



NÚCLEO DE QUITO

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Ecuador • Año 2 • Vol. 03 • Julio - Septiembre, 2022



**Sociedad de Lucha Contra
el Cáncer, Núcleo de Quito**
Dr. Jorge Cevallos
Presidente

Producción
Registro Nacional de
Tumores "**Fabián Corral
Cordero**"

Coordinación
Wilmer Tarupi

Registradoras
María Belén Morejón
Doris Chauca
Paulina Bedón
Silvia Jacho

Colaboración
Carlos Torres

Comité editorial
Wilmer Tarupi
Henry Caballero
Olga González
Andrés Velasco

CÁNCER DE TIROIDES

Presentación

Dr. Henry Caballero
Director Médico – SOLCA, Núcleo de Quito

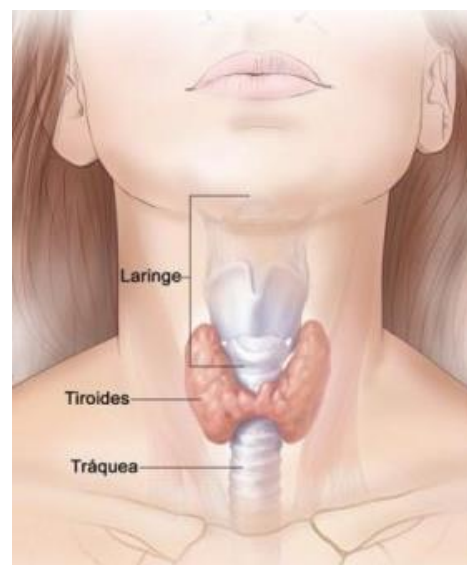
SOLCA Núcleo de Quito presenta el tercer boletín epidemiológico del año 2022. Propuesta informativa del cáncer en el contexto mundial y nacional, dirigida a médicos, investigadores y público en general con la finalidad de aportar a la promoción y prevención. En esta ocasión, se aborda el **Cáncer de tiroides** desde sus diferentes dimensiones.

Nota metodológica

El Registro Nacional de Tumores recoge información de todos los casos de cáncer diagnosticados en establecimientos públicos y privados, de la ciudad de Quito. Como miembro de la Asociación Internacional de Registros de Cáncer (IACR por sus siglas en inglés) cumple con los estándares internacionales que le han permitido ser catalogado como uno de alta calidad en el mundo según la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC por sus siglas en inglés).

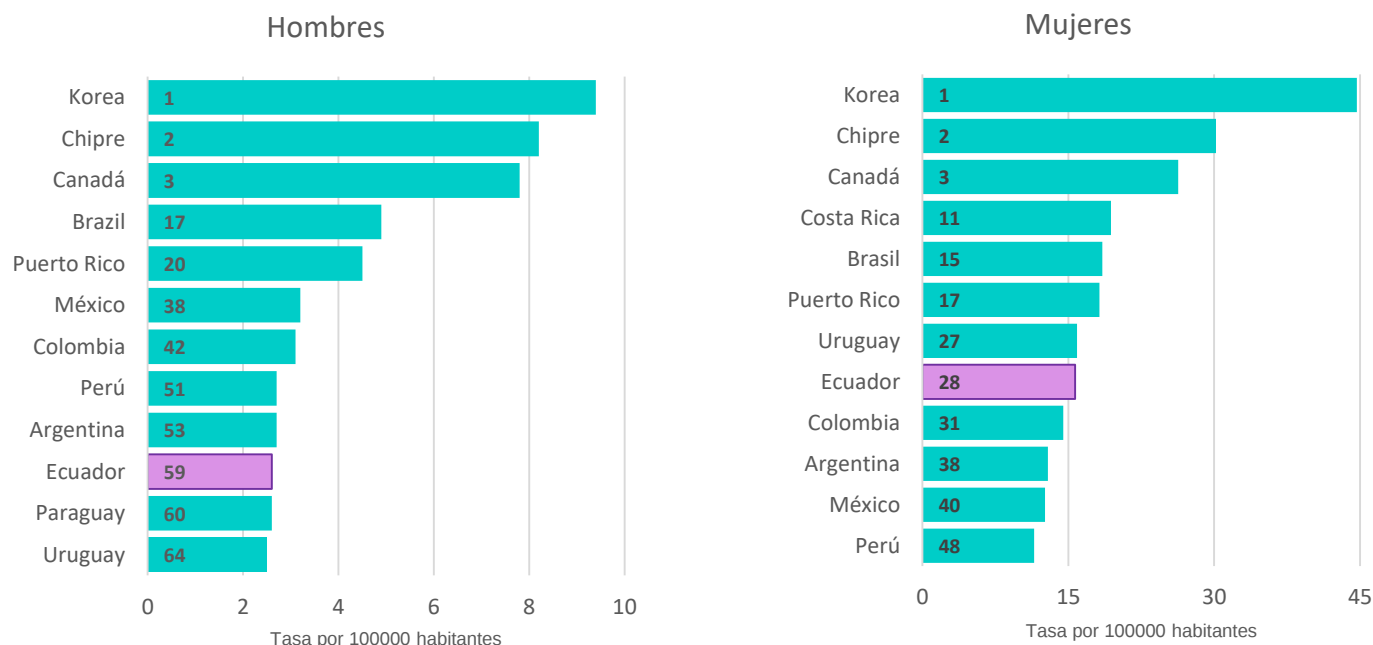
El cáncer de tiroides se desarrolla por el crecimiento anormal de las células de la glándula tiroides, que generan inicialmente un Nódulo Tiroideo (NT). La glándula tiroides está ubicada en la parte frontal del cuello (Figura 1), se encarga de producir hormonas que ayudan a regular el metabolismo del cuerpo, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura corporal. Hasta el momento poco se conoce sobre las causas del cáncer de tiroides. La exposición a la radiación ionizante y los antecedentes de enfermedad tiroidea son los únicos factores de riesgo bien establecidos.

Figura 1. Ubicación anatómica de la tiroides



Fuente: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC

Figura 2. Incidencias más altas en el mundo y Latinoamérica, 2020

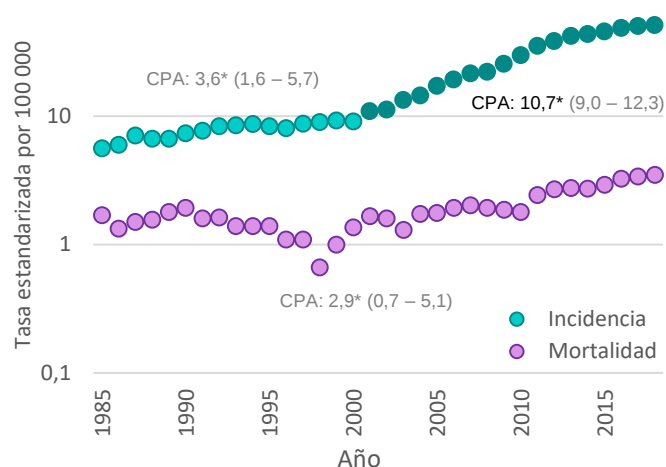


El valor al interior de las barras representa la ubicación entre 186 países. Fuente: Globocan, 2020

El cáncer de tiroides es el noveno más diagnosticado en el mundo, con mayor frecuencia en mujeres. Las tasas de incidencia más altas se estiman en Asia, América del Norte, Australia/Nueva Zelanda, y el sur de Europa para ambos sexos (Figura. 2). En este contexto, Ecuador posee una tasa de incidencia de 15,7 casos por 100,000 mujeres y 2,6 casos por 100,000 hombres; indicador que lo ubica en una posición intermedia alta frente a los demás países. El riesgo de morir por este cáncer en Ecuador es de 1,6 casos por 100,000 mujeres y de 0,7 casos por 100,000 hombres.

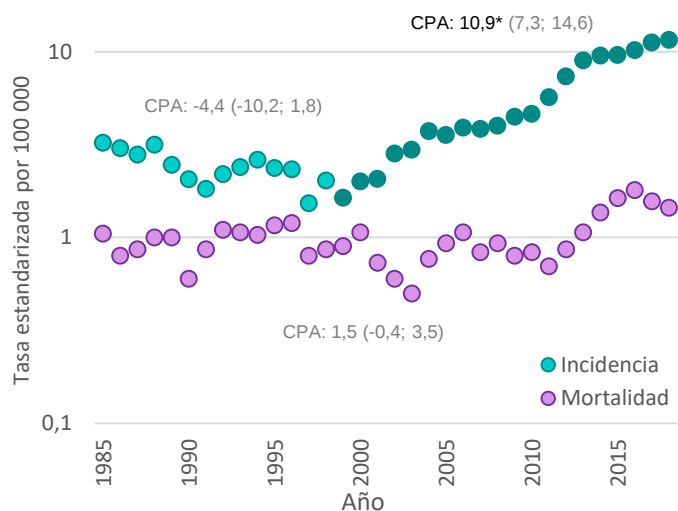
En Quito, la incidencia mostró un continuo incremento desde 1985, que se acentuó en mujeres a partir del año 2001 con un cambio porcentual anual de 10,7 (Figura 3) y en hombres desde el año 1999 con un cambio porcentual anual de 10,9 (Figura 4). Actualmente este cáncer está entre los más frecuentes en la ciudad, ubicándose en el primer lugar en mujeres y el sexto en hombres. Las tasas de mortalidad también se incrementaron en mujeres a partir del 2002, en hombres se mantuvieron estables.

Figura 3. Tasa de incidencia estandarizada del cáncer de tiroides en mujeres. Quito, 1985 - 2018



CPA: Cambio porcentual anual obtenido a partir de modelos de regresión de Joinpoint, las cifras entre paréntesis son Intervalos de Confianza al 95% de CPA; una estrella indica una significación estadística al 0.05, representado por cambio de color en la línea de tendencia. Fuente: Registro Nacional de Tumores

Figura 4. Tendencia de la tasa de incidencia estandarizada del cáncer de tiroides en hombres. Quito, 1985 - 2018

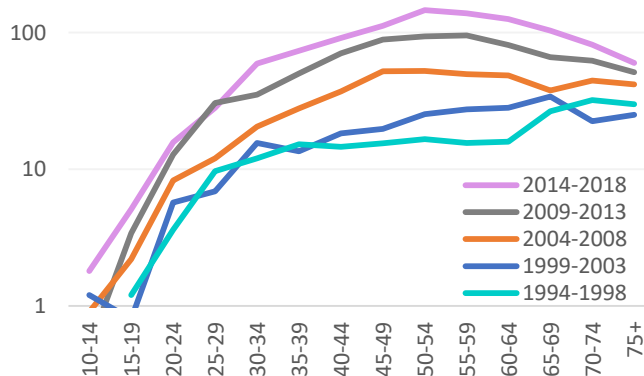


CPA: Cambio porcentual anual obtenido a partir de modelos de regresión de Joinpoint, las cifras entre paréntesis son Intervalos de Confianza al 95% de CPA; una estrella indica una significación estadística al 0.05, representado por cambio de color en la línea de tendencia. Fuente: Registro Nacional de Tumores

El incremento de la incidencia del cáncer de tiroides es un fenómeno mundial, que se inicia a finales de los 90 e inicios de los 2000, atribuido a la detección temprana de cánceres subclínicos, especialmente en mujeres jóvenes. Esta búsqueda de cáncer sin manifestaciones clínicas no ha significado un beneficio en la reducción de la mortalidad, de ahí que las nuevas guías de práctica clínica recomiendan no realizar pruebas rutinarias de detección del cáncer de tiroides, sino más bien abogan por la vigilancia activa del microcarcinoma.

En Quito, la forma de las curvas específicas por edad ha cambiado drásticamente desde el año 2000. La incidencia ha aumentado progresivamente entre mujeres de mediana edad pero ha variado menos en edades más avanzadas. Entre las mujeres de 50 a 54 años de edad, la incidencia pasó de 25 casos por 100000 en 1999–2003 a más de 140 casos por 100000 en 2014–2018 (Figura 5).

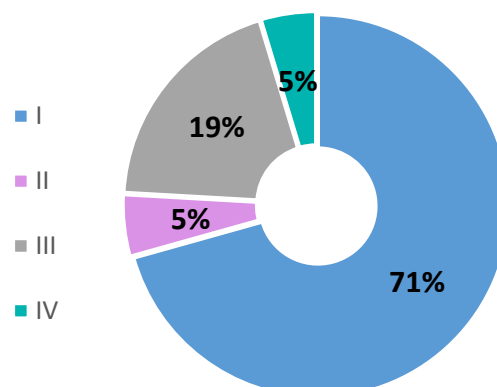
Figura 5. Tasa de incidencia por edad del cáncer de tiroides en mujeres. Quito, varios periodos



Y: Tasa estandarizada por 100000 mujeres; X: grupos de edad. Fuente: Registro Nacional de Tumores

Entre 2014 y 2018 se diagnosticaron 2984 casos nuevos de cáncer de tiroides en residentes quiteños, el 84,5 % fue en mujeres. Del total de casos, el subtipo histológico más frecuente fue el carcinoma papilar (95,4 %), el incremento en la incidencia mencionado anteriormente se da a expensas de este tipo histológico. Al momento del diagnóstico, el 71% de los pacientes se presentan en estadio I (Figura 6).

Figura 6. Cáncer de tiroides según estadio TNM, residentes en Quito. 2014 – 2018 (N= 2075)



Fuente: Registro Nacional de Tumores

El diagnóstico de cáncer de tiroides en un Nódulo Tiroideo (NT) se fundamenta en el examen médico, los datos del ultrasonido y los hallazgos del microscopio -citología- de una muestra tomada por punción con aguja fina (PAAF). Los NT son frecuentes en la población general, su presencia se incrementa con la edad, en la mujer, en zonas deficientes de yodo o expuesta a la radiación. La frecuencia de NT varía según el método de detección, con valores desde 2 a 6 % por medio de palpación, 19 a 35 % con ultrasonido y 8 a 65 % en autopsia. La mayoría de los NT son benignos y generalmente no necesitan tratamiento. Únicamente entre el 4 y 8 % de los nódulos detectados son malignos. Lo que interesa del NT es saber si provoca molestias por compromiso de órganos vecinos, si secreta mucha hormona o existe la probabilidad de cáncer; la afirmación a cualquiera de estas preguntas obliga a un tratamiento. Ante un NT con sospecha de cáncer, el tratamiento comprende cirugía, hormono terapia supresora y ablación con yodo radioactivo. El pilar del tratamiento es la cirugía, sin ésta, los siguientes tratamientos catalogados como adyuvantes no funcionarían. El objetivo de la cirugía es la extirpación de la glándula junto con el NT. La extensión depende de la dimensión de la enfermedad, que va desde la extirpación parcial, hasta la extirpación total de la tiroides; en casos más graves es preciso extirpar los ganglios aledaños e incluso órganos vecinos comprometidos. No todos los NT catalogados como malignos ameritan cirugía, pues, los micro-carcinomas (diámetro ≤ 1 cm), pueden en consenso con el paciente ser tratados sólo con observación -vigilancia activa- significando el concurso simultáneo del médico endocrinólogo, radiólogo y cirujano oncólogo; los estudios de grandes grupos de pacientes han revelado excelentes resultados, obviando la cirugía como tratamiento principal.

Referencias:

1. Brito J, Ito Y, Miyauchi A, Tuttle M. A Clinical Framework to Facilitate Risk Stratification When Considering an Active Surveillance Alternative to Immediate Biopsy and Surgery in Papillary Microcarcinoma. *Thyroid* 2016;26: 144-149
2. Cueva P, Tarupi W, & Caballero H. Cancer incidence and mortality in Quito: information to monitor cancer control policies. *Colombia Médica*. 2022;53(1), e2024929.
3. Ministerio de Salud Pública (MSP). Nódulo tiroideo y cáncer diferenciado de tiroides: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
4. Sung H, Ferlay J, Siegel R, Laversanne M, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660
5. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. *N Engl J Med*. 2016 Aug 18;375(7):614-7. doi: 10.1056/NEJMp1604412. PMID: 27532827.