

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES CONDICIONANTES PARA RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR
DE TIROIDES EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA DEL
SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE. 2010 - 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

SALAS CÁCERES PAOLA ALEJANDRA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR

Dr. Vallenás Pedemonte, Francisco

AGRADECIMIENTO

A mis asesores, Dr. Vallenás Pedemonte, Francisco, Dra. Bazán Rodríguez, Elsi, Dr. Alcántara Díaz y Dr. Barrueta Vega Kumar, quienes me acompañaron en el proceso de elaboración de esta investigación y brindaron apoyo constante ayudando así al logro de una investigación satisfactoria y enriquecedora.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con todo cariño a mi familia por su apoyo y comprensión constante. A mis padres y hermana, por inculcarme el nunca desfallecer ante las adversidades y a perseverar hasta lograr mis metas. A Mis abuelos y tía por su amor y aliento principalmente durante mi desarrollo universitario.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

Métodos y materiales: Se realizó un estudio de tipo analítico, transversal, observacional y retrospectivo, tomándose los datos de las historias clínicas de los pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides recolectados mediante el empleo de ficha de recolección de datos validada por expertos, donde se ejecutó para las variables independientes el análisis de la prueba de chi-cuadrado y el odds ratio se cuantificó la relación entre la variable dependiente y las variables independientes procesada en el programa SPSS Statistics.

Resultados: De los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides, el 20% hicieron recidiva de la enfermedad, de los cuáles el 75% fue adulto, en cuanto al sexo el 80% fue femenino, el 75% tamaño de tumor >30 mm, el 80% presentaron afectación extra tiroidea, el 45% tuvieron compromiso ganglionar. Se observa que existe evidencia significativa para decir que el sexo, el tamaño de tumor, la afectación extra tiroidea y el compromiso ganglionar tienen relación con la presencia de recidiva ($p < 0.05$).

Conclusiones: De los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides en el periodo de 10 años se observó que el 20% tuvo recidiva de la enfermedad. Encontrándose al sexo, tamaño del tumor, afectación extra tiroidea y compromiso ganglionar factores condicionantes para la recidiva de cáncer papilar.

Palabras claves: *Cáncer papilar de tiroides, factores condicionantes, recidiva.*

ABSTRACT

Objective: To determine the conditioning factors for the recurrence of papillary thyroid cancer in patients sometimes a thyroidectomy of the head and neck service of the National Hospital Hipólito Unanue period 2010-2019.

Methods and materials: An analytical, cross-sectional, observational and retrospective study was carried out, taking the data of the medical records of patients undergoing thyroidectomy due to papillary thyroid cancer collected through the use of data collection sheet validated by experts, where it was executed for the independent variables, the analysis of the chi-square test and using odds ratio, the relationship between the dependent variable and the independent variables processed in the SPSS Statistics program was quantified.

Results: Of the 100 patients sometimes a thyroidectomy due to papillary thyroid cancer, 20% relapsed the disease, 75% of the patients were adults, 80% were female, 75% tumor size was > 30 mm, 80% had extra thyroid involvement, 45% had nodal involvement. There is significant evidence to tell the sex, size of the tumor, extra thyroid involvement and nodal involvement are related to the presence of recurrence ($p < 0.05$).

Conclusions: Of the 100 patients, sometimes a thyroidectomy for papillary thyroid cancer in the 10-year period was found that 20% had recurrence of the disease. Finding sex, tumor size, extra thyroid involvement and nodal involvement conditioning factors for recurrence of papillary cancer.

Keywords: *Papillary thyroid cancer, conditioning factors, recurrence.*

INTRODUCCIÓN

Los trastornos tiroideos representan en la actualidad una patología en aumento trayendo como consecuencia alta morbilidad y discapacidad no solo a nivel nacional sino también en el mundo. Se ha visto que la incidencia del cáncer de tiroides ha ido en aumentado en los 10 años últimos años.

En cuanto a las patologías malignas de la tiroides, el carcinoma diferenciado de tiroides representa el 80% siendo la patología oncológica de tiroides más común y representando únicamente el 2% de cánceres presentándose con frecuencia en hospitales a nivel nacional como lo es el Hospital Nacional Hipólito Unanue, siendo un hospital de referencia presenta una afluencia de pacientes considerable.¹

El tiempo prolongado de evolución de la enfermedad favorece el crecimiento de lesiones, su diseminación, así como su consecuente recidiva. El cáncer papilar de tiroides presenta capacidad metastásicos a largo plazo por lo que se requiere seguimiento minucioso y detección oportuna de pacientes con predisposición de presentar recidiva. El tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el que el paciente sea sometido a cirugía es un factor de suma importancia para el crecimiento de lesiones y diseminación de la enfermedad, por lo al reducir el tiempo de espera se estaría evitando lesiones de mayor tamaño, diseminación de la enfermedad y mayor probabilidad de recidiva de la enfermedad evitando así peor pronóstico para los pacientes.

El presente trabajo de investigación nos permite determinar si existen factores condicionantes para la recidiva de esta enfermedad en paciente que fueron sometidos ya a un procedimiento quirúrgico, tiroidectomía. La recidiva del cáncer es perjudicial para la vida de los pacientes, al tomar en cuenta los factores que predisponen a desarrollarlas; la prevención, y un seguimiento oportuno mejorarían a disminuir la incidencia y una mejora en su calidad de vida. Y sirva como ejemplo para nuevas investigaciones que les permitan afianzar sus resultados.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS.....	4
1.6.1. GENERAL	4
1.6.2. ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASE TEÓRICA	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	33
2.4. HIPÓTESIS	33
2.4.1. GENERAL	33
2.4.2. ESPECÍFICAS.....	34

2.5. VARIABLES.....	35
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	37
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	39
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	39
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
4.1. RESULTADOS	40
4.2. DISCUSIÓN.....	47
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
5.1. CONCLUSIONES	50
5.2. RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS.....	56

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: FACTORES CONDICIONANTES PARA LA RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES EN PACIENTES SOMETIDOS TIROIDECTOMÍA - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2010 A 2019.....	40
TABLA N°2: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN EDAD AL DIAGNÓSTICO	42
TABLA N°3: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN SEXO.....	43
TABLA N°4: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN TAMAÑO DEL TUMOR	44
TABLA N°5: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN AFECTACIÓN EXTRA TIROIDEA.....	45
TABLA N°6: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN COMPROMISO GANGLIONAR.....	46

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	57
ANEXO N°2: INSTRUMENTO	59
ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS.....	60
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	63

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la etapa de formación académica se pudo observar que los trastornos tiroideos representan en la actualidad una patología en aumento trayendo como consecuencia alta morbilidad y discapacidad no solo a nivel nacional sino también en el mundo.

Se ha visto que la incidencia del cáncer de tiroides ha aumentado 4.5% por año dentro de los 10 años pasados. Si bien no ha presentado aumento en cuanto a la mortalidad si se presenta como una tasa muy superior a la de otros tipos de cáncer. Asimismo, la mejora en cuando al diagnóstico por imágenes se ha relacionado con un tamaño tumoral disminuido. ¹

Según los datos más recientes alrededor de 26.000 casos nuevos de cáncer de tiroides fueron diagnosticados en América Latina en 2012 y el 82 % de ellos fue en mujeres menciona el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. ²

En el caso de tasa de mortalidad se presentaron en igualmente en primer lugar Ecuador y México con un 0,9, seguido de Colombia, Perú y Panamá. ²

En cuanto a las patologías malignas de la tiroides, el carcinoma diferenciado de tiroides representa el 80% siendo la patología oncológica de tiroides más común y representando únicamente el 2% de cánceres presentándose con frecuencia en hospitales a nivel nacional como lo es el Hospital Nacional Hipólito Unanue, siendo un hospital de referencia presenta una afluencia de pacientes con esta patología de aproximadamente 30 casos mensuales.

De los pacientes que padecen la enfermedad un 6 y 13% presentan invasión a estructuras vecinas, lo que hace que la morbimortalidad aumente y el tiempo de supervivencia del paciente se vea afectado.²

En cuanto a la realidad en nuestro país existe alta incidencia de cáncer de tiroides siendo esta el 15% de cánceres en general.

Dentro de los factores que condicionan la aparición de enfermedades tiroideas encontramos principalmente: edad avanzada, sexo femenino, raza blanca, consumo de tabaco, ingesta de yodo, antecedentes familiares, exposición a radiación, presencia de anticuerpos anti tiroideos, etc.

Captó la atención poder observar que el tiempo prolongado de evolución de la enfermedad favorece el crecimiento de lesiones su diseminación, así como su consecuente recidiva. El cáncer papilar de tiroides presenta capacidad metastásica a largo plazo por lo que se requiere seguimiento minucioso y detección oportuna de pacientes con predisposición de presentar recidiva.

Ante lo mostrado, el presente estudio, trató de indagar los factores que inducen a la recidiva de esta enfermedad en paciente que fueron sometidos ya a un procedimiento quirúrgico, tiroidectomía, por ello ante la pregunta del porqué en el Perú, la recidiva de este cáncer es perjudicial para la calidad de vida de los pacientes, al tomar en cuenta los factores que predisponen a desarrollarlas; la prevención, y un seguimiento oportuno mejorarían a disminuir la incidencia y una mejora en su calidad de vida.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son los factores condicionantes para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la asociación entre la edad al diagnóstico con la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre el sexo con la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre el tamaño del tumor con la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre afectación extra tiroidea con la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre compromiso ganglionar con la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

A pesar que el cáncer de tiroides causa una mortalidad baja representa una causa significativa de morbilidad en la población alrededor del mundo. En cuanto a las patologías malignas de la tiroides, el carcinoma diferenciado de tiroides representa el 80% siendo la patología oncológica de tiroides más común. ¹

El cáncer papilar de tiroides presenta capacidad metastásica a largo plazo por lo que se requiere seguimiento minucioso y detección oportuna. El tiempo

entre el diagnóstico de la enfermedad y el que el paciente sea sometido a cirugía es un factor de suma importancia para el aumento de tamaño de las lesiones y diseminación de la enfermedad, por lo que al acortar el tiempo de espera se estaría evitando lesiones de mayor tamaño, diseminación de la enfermedad y mayor probabilidad de recidiva de la enfermedad evitando así peor pronóstico para los pacientes.

Todo lo expuesto anteriormente fue la motivación para que esta investigación se realizara, teniendo como objetivo dar a conocer cuáles son los factores condicionantes para la aparición de recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Determinación espacial del estudio: Hospital Nacional Hipólito Unanue Cesar Vallejo 1390, El Agustino 15007.

Delimitación temporal y conceptual: Pacientes atendidos en el departamento de Cabeza y cuello con cáncer papilar de tiroides sometidos a tiroidectomía del Hospital Nacional Hipólito Unanue dentro 2010 del 2019.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación fue factible y viable porque el Hospital Nacional Hipólito Unanue es centro de referencia del país. Cuenta con especialistas en el tema y materiales necesarios para realizar la investigación. Teniendo las barreras de tiempo y una población reducida.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar los factores condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar el grado de implicancia de la edad al diagnóstico como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.
- Analizar el grado de implicancia de el sexo como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.
- Establecer el grado de implicancia de el tamaño del tumor como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.
- Evaluar el grado de implicancia de la afectación extra tiroidea como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.
- Identificar el grado de implicancia el compromiso ganglionar como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

1.7. PROPÓSITO

El presente trabajo tuvo como finalidad dar a conocer si existen factores condicionantes asociados a la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos previamente a procedimiento quirúrgico, tiroidectomía.

El tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el que el paciente sea sometido a procedimiento quirúrgico es un factor de suma importancia para que el tamaño de las lesiones sea superior y diseminación de la enfermedad, por lo al reducir el tiempo de espera se estaría evitando mayor probabilidad

de recidiva de la enfermedad. Contribuyendo a una mayor acción preventiva y mejora de la calidad vida de los pacientes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

- Internacionales

“Llamas-Olier AE, Cuéllar DI, et. al., Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia 2017” - Cáncer de tiroides papilar de riesgo intermedio: factores de riesgo para la aparición temprana recidiva en pacientes con excelente respuesta a la terapia inicial. Estudio de casos y controles, retrospectivo donde se documentaron diecisiete casos de enfermedad recurrente. Resultados: La recidiva estructural fue documentada en el 62.5% de los 17 pacientes y bioquímico en los 06 pacientes restantes. El modelo de regresión logística identificó una asociación significativa entre la recidiva temprana y implicación de pN1b: metástasis linfática de 2 o 3 ganglios (OR 10.81), captación lateral de ganglios linfáticos del cuello (OR 6.06), y pre-ablación de tiroglobulina > 10 ng / ml (OR 4.01).¹

“Zhang W, Jiao D, Liu B, et al., China 2016” - Análisis de los factores de riesgo que contribuyen a la recidiva del carcinoma papilar de tiroides en pacientes chinos que se sometieron a tiroidectomía total. Resultados: Estudio analítico retrospectivo con una población constituida por 536 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides. 65 pacientes, 12,1% del total, desarrollaron una recidiva de la enfermedad, y 471 pacientes no. En el análisis de regresión logística los resultados indicaron que el sexo masculino, edad ≥ 50 años, tamaño de tumor ≥ 1 cm, pobre diferenciación del tumor, multifocalidad de los ganglios linfáticos y metástasis pueden ser factores independientes que contribuyen a la recidiva de la enfermedad ($p < 0.001$).²

“Marín LF., Torres JL., et. al. Colombia 2018” - Predictores de recaída en carcinoma diferenciado de tiroides en Colombia. Resultados: Fueron incluidos 481 sujetos. El 85,7% eran mujeres y el 59,3% de la población fue mayor de 45 años. En el 97% de los casos se trató de carcinoma papilar. El promedio de seguimiento fue de $5,1 \pm 4,9$ años. La recaída tumoral se

documentó en el 16,8% de los sujetos con una mediana de tiempo de tres años desde la terapia inicial. Se encontró asociación entre recaída y el tamaño del tumor, extensión extra tiroidea, relación ganglios comprometidos/resecados centrales y totales y compromiso peri ganglionar en el análisis univariado. El número de ganglios totales comprometidos ≥ 2 (OR 4,10, IC 95% 1,07 - 4,85) y el valor de tiroglobulina estimulada $\geq 7,29$ ng/ml (OR 2,28, IC 95% 1,07-4,85, $p=0,031$) fueron los dos factores independientes asociados con recaída en el análisis multivariado.³

“Yong JS, Hyungju K, et. al., Hospital de la Universidad Nacional de Seúl. Corea, 2015” - Factores que afectan la recidiva regional del carcinoma de tiroides papilar convencional después de la cirugía: un análisis retrospectivo de 3381 pacientes. Estudio retrospectivo. Pacientes sometidos a tiroidectomía. La recidiva de la enfermedad se definió como estructural evidencia de enfermedad después del período de remisión. Resultados: Con respecto a la duración del seguimiento fue de 5.6 años como mediana. 75 experimentaron recidiva del total de 3381. El análisis univariante sugirió que recidiva regional se asoció con el tamaño del tumor, multifocalidad, extensión extra tiroidea, ganglio linfático metástasis, invasión linfática, invasión vascular y margen quirúrgico positivo. Sin embargo, el análisis multivariante mostró que solo el tamaño del tumor ($p < 0.001$), bilateralidad ($p < 0.001$), extensión extra tiroidea ($p = 0.049$), metástasis de ganglios linfáticos ($p < 0.001$) e invasión vascular ($p = 0.013$) fueron independientemente asociados con recidiva regional.⁴

“Hernández V., Maricela J., et. al., Instituto Mexicano del Seguro Social, México 2019” - Factores de riesgo asociados a recidiva de carcinoma papilar de tiroides. Resultados: Estudio retrospectivo donde se incluyeron pacientes sometidos a cirugía por cáncer papilar de tiroides con 10 años posterior al procedimiento, analizando variables tanto clínicas como bioquímicas siendo relacionadas con la recidiva de esta patología a largo

plazo. La muestra total fueron 91 pacientes. No se encontró como factor de riesgo para recidiva dentro de los antecedentes a historia familiar oncológica y enfermedad tiroidea previa a diferencia con tabaquismo (p 0,040).

Se encontraron a 27 pacientes con recidiva, 29% de la muestra total, que presentaron lesiones >3 cm (p 0,05), y cáncer papilar de tiroides multicéntrico (p 0,003) previo a su tiroidectomía siendo factores de riesgo para su recidiva.⁵

“Sastre J., Silvia A., et. al., Castilla-La Mancha, España 2018” - Resultados del seguimiento de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides en Castilla-La Mancha (2001-2015). Resultados: Más de la mitad del total eran mujeres, la edad promedio al diagnóstico fue de 48 años, histológicamente hubo mayor frecuencia en carcinoma papilar siendo el 93%. Se evidenció recidiva en el 22% de los pacientes, observándose factores condicionantes para la misma tales como: sexo masculino, mayor tamaño tumoral, multifocalidad, presencia de metástasis linfáticas o a distancia o de afectación extra tiroidea, así como la presencia de anticuerpos anti tiroglobulina con evolución desfavorable (p=0,001).⁶

“Chéreau, N., Buffet, C., et. al., Paris, Francia 2016” - Recidiva del carcinoma papilar de tiroides con metástasis a los ganglios cervicales laterales: factores predictivos y manejo quirúrgico. Resultados: Formaron parte 344 pacientes con metástasis a los ganglios cervicales. Veinticuatro pacientes fueron excluidos por no continuar con el seguimiento a largo plazo. Entre los 320 pacientes restantes, el tiempo de seguimiento en promedio fue de 8 años.

El 26% del total presentaron recidiva de ganglios linfáticos. Los análisis multivariados mostraron que las metástasis con extensión extra capsular y la relación de ganglios linfáticos en el compartimento lateral eran predictores independientes de enfermedad recidiva. El tiempo medio para que los pacientes fueran sometidos a una segunda operación fue de 19 meses siendo un 79% de re operaciones dentro de los 2 años posteriores a la tiroidectomía inicial.⁷

“Lee, S. G., Ho, J., Choi, J. B., et al., Seúl Corea , 2016” - Valores óptimos de corte de la relación ganglionar linfático que predicen la recidiva en el cáncer de tiroides papilar. Resultados: Se evaluó retrospectivamente 2294 pacientes que se había sometido a tiroidectomía total por cáncer papilar de tiroides de octubre 1985 a junio 2009. 138 presentaron recidiva de cáncer durante el período de seguimiento de 8 años. Análisis de regresión de Cox multivariante reveló que metástasis ganglionar linfática era independientemente predictivo de recidiva en pacientes (cociente de riesgos [OR]: 7.016, 95% intervalo de confianza [IC]: 3.72–12.986, P <0.001) Estratificación de riesgo combinada con estos Los valores de corte de metástasis ganglionar linfática pueden resultar útiles para determinar el tratamiento y estrategias de seguimiento para pacientes con PTC.⁸

“Raffaelli, M., De Crea, C., Sessa, L. et al., Roma Italia ,2018” - Factores de riesgo de recidiva local después de la disección lateral del cuello para el carcinoma papilar de tiroides. Resultados: Estudio retrospectivo donde se incluyeron 209 pacientes: 138 mujeres y 71 hombres con una edad promedio de 43 años. De los pacientes sometidos tiroidectomía total más disección de nivel VI más disección de linfonodos integral unilateral, dos pacientes presentaron recidiva ganglionar, que requirió re operación. Se comparó ambos grupos , los que presentaron recidiva y los que no y como resultado se obtuvo que no se encontraron diferencias con significancia respecto al sexo, el tamaño del tumor, la enfermedad multifocal, la invasión extra capsular, la variante histológica, el estadio.⁹

“Domínguez JM., Martínez M., et al., Santiago de Chile, Chile , 2017” - Riesgo de recidiva en cáncer diferenciado de tiroides: escala MINSAL. Resultados: Estudio analítico tipo retrospectivo con una población de 362 pacientes con diagnóstico de cáncer papilar de tiroides de los cuales el 84% mujeres de un promedio de edad de 44 años, tratados con tiroidectomía total, ablación selectiva con yodo radiactivo y levotiroxina y un tiempo de seguimiento durante una mediana de 4 años. El riesgo de recidiva se estimó

con MINSAL 2013, Clasificaciones ATA 2009 y ATA 2015, y riesgo de mortalidad con 7 y 8 Comité Conjunto Americano sobre Cáncer (AJCC) / sistemas TNM. Se consideró recidiva de la enfermedad bioquímica la presencia de Tg basal ≥ 1 ng/ml, en ausencia de enfermedad estructural. El total de pacientes que tuvieron persistencia de la enfermedad fueron 45 pacientes en el tiempo de seguimiento: 33 de ellos de tipo estructural y 12 bioquímico. Tasas de persistencia / recidiva en cada categoría de MINSAL 2013 fue 4.1%, 7.6%, 37.3% y 100%, respectivamente ($p < 0,01$). De los 317 pacientes que no tuvieron recidiva, se midió Tg-2G en 241: 233 (97%) tenían Tg $\leq 0,2$ ng/dL. De los 33 pacientes con enfermedad estructural, 28 (85%) tuvieron adenopatías cervicales, 3 (9%) metástasis pulmonares y 2 (6%) metástasis pulmonares y óseas.¹⁰

- **Nacionales**

“Saenz S. Perú, 2015” Validación de la estratificación dinámica modificada de riesgo de recidiva de carcinoma diferenciado de tiroides, en pacientes atendidos en el periodo 2004-2005 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Resultados: Estudio retrospectivo donde se encontró un promedio de 145 pacientes de los cuales el sexo femenino fue el 93% con edad 48 años en promedio. El riesgo relativo de recidiva fue de 7.06 en el grupo de respuesta aceptable, y 10.1 en el grupo de respuesta incompleta. En la EDRM, el riesgo relativo de recidiva fue de 3.83 en el grupo de respuesta aceptable, y 9.1 en el grupo de respuesta incompleta, comparados con el grupo de respuesta excelente ($p=0.001$).¹¹

2.2. BASE TEÓRICA

LA GLÁNDULA TIROIDES

La forma de la tiroides se asemeja al de una mariposa, se encuentra localizado en la región anterior del cuello. Formada por dos lóbulos posicionados a ambos lados de la tráquea y la laringe, conectados por el istmo. Tiene un peso aproximado de 20 gr durante la etapa adulta, siendo este sano.

Embriológicamente prolifera del suelo de la faringe durante la tercera semana de gestación. El segmento distal del conducto tirogloso persiste durante la etapa adulta y puede crecer constituyendo el lóbulo piramidal. Hay casos de alteraciones durante el mecanismo de descenso lo que puede originar patologías como quistes tiroglosos o tejido tiroideo aberrante. En otros casos no desciende a su posición normal y puede quedar como glándula única en una situación anómala denominada tiroides lingual.¹³

Vista desde el microscopio está constituida por folículos de tamaño variable, 15-500 µm de diámetro, los cuales se encuentran cubiertos por células epiteliales cilíndricas las cuales contienen sustancia coloidal. La sustancia coloidal está formada principalmente por la tiroglobulina, una glucoproteína, que contiene hormonas tiroideas dentro de su molécula. Una vez producida la secreción de hormonas y éstas han ingresado en los folículos, el epitelio folicular permite que la sangre las absorba de nuevo para llevarlas a la circulación de todo el sistema. Además, se puede identificar microscópicamente a las células para foliculares o células C, las cuales son secretoras de calcitonina.¹³

HORMONAS METABÓLICAS TIROIDEAS

Las hormonas que son secretadas por la tiroides son consideradas fundamentales tanto como para el crecimiento como para el desarrollo del ser humano. Son moléculas que contienen yodo, con suma importancia que radica desde la vida intrauterina, siendo fundamentales para el desarrollo cognitivo del neonato, participando también en aspectos metabólicos, producción de energía, ayudando en el mantenimiento de la función músculo-esquelética. efectos en la fisiología cardiovascular, el metabolismo óseo, y al crecimiento ponderal adecuado.¹⁴

Conforme el conocimiento de la fisiología de la tiroides se estudia se refleja la complejidad en su función y la del sistema endocrino, la síntesis de las hormonas, su liberación y el efecto final en las células blanco. Existen factores para que su función se realice con éxito, tales como: Un tirocito con estructura

y que cumpla su función de forma adecuada, como también que exista aporte de yodo y selenio.

Además, se debe tener en cuenta los transportadores de membrana funcionales para los mismos, ya sea a nivel de la membrana baso lateral como en la interface con el coloide. A este nivel es importante que se encuentren cantidades adecuadas de tiroglobulina, enzimas, transportadores tanto en sangre como en membrana que permitan que la hormona que se encuentra activa reconozca a los receptores en el núcleo.¹⁴

ORGANIFICACIÓN DE LA TIROGLOBULINA Y FORMACIÓN DE LAS HORMONAS TIROIDEAS

La tirosina es el sustrato principal de la tiroglobulina, se combina con el yodo durante la organificación de la tiroglobulina y dan lugar a las hormonas tiroideas. La enzima peroxidasa y su peróxido de hidrógeno acompañante se encuentra en la membrana apical de la célula tiroidea. Se encarga de unir a los iones yoduro a la tirosina para pasar a una forma oxidada del yodo, brindando el yodo oxidado justo en el lugar donde la molécula de tiroglobulina abandona el aparato de Golgi. Dentro del proceso de síntesis de hormonas, el primer producto es la monoyodotirosina. Ésta se unirá con un nuevo yodo en posición 5 para formar diyodotirosina. Ambas se unen entre sí mediante un proceso denominado reacción de acoplamiento.¹⁵

La tiroxina (T4) resulta de la unión de 2 moléculas de diyodotirosina, siendo el principal producto hormonal de la reacción de acoplamiento. La formación de triyodotironina (T3) se da a partir de la unión de monoyodotirosina con diyodotirosina. Para la formación de T4 debe alcanzarse el grado de yodación de la tiroglobulina adecuado, ya que si este no es el necesario se forman menos residuos de diyodotirosina que de monoyodotirosina.

REGULACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA

El hipotálamo y la adenohipófisis son los encargados de que exista cantidad adecuada de hormona tiroidea. Se ve involucrada en este proceso la hormona estimulante de la tiroides, tirotropina.

La tirotropina aumenta la secreción de T3 y T4. Su secreción se encuentra manejada por una hormona a nivel del hipotálamo, la hormona liberadora de tirotropina.¹⁵

Sus funciones son:

- Liberar hormonas tiroideas al torrente sanguíneo al elevar la proteólisis de la tiroglobulina.
- Aumenta la actividad de la bomba de yoduro. Incrementando así la captación de yoduro en las células glandulares en el coloide.
- Eleva la yodación de la tirosina (T4) para formar hormonas tiroideas y su tamaño y actividad.
- Eleva el número de células tiroideas.

En casos como la exposición al frío debido a un control fisiológico de la temperatura por los centros hipotalámicos se realiza un feed back positivo que aumenta la secreción de la hormona liberadora de tirotropina y, en consecuencia, de la hormona estimulante de la tiroides. Caso contrario en estados de ansiedad disminuyen la secreción de hormona estimulante de la tiroides. Al aumentar la hormona tiroidea en el torrente sanguíneo se reduce su secreción.¹⁵

MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS HORMONAS TIROIDEAS

En estudios a lo largo de los últimos años se han identificado y clonados dos tipos distintos de receptores a nivel del núcleo de las hormonas tiroideas (TRa y TRb) codificados por los genes cromosomas 17 y 3 respectivamente.

Al unirse la T3 con estos receptores nucleares da origen al complejo T3- TR, el cual, se une a secuencias específicas de DNA localizadas en zonas de regulación de genes las cuales responden a las hormonas tiroideas.¹⁶

Existen genes que regulan la síntesis de diversas proteínas cuya expresión es controlada por la T3. Tanto la T3 como T4 tienen como efecto producir calor. También tienen acción sobre la membrana citoplasmática, regulando el flujo transcelular de sustratos y cationes. A través este proceso activan el metabolismo energético, aumentando así el consumo de calorías, regulan

también la maduración y crecimiento de tejidos y el recambio de prácticamente todos los sustratos, vitaminas y hormonas.¹⁶

CÁNCER DE TIROIDES

Langhans en 1907 fue el pionero de la clasificación histológica para el cáncer de la glándula tiroides han sido realizados desde que, con bastante minuciosidad, dividió los tumores epiteliales de la glándula en siete grupos. Los tumores tiroideos fueron agrupados en tres grupos diferentes de cáncer: carcinoma escirroso, papilar y adenoma maligno por Graham en 1924. Posteriormente Dunhill, en 1931, los dividió en dos grupos: tumores diferenciados (tipo papilar y folicular) y los indiferenciados o anaplásicos, clasificación que obtuvo gran auge durante varios años por ser simple y razonable.¹⁴

Hazard y Smith presentaron una clasificación de tumores en 1964. La división consistía en cuatro grupos: papilar, folicular, medular y anaplásicos, la cual fue ampliamente aceptada. Fue Smith quien los reagrupó en grupos: tumores derivados de las células foliculares (papilar y folicular y anaplásicos) y los originados de las células parafoliculares (carcinoma medular). Esta clasificación ha sido la de mayor aceptación y empleada hasta la fecha.¹⁴

El cáncer papilar de tiroides es un tipo de cáncer de tiroides diferenciado que en su mayoría se manifiesta como un nódulo tiroideo palpable, pudiéndose encontrar un único nódulo o múltiple (bocio multinodular). Existe también los micro carcinomas papilares, denominados a aquellos tumores < a 1 cm y que no son palpables en forma muy significativa. Su detección ha ido en aumento por el mayor uso de ecografías para la evaluación de patología tiroidea asociado a la punción con aguja fina. Aunque puede existir el caso (5-10%) de que estos sean detectados posterior a la realización de una tiroidectomía total por enfermedad benigna en la anatomía patológica. Otra forma de presentación es la adenopatía cervical palpable que representa un 10 - 15%

de los casos. Sin embargo; en el caso de niños sigue siendo la forma que se presenta con mayor repetición.¹⁶

En menor porcentaje de presentación se encuentra la metástasis a distancia, la cual no es usual de presentarse, apareciendo en aproximadamente 1-2 % y se ha encontrado que el pulmón es el órgano que es afectado con mayor frecuencia.

Estudios recientes manifiestan que en el mundo la neoplasia endocrina más frecuente es el cáncer de tiroides con un rápido incremento de incidencia. Como se conoce existen dos tipos de cáncer de tiroides: El tipo diferenciado y el no diferenciado. Dentro de esta clasificación 90% de los casos corresponden a carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) y en esta sub división el carcinoma papilar abarca el 88% y en menor proporción el cáncer folicular.¹

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CÁNCER DE TIROIDES

Mundialmente los parámetros estadísticos de la forma de comportamiento con respecto a las variables edad, sexo y raza se mantiene igual. Alrededor del 5% de la población mundial padece de enfermedad tiroidea. En los últimos 10 años la incidencia de cáncer de tiroides ha ido en aumento de forma rápida en Latinoamérica”. Las cifras más significativas de aparición de casos en mujeres se observaron principalmente en Ecuador, con 16 por cada 100.000 habitantes. En el caso de tasa de mortalidad se presentaron en igualmente en primer lugar Ecuador y México, seguido por Colombia, Perú y Panamá.⁴

Dentro de los factores que condicionan la aparición de enfermedades tiroideas se consideran: Edad >45 años, sexo, consumo de tabaco, antecedentes familiares, exposición a radiación.^{4,5,6}

La incidencia de casos de cáncer de tiroides aumenta con la edad, pero se debe poner mayor énfasis en la infancia ya que se presenta con mayor agresividad y tendencia a metástasis.

Los datos epidemiológicos sobre este tópico son pocos, en USA se ha encontrado mayor incidencia en mujeres de raza blanca. Por otro lado estudios han reportado una mayor incidencia en filipinas y vietnamitas sin poder establecerse si está asociado a alimentación. ¹⁷

En cuanto a la prevalencia por sexo se ha encontrado una predisposición en el sexo femenino hasta de 8 veces más frecuente. En la incidencia por edades se ha encontrado predominio entre 40 a 50 años y en el sexo mayor aparición en el sexo femenino. ²

Esto resultados coinciden por lo reportado en otros estudios, en donde se concluye; existe predominio de presentación de esta patología en edad entre 35 y 40 años y mayor incidencia en sexo femenino. Dos veces más frecuente en mujeres, en cuanto al factor de riesgo raza ;3 veces más frecuente en raza blanca; y en edad en mujeres > 55 años y en varones >74 años. ³

Sin embargo, existen dos etapas de la vida en la cual esta incidencia logra igualarse, en la etapa pre-puberal y postmenopausia.

En el caso del bocio endémico, causado por el poco o nulo consumo de yodo, se ha visto relacionado con presentación elevada de cáncer del tipo folicular posiblemente asociado a estimulación crónica por la hormona TSH. Sin embargo, existe también asociación con la parte contraria, es decir, el aumento del aporte de yodo cuya fisiopatología aún se desconoce. Se ha descrito la co-existencia del cáncer diferenciados de tiroides con otras enfermedades tiroides especialmente inflamatorias como enfermedad de Hashimoto, tiroiditis linfocitaria y enfermedad de Graves, sin embargo, no está clara su relación. ¹⁷

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

La punción con aguja fina (PAF) es una excelente herramienta de diagnóstico del cáncer diferenciado de tiroides. Al encontrar un nódulo con características de malignidad como: La presencia de micro calcificaciones, un margen nodular no regular, flujo vascular dentro de la lesión o hipo ecogenicidad, orienta a su uso como diagnóstico.

El rendimiento es altísimo pudiendo encontrar solo en un 1% falsos positivos y 2% falsos negativos. Tiene la ventaja de muy baja morbilidad y puede realizarse posteriormente con el fin de realizar un seguimiento a un nódulo que haya podido salir negativo en punción previa, pero que ha podido tener variación entre los controles realizados y cambiando a tener características de sospecha. Puede solicitarse este procedimiento diagnóstico cuando el crecimiento de un nódulo es significativo (<20% en un año), más aún si el paciente se encontraba con terapia supresora con levotiroxina.¹⁹

ESTADIAJE

La etapificación es el proceso realizado posterior a la confirmación del diagnóstico de cáncer tiroideo. El American Joint Committee on Cancer brinda el sistema TNM. El TNM, considera factores propios de la diseminación del tumor y la edad del paciente al momento del diagnóstico. El examen físico y exámenes de ayuda diagnóstica como la ecografía suelen ser suficientes para determinar la extensión del tumor primario en algunos casos.

Idealmente se debe realizar una laringoscopia indirecta con el fin de observar la movilidad de las cuerdas vocales antes del procedimiento quirúrgico. Si la clínica sugiere infiltración de órgano contiguos como tráquea o esófago o se encuentra parálisis en una de las cuerdas vocales se recomienda realizar nasofibroscopía y resonancia nuclear magnética. La tomografía axial computada no es recomendable porque emplearía contraste con yodo pudiendo causar interferencia con eventual tratamiento de yodo radioactivo.

Una ecografía cervical dirigida es útil para la evaluación de los nódulos linfáticos cervicales (N) debido que hasta un 20% de los pacientes tienen adenopatías no palpables. Por esto, es recomendable que la evaluación de

los nódulos linfáticos incluya una ecografía cervical con el fin de detectar adenopatías subclínicas.¹⁹

Para la evaluación de metástasis a distancia (M) dependerá del compromiso local y regional que se tenga. La radiografía de tórax podría llegar a ser suficiente en casos en los cuales el tumor se encuentra localizado y no presenta metástasis a nivel linfático debido a que la probabilidad de metástasis a distancia sería muy poca. Caso contrario enfermedad local y regional avanzada se debe emplear estudios diagnóstico superiores como tomografía de tórax sin contraste.¹⁹

**Clasificación TNM del Cáncer Diferenciado de Tiroides según edad -
American Cancer Society**

ETAPA AJCC	EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO	AGRUPACIÓN POR ETAPAS	DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL CÁNCER DE TIROIDES DIFERENCIADO
I	Menores de 55 años de edad	Cualquier T	Tumor puede ser de cualquier tamaño
		Cualquier N	Puede o no propagado a los ganglios linfáticos adyacentes
		M0	No se ha propagado a sitios distantes
	55 años de edad o más	T1	Tumor ≤ 2 cm en tiroides
		N0 o NX	No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes
		M0	No se ha propagado a sitios distantes
	55 años de edad o más	T2	Tumor > 2 cm pero < 4 cm y está limitado a la tiroides

		N0 o NX	No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes
		M0	No se ha propagado a sitios distantes
II	Menores de 55 años de edad	Cualquier T	El cáncer puede ser de cualquier tamaño.
		Cualquier N	Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.
		M1	Se ha propagado a otras partes del cuerpo.
	55 años de edad o más	T1	Tumor \leq 2 cm en tiroides
		N1	Se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos
		M0	No se ha propagado a sitios distantes
	55 años de edad o más	T2	Tumor $>$ 2 cm pero $<$ 4 cm y está limitado a la tiroides
		N1	Se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos

		M0	No se ha propagado sitios distantes
	55 años de edad o más	T3a o T3b	T3a → Tumor > 4 cm pero no se extiende más allá de la glándula tiroides T3b → Ha crecido en los músculos infrahioideos alrededor de la tiroides
		Cualquier N	Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes
		M0	No se ha propagado a sitios distantes (M0).
III	55 años de edad o más	T4a	El cáncer es de cualquier tamaño y ha crecido extensamente más allá de la glándula tiroidea
		Cualquier N	Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes

		M0	No se ha propagado a sitios distantes
IVA	55 años de edad o más	T4b	Tumor de cualquier tamaño y ha crecido extensamente más allá de la glándula tiroidea hacia la columna vertebral o hacia los vasos sanguíneos grandes adyacentes
		Cualquier N	Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes
		M0	No se ha propagado a sitios distantes (M0).
IVB	55 años de edad o más	Cualquier T	El cáncer puede ser de cualquier tamaño
		Cualquier N	Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes
		M1	Se ha propagado a otras partes del cuerpo

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Cirugía

Dentro de los parámetros considerados para la decisión de indicar procedimiento quirúrgico se encuentra la extensión del tumor primario y la presencia de metástasis en los nódulos linfáticos a nivel cervical.

La cirugía, tiroidectomía total junto con el vaciamiento a nivel cervical, se ha convertido en el tratamiento de elección en el caso de metástasis clínicas evidentes.¹⁹

El tratamiento quirúrgico más adecuado para las cadenas ganglionares a nivel cervical es aun controvertido.

Dentro de las posibilidades de tratamiento en el campo quirúrgico se incluyen el vaciamiento cervical radical, el radical modificado, el selectivo (solo áreas con metástasis) y la resección "berry picking" en la que solo se resecan las grandes metástasis¹.

Si se encuentra metástasis a nivel cervical evidentes clínicamente, se prefiere un vaciamiento radical con preservación de ramas sensitivas cervicales "berry picking" para metástasis cervicales en cuellos previamente vaciados. La linfadenectomía extensa, se puede emplear también en casos de metástasis cervicales, han de tratarse quirúrgicamente. En Japón, el tratamiento con yodo radiactivo postoperatorio está restringido por ley, por lo que los cirujanos llevan a cabo vaciamientos cervicales profilácticos o selectivos centrales (área VI).²⁰

Técnica quirúrgica:

En el caso de la tiroidectomía total es considerado un tema de debate actualmente. Dentro de las ventajas de esta medida se incluyen:

- Disminución de la recidiva en el área.
- El tratamiento con yodo radioactivo es factible.
- Permite realizar un seguimiento con tiroglobulina.

En hospitales con alto porcentaje de casuística en este tipo de patología tiroidea (> 300 tiroidectomías por año) la morbilidad es mínima, confirmando la seguridad de la tiroidectomía total.

En el caso del cáncer diferenciado los tumores no suelen tener un tamaño mayor de 4 cm y no invaden estructuras a su alrededor, la tiroidectomía total es suficiente en aproximadamente el 80 % de los casos.

En casos unilaterales se emplea hemitiroidectomía o extirpación de un lóbulo. Al existir nódulos cervicales palpables que al ser biopsiados presenten biopsia positiva se puede emplear la disección cervical.

En caso de complicaciones como en aquellos tumores localmente avanzados, amerita la resección de músculos pre tiroideos o resecciones parciales de tráquea o esófago dependiendo el caso, llegando inclusive a considerar la resección del nervio laríngeo recurrente. Como todo procedimiento quirúrgico se presentan complicaciones como son la lesión del nervio laríngeo recurrente, paciente con disfonía, y la lesión de la paratiroides, paciente con hipocalcemia.¹⁹

Si bien es cierto se ha observado en diferentes estudios que las complicaciones post tiroidectomía total no son de riesgo elevado y con recuperación dentro de los primeros 3 meses luego de la operación, sin embargo, existe un mínimo porcentaje de casos en los que puede producirse lesiones graves como hipoparatiroidismo con dificultad de manejo o lesión irreversible del nervio laríngeo recurrente.²⁰

El hematoma cervical precoz producido hasta las 12 hrs post procedimiento es otra de las complicaciones poco frecuentes (1-2%) y la infección de herida operatoria que ocurre en menos del 1%.

En un porcentaje aproximado de 50-80% de los casos de cáncer diferenciado puede dar metástasis linfáticas. En esto caso la disección cervical estaría indicada solo cuando haya metástasis, ya sea determinada al examinar al paciente o con algún procedimiento de ayuda diagnóstico como la ecografía. El procedimiento incluye reseccionar enfermedad macroscópica y tejido linfático en riesgo de presentar metástasis. En este caso la disección debe

estar dirigida a extirpar la cadena yugular profunda, región supraclavicular y región para traqueal. El porcentaje de casos en los cuales se debe realizar la disección cervical bordea el 25%. Tratamiento con el radio-yodo está indicado en pacientes que presenten metástasis linfática a nivel microscópico.

La posibilidad de reaparición del cáncer a nivel linfático posterior a una tiroidectomía total y tratamiento con radio-yodo es aproximadamente un 10 – 15%.²⁰

El control regional de linfonodos afectados por metástasis no influye en la sobrevida de pacientes con cáncer papilar de tiroides, realizar disecciones con mayor limitación presenta riesgo de recurrencia. En cuanto a la morbilidad de la enfermedad es más frecuente la recidiva ganglionar a nivel para traqueal, donde existe también mayor riesgo de lesionar el nervio laríngeo recurrente y posibilidad de daño por isquemia de las glándulas paratiroides.²⁰

Yodo Radioactivo

El radio yodo se emplea en el post quirúrgico con el fin de permitir el seguimiento tumoral posterior con la tiroglobulina como marcador plasmático. Actuando erradicando los remanentes de tejido tiroideo normal. El yodo radioactivo es captado por células tiroideas y de la mayor parte de las células tumorales esto debido a su alta afinidad. Se irradia localizadamente la enfermedad tumoral persistente conocida o desconocida al momento del tratamiento. La enfermedad linfática microscópica es una patología con alta prevalencia. Esta puede ser descubierta y tratada con el empleo del yodo radioactivo y el rastreo sistémico.¹⁹

Alrededor de la 4ta semana post tiroidectomía se procede a la administración del yodo-131 verificando que el paciente se encuentra con niveles de TSH > 30 u/dl con el objetivo de elevar al máximo el yodo captado. Siete días posterior a la aplicación de la dosis se procede al rastreo sistémico para localizar el residuo y visualizar la existencia de metástasis.¹⁹

Supresión con Levotiroxina

El crecimiento de células cancerígenas remanentes al tratamiento con yodo-131 puede encontrarse al estimular la TSH. Se emplea levotiroxina en suplementación con el propósito de reemplazar la función tiroidea y suprimir la secreción de TSH a nivel hipofisario.

La dosis empleada que logra reducir los valores de TSH a valores $<0,1$, tomando precaución de ocasionar hipertiroidismo subclínico cuando los valores de T4 sobrepase el límite alto.¹⁹

SEGUIMIENTO

El método de seguimiento deberá establecerse de acuerdo al estadio clínico al diagnóstico (TNM) y habrá que ser relacionado con la recidiva de la enfermedad.

El dosaje de la tiroglobulina plasmática es uno de los métodos principalmente empleados, al ser producida exclusivamente por células tiroideas. Ya que es una proteína producida exclusivamente por células tiroideas benignas y malignas. El dosaje de esta proteína deberá ser indetectable posterior procedimientos como tiroidectomía total y radio yodo.

Es así como un aumento en el dosaje de tiroglobulina servirá para orientar enfermedad, incluso subclínica. La sensibilidad de este marcador mejora cuando se relación con el dosaje de TSH endógena o exógena. Otro método empleado es el rastreo sistémico con dosis bajas de radio yodo se debido a que puede localizar el sitio de la recurrencia. El nivel de yodo captado dependerá de factores como la masa del tumor, la dosis usada y la afinidad que tenga por el yodo.²⁰

Por último, la ecografía cervical es un examen auxiliar valioso para el seguimiento puesto que la mayoría de recurrencias de este cáncer aparecen en el cuello. Permite localizar con mayor exactitud nódulos linfáticos metastásicos que pueden ser punzados para certificar el diagnóstico.²⁰

PRONÓSTICO Y FACTORES ASOCIADOS A SU RECIDIVA

La tasa de curación en este subtipo de cáncer de tiroides es muy alentadora, se estima que alrededor de un 90% de los casos logra esta; sin embargo, hay un importante grupo de pacientes que fallecen por esta enfermedad y otro grupo que presenta recidiva de la enfermedad.⁴

El termino recidiva hace alusión a la reaparición del tumor tras un periodo menos largo con ausencia de enfermedad. Según su localización, puede darse a nivel local, regional (en los ganglios linfáticos), a distancia o metástasis.²⁰

El cáncer de tiroides es de crecimiento lento por lo que se cuenta con posibilidad de plantear la mejor intervención quirúrgica posible, y obtener mejores resultados y evitar la recidiva.¹⁹

Con el objetivo de estimar el riesgo de recurrencia, en 2009, la Asociación Americana de Tiroides propuso y validó la escala ATA 2009, que clasifica a los pacientes en 3 categorías de riesgo: alto, intermedio y bajo, según las características clínicas, histológicas y de laboratorio. Entre los elementos considerados, destacan que el impacto del compromiso ganglionar en la recidiva depende de la masa ganglionar comprometida y el rol cada vez menor de la extensión extra tiroidea mínima sobre el riesgo de recurrencia.¹⁰

Cuando se debe realizar una reintervención, la observación y el seguimiento de los pacientes son los pilares para saber cuándo hay que hacerlo.¹⁹

Para establecer el riesgo de los pacientes se consideran: edad, metástasis, extensión y tamaño. Se clasifica como riesgo bajo mujeres menores de 50 años y los hombres menores de 40 años que no cuenten con indicios de metástasis a distancia. Pueden también estar dentro de este grupo pacientes mayores con tumores papilares de tipo primario que midan menos de 5 cm y que no cuenten con indicios de invasión macroscópica extra tiroidea o a pacientes que no presenten invasión capsular o vascular de importancia.²¹

En cuanto a las mejores técnicas diagnósticas depende de la ubicación de la recidiva, si se presenta en cuello sería ideal emplear la ecografía. En el caso

de la recidiva se encuentra localizada a distancia se emplean técnicas de imagen como son tomografía de cuello y tórax, la radiografía de tórax y resonancia magnética.²⁰

La concentración elevada de tiroglobulina sérica es un factor, durante las evaluaciones postoperatorias, que indica que persiste el tumor cuando se encuentra en pacientes que han pasado por un cáncer de tiroides diferenciado.¹⁹

Los anticuerpos anti tiroglobulina también se miden para vigilar a los pacientes a quienes se les ha extirpado su glándula tiroides debido a cáncer tiroideo diferenciado aunque, en algunos casos, se pueden encontrar los anticuerpos anti tiroglobulina en el paciente que ha pasado por un cáncer de tiroides y sin embargo es posible afirmar que está en remisión si no hay hallazgos significativos en exámenes de imágenes de seguimiento.²⁰

El sistema TNM promovido por la Unión Internacional Contra el Cáncer y la American Joint Commission on Cancer no tuvo gran impacto inicialmente, ya que se consideraba que las metástasis a ganglios regionales no contaban un factor pronóstico en contra; por otra parte, el tamaño del tumor no tiene influencia en el pronóstico si se compara con la agresividad del tumor. Se presentaron casos de pacientes clasificados con buen pronóstico pero que fallecieron por cáncer.²⁰

Dentro de la gamma de factores predisponentes al padecimiento de recidiva de cáncer de tiroides se han determinado algunos con mal pronóstico, como: El tamaño tumoral se ha visto que entre mayor se en los pacientes presentan recurrencia, así como la extensión extra tiroidea. No se ha encontrado diferencia que sea estadísticamente significativa entre recidiva y tipo histológico, multifocalidad, compromiso capsular e invasión linfocelular.³

La edad al diagnóstico y el sexo no se asocian con recaída directamente en algunos estudios realizados.^{3,9} Sin embargo en un estudio retrospectivo de cohorte realizado en China en el año 2016 con una población total de 536 pacientes con diagnóstico de cáncer papilar de tiroides sometidos a tiroidectomía total. Se dividió a la población en 2 grupos: pacientes sin tumor

recurrente y pacientes con recidiva tumoral. El 12,1% del total desarrollaron una recidiva de la enfermedad. En el análisis de regresión logística los resultados indicaron que el sexo masculino, edad ≥ 50 años, contribuyen a la recidiva de la enfermedad.²

En el caso de metástasis a distancia o extensión extra tiroidea se identifican dos grupos. El de menor riesgo engloba pacientes con edad menor a 45 años, dentro de los cuales no se ha identificado extensión extra-tiroidea ni metástasis a distancia, este grupo posee un 99% de sobrevida. En el caso del segundo grupo constituido por pacientes con edad superior a 45 años con extensión extra tiroidea y metástasis con pronóstico dentro del rango de 30-40% a 20 años.¹

Estudios manifiestan que las metástasis linfáticas no predisponen una mejor sobrevida. Sin embargo; sí se conoce que, en pacientes con edad superior a 50 años, una determinante de peor sobrevida sería el hallazgo de metástasis a nivel linfático con medida > 3 cm más extensión extra capsular.¹

Esta patología puede presentar invasión a estructuras vecinas en un 6 y 13% de los casos, esto hace que la morbimortalidad aumente y el tiempo de sobrevida del paciente disminuya. Perú se encuentra entre los países de más alta incidencia de cáncer de tiroides con una cifra del 15% de cánceres en general.⁵

En cuanto a la técnica quirúrgica entre la tiroidectomía ampliada y lobectomía, no se encontraron asociación a la presencia de recidiva, en diversos estudios se ha expuesto que no existen diferencias entre los tipos de cirugía y el porcentaje de recidiva como es el caso de Iaim y cols., quienes analizaron a 889 pacientes que fueron sometidos a tiroidectomía parcial y total, total en 528 (59%) y lobectomía tiroidea en 361 (41%) de los casos. Se han reportado casos en los que se ha presentado metástasis posterior a una tiroidectomía total, esto asociado a la presencia de otros factores tales como: la edad, tamaño del tumor y tratamiento recibido posterior a la cirugía.²²

En el caso de Mazzaferri y cols., reportaron que la tasa de recidiva encontrada de tiroidectomía parcial fue casi 2 veces mayor que la tiroidectomía total/subtotal.

En el caso de tumores que median 1 cm o más, la lobectomía resultó en un mayor riesgo de recidiva y muerte, pero no observaron los mismos resultados en los pacientes con tumores menores de 1 cm. La cirugía de adenopatías se encuentra en un estudio constante debido a que no se cuenta con un consenso establecido sobre cuál de todas las técnicas es la más apropiada y la que se encuentra asociada en menor proporción con recidivas.²²

Se encontró relación entre la disección radical disección y la modificada completa de cuello. Lang y cols., realizaron un metanálisis donde exponen que los pacientes que se someten a tiroidectomía total y disección central profiláctica pueden tener un 35% de reducción de riesgo de recidiva local y regional en contraste a aquellos que se someten solo a tiroidectomía total.

Hay evidencia que los márgenes estaban asociados a la presencia de recidivas cuando estos estaban comprometidos, caso contrario al estar libres se observó que no evolucionaron a recidiva.²²

La extensión extra tiroidea, músculos pre tiroideos, lesión del nervio laríngeo recurrente, tráquea, laringe, faringe, piel, invasión de la cápsula, estadio IV del tumor y tamaño del mismo se asociaron de forma significativa con la presencia de recidiva local, regional y de tipo metástasis, comparable con lo expuesto en otros análisis donde los factores asociados fueron la extensión extra tiroidea, metástasis a ganglios linfáticos, que el tamaño del tumor sea superior a 2cm, metástasis a distancia y la tiroidectomía parcial. Al comparar grupos de pacientes con tumores circunscritos a la tiroides versus aquellos que presentaron metástasis a los ganglios linfáticos, se observó que el gran tamaño del tumor, niveles altos de tiroglobulina postoperatorios y un estadio TNM avanzado se asociaron con tasas de recidiva más elevadas (5,2 vs 31,5%).²²

En el caso de tumores más de 4 cm de diámetro y en los que el tumor tiene extensión extra tiroidea o hay presencia de metástasis ganglionares se ha

observado que la tasa de recidiva llega al 20-30%. Un 5% de los pacientes pueden debutar con metástasis. En los pacientes que presentan metástasis que mantienen afinidad por el radio yodo (^{131}I) la tasa de supervivencia es aproximadamente del 60% a los 10 años. Un porcentaje de pacientes con tumores que recidivan o son metastásicos desarrollan resistencia al ^{131}I . En este grupo de pacientes su supervivencia cae por debajo del 15% a los 10 años.

El dosaje de tiroglobulina no estimulada previa a la ablación, 30 días post cirugía, es un importante predictor de recidiva para pacientes con cáncer papilar de tiroides. Pacientes con una tiroglobulina previa a la ablación ≥ 10 ng / ml tuvieron 25.5 más posibilidades de experimentar fracaso terapéutico que aquellos con valores menores a 10 ng / ml. Aparentemente está relacionado con el tejido tiroideo normal que queda como remanente post cirugía, presente en casi todos los pacientes, este continúa sintetizando y liberando tiroglobulina después de la tiroidectomía. Por el contrario, pacientes con pre ablación postoperatoria valores de Tg <10 ng / ml solo tenían un 6% de probabilidad de tener una enfermedad persistente.¹

El tiempo prolongado de evolución de la enfermedad favorece el crecimiento de lesiones su diseminación, así como su consecuente recidiva. El cáncer papilar de tiroides presenta capacidad metastásica a largo plazo por lo que se requiere seguimiento minucioso y detección oportuna de pacientes con predisposición de presentar recidiva. El tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el que el paciente sea sometido a cirugía es un factor de suma importancia para el crecimiento de lesiones y diseminación de la enfermedad, por lo al reducir el tiempo de espera se estaría evitando lesiones de mayor tamaño, diseminación de la enfermedad y mayor probabilidad de recidiva de la enfermedad evitando así peor pronóstico para los pacientes.¹

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- Factores de riesgo: Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.²³
- Edad: Se define como el tiempo de vida desde el nacimiento, incluyendo pacientes pediátricos, adultos y geriátricos.²⁴
- Sexo: Características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres.²⁵
- Índice de masa corporal: Peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²).²⁶
- Hábitos nocivos: Grupo de conductas cuya práctica reiterativa vuelve propenso o causan daños al individuo.²⁷
- Antecedentes patológicos: Recopilación de datos de la salud de una persona con el fin de manejarlo darle óptimo seguimiento a su propia información de salud.²⁸
- Características clínicas: Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.²⁹
- Cáncer papilar de tiroides: Crecimiento sin control de células anormales derivado de las células foliculares de la glándula tiroidea.³⁰
- Tiroidectomía: Cirugía para extirpar toda la tiroides o parte de ella.³¹
- Cáncer recidivante: Reparición del cáncer en el lugar original del tumor u a otra parte del cuerpo, después de un período durante el cual el cáncer fue indetectable.³²

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

Hi: Existen factores de riesgos condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

Ho: No existen factores de riesgos condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del

servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

2.4.2. ESPECÍFICOS

Hi: La edad al diagnóstico es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

H0: La edad al diagnóstico no es un factor condicionante para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

Hi : El sexo es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

H0 : El sexo no es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

Hi : El tamaño del tumor es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

H0 : El tamaño del tumor no es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

Hi: La afectación extra tiroidea es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

H0: La afectación extra tiroidea no es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

Hi: El compromiso ganglionar es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

H0: El compromiso ganglionar no es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente: Recidiva de cáncer papilar de tiroides

Variables independientes: Factores condicionantes

- Edad al diagnóstico
- Sexo
- Tamaño del tumor
- Afectación extra tiroidea
- Compromiso ganglionar

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Recidiva: 2/3 criterios

- Niveles de Tiroglobulina $\geq 1-10$ mg / ml
- Aumento progresivo de anticuerpos anti tiroglobulina en el seguimiento consecutivo
- Hallazgos concluyentes de ultrasonido, radiografía o tomografía evidencia de enfermedad después de un periodo de remisión de 1 años.

Edad al diagnóstico:

- Adulto: $\geq 18 < 60$ años
- Geriátrico ≥ 60 años

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Tamaño del tumor:

- ≤ 30 mm
- > 30 mm

Afectación extra tiroidea:

- Si afectación extra tiroidea
- No afectación extra tiroidea

Compromiso ganglionar:

- Si compromiso ganglionar
- No compromiso ganglionar

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Es analítico de casos y controles porque se investigó relaciones entre las variables, así como se investigará en los factores de riesgos condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo 2010- 2019.
- Es transversal porque los datos utilizados para este estudio fueron recolectados una sola vez.
- Es observacional porque no se modificó a voluntad propia una o algunas de las variables del fenómeno estudiado.
- Es retrospectivo porque los datos utilizados para este estudio fueron recolectados directamente de historias clínicas pasadas de pacientes sometidos a tiroidectomía.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- Es explicativo porque dos o más variables se relacionan
- No experimental

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: 110 pacientes con cáncer papilar de tiroides sometidos a tiroidectomía en el departamento de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre 2010-2019. Después de pasar por los criterios de inclusión y exclusión dio un resultado de 100 pacientes con cáncer papilar de tiroides sometidos a tiroidectomía.

- Criterios de inclusión:

Pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides atendidos en el servicio de cabeza y cuello entre 2010- 2019

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes con historias clínicas completas

- Criterios de exclusión:

Pacientes sometidos a tiroidectomía por otras patologías tiroideas

MUESTRA: Por ser una población pequeña se utilizó el total de ella para el estudio: 100 pacientes, siendo:

Casos: Pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides que presenten recidiva atendidos en el servicio de cabeza y cuello entre 2010- 2019

Controles: Pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides que no presenten recidiva atendidos en el servicio de cabeza y cuello entre 2010- 2019

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se contó con la aprobación del proyecto por el comité de investigación y el de ética del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se envió también una solicitud al departamento de estadística con firma y sello del servicio de Cabeza y cuello para poder obtener las historias clínicas.

Una vez obtenido el permiso se solicitó al departamento de archivos las historias clínicas para la obtención de datos. La recolección de datos se hizo a través de fichas de recolección de datos anteriormente validada.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron obtenidos del análisis documental de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue que cuentan con diagnóstico de

cáncer papilar de tiroides y recolectados mediante la ficha de recolección de datos validada por expertos y posteriormente digitalizada en Microsoft Excel. Fueron procesados usando el programa SPSS para su procesamiento de la data.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el análisis descriptivo de las variables, frecuencia y fue plasmado en tablas según el tipo de variables. Debido a la presencia de variables cualitativas en el estudio, se usó la distribución de frecuencias absolutas y relativas con intervalos de confianza respetivos.

Se desarrolló un nivel de significancia estadística $p < 0,05$ y de confianza al 95%.

En el caso de las variables cualitativas el análisis inferencial fue aplicando la prueba de chi-cuadrado. Mediante el modelo de regresión logística binaria. Se empleó el odds ratio para evaluar posibilidad que la enfermedad se presente en los caso frente al riesgo que ocurra en los controles.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se resguardó la confidencialidad de los pacientes que formaron parte de la presente investigación mediante los principios éticos, al mantenerse en todo momento su anonimato y resultados sobre su enfermedad, evitando perjudicar su integridad.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Se revisó 110 historias clínicas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, al pasar por los criterios de inclusión y exclusión dio un resultado de 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides del departamento de Cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue del 2010 al 2019.

Al analizar los factores condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides de se hallaron los siguientes resultados:

TABLA N°1: FACTORES CONDICIONANTES PARA LA RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES EN PACIENTES SOMETIDOS TIROIDECTOMÍA - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2010 AL 2019.

FACTORES		RECIDIVA				Chi - cuadrado de Pearson	p-valor	Odds ratio
		Positivo		Negativo				
		N°	%	N°	%			
EDAD	Adulto	15	75%	60	75%	0,000	1,000	No aplicable
	Geriátrico	5	25%	20	25%			
SEXO	Femenino	16	80%	77	96,3%	6,490	0,011	>1
	Masculino	4	20%	3	3,8%			
TAMAÑO DEL TUMOR	≤30 mm	5	25%	40	50%	4,040	0,044	<1
	>30 mm	15	75%	40	50%			
AFECTACIÓN EXTRA TIROIDEA	Si afectación extra tiroidea	16	80%	23	28,8%	17,665	0,001	>1
	No afectación extra tiroidea	4	20%	57	71,3%			
COMPROMISO GANGLIONAR	Si compromiso ganglionar	9	45%	13	16,3%	7,707	0,006	>1
	No compromiso ganglionar	11	55%	67	83,8%			
TOTAL		20	20%	80	80%			

Fuente: Ficha de Recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1, se observa que, de los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides, el 80% (80) fueron los controles al no presentar recidiva y el 20% (20) hicieron recidiva de la enfermedad siendo estos los casos, de los cuáles el 75% (15) fue adulto, el 25% (5) fue paciente geriátrico, en cuanto al sexo el 80% (16) fue femenino y el 20% (4) fue masculino, el 25% (5) presentaron tamaño de tumor ≤ 30 mm y el 75% (15) tamaño de tumor > 30 mm, el 80% (16) presentaron afectación extra tiroidea mientras que un 20% (4) no la presentaron, el 45%(9) tuvieron compromiso ganglionar y el 55%(11) no lo tuvo. Así mismo, se observa que existe evidencia significativa para decir que el sexo, el tamaño de tumor, la afectación extra tiroidea y el compromiso ganglionar tienen relación con la presencia de recidiva ($p < 0.05$).

TABLA N°2: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN EDAD AL DIAGNÓSTICO.

FACTORES		RECIDIVA				Chi - cuadrado de Pearson	p- valor	Odds ratio
		Positivo		Negativo				
		N°	%	N°	%			
EDAD	Adulto	15	75%	60	75%	0,000	1,000	No aplicable
	Geriátrico	5	25%	20	25%			
TOTAL		20	20%	80	80%			

Fuente: Recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2, se observa que, de los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides, el 20% (20) hicieron recidiva de la enfermedad, de los cuáles el 75% (15) fue adulto, el 25% (5) fue paciente geriátrico. Se observa que no existe evidencia significativa para la asociación de esta variable con la presencia de recidiva ($p > 0.05$).

TABLA N°3: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN SEXO.

FACTORES		RECIDIVA				Chi - cuadrado de Pearson	p- valor	Odds ratio
		Positivo		Negativo				
		N°	%	N°	%			
SEXO	Femenino	16	80%	77	96,3%	6,490	0,011	>1
	Masculino	4	20%	3	3,8%			
TOTAL		20	20%	80	80%			

Fuente: Recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 3, se observa que, de los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides, el 20% (20) hicieron recidiva de la enfermedad, de los cuáles el 80% (16) fue femenino y el 20% (4) fue masculino. Se evidencia asociación significativa de esta variable con la presencia de recidiva ($p < 0.05$). Por lo que se aplica el odds ratio encontrándose este superior a 1 significando que su presencia se asocia al desarrollo de recidiva.

TABLA N°4: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN TAMAÑO DEL TUMOR.

FACTORES		RECIDIVA				Chi - cuadrado de Pearson	p- valor	Odds ratio
		Positivo		Negativo				
		N°	%	N°	%			
TAMAÑO DEL TUMOR	≤30 mm	5	25%	40	50%	4,040	0,044	<1
	>30 mm	15	75%	40	50%			
TOTAL		20	20%	80	80%			

Fuente: Recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 4, se observa que, de los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides, el 20% (20) hicieron recidiva de la enfermedad, de los cuáles el 25% (5) presentaron tamaño de tumor ≤ 30 mm y el 75% (15) tamaño de tumor > 30 mm. Se registró asociación significativa de esta variable con la presencia de recidiva ($p < 0.05$). Por lo que se aplicó el odds ratio encontrándose este < 1 por lo que significa que la asociación es negativa y su presencia no se asocia con mayor riesgo de recidiva.

TABLA N°5: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN AFECTACIÓN EXTRA TIROIDEA.

FACTORES			RECIDIVA				Chi - cuadrado de Pearson	p- valor	Odds ratio
			Positivo		Negativo				
			N°	%	N°	%			
AFECTACIÓN EXTRA TIROIDEA	Si afectación extra tiroidea	Músculo peri tiroideo	14	70%	23	28,8%	17,665	0,001	>1
		Tráquea	2	10%	0	0%			
	No afectación extra tiroidea		4	20%	57	71,3%			
TOTAL			20	20%	80	80%			

Fuente: Recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 5, se observa que, de los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides, el 20% (20) hicieron recidiva de la enfermedad, de los cuáles el 80% (16) presentaron afectación extra tiroidea, dentro de los cuales se presentó con mayor frecuencia la afectación de músculo peri tiroideo siendo el 70%. E 20% (4) de pacientes que hicieron recidiva de la enfermedad no presentaron afectación extra tiroidea. Se registra la asociación significativa de esta variable con la presencia de recidiva ($p < 0.05$). Por lo que se aplicó el odds ratio encontrándose este superior a 1 significando que su presencia se asocia al desarrollo de recidiva.

TABLA N°6: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES SEGÚN COMPROMISO GANGLIONAR.

FACTORES		RECIDIVA				Chi - cuadrado de Pearson	p- valor	Odds ratio
		Positivo		Negativo				
		N°	%	N°	%			
COMPROMISO GANGLIONAR	Si compromiso ganglionar	9	45%	13	16,3%	7,707	0,006	>1
	No compromiso ganglionar	11	55%	67	83,8%			
TOTAL		20	20%	80	80%			

Fuente: Recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6, se observa que, de los 100 pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides, el 20% (20) hicieron recidiva de la enfermedad, de los cuáles el 45% (9) tuvieron compromiso ganglionar y el 55% (11) no lo presentó. Se registra la asociación significativa de esta variable con la presencia de recidiva ($p < 0.05$). Por lo que se aplica el odds ratio encontrándose este superior a 1 significando que su presencia se relaciona a mayor desarrollo de recidiva.

4.2. DISCUSIÓN

La presente tesis tiene como objetivo expresar los factores condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía, obteniendo resultados importantes que son propicios discutir con los antecedentes mencionados al inicio de la investigación.

Según estudio realizado por Zhang W, et al.² estudio retrospectivo con una población constituida por 536 pacientes de los cuales el 12,1% del total, desarrollaron una recidiva de la enfermedad. En el análisis de regresión logística los resultados indicaron que la edad ≥ 50 años puede ser factor independiente que contribuye a la recidiva de la enfermedad ($p < 0.001$). Sin embargo; en nuestro estudio si bien el 75% (15) de pacientes que presentaron recidiva fueron adultos no se encontró asociación entre ambas variables ($p = 1.000$) concordando con el estudio de Marín LF., et. al.³ donde la edad al diagnóstico no se asoció con recidiva ($p = 0,408$).

En cuanto a la variable independiente, sexo se encontró en nuestra investigación que se encontraba asociada con la presencia de recidiva de cáncer papilar de tiroides ($p = 1.000$) siendo el sexo femenino predisponente para mayor riesgo ($OR > 1$). Contrastando con estudios realizados por Julia S., al.⁶ en cuyo estudio se evidenció ser varón como factor condicionante para la recidiva, al igual que Zhang W, et al.² estudio retrospectivo de cohorte que dentro del análisis de regresión logística los resultados indicaron que el sexo masculino puede ser factor que contribuye a la recidiva de la enfermedad ($p < 0.001$). Sin embargo; contrario a los estudios mencionados que asocian al sexo como factor condicionante el estudio de Marín LF., et. al.³ revela que el sexo no se asoció con recidiva ($p = 0,701$) en su estudio retrospectivo realizado incluidos 481 sujetos. El 85,7% eran mujeres. Al igual que en el estudio llevado a cabo en Italia por Raffaelli, M., et al.⁹ donde no se encontraron diferencias con significancia respecto al sexo ($p > 0,05$)

Respecto al tamaño del tumor del 20% de pacientes que hicieron recidiva de la enfermedad, el 75% presentó tamaño de tumor > 30 mm. Se registró

asociación significativa de esta variable con la presencia de recidiva ($p < 0.05$) y $OR < 1$ por lo que significa que la asociación es negativa y su presencia no se asocia con mayor riesgo de recidiva. En investigaciones realizadas se evidencia la asociación entre ambas variables como las realizadas por Marín LF., et. al.³ encontrándose asociación entre recidiva y el tamaño del tumor ($p < 0.001$) siendo más frecuente al tener > 3 cm. Víctor H., et. al.⁵ en su investigación realizada en México se encontraron a 27 pacientes con recidiva, 29% de la muestra total, que presentaron lesiones > 3 cm ($p = 0,05$) al igual que en el estudio realizado por Julia S., et. al.⁶ en España en el cual el tamaño tumoral > 3 cm se asoció con recidiva ($p,001$) sosteniendo la asociación de ambas variables. Contrastando con nuestro estudio al presentar un $OR = 1,83$ similar al estudio realizado por Yong JS, et. al.⁴ el análisis univariante sugirió que la recidiva regional se asoció con el tamaño del tumor ($p < 0.001$) y se evidenció que a mayor tamaño tumoral el riesgo de recidiva aumentaba, tamaño tumoral > 1 cm presentó un $OR = 1.6$. Si bien la gran mayoría de investigación evidencian una asociación entre el tamaño del tumor y la recidiva en la realizada por Raffaelli, M., et al.⁹ no se encontraron diferencias con significancia al respecto ($p > 0,05$).

La afectación extra tiroidea se encontró 80% (16) de los pacientes que presentaron recidiva mientras que un 20% (4) no la presentaron. Se registró asociación significativa ($p < 0.05$). Por lo que se aplicó el odds ratio encontrándose este $OR > 1$. Esto es avalado por Yong JS, et. al.⁴ quien realizó un estudio en Seul, Korea en el análisis multivariante mostró que extensión extra tiroidea ($p = 0.049$), fue independientemente asociada con recidiva regional con un $OR = 2$. Siguiendo esa misma pauta Julia S., et. al.⁶ refiere también la asociación entre ambas variables, afectación extra tiroidea y recidiva, ($p < 0.001$) y obteniendo como resultado un $OR = 2$. Marín LF., et. al.³ realizó un estudio en Colombia donde fueron incluidos 481 sujetos. El 85,7% eran mujeres y el 59,3% de la población fue mayor de 45 años. 81 de ellos presentaron afectación extra tiroidea. Se encontró asociación entre afectación extra tiroidea y recidiva de cáncer papilar ($p < 0.001$).

Referente al compromiso ganglionar y la recidiva de cáncer papilar de tiroides se registra la asociación significativa entre ambas variables ($p < 0.05$). Así mismo el valor de OR > 1 significando que su presencia se relaciona a mayor desarrollo de recidiva. Lo encontrado en nuestro estudio es similar al de Llamas-Olier AE, et. al.¹ Estudio retrospectivo donde se documentaron 17 casos de enfermedad recidivante. El modelo de regresión logística identificó una asociación significativa entre la recidiva temprana y implicación de metástasis linfática ($p < 0.011$, OR = 10.81). Chéreau, N., et. al.⁷ en el análisis multivariado realizado en su estudio mostraron que las metástasis a ganglios linfáticos eran predictores independientes de enfermedad recidivante ($p = 0.02$). Así también Lee, S. et al.⁸ refiere que presentar metástasis ganglionar linfática era independientemente predictivo de recidiva en pacientes ($P < 0.001$, OR = 7.016).

A pesar de haber realizado un análisis aplicando la prueba de chi cuadrado, y habiendo arrojado un nivel de significancia ($p < 0.05$) en las variables sexo, tamaño de tumor, afectación extra tiroidea y compromiso ganglionar. Se realizó un análisis empleando el riesgo relativo, para hallar si el riesgo aumentaba al presentar alguna de estas variables en el grupo expuesto a comparación del no expuesto, siendo el sexo, la afectación extra tiroidea y compromiso ganglionar las variables más significativas en el estudio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Existen factores asociados a la recidiva de cáncer papilar de tiroides encontrándose al sexo, tamaño del tumor, afectación extra tiroidea y compromiso ganglionar dentro de estos.

Dentro de los factores condicionantes no se encontró a la edad al diagnóstico como un predisponente a producir recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.

El sexo es un factor asociado a recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía siendo el sexo femenino el de mayor riesgo.

Los pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides que hayan presentado un tamaño del tumor >30mm se considera como un factor asociado a la recidiva de la enfermedad.

Pacientes con cáncer papilar de tiroides que hayan presentado afectación extra tiroidea presentan mayor posibilidad de presentar recidiva de la enfermedad posterior a ser sometidos a procedimiento quirúrgico.

El compromiso ganglionar en pacientes con cáncer papilar de tiroides sometidos a tiroidectomía representa un factor asociado a la recidiva de la enfermedad aumentando también su posibilidad de ocurrir al presentarse.

5.2. RECOMENDACIONES

De tomar en cuenta a la evaluación de los pacientes sometidos a tiroidectomía estos factores condicionantes se puede ayudar a identificar pacientes que requieren vigilancia estrecha. La prevención, y un seguimiento oportuno mejorarían a disminuir la incidencia y una mejora en su calidad de vida.

Sugerimos ampliación de estudio sobre la edad al diagnóstico como un predisponente a producir recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía debido al contraste con otras investigaciones donde si existe relación entre ambas variables.

Se recomienda tener mayor detalle en el seguimiento de pacientes de sexo femenino al ser este un factor asociado a recidiva de cáncer papilar de tiroides en nuestro estudio.

El tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el que el paciente sea sometido a cirugía es un factor de suma importancia para el aumento de tamaño de las lesiones y diseminación de la enfermedad, por lo que al acortar el tiempo de diagnóstico y espera para el procedimiento se estaría evitando lesiones de mayor tamaño, diseminación de la enfermedad y mayor probabilidad de recidiva de la enfermedad evitando así peor pronóstico para los pacientes.

Recomendamos tomar especial atención a pacientes que durante su diagnóstico de cáncer papilar de tiroides o durante la intervención quirúrgica, tiroidectomía, se encontró compromiso ganglionar puesto que este predispone la aparición de recidiva de este cáncer según nuestro estudio y estudios similares a este.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llamas-Olier AE, Cuéllar DI, Buitrago G. Tiroides papilar de riesgo intermedio Cáncer: factores de riesgo de recidiva temprana en pacientes con excelente respuesta a la terapia inicial. *Tiroides*. 2018 Oct; 28 (10): 1311-1317.
2. Zhang W, Jiao D, Liu B, Sun S. Análisis de los factores de riesgo que contribuyen a la recidiva del carcinoma papilar de tiroides en pacientes chinos que se sometieron a tiroidectomía total. *Med Sci Monit*. 2016;22:1274–1279.
3. Marín LF , Torres JL. , , et. al. Predictores de recaída en carcinoma diferenciado de tiroides en Colombia. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo* 2019
4. Yong JS, Hyungju K, Su-Jin K, June YC, Kyu EL, Young JP, y col. Factores que afectan la recidiva regional del carcinoma de tiroides papilar convencional después de la cirugía: un análisis retrospectivo de 3381 pacientes. *Ann Surg Oncol* 2015; 22: 3543-9.
5. Hernandez V. , Maricela J. , et. al. Factores de riesgo asociados a recidiva de carcinoma papilar de tiroides. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2019; 79: 67-74.
6. Sastre J. , Silvia A. , et. al. Resultados del seguimiento de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides en Castilla-La Mancha (2001-2015). Estudio CADIT-CAM. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2018.
7. Chéreau, N., Buffet, C., Trésallet, C., Tissier, F., Leenhardt, L. y Menegaux, F. (2016). Recidivadel carcinoma papilar de tiroides con metástasis a los ganglios cervicales laterales: factores predictivos y manejo quirúrgico. *Cirugía*, 159 (3), 755–762.
8. Lee, S. G., Ho, J., Choi, J. B., Kim, T. H., Kim, M. J., Ban, E. J., Chung, W. Y. (2016). Valores óptimos de corte de la relación ganglionar linfático que predicen la recidivaen el cáncer de tiroides papilar. *Medicine*, 95 (5), e2692.

9. Raffaelli, M., De Crea, C., Sessa, L. *et al.* Risk factors for local recurrence following lateral neck dissection for papillary thyroid carcinoma. *Endocrine* 63, 310–315 (2019)
10. Dominguez JM., et al . Riesgo de recidiva en cáncer diferenciado de tiroides: escala MINSAL. *Rev. méd. Chile*, Santiago , v. 146, n. 3, p. 282-289, marzo 2018 .
11. Saenz S. Validación de la estratificación dinámica modificada de riesgo de recidiva de carcinoma diferenciado de tiroides, en pacientes atendidos en el periodo 2004-2005 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. [master]Perú (PE): Universidad Nacional Mayor de San Marcos:2015, 39p.
12. Medicina interna Farreras-Rozman (14ª edición). Editorial: Doyma. Vol II; 255:2323-4.
13. García-García C. Fisiología tiroidea. *Med Int Méx.* 2016 sep;32(5):569-575.
14. Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica 11º edición. Editorial: Elsevier Saunders;79:985-990
15. William F. Ganong. Fisiología médica 20º edición. Editorial: Manual Moderno; 21:366-368
16. Jorge Félix Rodríguez Ramos¹, Acela María Boffill Corrales², Luís Alberto Rodríguez Soria. Factores de riesgo de las enfermedades tiroideas. *Hospital del Seguro Social Ambato. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río.* Septiembre-octubre, 2016; vol 20 (5):628-638
17. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016; 26(1):1-133.

18. Andrés Chala, Humberto Franco, Carlos Aguilar, Juan Cardona. Estudio descriptivo de doce años de cáncer de tiroides, Manizales, Colombia. *Rev Colomb Cir.* 2010;25:276-89
19. Jorge Félix Rodríguez Ramos, Acela María Boffill Corrales, Luis Alberto Rodríguez Soria. Factores de riesgo de las enfermedades tiroideas. Hospital del Seguro Social Ambato. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río.* Septiembre-octubre, 2016; vol 20 (5):628-638
20. J. Jonklaas et al. The Impact of Age and Gender on Papillary Thyroid Cancer Survival. *J Clin Endocrinol Metab*, June 2012, 97(6):E878–E887
21. Sánchez, Gabriel; Gutiérrez, Claudia; et al. Carcinoma diferenciado de la glándula tiroidea: hallazgos en 16 años de manejo multidisciplinario *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 29, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 102-109
22. Alfonso Javier Carrasco Guevara, et al. Diferentes técnicas quirúrgicas en el tratamiento del cáncer papilar de tiroides y los factores asociados a la presencia de recidivas tumorales. *Revista Latinoamericana de Hipertensión.* Vol. 13 - Nº 2, 2018
23. Organización Mundial de la Salud. Buscador de términos. Temas de salud. “Factor de riesgo”. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
24. Diccionario de la Real Academia de la lengua española. “Edad”. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
25. Organización Mundial de la Salud. Buscador de términos. Temas de salud. “Sexo”. Disponible en: <https://www.who.int/topics/sex/es/>
26. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. 10 datos sobre obesidad. “Índice de Masa Corporal”. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
27. Organización Mundial de la Salud. 2018. “Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones”. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
28. Instituto Nacional del cáncer. Diccionario de cáncer. “Antecedentes personales”. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/antecedentes-personales>

29. Guía Medicinal. “Signos y síntomas – Diferencias”.
<http://ww1.guamedicinal.com/?subid1=66cae3d6-2a7b-11ea-8d84-f43b090472fe>
30. Asociación Española de Cáncer de Tiroides. 2012. “El cáncer de tiroides”. Disponible en: <https://www.aecat.net/el-cancer-de-tiroides/tipo-de-cancer-de-tiroides/carcinoma-papilar-de-tiroides-cp/>
31. Instituto Nacional del cáncer. Diccionario de cáncer. “Tiroidectomía”. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/tiroidectomia>
32. Instituto Nacional del cáncer. Diccionario de cáncer. “Recidiva”. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/recidiva>

ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES CONDICIONANTES			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
EDAD AL DIAGNÓSTICO	Adulto: $\geq 18 < 60$ años Geriátrico: ≥ 60 años	Cualitativa ordinal	Ficha de recolección de datos
SEXO	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
TAMAÑO DEL TUMOR	≤ 30 mm > 30 mm	Cualitativa ordinal	Ficha de recolección de datos
AFECTACIÓN EXTRA TIROIDEA	Si afectación extra tiroidea No afectación extra tiroidea	Nominal	Ficha de recolección de datos

COMPROMISO GANGLIONAR	Si compromiso ganglionar No compromiso ganglionar	Nominal	Ficha de recolección de datos
------------------------------	--	---------	-------------------------------

VARIABLE DEPENDIENTE: RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES	Tiroglobulina \geq 1- 10 ng / ml Aumento progresivo de anticuerpos anti tiroglobulina Hallazgos concluyentes de ultrasonido, radiografía o tomografía	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N°2: INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Título: “FACTORES CONDICIONANTES PARA LA RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES EN PACIENTES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA DEL SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2010- 2019”

Autor: Salas Cáceres, Paola

Sexo: **Edad al dx:** **Año de tiroidectomía:**.....

N°	TOPICOS						
02	TAMAÑO DEL TUMOR						
	a) ≤ 30 mm b) > 30 mm						
03	AFECTACIÓN EXTRA TIROIDEA						
	a) Si Tipo : _____ b) No						
04	GANGLIOS COMPROMETIDOS						
	a) Si N° : _____ b) No						
05	RECIDIVA DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES						
	01	02	03	04	05	06	
AÑO DE RECIDIVA POST TIROIDECTOMIA							
Tiroglobulina 1-10 ng / ml							
Aumento de anticuerpos anti tiroglobulina							
HALLAZGOS: Eco lecho, ganglios							
HALLAZGOS: TAC cerebro/cerv,tórax							
HALLAZGOS: RX tórax							

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1. Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Vallenás Pedemonte, Francisco
2. Cargo e Institución donde labora: Asesor / Docente de la UPSJB
3. Tipo de Experto: Metodólogo
4. Nombre del Instrumento: Ficha de Recolección de datos
5. Autor del Instrumento: Salas Cáceres , Paola Alejandra

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				/	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				/	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre factores condicionantes para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía				/	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				/	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				/	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores condicionantes para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía				/	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				/	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				/	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, caso - control, observacional, retrospectivo y transversal.				/	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

80%

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

Lugar y fecha: **Quito**, **Enzo del 2020**



DR. FRANCISCO VALLENÁS PEDEMONTE
 Médico General y Comunitaria

DNI: **03406756**

Teléfono: **999850193**

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1. **Apellidos y Nombres del Experto:** Dra. Bazan Rodriguez, Elsi
2. **Cargo e Institución donde labora:** Asesor / Docente de la UPSJB
3. **Tipo de Experto:** Estadístico
4. **Nombre del Instrumento:** Ficha de Recolección de datos
5. **Autor del Instrumento:** Salas Cáceres , Paola Alejandra

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre factores condicionantes para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores condicionantes para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, caso - control observacional, retrospectivo y transversal.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

85%

Lugar y fecha: Lima 03 Enero del 2020

Elsi Bazan Rodriguez
ELSI BAZAN RODRIGUEZ

COESPEN N° 444
Firma del experto

DNI: 14209983
Teléfono: 977414879

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1. **Apellidos y Nombres del Experto:** Dr. Kumar Barrueta Vega
2. **Cargo e Institución donde labora:** Asesor / Docente de la UPSJB
3. **Tipo de Experto:** Especialista
4. **Nombre del Instrumento:** Ficha de Recolección de datos
5. **Autor del Instrumento:** Salas Cáceres , Paola Alejandra

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre factores condicionantes para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores condicionantes para recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, caso - control observacional, retrospectivo y transversal.					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN:

90%

Lugar y fecha: Lima, Diciembre del 2019

HOSPITAL NACIONAL "HERNÁNDO UNANUE"

Dr. Kumar Barrueta Vega
Firma del experto

DNI: 4155339
Teléfono: 987 906711

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>Problema general PG: ¿Cuáles son los factores condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello hospital nacional Hipólito Unanue 2010-2019?</p>	<p>Objetivo general OG: Determinar los factores condicionantes para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía en del servicio de cabeza y cuello hospital nacional Hipólito Unanue 2010-2019</p>	<p>Hipótesis General HG: Existen factores de riesgos condicionantes la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía del servicio de cabeza y cuello hospital nacional Hipólito Unanue 2010-2019</p>	<p>Variable Dependiente (VD) Recidiva de cáncer papilar de tiroides</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiroglobulina \geq 1- 10 ng / ml - Aumento progresivo de anticuerpos anti tiroglobulina - Hallazgos concluyentes de ultrasonido, rayos x o tomografía
<p>Problemas específicos PE 1: ¿La edad al diagnóstico es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía ?</p>	<p>Objetivos específicos OE 1: Determinar el grado de implicancia de la edad al diagnóstico como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.</p>	<p>Hipótesis Especificas HE 1: La edad al diagnóstico es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.</p>	<p>Variable Independiente (VI1) Edad al diagnóstico</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulto: \geq 18 < 60 años - Geriátrico \geq 60 años

<p>PE 2 : ¿ El sexo es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía ?</p>	<p>OE 2: Analizar el grado de implicancia de el sexo como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía .</p>	<p>HE 2: El sexo es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.</p>	<p>Variable Independiente (VI2) Sexo INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino
<p>PE 3 :¿El tamaño del tumor es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía ?</p>	<p>OE 3: Establecer el grado de implicancia de el tamaño del tumor como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.</p>	<p>HE 3: El tamaño del tumor es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía.</p>	<p>Variable Independiente (V3) tamaño del tumor INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≤30 mm - >30 mm
<p>PE 4 :¿La afectación extra tiroidea es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía?</p>	<p>OE 4: Evaluar el grado de implicancia de la afectación extra tiroidea como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía .</p>	<p>HE 4: La afectación extra tiroidea es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía .</p>	<p>Variable Independiente (V4) Afectación extra tiroidea INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si afectación extra tiroidea - No afectación extra tiroidea

<p>PE 5 ¿El compromiso ganglionar es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía ?</p>	<p>OE 5: Identificar el grado de implicancia el compromiso ganglionar como condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía .</p>	<p>HE 5: El compromiso ganglionar es un factor condicionante para la recidiva de cáncer papilar de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía .</p>	<p>Variable Independiente (V5) Compromiso ganglionar</p> <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si compromiso ganglionar - No compromiso ganglionar
---	---	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>- Nivel: Explicativo, no experimental</p> <p>- Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analítico, caso -control • Observacional • Retrospectivo • Transversal 	<p>POBLACIÓN: La población fue de 110 pacientes con cáncer papilar de tiroides sometidos a tiroidectomía en el departamento de cabeza y cuello del Hospital Nacional Hipólito Unanue entre 2010-2019. Después de pasar por los criterios de inclusión y exclusión dio un resultado de 100 pacientes con cáncer papilar de tiroides sometidos a tiroidectomía.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides atendidos en el servicio de cabeza y cuello entre 2010-2019 • Pacientes mayores de 18 años • Pacientes con historias clínicas completas <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes sometidos a tiroidectomía por otras patologías tiroideas <p>MUESTRA: Por ser una población pequeña se utilizó el total de ella para el estudio: 100 pacientes, siendo:</p> <p>Casos: Pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides que presenten recidiva atendidos en el servicio de cabeza y cuello entre 2010- 2019</p> <p>Controles: Pacientes sometidos a tiroidectomía por cáncer papilar de tiroides que no presenten recidiva atendidos en el servicio de cabeza y cuello entre 2010- 2019</p>	<p>Técnica:</p> <p>-Documentación de datos</p> <p>Instrumentos:</p> <p>- Ficha de recolección de datos</p>