.

En cuanto a la variable metástasis encontramos en esta investigación que el 39% de los pacientes presentaron metástasis ya sea a distancia o linfática. A comparación en el trabajo de Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y asociados – 2009, Argentina. Se encuentra que el 25% de los pacientes presenta metástasis. Encontrando así una asociación positiva entre la metástasis y el carcinoma tiroideo, determinamos que en nuestra población es mucho más metastatizante.

Con relación al tratamiento utilizado en esta investigación se encontró que a 49 de los pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico, 22 pacientes recibieron tratamiento médico-quirúrgico y solo 12 pacientes recibieron tratamiento médico, en 2 casos no se reportó el tratamiento utilizado. En comparación a Gabriel Sanchez y colaboradores – 2014, Colombia. En donde se encontró que el tratamiento quirúrgico inicial predominó con un 93% sobre el tratamiento médico que solo se registró en el 7% de los casos. Por lo cual tiene una relación positiva

en conjunto con este estudio concluyendo que el tratamiento quirúrgico es primordial en esta patología.

Con relación a la necesidad de tratamiento con yodo radioactivo en este estudio se encontró que 57% de los pacientes no necesitaban dicho tratamiento, 41% de los pacientes recibieron tratamiento con yodo radiactivo, 2% pacientes como no reporta, en comparación a Gabriel Sanchez y colaboradores – 2014, Colombia en el cual se encontró que de los pacientes a los cuales les realizaron un tratamiento quirúrgico al 80% de ellos se les administró I131 como tratamiento complementario. Teniendo así una relación negativa con este estudio ya los valores tienen una diferencia notable.

En cuanto al tipo de bocio se encontró en esta investigación, que el 48% es uninodular y el 14% multinodular, con un 38 % de pacientes los cuales no reportan, en contraposición a Marcogiuseppe Azcue, 2009, Argentina. Que determino que el 47.2% presentó bocio multinodular; el 28.3% bocio nodular, encontrando así que los datos son contrarios y no se asemejan.

En cuanto a la afectación de la vía aérea, este estudio determinó que el 85% de los pacientes no tenía afectación de la vía aérea en contraposición al 15% que si la presento. En comparación a Mónica B Romero Guadarrama y colaboradores – 2008, México, donde se encontró que la afectación dela vía aérea se presenta predominantemente en mujeres de más de 50 años, quienes manifiestan como sintomatología principal signos y síntomas de compresión traqueal, hallando una asociación negativa en cuanto a la afectación de la vía aérea, y el carcinoma tiroideo igual que en este estudio.

En cuanto a la variable muerte en nuestra investigación encontramos que el 99% de los pacientes no murieron y solo un 1% si murió. En contraposición FABIÁN PITOIA y colaboradores – 2012, Argentina. Encontraron que, la mortalidad por cáncer de tiroides es, 0.5 muertes por 100 000 habitantes. Encontrando que es una patología de baja mortalidad.

16. CONCLUSIONES

Con relación a las variables sociodemográficas, se concluye que, del total de la población, el 82% fueron mujeres, con una edad promedio de 53.6 años, en donde el 69% de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado, el estado civil más prevalente es casado, la procedencia que sobresalió está ubicada en el departamento de Nariño, la ocupación que presento la mayoría de casos fue de ama de casa.

En cuanto a las variables clínicas para el cáncer tiroideo, se puede concluir que el diagnóstico histopatológico más frecuente para esta patología fue el carcinoma tipo papilar con 73 casos, seguido del folicular con 11 casos y resaltamos el hallazgo de un carcinoma tipo anaplásico, el cual tiene una ocurrencia de aparición muy baja, en cuanto a la extensión del tumor se encontró que el cáncer tiroideo tiene una proporción de carcinomas intratiroideos ligeramente más frecuentes con un porcentaje de 61%, en comparación a los tumores extratiroideos con un 39%, lo cual nos permite entender que el cáncer tiroideo es altamente metastatizante, en cuanto al tamaño del tumor encontramos que su promedio en la población es de 2.82 cm, resaltamos de igual forma que los hallazgos para las variables T4 y TSH reportaron valores entre los rangos normales lo cual no es lo esperado fisiopatológicamente ya que la primera variable debería estar aumentada y la segunda disminuida. En cuanto a las variables, disnea, disfagia, disfonía y afectación de la vía aérea podemos observar que la mayoría de los pacientes no presento estas afecciones respecto a lo que se esperaría según la literatura, teniendo en cuenta de igual forma que están íntimamente relacionadas estas variables con el tamaño del tumor, así mismo resaltamos que el síndrome opérculo torácico se presentó en 4 pacientes (5%), que es un valor elevado para la población de estudio.

En cuanto a las variables para la condición de resolución de la patología, se encontró que en la ausencia de remanentes de células cancerígenas tiroideas el 79% de los pacientes no reporta, corresponde al registro o a la ausencia de dato en la historia clínica lo cual no puntualiza si el paciente presento o no algún tipo de remanente, el 12% si presento ausencia por lo tanto el tratamiento quirúrgico puro fue satisfactorio en contraposición el 9% no lo presento, por lo cual sería necesario dar tratamiento con yodo radioactivo para eliminar los remanentes cancerígenos.

En cuanto a las variables para la Muerte según la patología, se encontró que el 99% de los pacientes no murieron y solo un 1% si murió por esta patología, siendo una enfermedad de importante morbilidad más que mortalidad, dependiendo del tipo histopatológico de cáncer.

17.RECOMENDACIONES

Se sugiere realizar y estandarizar un protocolo de atención a pacientes con carcinoma tiroideo en el hospital universitario departamental de Nariño.

Diligenciar adecuadamente las historias clínicas de los pacientes donde se encuentren datos completos, veraces y oportunos con el fin de conocer profundamente el estado del paciente y dar un manejo integral.

Realizar estudios posteriores con una muestra representativa para conocer con más detalle cómo evolucionan los pacientes con tratamiento quirúrgicos, médicos-quirúrgicos, y médicos con medicamentos radioactivos.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Chala A. Abordaje del carcinoma de tiroides invasivo a traqueolaringe y grandes vasos. Rev Colomb Cir. 2002. p. 10-21.
2. Novelli JL, Sánchez A. La TSH recombinante humana en el seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides. UNR Editora; 2007. p. 221-8.
3. Pardo-Ramos C, Cendales-Duarte R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002 - 2006. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2010.
4. Castro M, Lopez D, Estabilidad de la mortalidad por cáncer de tiroides en un país emergente Rev. salud pública. 2015. p. 1-11.
5. Chala A. Estudio descriptivo de doce años de cáncer de tiroides, Manizales, Colombia Rev Colomb Cir. 2010 p. 276-89.
6. Boone RT, Chun YF, Hanna E. Well differentiated carcinoma of the thyroid. Otolaryngol Clin North Am. 2004 p. 73-90.
7. LiVolsi VA. Pathology of the thyroid gland. Second edition. New York: Marcel Dekker, Inc.; 2001. p. 201-37.
8. Fewins J, Simpson B, Miller F. Complications of thyroid and parathyroid surgery. Otolaryngol Clin North Am. 2003. p. 189-206.
9. Sniezek J, Holtel M. Rare tumors of the thyroid gland. Otolaryngol Clin North Am .2003. p. 107-15.
10. Sabet A, Kim M. Postoperative management of differentiated thyroid cancer. Otolaryngol Clin N Am. 2010. p. 329-51.
11. Fritze D, Doherty G. Surgical management of cervical lymph nodes in differentiated thyroid cancer. Otolaryngol Clin North Am. 2010. p. 285-300.
12. Castillo JC, Descripción de los hallazgos histopatológicos en la terapia inicial del cáncer de tiroides en un centro de referencia en Bucaramanga, Colombia. Rev ACE, 2015. p. 40-43
13. Vargas-Uricoechea H, Cáncer de tiroides e indicaciones de tiroidectomía. Aceptado para publicación en Medicina (Bogotá), 2015. p. 109-121.

14. Parkin DM. The evolution of population-based cancer registry. *Nat Rev Cancer*. 2006. p. 603-612.
15. Arias N. Registros poblacionales de cáncer: avances en Colombia, Chile y Brasil. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013 p. 127-135.
16. José Cameselle Teijeiro¹, Manuel Sobrinho-Simoes. Carcinoma papilar de la glándula tiroides Problemas en el diagnóstico y controversias. *REV ESP PATOL* 2003; Vol 36, n.º 4: 373-382
17. Hedinger C, Williams ED, Sobin LH, editors. Histological typing of thyroid tumors. WHO International Histological Classification of Tumors, 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1988.
18. Antonio Rios, José M. Rodríguez y Pascual Parrilla. Tratamiento del carcinoma folicular de tiroides, 24 de enero de 2015.
19. Pacini F, Castagna MG. Approach to and treatment of differentiated thyroid carcinoma. *Med Clin North Am*. 2012;96:369–83.
20. Emerick GT, Duh QY, Siperstein AE, Burrow GN, Clark OH. Diagnosis, treatment, and outcome of follicular thyroid carcinoma. *Cancer*. 1993;72:3287–95.
21. Lopez-Penabad L, Chiu AC, Hoff AO, Schultz P, Gaztambide S, Ordonez ~ NG, et al. Prognostic factors in patients with Hürthle cell neoplasms of the thyroid. *Cancer*. 2003;97(5):1186---94.
22. Jenny Y. Yoo, Michael T. Stang, Current Guidelines for Postoperative Treatment and Follow-Up of Well-Differentiated Thyroid Cancer, *Surgical Oncology Clinics of North America*, 2016, 25, 1, 41
23. Rok Petric, Barbara Gazic, Katja Goricar, Vita Dolzan, Radan Dzodic, Nikola Besic, Expression of miRNA and Occurrence of Distant Metastases in Patients with Hürthle Cell Carcinoma, *International Journal of Endocrinology*, 2016, 2016, 1
24. Michael Shawky, Mahmoud Sakr, Hurthle Cell Lesion: Controversies, Challenges, and Debates, *Indian Journal of Surgery*, 2016, 78, 1, 41
25. Drs. ENRIQUE LANZARINI S., ANDRÉS MARAMBIO G., JOSÉ AMAT V., FRANCISCO RODRÍGUEZ M., PATRICIO GAC E., PATRICIO CABANÉ T., RODRIGO LOEHNERT T., JUAN PABLO MARAMBIO G. Carcinoma

- medular de tiroides: Experiencia de 20 años. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - Nº 1, febrero 2010; pág. 15-21
26. Hundahl SA, Fleming ID, Fremgen AM, Menck HR. A National Cancer Data Base Report on 53,856 cases of Thyroid Carcinoma Treated in the U.S. 1985-1995. Cancer 1998; 83: 2638-2648.
27. Wells SA, Franz C. Medullary carcinoma of the thyroid gland. World J Surg 2000; 24: 952-956.
28. Alsanea O, Clark OH. Familial thyroid cancer. Curr Opin Oncol 2001; 13: 44-51.
29. Bugalho MJ, Domingues R, Rosa Santos J, Catarino AL, Sobrinho L. Mutation analysis of the RET protooncogen and early thyroidectomy: results of a Portuguese cancer centre. Surgery 2007; 141: 90-95.
30. Dr. José Luis Guerra Mesa. CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES, CONSIDERACIONES DE ACTUALIDAD, Rev Cubana Cir 2001;40(2):99-105
31. Demeter JG, Jong SA de Lawrence AM, Paloyan E. Anaplastic thyroid carcinoma: risk factors and outcome. Surgery 1991;110:956-63
32. Mónica B Romero Guadarrama, Dulce María de Jesús Macías Díaz, María Mercedes Hernández González, Marco A Durán Padilla, Dayana Williams Jacques,* Avisai Alcántara V. Linfomas primarios de glándula tiroides. Aspectos histopatológicos de tres casos, Vol. 71, Núm. 2 Abr.-Jun. 2008, pp 88 - 93
33. F. Charles Brunicardi, Timothy R. Billiar, David L. Dunn, John G. Hunter, Jeffrey B. Matthews, Raphael E. Pollock. Schwartz's Principles of Surgery.
34. Drs. Hernán González D.(*) , Lorena Mosso, Cáncer Papilar de Tiroides: Visión Actual. VOLUMEN 31 Nº3 - AÑO 2006
35. Fardella, C., Jimenez M, González H, León A, Goñi I, et al. Características de presentación del microcarcinoma papilar del tiroides: Experiencia retrospectiva de los últimos 12 años. Rev. Méd. Chile, 2005. 133: p. 1305-1310.
36. González H., Godoy C., Martínez A., Mosso L. Tiroidectomía de emergencia en cáncer papilar de tiroides obstructivo en niña de 9 años. Libro resúmenes Reunión Anual Sociedad Chilena de Endocrinología, 2005.

37. Luis Lopez-Penabad, M.D., Alice C. Chiu, M.D., Ana O. Hoff, M.D., Pamela Schultz, Ph.D., R.N., Sonia Gaztambide, M.D., Nelson G. Ordóñez, M.D., Steven I. Sherman, M.D., Prognostic Factors in Patients with Hurthle Cell Neoplasms of the Thyroid. *CANCER* March 1, 2003 / Volume 97 / Number 5
38. McIver B, Hay ID, Giuffrida D, Dvorak CE, Grant CS, Thompson GB, et al. Anaplastic thyroid carcinoma: A 50-year experience at a single institution. *Surgery* 2001; 130: 1028-1034.
39. Rosen IB, Asa SL, Brierley JD. Anaplastic carcinoma of the thyroid gland. In: Clark OH, Duh QY, Kebebew E, editors. *Textbook of Endocrine Surgery*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. pp 159-167.
40. Kebebew E, Greenspan FS, Clark OH, Woeber KA, McMillan A. Anaplastic thyroid carcinoma. Treatment outcome and prognostic factors. *Cancer* 2005; 103: 1330-1335.
41. Ain KB. Anaplastic thyroid carcinoma: A therapeutic challenge. *Semin Surg Oncol* 1999; 16: 64-69.
42. Greenspan FS, Gardner DG. The thyroid gland. En: Greenspan FS, Gardner DG, editors. *Basic and clinical endocrinology*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 201-72.
43. Harris NL, Jaffe ES, Stein H, Banks PM, Chan JK, Cleary ML et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood*. 1994;84:1361-92.
44. Kardon DE, Edelman M. Evaluating Thyroid Nodules: The Roles of Fine Needle Aspiration Cytology and Intraoperative Consultation. *Pathol Case Rev* 2001; 6 (5): 200-205.
45. De Vos Tot Nederveen Cappel RJ, Bouvy ND, Bonjer HJ, Van Muiswinkel MJ, Chadha S. Fine needle aspiration cytology of thyroid nodules: how accurate is it and what are the causes of discrepant cases? *Cytopathology* 2001; 12: 339-405.

46. García-Mayor RV, Pérez Méndez LF, Páramo C, et al. Fine needle aspiration biopsy of thyroid nodules: impact on clinical practice. *J Endocrinol Invest.* 1997; 20: 482-487.
47. Castro MR, Gharib H. Continuing Controversies in the Management of Thyroid Nodule. *Ann Intern Med.* 2005; 142: 926-931.
48. Alaedeen DI, Khiyami A, McHenry CR. Fine-needle aspiration biopsy specimen with a predominance of Hürthle cells; a dilemma in the management of nodular thyroid disease. *Surgery* 2005; 138: 650-657.
49. Mitchell JC, Grant F, Evenson AR, et al. Preoperative evaluation of thyroid nodules with 18 FDG-PET/CT. *Surgery.* 2005; 138: 1166-1175.
50. Burch HB. Evaluation and management of the solid thyroid nodule. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1995; 24: 663-710.
51. Gritzmann N, Koischwitz D, Rettenbacher T. Sonography of the thyroid and parathyroid glands. *Radiol Clin North Am* 2000; 38:1131-45.
52. Marqusee E, Benson CB, Frates MC, Doubilet PM, Larsen PR, Cibas ES, Mandel SJ. Usefulness of ultrasonography in the management of nodular thyroid disease. *Ann Intern Med* 2000; 133: 696-700.

ANEXOS

ANEXO 1. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE RECOLECCIÓN
EDAD	≥ 18 AÑOS	CUANTITATIVA	ORDINAL	HISTORIA CLINICA
GENERO	<ul style="list-style-type: none"> • MASCULINO • FEMENINO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
ETNIA	<ul style="list-style-type: none"> • BLANCA • NEGRA • MEZTIZA 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
PROCEDECIA		CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> • SOLTERO • CASADO • UNION LIBRE 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
OCUPACION	<ul style="list-style-type: none"> • PERSONAL DE SALUD • AGRICULTOR • DESEMPLEADO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
SGSSS	<ul style="list-style-type: none"> • CONTRIBUTIVO • SUBSIDIADO • VINCULADO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA

VARIABLES CLINICAS DEL CANCER TIROIDEO

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE RECOLECCION
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DEL CANCER TIROIDEO	<ul style="list-style-type: none"> • PAPILAR • FOLICULAR • ANAPLASICO • OTRO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
EXTENSION DEL TUMOR	<ul style="list-style-type: none"> • INTRATIROIDEO • EXTRATIROIDEO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
TAMAÑO DEL TUMOR	<ul style="list-style-type: none"> • < 3cm • > 3cm 	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA
TIPO DE BOCIO	<ul style="list-style-type: none"> • UNINODULAR • MULTINODULAR 	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA
TSH	0,35-6,2	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA
T4	4,5-12	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA
DISNEA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
DISFAGIA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
DISFONIA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
SINDROME OPERCULO TORAXICO	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
AFECTACION DE VIA RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
METASTASIS	<ul style="list-style-type: none"> • LINFATICA • DISTANCIA 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA

	<ul style="list-style-type: none"> • NO • LINFATICA Y DISTANCIA 			
TAMAÑO DE LA GLANDULA TIROIDES	<ul style="list-style-type: none"> • 4.8 cm x 1 cm 	CUANTITATIVA	RAZON	ECOGRAFÍA DE TIROIDES
TIPO DE NODULO	<ul style="list-style-type: none"> • NODULO SOLIDO • NODULO QUISTICO • NO REPORTA 	CUALITATIVA	NOMINAL	ECOGRAFIA DE TIROIDES
ADMINISTRACION DE YODO-131	<ul style="list-style-type: none"> • LESIONES FRIAS • LESIONES CALIENTES • NO REPORTA 	CUALITATIVA	NOMINAL	IMÁGENES CON RADIONUCLIDOS

VARIABLES DE RESOLUCION DEL CA TIROIDEO

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE RECOLECCION
AUSENSIA DE REMANENTES DE CELULAS CANCERIGENAS TIROIDEAS	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • No reporta 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
TRATAMIENTO UTILIZADO	<ul style="list-style-type: none"> • MEDICO • QUIRURGICO • MEDICO Y QUIRURGICO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
NECESIDAD DE	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	TOMOGRFIA AXIAL

TRATAMIENTO CON YODO RADIOACTIVO	<ul style="list-style-type: none"> No reporta 			COMPUTARIZADA
----------------------------------	--	--	--	---------------

VARIABLES ACERCA DE LA MORTALIDAD EN CA TIROIDEO

VARIABLE	VALOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE RECOLECCION
MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> SI NO 	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTORIA CLINICA
MORTALIDAD ESPECIFICA EPENDIENDO DEL TIPO DE CARCINOMA	≥ 1 PACIENTE	CUANTITATIVA	RAZON	HISTORIA CLINICA

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS										
EDAD				SEXO	M	PROCEDENCIA			ETNIA	
				F						
ESTADO CIVIL	S	C	UL	OCUPACION				SEGURIDAD SOCIAL		
VARIABLES CLINICAS CANCER TIROIDEO										
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE CANCER TIROIDEO	P	F	EXTENSION DEL TUMOR	INTRA-TIROIDEO	TAMAÑO DEL TUMOR		TIPO DE BOCIO	UNINODULAR		
	A	O		EXTRA-TIROIDEO				MULTINODULAR		
TSH					T4					
DISNEA	SI	DISFAGIA	SI	DISFONIA	SI	SINDROME OPERCULATORACICO	SI	ADMINISTRACION YODO 131	LESIONES FRIAS	
	NO		NO		NO		NO		LESIONES CALIENTES	
AFECTACION VIA AEREA	SI	METASTASIS	LIFANTICA	TAMAÑO DE LA GLANDULA TIROIDES			TIPO DE NODULO	NODULO SOLIDO		
	NO		DISTANCIA					NODULO QUISTICO		
VARIABLES DEL TIEMPO Y RESOLUCION DEL CANCER TIROIDEO										
AUSENCIA DE REMANENTES DE CELULAS CANCERIGENAS TIROIDEAS	SI		TRATAMIENTO UTILIZADO	MEDICO		NECESIDAD DE TRATAMIENTO CON YODO RADIOACTIVO	SI			
	NO			QUIRURGICO			NO			
VARIABLES DE LA MORTALIDAD ASOCIADA AL CANCER TIROIDEO										
MUERTE			SI		FECHA DE LA MUERTE					
			NO							

ANEXO 3. CRONOGRAMA

No.	ACTIVIDADES	2016			2017		
		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
1	Prueba piloto	X					
2	Recolección de Información		X	X	X		
3	Construcción De base de datos					X	
4	Resultados					X	
5	Conclusiones						X
6	Documento final						X
7	Sustentación						X

ANEXO 4. PRESUPUESTO

TABLA 1. PERSONAL

Nombre	Deberes	Horas/Mes	Valor por hora	Total (\$)
Melo	Asesor científico	25	30000	750000
ANDRES SALAS / odontólogo	Asesor Metodológico	8	30000	960000
TOTAL				17100000

TABLA 2. IMPLEMENTOS

Tipo de Implemento	Nombre	Costo por ítem (\$)	No. de ítems	TOTAL (\$)
De oficina	Cuadernos	2000	2	4000
	Impresiones	200	40	8000
	Carpeta	1500	1	1500
	Lapiceros	800	3	2400
Electrónicos	Memorias USB	12000	3	36000
Computador	Portátil	1200000	2	2400000
TOTAL				2451900

TABLA 3 TRANSPORTE PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Tipo de Transporte	Detalles	Costo/Ida y vuelta (\$)	No. de viajes	TOTAL (\$)
Terrestre	Taxi	10000	10	100000
Terrestre	Bus	2800	20	56000
Terrestre	Particular/Gasolina	20000	2	40000
TOTAL				196000

TABLA 4. SERVICIOS

Tipo de Servicio	Nombre	Costo por ítem (\$)	No. de ítems	TOTAL (\$)
Servicio publico	Internet	30000	2	60000
Servicio publico	Telefonía celular	20000	2	40000
TOTAL				100000

TOTAL: (\$) 4,457,900

ANEXO 5. ARTÍCULO

CLÍNICA, EVOLUCIÓN Y MORTALIDAD DEL CÁNCER TIROIDEO EN POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO 2011-2013

Acosta José Luis, Castillo Cesar Darío, Quiñones Francisco
Asesor científico: Andrés salas Zambrano
Od.Ed.Mag. epidemiologia
Asesor metodológico: Dr. Jorge Melo
Cirujano oncólogo

RESUMEN

El carcinoma de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente, aunque representa menos del 1% aproximadamente de todas las neoplasias malignas. Su incidencia varía ampliamente a nivel mundial entre 0,8- 5,0 para varones y 1,9- 19,4 para mujeres por cada 100.000 habitantes. Existen factores de riesgo asociados a esta patología como lo son el sexo y edad, los carcinomas tiroideos ocurren 3:1 en las mujeres que en los hombres, puede ocurrir a cualquier edad. Sin embargo, para las mujeres ocurre entre los 40 a 59 años, una edad menor que para los hombres quienes usualmente están en las edades de 60 a 79 años. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, recolectando información de 85 historias clínicas correspondientes a los pacientes diagnosticados con cáncer tiroideo en el hospital universitario departamental de Nariño entre 2011 y 2013. **Resultados:** El 83% de los pacientes presentó TSH libre normal; el 5% aumentada y el 12% disminuida. El 61% de los pacientes presentó T4 libre normal; el 6% aumentada y el 33% disminuida. En cuanto a la metástasis se observa que 52 pacientes no tenían metástasis en contraposición al 28 que si la presento de tipo linfática, 3 a distancia, y 2 linfática y a distancia. En cuanto al tratamiento médico o quirúrgico se observa que 49 de los pacientes se les realizo tratamiento quirúrgico, 18 pacientes recibieron tratamiento médico y quirúrgico, 16 pacientes solo recibieron tratamiento médico y 2 pacientes como no reporta. **Conclusiones:** Del total de la población, el 82% fueron mujeres, con una edad promedio de 53.6 años. El diagnostico histopatológico más frecuente para esta patología fue el carcinoma tipo papilar con 73 casos, seguido del folicular con 11 casos y 1 carcinoma tipo anaplásico, el tamaño del tumor encontramos que su promedio en la población es de 2.82 cm. El 99% de los pacientes no murieron y

solo un 1% si murió por esta patología, siendo una enfermedad de importante morbilidad más que mortalidad, dependiendo del tipo histopatológico de cáncer.

ABSTRACT

Thyroid carcinoma is the most common endocrine neoplasia, although it accounts for less than 1% of all malignancies. Its incidence varies widely worldwide between 0.8 and 5.0 for men and 1.9-19.4 for women per 100,000 inhabitants. There are risk factors associated with this pathology such as sex and age, thyroid carcinomas occur 3: 1 in women than in men, it can occur at any age. However, for women occurs between 40 to 59 years, a younger age than for men who usually are in the ages of 60 to 79 years. An observational, descriptive cross-sectional study was conducted, collecting information from 85 clinical records corresponding to patients diagnosed with thyroid cancer at the departmental university hospital of Nariño between 2011 and 2013. Results: 83% of the patients had normal free TSH; Increased 5% and 12% decreased. 61% of the patients had normal free T4; Increased 6% and decreased 33%. As for the metastasis it is observed that 52 patients did not metastasize as opposed to 28 than if the lymphatic type present, 3 to distance, and 2 lymphatic and a distance. Regarding medical or surgical treatment, 49 patients were submitted to surgical treatment, 18 patients received medical and surgical treatment, 16 patients received only medical treatment and 2 patients received no medical treatment. Conclusions: Of the total population, 82% were women, with an average age of 53.6 years. The most common histopathological diagnosis for this pathology was papillary carcinoma with 73 cases, followed by follicular with 11 cases and 1 carcinoma type anaplastic, the size of the tumor that its average in the population is of 2.82 cm. 99% of the patients did not die and only 1% died of this pathology, being an important morbidity disease more than the mortality, depending on the histopathological type of cancer.

Palabras clave: Cáncer de tiroides, folicular, papilar, anaplásico, síndrome opérculo torácico, Tsh, T4, mortalidad, morbilidad, Colombia

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente, aunque representa menos del 1% aproximadamente de todas las neoplasias malignas. Su incidencia

varía ampliamente a nivel mundial entre 0,8- 5,0 para varones y 1,9-19,4 para mujeres por cada 100.000 habitantes. La mitad de ellos es menor de 1 cm y el 90% menor de 2 cm y tienen buen pronóstico,

permaneciendo la tasa de mortalidad igual, e incluso decreciendo (0,5 por 100.000 habitantes). Es de curso muy lento e indolente en la mayoría de los casos y el poder metastatizante hasta 20-40 años pos tratamiento inicial condicionan la inconsistencia de resultados de innumerables estudios debido a series inhomogéneas y a la “corta” duración del seguimiento.

MÉTODO:

La información se recolecto mediante la manipulación de historias clínicas, con un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con una población de 85 historias clínicas correspondientes al servicio de cirugía, que corresponde al total de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Departamental de Nariño 2011-2013, el marco muestral corresponde a la base de datos que entrega el Hospital Universitario Departamental de Nariño con los nombres y la identificación de los 85 pacientes. Esta investigación no realizó muestreo y se trabajó con el total de la población objeto de estudio.

RESULTADOS:

Con lo que respecta a las variables sociodemográficas se encuentra que el sexo femenino fue el más afectado, la edad promedio fue de 53.6 años, el departamento de mayor procedencia es Nariño, dentro de la seguridad social la variable más predominante

es subsidiado y la ocupación más frecuente es ama de casa.

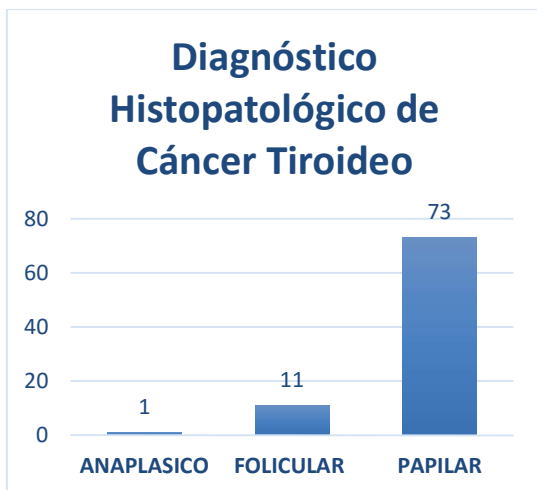
Tabla 1. Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según las características sociodemográficas

VARIABLE		
	#	%
GERNERO		
Femenino	70	82%
Masculino	15	18%
Total general	85	100%
ETNIA		
Afro	1	1%
Indígena	2	2%
Sin Información	82	97%
Total general	85	100%
PROCEDENCIA DEPARTAMENTO		
Nariño	78	92%
Putumayo	7	8%
Total general	85	100%
SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	13	15%
Especial	8	10%
Subsidiado	59	69%
Vinculado	4	5%
Sin Información	1	1%
Total general	85	100%
OCUPACION		
Agricultor	6	7%
Ama de casa	53	62%
Fuerza Militar	4	5%
Sin información	16	19%
Otros	6	7%
Total general	85	100%

Fuente: La presente investigación

El diagnóstico histopatológico predominante fue el papilar con 73 casos, seguido del folicular con 11 y por último el anaplásico con 1 caso, siendo este extremadamente raro. El 61% de los casos tuvo un tumor intratiroideo mientras que el 39% fue extratiroideo. La TSH resultó con un promedio de 2.47 mIU/L y se mantuvo normal en la mayoría de los casos igualmente que con la T4 que presentó un valor promedio de 6.2 mcg/dL.

Gráfica N°1 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según el tipo histopatológico

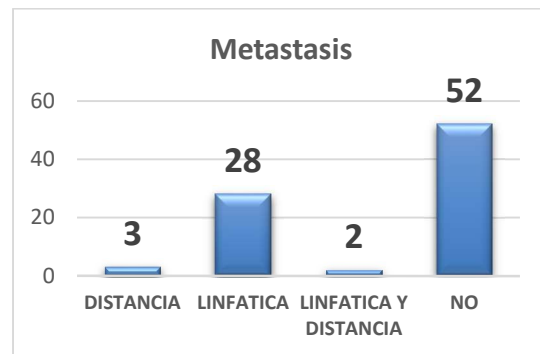


Fuente: La presente investigación

La disnea se presentó en un 16% de la población, la disfagia en un 14%, la disfonía en un 19% afectación de la vía aérea en un 15% y el síndrome

opérculo-torácico en un 5% de los casos.

Gráfica N° 2 Distribución de la población diagnosticada con Cáncer Tiroideo según la diseminación metastásica



Fuente: La presente investigación

No se presentó metástasis en 52 casos, la metástasis más frecuente fue linfática con 28 casos, seguido de metástasis a distancia con 3 casos y solo 2 personas presentaron una metástasis linfática y a distancia. El promedio del Tamaño del Tumor en la población fue de 2.82 cm, con un valor mínimo de 0.3 cm y un máximo de 8 cm. En cuanto a la variable ausencia de remanentes de células cancerígenas tiroideas el 12% si presentó y el 9% no lo presentó.

En cuanto al tratamiento se encontró que a 49 de los pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico, 18 pacientes recibieron tratamiento médico y quirúrgico, 16 pacientes

solo recibieron tratamiento médico y en 2 pacientes no se reportó. El yodo radioactivo se lo utilizo en 41% de los casos y el 57% de los pacientes no lo recibieron y en cuanto a la muerte solo se presentó en el 1% de los casos.

DISCUSIÓN:

En cuanto a la variable edad encontramos en esta investigación que resulta una edad promedio de 53.6 años, un valor mínimo de 19 años y un máximo de 96 años, en contraposición, Jorge Sapunar Z. y colaboradores – 2014, Chile. La edad promedio de los casos de carcinoma tiroideo fue 45,08 años (rango 6-91 años), encontrando una asociación positiva entre los 2 estudios ya que el rango de edad y el promedio se acercan bastante. En cuanto a la variable sexo encontramos en esta investigación que el 82% corresponde al sexo Femenino y el 18% restante representa al sexo masculino. En contraposición a Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y asociados – 2009, Argentina, quienes concluyen que el cáncer tiroideo fue más frecuente en el sexo femenino 85.9% de los casos, y menos frecuente en el sexo masculino 14.1% respectivamente. Encontrando una asociación positiva entre el sexo y el carcinoma tiroideo en donde

claramente las mujeres se ven más afectadas. En cuanto al diagnóstico histopatológico de cáncer tiroideo en esta investigación se determinó que el diagnóstico histopatológico de cáncer tiroideo más frecuente es el Papilar con un total de 73 casos registrados seguido del tipo Folicular con 11 casos y por último se muestra un solo caso de cáncer Anaplásico. En contraposición Jorge Sapunar Z. y colaboradores - 2014, Chile. Donde determino que el tipo histológico de CT más frecuente en su estudio fue el cáncer papilar (91,8%), seguida del cáncer folicular (5,1%) y del cáncer medular (2,16%). encontrando una asociación positiva entre las 2 investigaciones. En cuanto al tamaño del tumor en esta investigación se determina que el promedio del Tamaño del Tumor en la población es de 2.82 cm. En contraposición Jorge Sapunar Z. y colaboradores – 2014, Chile. En donde se determinó que el tamaño tumoral promedio de la lesión fue 1,74 cm en varones y 1,47 cm en mujeres. Encontrando una asociación positiva entre los dos trabajos investigativos ya que se encontraron tumores pequeños. En cuanto a la variable T4 en esta investigación podemos determinar que el 33% de los pacientes presentó la T4 disminuida, 61% normal y 6% aumentada, en contraposición, Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y

asociados – 2009, Argentina, encontró que El 90.2% de los pacientes presentó T4 libre normal; el 8.7% aumentada y el 1.1% disminuida. Encontrando una relación positiva entre las 2 investigaciones ya que la mayoría de los pacientes presentaron T4 normales. En cuanto a la variable tsh en esta investigación se pudo determinar que el 12% de los pacientes presentó una TSH disminuida, 83% normal y 5% aumentada. En contraposición con Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y asociados – 2009, Argentina. Quien encontró que El 88% de los pacientes presentó TSH normal; el 6.5% disminuida y el 5.4% aumentada. Encontrando una relación positiva entre las 2 investigaciones ya que la mayoría de los pacientes presentaron Tsh normales. En cuanto a la variable metástasis encontramos en esta investigación que el 39% de los pacientes presentaron metástasis ya sea a distancia o linfática. A comparación en el trabajo de Luis Facundo Marcogiuseppe Azcue y asociados – 2009, Argentina. Se encuentra que el 25% de los pacientes presenta metástasis. Encontrando así una asociación positiva entre la metástasis y el carcinoma tiroideo, determinamos que en nuestra población es mucho más metastatizante. Con relación al tratamiento utilizado en esta

investigación se encontró que a 49 de los pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico, 22 pacientes recibieron tratamiento médico-quirúrgico y solo 12 pacientes recibieron tratamiento médico, en 2 casos no se reportó el tratamiento utilizado. En comparación a Gabriel Sanchez y colaboradores – 2014, Colombia. En donde se encontró que el tratamiento quirúrgico inicial predominó con un 93% sobre el tratamiento médico que solo se registró en el 7% de los casos. Por lo cual tiene una relación positiva en conjunto con este estudio concluyendo que el tratamiento quirúrgico es primordial en esta patología.

Con relación a la necesidad de tratamiento con yodo radioactivo en este estudio se encontró que 57% de los pacientes no necesitaban dicho tratamiento, 41% de los pacientes recibieron tratamiento con yodo radioactivo, 2% pacientes como no reporta, en comparación a Gabriel Sanchez y colaboradores – 2014, Colombia en el cual se encontró que de los pacientes a los cuales les realizaron un tratamiento quirúrgico al 80% de ellos se les administró I131 como tratamiento complementario. Teniendo así una relación negativa con este estudio ya los valores tienen una diferencia notable. En cuanto al

tipo de bocio se encontró en esta investigación, que el 48% es uninodular y el 14% multinodular, con un 38 % de pacientes los cuales no reportan, en contraposición a Marcogiuseppe Azcue, 2009, Argentina. Que determino que el 47.2% presentó bocio multinodular; el 28.3% bocio nodular, encontrando así que los datos son contrarios y no se asemejan. En cuanto a la afectación de la vía aérea, este estudio determinó que el 85% de los pacientes no tenía afectación de la vía aérea en contraposición al 15% que si la presento. En comparación a Mónica B Romero Guadarrama y colaboradores – 2008, México, donde se encontró que la afectación de la vía aérea se presenta predominantemente en mujeres de más de 50 años, quienes manifiestan como sintomatología principal signos y síntomas de compresión traqueal, hallando una asociación negativa en cuanto a la afectación de la vía aérea, y el carcinoma tiroideo igual que en este estudio.

En cuanto a la variable muerte en nuestra investigación encontramos que el 99% de los pacientes no murieron y solo un 1% si murió. En contraposición FABIÁN PITOIA y colaboradores – 2012, Argentina. Encontraron que, la mortalidad por cáncer de tiroides es, 0.5 muertes por

100 000 habitantes. Encontrando que es una patología de baja mortalidad.

CONCLUSIONES:

El 82% fueron mujeres, con una edad promedio de 53.6 años, en donde el 69% de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado, el estado civil más prevalente es casado, la procedencia que sobresalió está ubicada en el departamento de Nariño, la ocupación que presento la mayoría de casos fue de ama de casa. El diagnóstico histopatológico más frecuente es carcinoma tipo papilar con 73 casos, seguido del folicular con 11 casos y 1 carcinoma tipo anaplásico, la extensión del tumor se encontró que el cáncer tiroideo tiene una proporción de carcinomas intratiroides ligeramente más frecuentes con un porcentaje de 61%, en cuanto al tamaño del tumor encontramos que su promedio en la población es de 2.82 cm, la T4 y TSH reportaron valores entre los rangos normales. En cuanto a la disnea, disfagia, disfonía y afectación de la vía aérea podemos observar que la mayoría de los pacientes no presento estas afecciones, el síndrome opérculo torácico se presentó en 4 pacientes (5%). En cuanto a la condición de resolución de la patología, se encontró que en la ausencia de remanentes de células

cancerígenas tiroideas el 79% de los pacientes no reporta, el 12% si presento ausencia por lo tanto el tratamiento quirúrgico puro fue satisfactorio en contraposición el 9% no lo presento. El 99% de los pacientes no murieron y solo un 1% si murió por esta patología, siendo una enfermedad de importante morbilidad más que mortalidad, dependiendo del tipo histopatológico de cáncer.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Chala A. Abordaje del carcinoma de tiroides invasivo a traqueolaringe y grandes vasos. Rev Colomb Cir. 2002. p. 10-21.
2. Novelli JL, Sánchez A. La TSH recombinante humana en el seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides. UNR Editora; 2007. p. 221-8.
3. Pardo-Ramos C, Cendales-Duarte R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002 - 2006. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2010.
4. Castro M, Lopez D, Estabilidad de la mortalidad por cáncer de tiroides en un país emergente Rev. salud pública. 2015. p. 1-11.
5. Chala A. Estudio descriptivo de doce años de cáncer de tiroides, Manizales, Colombia Rev Colomb Cir. 2010 p. 276-89.
6. Boone RT, Chun YF, Hanna E. Well differentiated carcinoma of the thyroid. Otolaryngol Clin North Am. 2004 p. 73-90.
7. LiVolsi VA. Pathology of the thyroid gland. Second edition. New York: Marcel Dekker, Inc.; 2001. p. 201-37.
8. Fewins J, Simpson B, Miller F. Complications of thyroid and parathyroid surgery. Otolaryngol Clin North Am. 2003. p. 189-206.
9. Sniezek J, Holtel M. Rare tumors of the thyroid gland. Otolaryngol Clin North Am .2003. p. 107-15.
10. Sabet A, Kim M. Postoperative management of differentiated thyroid cancer. Otolaryngol Clin N Am. 2010. p. 329-51.