



Calidad de vida de los pacientes posttiroidectomía por cáncer de tiroides

Maria Paula Olivera Arenas

Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello

Director

Alvaro Enrique Sanabria, Especialista (Esp) en Cirugía de Cabeza y Cuello

Universidad de Antioquia

Facultad de Medicina

Especialización en Cirugía de Cabeza y Cuello

Medellín, Antioquia, Colombia

2023

Contenido

1	Resumen	4
2	Abstract	5
3	Introducción	6
4	Objetivos.....	8
4.1	Objetivo principal	8
4.2	Objetivos específicos.....	8
5	Metodología	9
5.1	Procedimientos.....	9
5.2	Análisis de los datos	10
6	Resultados	11
7	Discusión.....	12
8	Conclusiones.....	13
9	Bibliografía.....	14
10	Anexos	16



Biblioteca Médica

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/Director: Carlos Alberto Palacio Acosta.

Jefe departamento: Alejandro Múnera Duque

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

1 Resumen

El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más común y el 90% de los pacientes son diagnosticados con cáncer diferenciado papilar o folicular. El desenlace es favorable con una supervivencia a 5 años superior al 90%. Estas cifras de supervivencia asociadas a la edad temprana de presentación centran la atención en la longevidad de los pacientes y por lo tanto un especial interés en la calidad de vida.

Cuando se hace el balance de los beneficios y resultados de un tratamiento, los resultados oncológicos son prioridad, pero la calidad de vida tiene gran importancia, especialmente en el cáncer de tiroides en el que la expectativa de vida es más larga comparada con las demás neoplasias de cabeza y cuello. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides llevados a tiroidectomía total por medio de la escala THYCA-QoL en una muestra significativa de la población de Medellín, Colombia.

Los pacientes fueron recolectados en el servicio de consulta externa de Cirugía de cabeza y cuello en el Hospital San Vicente de Paul y la Clínica las Vegas en Medellín.

Este estudio presenta resultados preliminares con 44 pacientes analizados de los 271 que se planean recolectar, con el análisis prequirúrgico y posquirúrgico a 15 días, hasta el momento los puntajes que evidenciaron una mayor afectación en la calidad de vida de los pacientes fueron las alteraciones en el dominio de la voz y el ítem de cefalea. El primero de ellos es esperable dados los riesgos del procedimiento quirúrgico y el segundo por el estrés que se maneja alrededor de un tratamiento oncológico. Uno de los factores que se puede analizar es que los pacientes en su mayoría se describen completamente sanos previo al procedimiento quirúrgico lo que va a generar una diferencia importante con los puntajes posoperatorios y a evidenciar un cambio mayor en la calidad de vida que el ligero cambio que describen en otros estudios hechos previamente donde no se tiene valoración preoperatoria.

2 Abstract

Thyroid cancer is the most common endocrine neoplasm and 90% of patients are diagnosed with papillary or follicular differentiated cancer. The outcome is favorable with a 5-year survival of over 90%. These survival figures associated with the early age of presentation focus attention on patient longevity and therefore a special interest in quality of life.

Balancing the benefits and outcomes of treatment, oncologic outcomes are a priority, but quality of life is of great importance, especially in thyroid cancer when life expectancy is longer compared to other head and neck neoplasms. The aim of this study was to evaluate patients quality of life diagnosed with thyroid cancer undergoing thyroidectomy using THYCA-QoL scale in a significant sample of Medellín's population in Colombia.

The patients were collected in the outpatient service of Head and Neck Surgery at the Hospital San Vicente de Paul and Clinica Las Vegas in Medellín.

This study presents preliminary results with 44 patients analyzed out of the 271 planned to be collected, with pre-surgical and post-surgical analysis at 15 days. So far, the scores that showed a greater affectation in the quality of life of the patients were the alterations in voice domain and headache item. The former is to be expected given the risks of the surgical procedure and the latter given the anxiety of the moment. One of the factors that we analyzed is the fact that most of the patients described themselves completely healthy prior to the surgical procedure, and this is going to represent an important difference when we compare with the postoperative score, and make the quality of life affectation in this study differ significantly from the slight change described in other studies previously done, where there is not preoperative assessment.

3 Introducción

La incidencia del cáncer de tiroides ha aumentado en el mundo, pero la supervivencia continúa siendo alrededor del 97% (1), lo que lleva al paciente sobreviviente de cáncer de tiroides a un largo periodo de vida en el que continuara en controles de su enfermedad. El tratamiento del cáncer de tiroides implica un manejo quirúrgico en la mayoría de los casos ya sea con tiroidectomía total o subtotal con o sin vaciamiento y eventualmente a la dependencia farmacoterapéutica por el resto de la vida para suplir la producción de hormonas tiroideas y suprimir la producción de TSH al mismo tiempo (2,3).

Algunos incluso necesitaran yodoterapia. Aunque este tratamiento quirúrgico inicial suele ser bastante efectivo comparado con otras patologías neoplásicas en cabeza y cuello, existe el posible desenlace de la recurrencia (2-4). En este otro escenario, el paciente sufrirá no solo las consecuencias en la esfera mental por la ansiedad y preocupación por el riesgo de recurrencia de la enfermedad, sino que se verá enfrentado a la posibilidad de un nuevo tratamiento que puede implicar una nueva intervención quirúrgica, con mayores riesgos que la cirugía inicial o la administración de yodoterapia, definitivamente con un panorama más difícil que cuando se planteó el tratamiento inicial.

La percepción de los cambios en las funciones cognitiva, física, social y emocional durante todo este proceso son individuales y es a todo este constructo multidimensional al que se le llama calidad de vida, que por supuesto va a cambiar de paciente a paciente (5,6). Hasta el 2013, la mayoría de los estudios que se realizaron evaluando la calidad de vida de los pacientes con cáncer de tiroides fueron hechos con escalas de calidad de vida general, sin tener una escala específica para cáncer de tiroides. Se encontró en la última revisión sistemática realizada en el 2011 que la diferencia de calidad de vida de los pacientes sanos a aquellos sobrevivientes de cáncer de tiroides medida con estos instrumentos es muy pequeña (7-11). Después de esta revisión sistemática las dudas en cuanto al impacto en la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer de tiroides seguían sin resolverse dado los inconvenientes en las escalas usadas, por lo que Husson y colaboradores decidieron crear el primer instrumento validado para evaluar calidad de vida específica que actualmente se conoce como la escala THYCA-QoL (6).

Este instrumento consta de 24 preguntas en la que cada una se responde en un puntaje de 1 a 4 así: “para nada” equivale a 1, “un poco” equivale a 2, “bastante” a 3 y “mucho” a 4. Se encuentra dividida por 7 dominios (neuromuscular, voz, concentración, psicológico, sensorial, síntomas simpáticos y síntomas relacionados con problemas en garganta o boca) y 6 ítems individuales (cicatriz, frío, temblor, ganancia de peso, cefalea y ansiedad) cada puntaje obtenido se transcribe a una escala de 0 a 100, un puntaje mayor significa mayores problemas en calidad de vida. (6,12). La mayoría de los estudios que se realizaron con esta escala fueron retrospectivos lo que puede afectar significativamente la percepción del paciente. Se demostró que los puntajes eran mayores en los dominios de la cicatriz, la voz, concentración y problemas en la garganta en aquellos que tenían menos tiempo de operados. Este es un estudio prospectivo que pretende evaluar la calidad de vida del paciente en distintos momentos de la enfermedad. (13, 14)

4 Objetivos

4.1 Objetivo principal

Analizar la calidad de vida los pacientes llevados a tiroidectomía parcial o total por cáncer de tiroides por medio de la escala THYCA-QoL

4.2 Objetivos específicos

1. Comparar los resultados en cuanto a calidad de vida de los pacientes llevados a tiroidectomía por cáncer diferenciado de tiroides mayores de 55 años y menores de 55 años
2. Comparar los resultados en cuanto a calidad de vida de los pacientes llevados a tiroidectomía total por cáncer diferenciado de tiroides con aquellos que además requirieron vaciamiento central y/o lateral.
3. Comparar los resultados en cuanto a calidad de vida de los pacientes llevados a tiroidectomía total por cáncer diferenciado en estadios avanzados con los estadios tempranos definido por el estadio de la enfermedad.
4. Comparar los resultados en cuanto a calidad de vida de los pacientes llevados a tiroidectomía total versus parcial

5 Metodología

Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en el que se recolectan pacientes adultos que por su valoración de riesgo con ecografía y biopsia con aguja fina tenían sospecha de cáncer diferenciado de tiroides y fueron llevados a tiroidectomía parcial o total. Los pacientes fueron adultos mayores de 18 años. Se excluyeron los pacientes con alteraciones mentales que impidiera el interrogatorio, aquellos que en el resultado de la patología definitiva no tengan diagnóstico de cáncer de tiroides y aquellos incapaces de leer el instrumento.

Este es un estudio observacional considerado según la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, como de riesgo mínimo. Se respetaron los principios para investigación en humanos enunciados en la Declaración de Helsinki revisada en octubre de 2000 en Escocia por la Asamblea Médica Mundial y los de la resolución del Ministerio de Salud 008430 de 1993. La confidencialidad de los datos obtenidos se garantizó utilizando a manera de identificación el número de la historia clínica. Se limitó el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores principales. El estudio fue aprobado por el comité de ética de las instituciones y los pacientes firmaron el consentimiento informado.

La selección de la muestra fue por conveniencia en los pacientes que son atendidos en la consulta de cirugía de cabeza y cuello del hospital san Vicente de Paul y clínica las vegas en Medellín. El tamaño calculado de la muestra es de 271 pacientes con un error alfa de 0.05 y una prevalencia esperada de 50% y una precisión alrededor del indicador del 10%.

5.1 Procedimientos

Todo paciente que cumplió los criterios de inclusión, se le explicó la existencia de la investigación y los objetivos en la cita de valoración prequirúrgica. Se creó una base de datos por medio del programa REDcaps en el que se procederá a diligenciar cada uno de los ítems de la escala THYCA-QoL, En un primer acercamiento se diligenciaron los datos de identificación del paciente y tipo de cirugía propuesta para después completar cada una de las 24 preguntas de la encuesta. Durante el estudio el paciente contestó estas mismas 24 preguntas en 3 momentos, el primero de forma prequirúrgica presencial, el segundo a los 15

días del posoperatorio y el último momento es a los 6 meses de cirugía, estos dos últimos se realizarán vía telefónica. En razón de este informe preliminar solo se tienen datos de la primera y segunda evaluación.

5.2 Análisis de los datos

La información obtenida se presenta en gráficos y tablas de frecuencias. Las variables categóricas se presentan como proporciones y las variables continuas como promedio y desviación estándar o medianas. La comparación entre variables categóricas se realizó con la prueba de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher. La comparación entre variables continuas con distribución normal se estableció mediante la prueba t de student y se utilizó la prueba Mann-Whitney para variables con distribución diferente a la normal

6 Resultados

Desde julio 1 del 2022 hasta 15 de abril del 2023 se recolectaron 161 pacientes operados de tiroidectomía total o parcial. La figura 1 muestra el proceso de selección de los pacientes. 45 pacientes tuvieron finalmente patología benigna por lo que fueron eliminados del estudio, (2, Bethesda I; 34, Bethesda II; 7, Bethesda IV y 2, Bethesda V) Finalmente se incluyeron 65 pacientes de los cuales solo 44 tienen patología definitiva. (Flujograma 1.)

De los 44 pacientes analizados la media de edad fue de $48.6.5 \pm 13.80$ y el 68% menores de 55 años, 93.1% fueron mujeres y la mayoría eran casados o en unión libre (65.91%). 56.9% de los pacientes estaban empleados (Tabla 1.).

El 22.7% de los pacientes fueron clasificados como Bethesda I-IV y 61.3% fueron llevados a tiroidectomía total, la mayoría sin vaciamiento central (86.36%).

El resultado final de la escala THYCA-QoL antes de la cirugía fue de $24.1 \pm$ y a los 15 días posoperatorios de 30.4 ± 5.07 . Cuando se habla de los dominios e ítems más importantes el que mayor puntaje recibe es la afectación de la voz, seguido de la cefalea y síntomas de hipocalcemia. La cicatriz tuvo un puntaje bajo. (Table 2)

7 Discusión

A pesar de la alta sobrevida que tiene el cáncer de tiroides, el procedimiento quirúrgico incluye bastantes riesgos y posibles complicaciones. La disfonía temporal está estimada en un 5% a 11% y puede llegar a ser permanente en un 3.5%. Esta es una de las complicaciones que mas preocupan al paciente, la voz débil o ronca (15). Esto se evidencia en los resultados preliminares de este estudio ya que este dominio en la escala THYCA-QoL obtiene el puntaje más alto, seguido y casi al mismo nivel por la cefalea presentada en la última semana. Este último puede atribuirse al momento de estrés por el procedimiento quirúrgico y mas cuando en la evaluación de esta misma escala prequirúrgico casi todos los pacientes se describen completamente sanos.

El puntaje final de la escala de THYCA-QoL previo a la cirugía fue muy bajo y se explica porque la escala se realiza previo a la cirugía donde el único factor explorado en el instrumento es la ansiedad preoperatoria. La evaluación postoperatoria muestra un efecto leve en la calidad de vida de los pacientes posterior a la cirugía (solo 5 puntos en promedio), Factores que solo aparecen en el postoperatorio como la “cicatriz” deben evaluarse con cuidado para determinar el efecto sobre la calidad de vida global. Además, algunos de los ítems de la escala pueden variar en el tiempo y hasta no tener la valoración de largo plazo no se pueden ofrecer explicaciones. (16,17).

Para el cirujano hay dos complicaciones principales, la lesión de los nervios laríngeos y la hipocalcemia. La mayoría coinciden en que la hipocalcemia definitiva puede ser peor que la disfonía, argumentado que para las alteraciones de la voz existen alternativas que se pueden realizar posteriormente para mejorar la calidad vocal, pero para el caso de la hipocalcemia definitiva las alternativas son pocas. Afortunadamente el hipoparatiroidismo permanente solo ocurre en un 4%, pero las personas que tiene esta complicación sufren un cambio relevante en la calidad de vida (15). En este grupo de pacientes la frecuencia de hipoparatiroidismo temporal y definitivo fue muy bajo y esto también puede explicar los puntajes bajos de la medición de calidad de vida.

Los dominios de ansiedad y aspectos psicológicos mostraron puntajes bajos. Esto puede deberse a que a los 15 días posoperatorio ya se ha informado de la patologia definitiva, se ha

definido el pronóstico y el alivio que puede sentir el paciente después de la resección del órgano enfermo. Dada la ausencia de datos de evaluación en el largo plazo, no se pueden ofrecer conclusiones respecto al efecto que tiene la extensión de la cirugía. Es posible que, a menor extensión de la cirugía, la ansiedad de una recurrencia sea mayor. (18-20).

Este estudio presenta resultados preliminares con 44 pacientes con la evaluación prequirúrgica y posquirúrgico a 15 días. Existen muchos factores que aún no pueden ser evaluados. (14)

8 Conclusiones

La calidad de vida es un constructo multidimensional que depende de la percepción individual y subjetiva de múltiples aspectos. No existen estudios que evalúen de forma prospectiva este concepto en la población colombiana con cáncer de tiroides. Hay un cambio menor en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de tiroides posterior a la cirugía. Los ítems más afectados son la voz y la cefalea.

Teniendo en cuenta que es un resultado preliminar, los resultados actuales deben verse con cautela.

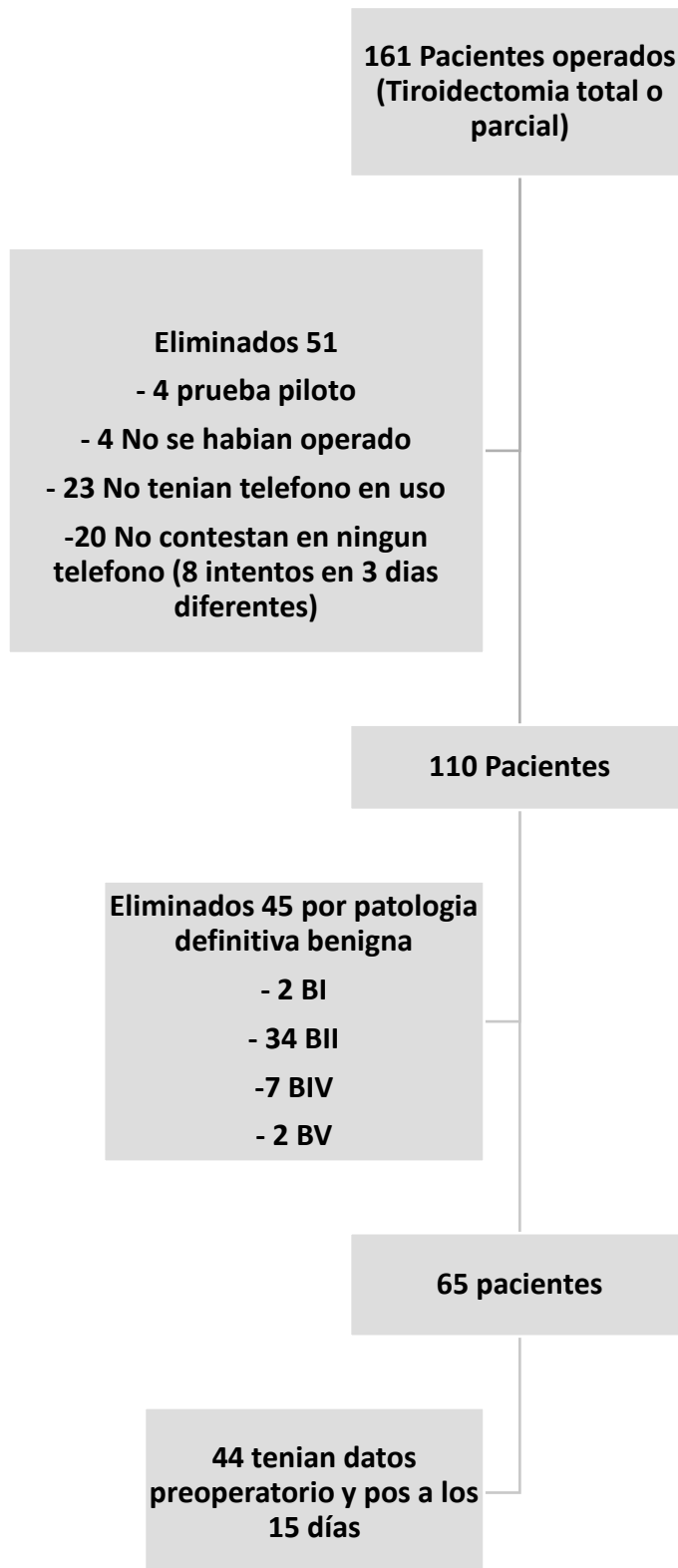
9 Bibliografia

1. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, et al. *SEER Cancer Statistics Review, 1975 – 2008*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2010
2. D. Giuffrida, et al. *Anaplastic thyroid carcinoma: Current diagnosis and treatment. Annals of Oncology 11: 1083-1089, 2000.* © 2000 Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands
3. Maria E Cabanillas, et al. *Thyroid cancer. Lancet 2016; 388: 2783–95*
4. Davies L, et al. *Increasing incidence of thyroid cancer in the United States, 1973-2002. JAMA 2006;295(18):2164–7.*
5. Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, et al. *Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. Qual Life Res 2006; 15: 695 – 703.*
6. Husson O, Haak HR, Mols F, Nieuwenhuijzen GA, Nieuwlaat WA, Reemst PH, Huysmans DA, Toorians AW, van de Poll-Franse LV. *Development of a disease-specific health-related quality of life questionnaire (THYCA-QoL) for thyroid cancer survivors. Acta Oncol. 2013 Feb;52(2):447-54. doi: 10.3109/0284186X.2012.718445. Epub 2012 Sep 27. PMID: 23013266.*
7. Dow KH, Ferrell BR, Anello C. *Quality-of-life changes in patients with thyroid cancer after withdrawal of thyroid hormone therapy. Thyroid 1997; 7: 613 – 9.*
8. Dagan T, Bedrin L, Horowitz Z, Chashu G, Wolf M, Kronenberg J, et al. *Quality of life of well-differentiated thyroid carcinoma patients. J Laryngol Otol 2004; 118: 537 – 42*
9. Shah MD, Witterick IJ, Eski SJ, Pinto R, Freeman JL. *Quality of life in patients undergoing thyroid surgery. J Otolaryngol 2006; 35: 209 – 15.*
10. Gning I, Tansk PC, Mendoza TR, Harle MT, Gutierrez KA, Kitaka SA, et al. *Development and initial validation of the thyroid cancer module of the MD Anderson Symptom Inventory. Oncology 2009; 76: 59 – 68.*
11. Husson O, Haak HR, Oranje WA, Mols F, Reemst PH, van de Poll-Franse LV. *Health-related quality of life among thyroid cancer survivors: A systematic review. Clin Endocrinol (Oxf) 2011; 75: 544 – 54.*
12. Goldfarb M, Casillas J. *Thyroid Cancer-Specific Quality of Life and Health-Related Quality of Life in Young Adult Thyroid Cancer Survivors. Thyroid. 2016 Jul;26(7):923-32. doi: 10.1089/thy.2015.0589. Epub 2016 Jun 6. PMID: 27161396*
13. Walshaw EG, Smith M, Kim D, Wadsley J, Kanatas A, Rogers SN. *Systematic review of health-related quality of life following thyroid cancer. Tumori. 2022 Aug;108(4):291-314. doi: 10.1177/03008916211025098. Epub 2021 Aug 13. PMID: 34387109; PMCID: PMC9310144.*
14. Husson O, Haak HR, Buffart LM, Nieuwlaat WA, Oranje WA, Mols F, Kuijpers JL, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV. *Health-related quality of life and disease specific symptoms in long-term thyroid cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. Acta Oncol. 2013 Feb;52(2):249-58. doi: 10.3109/0284186X.2012.741326. Epub 2012 Nov 26. PMID: 23181387*
15. N. Christou, et al. *Complications after total thyroidectomy. Journal of Visceral Surgery (2013)*
16. Song CM, Bang HS, Kim HG, Park HJ, Tae K. *Health-related quality of life after transoral robotic thyroidectomy in papillary thyroid carcinoma. Surgery. 2021 Jul;170(1):99-105. doi: 10.1016/j.surg.2021.02.042. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33773821.*

17. Wongwattana P, Laoveerakul P, Santeerapharp A. A comparison of efficacy and quality of life between transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) and endoscopic thyroidectomy axillo-breast approach (ETABA) in thyroid surgery: non-randomized clinical trial. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021 Oct;278(10):4043-4049. doi: 10.1007/s00405-021-06639-2. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538873
18. Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, et al. Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 2020; 167: 94–101
19. Hedman C, Djärv T, Strang P, et al. Determinants of longterm quality of life in patients with differentiated thyroid carcinoma: a population-based cohort study in Sweden. *Acta Oncol* 2016; 55: 365–369.
20. Papaleontiou M, Reyes-Gastelum D, Gay BL, et al. Worry in thyroid cancer survivors with a favorable prognosis. *Thyroid* 2019; 29: 1080–1088.

10 Anexos

Figura 1. Flujograma de los pacientes



	n	%
Estado civil		
Casado	21	47.73
Unión libre	8	18.8
Soltero	15	34.09
Edad		
< 55 años	30	68.2
>55 años	14	31.8
Sexo (femenino)	41	93.18
Nivel educativo		
Primaria	10	22.73
Bachillerato	17	38.64
Profesional	13	29.55
Técnico	4	9.09
Empleo		
Empleado	25	56.82
Desempleado	19	43.18
Bethesda		
II	2	4.55
III	2	4.55
IV	6	13.64
V	23	52.27
VI	11	25
Tipo de cirugía		
Tiroidectomía total	27	61.36
Tiroidectomía subtotal	16	36.36
Tiroidectomía residual	1	2.27
Vaciamiento (Sin vaciamiento)	38	86.36

Tabla 1. Características demográficas de la cohorte de pacientes con cáncer de tiroides

	THYCA-QoL global	Neuromuscular	Voz	Concentración	Simpático	Garganta/Boca	Psicológico	Sensorial
Preoperatorio	25.04 ± 0.30							
15 días posoperatorio	30,42 ± 5,07	29.35 ± 7.51	39.77 ±17.73	25 ± 0	29.54 ± 10.11	33.90 ± 13.13	25.99 ± 2.67	25.85 ± 4.17

Tabla 2. Resultados del THYCA-QoL global y siete dominios

	Cicatriz	Frio	Temblor	Ganancia de peso	Cefalea	Interés en relaciones sexuales
15 días posoperatorio	32.95 ± 12.95	32.95 ± 12.95	35.2 ±18.3	26.70 ± 8.34	39.20 ± 21.83	31.25 ± 10.95

Tabla 3. Resultados del THYCA-QoL con seis ítems