



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Características clínicas e histopatológicas de pacientes con cáncer de tiroides Hospital

Cayetano Heredia Piura

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Br. Ketin David Vidal Pacherras (ORCID: 0000-0002-7247-7778)

ASESOR:

Mg. Roxy Juan Polo Bardales (ORCID: 0000-0002-4329-2686)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades crónicas no transmisibles

PIURA – PERÚ

2020


DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por su infinita bondad
y misericordia.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su amor insuperable,
familia, docentes y amigos.

PÁGINA DEL JURADO

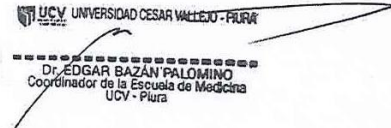
 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 4
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **VIDAL PACHERRES KETIN DAVID** cuyo título es:

CARACTERÍSTICAS CLINICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 14.....(número)
Catorce.....(letras).

Piura.....04.....de.....02.....del 2020...


UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

 Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO
 Coordinador de la Escuela de Medicina
 UCV - Piura

PRESIDENTE


 Carmen Heredia Calderon
 MÉDICO ANESTESIOLOGA
 C.M.F. 55821 - R.N.E. 27542

SECRETARIO



VOCA
 Dr. Roxi Juan Polo Bardales
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
 R.N.E. 16028
 CMP. 30308
 AUDITOR. A02430

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---------------------------------------------------------------------------	--------	-----------

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Ketin David Vidal Pacherras, identificado con DNI N°74120840, alumno de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad César Vallejo.

Declaro la autenticidad de mi estudio de investigación denominado “CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA” para lo cual, me someto a las normas sobre elaboración de estudios de investigación al respecto.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presentan en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo

Piura, 29 de enero del 2020



.....
Ketin David Vidal Pacherras
DNI N°74120840

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Acta de sustentación de tesis.....	iv
Declaratoria de Autenticidad.....	v
Índice.....	vi
Índice de tablas.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I.-Introducción.....	1
II.-Método.....	9
2.1.-Diseño de investigación.....	9
2.2.-Tipo de estudio.....	9
2.3.-Identificación de variables.....	9
2.4.-Población y muestra.....	10
2.5.-Técnica e instrumento de recolección de datos.....	11
2.6.-Análisis de datos.....	11
2.7.-Aspectos éticos.....	11
III.-Resultados.....	12
IV.-Discusión.....	16
V.-Conclusiones.....	17
VI.-Recomendaciones.....	18
Referencias.....	19
Anexos.....	24

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer de tiroides operados en el hospital Cayetano de Piura.....	12
Tabla 2. Manifestaciones clínicas de los pacientes con cáncer de tiroides operados en el hospital Cayetano de Piura.....	13
Tabla 3. estadificación clínica del cáncer de tiroides en pacientes operados en el hospital Cayetano de Piura.....	14
Tabla 4. Distribución de los pacientes con cáncer de tiroides según tipo histológico.....	15

RESUMEN

Objetivo: determinar las características clínicas e histopatológicas de los pacientes con cáncer de tiroides en el Hospital Cayetano Heredia de Piura.

Metodología: Se desarrolló una investigación no experimental, descriptiva, retrospectiva y transversal. Se incluyeron 75 historias clínicas de paciente operado por cáncer de tiroides.

Resultados: Se determinó que el grupo etario ≥ 45 años predominó en la muestra estudiada, sexo femenino 85.3%, procedencia urbana 64.8%. Entre las manifestaciones clínicas se observó que 90.6% presentó masa en cuello, seguida de dolor, ronquera, disfonía y disnea.

Conclusiones: Se determinó que tener edad ≥ 45 años, sexo femenino y procedencia urbana son las principales características sociodemográficas, por otro lado, el tipo histológico papilar es el de mayor frecuencia de presentación.

Palabras claves: Cáncer de tiroides, manifestación clínica, histológico papilar

ABSTRACT

Objective: to determine the clinical and histopathological characteristics of patients with thyroid cancer at the Cayetano Heredia de Piura Hospital.

Methodology: Non-experimental, descriptive, retrospective and cross-sectional research was found. 75 medical records of a patient operated by thyroid cancer were included.

Results: It was determined that the age group ≥ 45 years predominated in the sample studied, female sex 85.3%, urban origin 64.8%. Among the clinical manifestations, it was detected that 90.6% presented neck mass, followed by pain, hoarseness, dysphonia and dyspnea.

Conclusions: It was determined that being ≥ 45 years old, female sex and urban precedence are the main sociodemographic characteristics, on the other hand, the papillary histological type is the one with the highest frequency of presentation.

Keywords: Thyroid cancer, clinical manifestation.

I. INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de tiroides continúa aumentando en todo el mundo, principalmente como resultado del mayor uso de imágenes de diagnóstico y vigilancia (1). El cáncer de tiroides es el quinto cáncer más común en mujeres en los EE. UU., y se estima que se produjeron más de 62 000 casos nuevos en hombres y mujeres en 2015 (2). Por lo tanto, la mayoría de los profesionales se encontrarán con un paciente con esta enfermedad en algún momento de su carrera. Aunque la incidencia aumenta constantemente, la mortalidad por cáncer de tiroides ha cambiado mínimamente en las últimas cinco décadas (3). El desafío que enfrentan los médicos que tratan el cáncer de tiroides es equilibrar el enfoque terapéutico para que los pacientes con enfermedad de menor riesgo o nódulos tiroideos benignos no reciban un tratamiento excesivo. Al mismo tiempo, deben reconocer a aquellos pacientes con enfermedades más avanzadas o de alto riesgo, que necesitan un enfoque de tratamiento más agresivo. Los cánceres de tiroides exhiben una amplia gama de comportamiento clínico, desde tumores indolentes con baja mortalidad en la mayoría de los casos, hasta tumores malignos muy agresivos, por ejemplo, cáncer anaplásico de tiroides (4). Por lo tanto, realizar una evaluación diagnóstica adecuada antes de comenzar el tratamiento es crucial para adaptarlo adecuadamente.

Schwartz G, et al. 2019. E.E.U.U. con la finalidad de identificar los factores responsables de la alta incidencia de cáncer de tiroides en Dakota del Norte. Examinaron las tasas de incidencia específicas para el cáncer de tiroides en Dakota del Norte en relación con factores demográficos y geográficos, incluida la mediana del ingreso familiar, el porcentaje de tierra fertilizada, la densidad de ganado per cápita y la fuente de agua potable (ciudad o agua de pozo), usando el modelado de ecuaciones estructurales. Resultados: las tasas de incidencia de cáncer de tiroides se asociaron significativamente con el ingreso medio ($p < 0.05$); porcentaje de tierra fertilizada ($p < 0.05$); el uso del agua de la ciudad ($p < 0.01$) y la densidad de ganado per cápita ($p < 0.001$). Conclusiones: El riesgo de cáncer de tiroides en Dakota del Norte se asocia positivamente con los ingresos y con factores relacionados con el uso de la tierra y el agua (5).

Evranos B, et al. 2019. Turquía. Con el objetivo de comparar los carcinomas de tiroides incidentales (ITC) con los no incidentales (NITC) realizó un análisis retrospectivo de 906 pacientes que fueron operados por enfermedad tiroidea benigna y maligna y tuvieron un diagnóstico histopatológico final de carcinoma de tiroides. La histología final reveló ITC en 326 pacientes (36%) y NITC en 580 pacientes (64% de edad promedio fue de 51.7 ± 11.11 en el grupo ITC y 48.15 ± 13.1 en el grupo NITC ($P < .001$). En el grupo NITC 322 (55.5%) de los pacientes fueron operados por citología sospechosa, mientras que solo 29 (8.9%) de los pacientes en el grupo ITC fueron operados debido a esta indicación ($P < .001$). Hubo 1301 focos de cáncer en muestras de histopatología. Entre todos estos focos de cáncer, 434 (33.3%) se detectaron de manera incidental y 867 (66.7%) se detectaron de manera no incidental. Aproximadamente 779 (89.9%) de los focos de cáncer no incidental fueron cáncer papilar (PTC), mientras que todos los focos de cáncer incidental fueron PTC. 13 mm en el grupo NITC y fue de 3 mm en el grupo ITC y difirió significativamente entre los grupos ($P < .001$). El tamaño del tumor fue ≤ 1 cm en el 35.2% de los pacientes con NITC mientras que el 98.5% de los pacientes con ITC tenían tumor ≤ 1 cm. La aparición de multinodularidad fue mayor en ITC que en el grupo NITC ($P < .001$). El nivel de TSH medio fue mayor en pacientes con NITC que con ITC, mientras que ambos estaban en el rango de referencia (1.53 vs 1.03 $\mu\text{IU} / \text{mL}$, $P < .001$). Las frecuencias de invasión capsular (29,1% frente a 7,9%), extensión extratiroidea (13% frente a 4,2%), multifocalidad (35,8% frente a 24,2%), resección no completa (9,2% frente a 1,8%) y metástasis a los ganglios linfáticos (9,5 % vs 1.8%) fueron significativamente mayores en el grupo NITC ($P < .001$, para cada uno). La enfermedad persistente / recurrente en pacientes con NITC fue más frecuente que los pacientes con ITC ($P = .004$). Este resultado fue similar para los cánceres que miden ≤ 1 cm ($P = .001$). Concluyendo que: El ITC a menudo se encuentra en pacientes mayores y con frecuencia se determina en etapas tempranas con características histopatológicas más favorables y un mejor pronóstico (6).

Kwon H, et al 2016. Korea. Con el objetivo de evaluar los cambios de las características clinicopatológicas y los resultados clínicos en pacientes con CMT en los últimos años. El tamaño del tumor primario disminuyó significativamente y la proporción de microMTC

(tamaño ≤ 1 cm) aumentó con el tiempo ($P = 0.002$ y $P < 0.001$, respectivamente). La proporción de pacientes con metástasis en los ganglios linfáticos cervicales (LN) disminuyó significativamente ($P = 0.037$), y la proporción de LN metastásicos disminuyó significativamente ($P = 0.011$). La tasa de supervivencia libre de enfermedad (SSE) de los pacientes mejoró significativamente con el tiempo ($P = 0,007$). No hubo diferencias significativas en la SSE entre los pacientes con microMTC y macroMTC. Sin embargo, los pacientes con estadio LN más avanzado demostraron más recurrencias ($P < 0.001$), concluyendo que el pronóstico de los pacientes con CMT ha mejorado significativamente en los últimos años. Estos cambios podrían estar asociados con el diagnóstico precoz antes del desarrollo de metástasis cervicales LN laterales y extensas (34)

Pak K, et al. 2014. Korea. Con el objetivo de evaluar las características clinicopatológicas del ITC. Incluyó a 2892 pacientes sometidos a tiroidectomía total por cáncer de tiroides papilar. Se seleccionaron dos grupos de control con cáncer de tiroides no incidental en PET (NITC): pacientes con NITC-A ($n = 48$) que se sometieron a una tiroidectomía total en marzo de 2008 y pacientes con NITC-B ($n = 48$) que se sometieron a una total tiroidectomía para el cáncer de tiroides papilar y se compararon con los efectos confusos de la edad y el sexo. Entre los resultados, no hubo diferencias significativas en las características clinicopatológicas, a excepción de la edad y la estadificación de metástasis en los ganglios tumorales (TNM), entre los pacientes con ITC y NITC-A. Más pacientes con ITC que con NITC-A tenían 45 años o más. Aunque la estadificación de T, N o M no fue diferente entre ITC y NITC-A, hubo más pacientes con ITC con tumores en estadio III / IV. Después de emparejar por edad y sexo, ninguna de las características clínico-patológicas mostró diferencias significativas entre los pacientes con ITC y NITC-B. Concluyendo que: no se observaron diferencias significativas entre los pacientes con ITC y NITC, excepto por la edad y la estadificación TNM. Más pacientes con ITC habían avanzado la etapa TNM probablemente debido a la edad del paciente (8).

Costamagna D, et al. 2013. Italia. Realizó una investigación en 568 pacientes sometidos a tiroidectomía por enfermedad tiroidea benigna. Encontró que se habían realizado 499 tiroidectomías y 69 hemitiroidectomías. La histología final reveló ITC en 53 pacientes

(9,3%): 44 tenían carcinoma papilar (20 variantes clásicas y 24 variantes foliculares), 4 carcinomas foliculares, 4 carcinomas medulares y 1 paraganglioma de tiroides primitivo. El diagnóstico preoperatorio fue de bocio multinodular o difuso en 45 casos de ITC y bocio uninodular en 8 casos. En 14 pacientes el tumor era multifocal y en 12 de estos pacientes los focos tumorales eran bilaterales. La lesión fue un microcarcinoma en 34 casos. El diámetro medio del ITC fue de 1,14 cm. Revisamos retrospectivamente los resultados de los exámenes de ultrasonido preoperatorios en relación con la posición exacta del tumor en las muestras y encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la ecogenicidad y el histotipo papilar. Veintiséis pacientes fueron seguidos en nuestro Hospital. El período medio de seguimiento fue de 38,2 meses. Se observó una recaída en 3/26 pacientes. El cáncer de tiroides incidental en pacientes operados por enfermedad benigna tiene su propia relevancia quirúrgica y oncológica (9).

Los nódulos tiroideos son muy comunes y afectan aproximadamente al 20% de la población (10). La gran mayoría (aproximadamente el 95%) de los nódulos tiroideos son benignos. Su incidencia aumenta con la edad y son más comunes en la mujer. La importancia clínica de los nódulos tiroideos radica en la necesidad de excluir el cáncer de tiroides, presente en el 5% al 10% de los nódulos tiroideos (11).

El cáncer de tiroides (CT) representa la neoplasia endocrina más común. Es más común en mujeres, representando la quinta neoplasia maligna más común en mujeres en los Estados Unidos (5% de los diagnósticos de cáncer estimados en mujeres en 2018), y también es relativamente más común en adultos jóvenes de 20 a 34 años (11-14). Sin embargo, la creciente incidencia de cáncer de tiroides en los Estados Unidos se atribuye en gran medida a tasas más altas de detección con el uso creciente de imágenes como la ecografía del cuello.

Afortunadamente, el cáncer de tiroides suele ser una neoplasia maligna indolente, y muchos pacientes con cáncer de tiroides pueden vivir con la enfermedad sin saberlo durante años o incluso décadas (12). A pesar del aumento de la incidencia, la mortalidad por cáncer de tiroides sigue siendo muy baja (aproximadamente 5%). Los pacientes que mueren de cáncer

de tiroides con mayor frecuencia presentan histopatología agresiva, alta carga tumoral y metástasis a distancia.

El noventa y cinco por ciento de los CT no están asociados con ningún factor de riesgo conocido (13). El historial de radiación ionizante a la tiroides es el único factor ambiental conocido asociado con un mayor riesgo de cáncer de tiroides, pero este factor de riesgo representa menos del 1% de los tumores malignos de tiroides (14). Solo del 5% al 10% de los pacientes con cáncer de tiroides diferenciado no medular tienen una ocurrencia familiar, y el cáncer de tiroides bien diferenciado generalmente no se considera familiar a menos que tres o más parientes de primer grado estén afectados (15). Por lo tanto, no se recomienda la detección sistemática de cáncer de tiroides con ultrasonido de tiroides a menos que el paciente tenga un síndrome genético específico que pueda estar asociado con cáncer de tiroides diferenciado, como el síndrome de tumor de hamartoma homólogo de fosfato y tensina (PTEN), enfermedad de Cowden, poliposis adenomatosa familiar (PAF), o el complejo Carney (16).

Los cánceres papilar y folicular se denominan colectivamente cánceres de tiroides diferenciados, lo que indica células que mantienen una apariencia microscópica más similar al tejido tiroideo normal (17). El cáncer de tiroides diferenciado colectivamente constituye el 95% del cáncer de tiroides. El cáncer de tiroides papilar es el subtipo de cáncer de tiroides más prevalente, y el 70% tiene alteraciones genéticas que causan la activación de la vía de la proteína quinasa activada por mitógeno (18-21).

Los carcinomas de células de Hurthle se consideran variantes del cáncer de tiroides folicular diferenciado que se distinguen por una acumulación de células de Hurthle (22). Las células tiroideas de Hurthle (también llamadas células oncocíticas) se caracterizan por abundante citoplasma granular eosinófilo como resultado de la acumulación de mitocondrias alteradas. Este fenómeno del cambio de células de Hurthle en la tiroides ocurre en trastornos inflamatorios como la tiroiditis y la enfermedad de Graves, y la notación de las células de Hurthle es, por lo tanto, común con las biopsias por aspiración con aguja fina en las que hay

tiroiditis asociada (23). La proliferación de oncocitos también puede dar lugar a nódulos hiperplásicos y neoplásicos denominados neoplasias de células de Hurthle (24).

Los cánceres de tiroides desdiferenciados son muy raros e incluyen cánceres de tiroides poco diferenciados y anaplásicos (25). Muchos tumores con carcinoma de tiroides poco diferenciado y anaplásico exhiben áreas o focos separados de carcinoma papilar o folicular, lo que sugiere que estos tumores pueden surgir de tumores preexistentes bien diferenciados (26). Los cánceres de tiroides pobremente diferenciados incluyen tumores con patrones de crecimiento sólido / trabecular / insular, ausencia de características nucleares típicas del carcinoma papilar de tiroides, cifras mitóticas altas y necrosis tumoral extensa. Se cree de manera similar que los cánceres anaplásicos de tiroides derivan de una desdiferenciación terminal del carcinoma de la célula folicular de la tiroides, a menudo con pérdida de p53 y otras mutaciones genéticas (27-29). Histopatológicamente, los cánceres anaplásicos aparecen como tumores necróticos y hemorrágicos con anaplasia citológica que muestra células tumorales extrañas, alta tasa mitótica y una angioinvasión significativa. Los cánceres de tiroides desdiferenciados exhiben un rápido crecimiento, altas tasas de metástasis a distancia y un mal pronóstico general: Los carcinomas anaplásicos de tiroides son casi uniformemente fatales (30).

El diagnóstico de CT a menudo se realiza después del descubrimiento incidental de un nódulo tiroideo no palpable en exploraciones radiológicas realizadas por razones no relacionadas (31). Algunos pacientes pueden someterse a una ecografía tiroidea después de palpar un nódulo tiroideo o una masa en el cuello, o después de que su médico de atención primaria palpe un nódulo tiroideo en un examen físico de rutina (32). Los pacientes con cánceres de tiroides más grandes pueden presentar síntomas de ronquera (causada por parálisis recurrente del nervio laríngeo), disfagia (causada por compresión o invasión esofágica), dificultad para respirar o dolor (33-35). Los pacientes con cáncer de tiroides medular avanzado pueden tener diarrea, síndrome de Cushing o enrojecimiento facial debido a los altos niveles séricos de calcitonina y otros péptidos hormonalmente activos. Sin embargo, la gran mayoría de los cánceres de tiroides pequeños son asintomáticos (36).

La hormona sérica estimulante de la tiroides (TSH) se debe medir en la evaluación de un nódulo tiroideo porque, en raras ocasiones, los nódulos tiroideos pueden estar hiperfuncionando (37). Si la TSH sérica es subnormal en presencia de un nódulo tiroideo, se puede considerar una exploración tiroidea con radionúclidos; Los nódulos "calientes" (es decir, aquellos con una captación mayor que el tejido tiroideo circundante) muy raramente representan malignidad y no requieren evaluación citológica (38).

Todos los pacientes con nódulos tiroideos deben ser evaluados con ultrasonido tiroideo. La biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido es el "estándar de oro" en el diagnóstico de neoplasia tiroidea (39). Sin embargo, no todos los nódulos tiroideos requieren biopsia. La gran mayoría de los cánceres de tiroides son sólidos, y los nódulos puramente quísticos son muy raramente malignos. Los nódulos mayores de 1 cm con características ecográficas sospechosas (p. Ej., Nódulos sólidos con márgenes irregulares, microcalcificaciones y / o vascularización interna central aumentada) se recomiendan para la biopsia, pero los nódulos de menos de 1 cm rara vez se recomiendan para la biopsia (40).

La clasificación citológica de la tiroides se realiza según los criterios y la terminología del sistema Bethesda e incluye las siguientes categorías generales de diagnóstico (con riesgo de malignidad asociado): no diagnóstica (riesgo del 20%), benigna (riesgo del 2%), lesión folicular (5% a 10% riesgo), neoplasia folicular (riesgo del 15% al 20%), células atípicas de importancia indeterminada (riesgo del 25%), sospechosas de malignidad (riesgo del 90%) y malignas (riesgo del 99%) (41). El carcinoma papilar de tiroides se puede diagnosticar citológicamente en función de características nucleares atípicas, como surcos nucleares e inclusiones nucleares (42). A diferencia de los carcinomas papilares de tiroides, los carcinomas foliculares y de células de Hurthle rara vez se pueden diagnosticar en la biopsia por aspiración con aguja fina, porque el criterio de diagnóstico para el diagnóstico de malignidad requiere la demostración de invasión capsular o vascular (43).

En cuanto a la estadificación clínica de la enfermedad, se propugna el uso del sistema de estadificación TNM, donde se valora el tamaño tumoral, la diseminación a ganglios linfáticos cercanos o a distancia y la presencia o no de metástasis (ver anexo 3).

La mayoría de los cánceres de tiroides bien diferenciados (papilar y folicular) tienen un buen pronóstico con cirugía (ya sea lobectomía tiroidea o tiroidectomía total), y algunos pacientes son recomendados para la supresión de la hormona tiroidea y yodo radioactivo posoperatorio (44). El cáncer medular de tiroides generalmente se trata con tiroidectomía total y disección de los ganglios linfáticos del compartimento central (45). Aproximadamente el 20% de los MTC son hereditarios, asociados con MEN2 y mutación en el protooncogen RET; Los pacientes con cáncer medular de tiroides deben, por lo tanto, someterse a pruebas genéticas antes de la cirugía. La radioterapia postoperatoria rara vez está indicada para cánceres tiroideos bien diferenciados o medulares, a menos que la enfermedad sea particularmente agresiva e invasiva. El cáncer anaplásico de tiroides es el tipo más agresivo de cáncer de tiroides, con una mediana de supervivencia histórica de 3 a 6 meses (46, 47).

Ante la realidad problemática descrita se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínicas e histopatológicas de pacientes con cáncer de tiroides del Hospital Cayetano Heredia de Piura?

Se plantea como objetivo general: Determinar las características clínicas e histopatológicas de pacientes con cáncer de tiroides del Hospital Cayetano Heredia de Piura?. Para lograr dicho objetivo nos apoyaremos en.

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer de tiroides.
- Identificar las principales manifestaciones clínicas del cáncer de tiroides.
- Identificar el estadio clínico (TNM) más frecuente del cáncer de tiroides.
- Identificar la frecuencia del cáncer de tiroides según tipo histológico.

II. MÉTODO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio observacional, limitado a valorar la realidad recogiendo la información necesaria a través de una ficha de recolección de datos, sin manipular las variables.

2.2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio fue: descriptivo, retrospectivo y transversal.

2.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CALIDAD DE VIDA EN PRIMÍPARAS POSTPARTO VAGINAL Y POSTPARTO CESÁREA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA ENERO-MARZO 2019				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO VARIABLE
Cáncer de tiroides	Crecimiento descontrolado y desorganizado de células neoplásicas malignas en la glándula tiroides	Crecimiento descontrolado y desorganizado de células neoplásicas malignas en la glándula tiroides. Según HC	Si No	Cualitativa Nominal
Características Epidemiológicas	Edad: Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de una persona	Años cumplidos registrados en historia clínica	< 45 años ≥ 45 años	Cualitativa Nominal
	Sexo: Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres. Según HC	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal
	Procedencia: Área de origen de una persona	Lugar de origen del paciente. Según HC.	Urbano Rural	Cualitativa Nominal
Características Clínicas	Conjuntos de síntomas y signos que aparecen durante el desarrollo de una enfermedad	Conjunto de síntomas y signos reportado en historia clínica	Masa en cuello Dolor en cuello Ronquera Disfonía Disfagia	Cualitativa Nominal

			Dificultad para respirar Tos constante	
Estadaje Clínico	Estadificación clínica según tamaño tumoral, diseminación linfática y metástasis	Estadificación clínica según tamaño tumoral, diseminación linfática y metástasis. Según HC	TNM (anexo 3)	Cualitativa Ordinal
Tipo Histológico	Clasificación según tipo celular predominante en la muestra estudiada	Clasificación según tipo celular predominante en la muestra estudiada. Según HC	Papilar Folicular Medular Indiferenciado Sarcoma	Cualitativa Nominal

2.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

- POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por todas las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides que recibieron tratamiento quirúrgico en el Hospital Cayetano Heredia de Piura entre enero el 1 de enero del 2015 al 31 diciembre del 2018.

- MUESTRA

Por la poca incidencia de la enfermedad, se incluyó a la totalidad de la población de estudio que cumplió con los criterios de selección. La muestra final estuvo constituida por 75 pacientes. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historia clínica con diagnóstico histológico o anatomopatológico de cáncer de tiroides.
- Historia clínica con datos completos.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historia clínica de paciente operado por recidiva de enfermedad.
- Historia clínica con datos ilegibles o incompletos.

2.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se confeccionó un instrumento (ficha de datos), donde se registró las características epidemiológicas, clínicas e histológicas posibles del cáncer de tiroides. Posteriormente se solicitó permiso a la dirección del hospital para poder acceder al área de archivo y ubicar las historias de los pacientes previamente seleccionados del libro de reportes ubicado en centro quirúrgico. Una vez ubicadas las historias clínicas se corroboró la presencia de toda la información necesaria según ficha de recolección de datos y se procedió al llenado de la misma, con la finalidad de guardar confidencialidad se asignó un código a cada ficha llenada.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis e interpretación de datos se efectuó mediante el uso de porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Así mismo, se usaron las representaciones gráficas y tablas correspondientes.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki y fue evaluado por el comité de investigación de la Universidad César Vallejo. La información obtenida de las entrevistas e historias clínicas de las pacientes en estudio fue tratada de forma confidencial de acuerdo con los principios éticos actualmente vigentes. No se afectó ninguna norma de privacidad, derechos legales, derechos humanos, dado que las fichas de recolección de datos aplicados a cada paciente seleccionado fueron codificadas salvaguardando su identidad.

III. RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES OPERADOS EN EL HOSPITAL CAYETANO DE PIURA.

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
< 45 años	20	26.7%
≥ 45 años	55	73.3%
SEXO		
Masculino	11	14.7%
Femenino	64	85.3%
PROCEDENCIA		
Rural	23	30.6%
Urbana	52	69.4%

Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

En la tabla se observa que, 73.7% de la muestra estudiada es ≥ 45 años, 85.3% son del sexo femenino y 69.4% son de procedencia urbana.

TABLA 2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES OPERADOS EN EL HOSPITAL CAYETANO DE PIURA.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masa en cuello	68	90.6%
Dolor en cuello	56	74.6%
Ronquera	23	30.6%
Disfonía	19	25.3%
Disfagia	13	17.3%
Dificultad para respirar	7	9.3%
Tos constante	3	4.0%

Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

En la tabla se observa que la principal manifestación clínica es la presencia de masa en cuello en 90.6% de la muestra estudiada. 74.6% presentó dolor de cuello.

TABLA 3. ESTADIFICACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER DE TIROIDES EN PACIENTES OPERADOS EN EL HOSPITAL CAYETANO DE PIURA.

ESTADIAJE CLÍNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
pTNM		
I	53	70.7%
II	14	18.7%
III	5	6.6%
IV	3	4.0%
pT		
pT1a	36	48.0%
pT1b	15	20.0%
pT2	11	14.6%
pT3	10	13.3%
pT4a	0	0.0%
pT4b	3	4.1%
pN		
pN0	4	5.3%
pN1a	1	1.3%
pN1b	1	1.3%
pNx	69	92.1%
pM		
pM0	5	6.6%
pM1	0	0.0%
pMx	70	93.4%

Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

En la tabla se observa que 70.7% de la muestra tenían estadio clínico I, 48. tenía pT1a, 92.1% pNx y 93.1% pMx.

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES
SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO.**

TIPO HISTOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Papilar	62	82.7%
Folicular	8	10.7%
Medular	2	2.7%
Indiferenciado	2	2.7%
sarcoma	1	1.2%

Fuente: **Instrumento de recolección de datos**

En la tabla se observa que 82.7% del total de muestra tenían cáncer de tiroides tipo papilar, 10.7% tipo folicular, 2.7% medular e indiferenciado y 1.2% sarcoma.

IV. DISCUSIÓN

En nuestro estudio analizamos retrospectivamente 75 pacientes tratados quirúrgicamente debido a cáncer de tiroides. Se identificó que esta neoplasia es más frecuente en pacientes \geq 45 años, de sexo femenino y procedencia rural, estos resultados son similares a los reportados por Evranos (5). Esto se puede explicar porque a mayor edad aumenta la incidencia de la enfermedad, además, la patología tiene una mayor predisposición por el sexo femenino, lo cual podría tener sustento en los cambios hormonales que sufre la mujer.

Entre las manifestaciones clínicas se observa que la presencia de masa en cuello es la de principal presentación, seguida de dolor, ronquera, disfonía y disfagia. Estos hallazgos concuerdan parcialmente con lo reportado por Kwon (7). Estas diferencias probablemente se deban a diferentes regiones geográficas y poblaciones.

En su mayoría de tipo papilar, y muchos de ellos tienen menos de 1 cm de diámetro. En nuestro estudio, el tipo papilar se presentó en 62 (82.7%) pacientes. La mayoría de los nódulos estaban por debajo de la etapa pT1b (51; 68.0%). Esto es similar a lo reportado por Park (8), quien reporta un predominio marcado de este tipo histológico como mayor representante.

V. CONCLUSIONES

- Entre las principales características epidemiológicas de los pacientes con cáncer de tiroides atendidos en el Hospital Cayetano se observó, predominio del grupo etario mayor de 45 años, sexo femenino y de procedencia urbana.
- Se identificó que las principales manifestaciones clínicas del cáncer de tiroides fueron: presencia de tumoración en cuello, seguido de dolor, disfonía y disfagia.
- Se determinó que el estadio clínico I, según clasificación (TNM), es el más frecuente entre los pacientes con cáncer de tiroides en el Hospital Cayetano de Piura.
- Se identificó que el carcinoma papilar de tiroides es el tipo histológico más frecuente, seguido de folicular y medular.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda el adecuado llenado de historias clínicas con la finalidad de no perder información importante y necesaria que permiten el desarrollo de los objetivos planteados.
- Desarrollar investigación que permita valorar la respuesta terapéutica del cáncer de tiroides, así como el tiempo de supervivencia postratamiento.

REFERENCIAS

- Cancer facts & figures, 2015. Atlanta: American Cancer Society, 2015.
- Sosa JA, Hanna JW, Robinson KA, and Lanman RB: Increases in thyroid nodule fine-needle aspirations, operations, and diagnoses of thyroid cancer in the United States. *Surgery* 2013; 154: pp. 1420-1426.
- Smith-Bindman R, Lebda P, Feldstein VA, et al: Risk of thyroid cancer based on thyroid ultrasound imaging characteristics: results of a population-based study. *JAMA Intern Med* 2013; 173: pp. 1788-1796.
- Hanahan D, and Weinberg RA: Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell* 2011; 144: pp. 646-674
- Schwartz G, et al. Thyroid Cancer Incidence Rates in North Dakota are Associated with Land and Water Use. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(20): 3805.
- Evranos B, Polat S, Cuhaci F, et al. A cancer of undetermined significance: Incidental thyroid carcinoma. *Diagn Cytopathol*. 2019; 47(5): 412-16.
- Kwon H, Kim W, Sung T, et al. Changing trends in the clinicopathological features and clinical outcomes of medullary thyroid carcinoma. *J Surg Oncol*. 2016 Feb;113(2):152-8.
- Pak K, Cheon G, Lee K, et al. Incidental thyroid cancer detected by (18)F-FDG PET: does it have different clinicopathological features?. *Nucl Med Commun*. 2014; 35(5): 453-8.
- D. Costamagna, L. Pagano, M. Caputo, et al. Incidental cancer in patients surgically treated for benign thyroid disease. Our experience at a single institution. *G Chir*. 2013; 34(1-2): 21-6.
- Durante C, Costante G, Lucisano G, et al: The natural history of benign thyroid nodules. *JAMA* 2015; 313: pp. 926-935
- Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al: SEER Cancer Statistics Review, 1975–2013. Bethesda: National Cancer Institute, 2016.
- Wells SA, Asa SL, Dralle H, et al: Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. *Thyroid* 2015; 25: pp. 567-610
- Integrated genomic characterization of papillary thyroid carcinoma. *Cell* 2014; 159: pp. 676-690

- Nikiforov YE, and Nikiforova MN: Molecular genetics and diagnosis of thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 7: pp. 569-580
- Raman P, and Koenig RJ: Pax-8-PPAR-gamma fusion protein in thyroid carcinoma. *Nat Rev Endocrinol* 2014; 10: pp. 616-623
- Kelly LM, Barila G, Liu P, et al: Identification of the transforming STRN–ALK fusion as a potential therapeutic target in the aggressive forms of thyroid cancer. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014; 111: pp. 4233-4238
- Hong DS, Farago AF, Brose MS, et al. Clinical safety and activity from a phase I study of LOXO-101, a selective TRKA/B/C inhibitor, in solid-tumor patients with NTRK gene fusions. 97th Annual Meeting of the American Association for Cancer Research; New Orleans, LA; April 16–20, 2016. Abstract CT008.
- Godbert Y, Henriques de Figueiredo B, Bonichon F, et al: Remarkable response to crizotinib in woman with anaplastic lymphoma kinase-rearranged anaplastic thyroid carcinoma. *J Clin Oncol* 2015; 33: pp. e84-e87
- Haugen BRM, Alexander EK, Bible KC, et al: 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2016; 26: pp. 1-133
- Xing M, Alzahrani AS, Carson KA, et al: Association between BRAF V600E mutation and recurrence of papillary thyroid cancer. *J Clin Oncol* 2015; 33: pp. 42-50
- Xing M, Alzahrani AS, Carson KA, et al: Association between BRAF V600E mutation and mortality in patients with papillary thyroid cancer. *JAMA* 2013; 309: pp. 1493-1501
- Chen Y, Sadow PM, Suh H, et al: BRAF(V600E) is correlated with recurrence of papillary thyroid microcarcinoma: a systematic review, multi-institutional primary data analysis, and meta-analysis. *Thyroid* 2016; 26: pp. 248-255
- Kowalska A, Walczyk A, Kowalik A, et al: Increase in papillary thyroid cancer incidence is accompanied by changes in the frequency of the . *Thyroid* 2016; 26: pp. 543-551
- Landa I, Ganly I, Chan TA, et al: Frequent somatic TERT promoter mutations in thyroid cancer: higher prevalence in advanced forms of the disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: pp. E1562-E1566

- Liu X, Qu S, Liu R, et al: TERT promoter mutations and their association with BRAF V600E mutation and aggressive clinicopathological characteristics of thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: pp. E1130-E1136
- Melo M, da Rocha AG, Vinagre J, et al: TERT promoter mutations are a major indicator of poor outcome in differentiated thyroid carcinomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: pp. E754-E765
- Nikiforova MN, Wald AI, Roy S, Durso MB, and Nikiforov YE: Targeted next-generation sequencing panel (ThyroSeq) for detection of mutations in thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: pp. E1852-E1860
- Ciampi R, Mian C, Fugazzola L, et al: Evidence of a low prevalence of . *Thyroid* 2013; 23: pp. 50-57
- Romei C, Tacito A, Molinaro E, et al: Twenty years of lesson learning: how does the RET genetic screening test impact the clinical management of medullary thyroid cancer? *Clin Endocrinol (Oxf)* 2015; 82: pp. 892-899
- Romei C, Cosci B, Renzini G, et al: RET genetic screening of sporadic medullary thyroid cancer (MTC) allows the preclinical diagnosis of unsuspected gene carriers and the identification of a relevant percentage of hidden familial MTC (FMTC). *Clin Endocrinol (Oxf)* 2011; 74: pp. 241-247
- Brito JP, Gionfriddo MR, Al Nofal A, et al: The accuracy of thyroid nodule ultrasound to predict thyroid cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: pp. 1253-1263
- Lubitz CC, Faquin WC, Yang J, et al: Clinical and cytological features predictive of malignancy in thyroid follicular neoplasms. *Thyroid* 2010; 20: pp. 25-31
- Lee SH, Baek JS, Lee JY, et al: Predictive factors of malignancy in thyroid nodules with a cytological diagnosis of follicular neoplasm. *Endocr Pathol* 2013; 24: pp. 177-183
- Crippa S, Mazzucchelli L, Cibas ES, and Ali SZ: The Bethesda system for reporting thyroid fine-needle aspiration specimens. *Am J Clin Pathol* 2010; 134: pp. 343-344
- Alexander EK, Kennedy GC, Baloch ZW, et al: Preoperative diagnosis of benign thyroid nodules with indeterminate cytology. *N Engl J Med* 2012; 367: pp. 705-715
- Nikiforov YE, Carty SE, Chiosea SI, et al: Impact of the multi-gene ThyroSeq next-generation sequencing assay on cancer diagnosis in thyroid nodules with atypia of

undetermined significance/follicular lesion of undetermined significance cytology. *Thyroid* 2015; 25: pp. 1217-1223

- Nikiforov YE, Carty SE, Chiosea SI, et al: Highly accurate diagnosis of cancer in thyroid nodules with follicular neoplasm/suspicious for a follicular neoplasm cytology by ThyroSeq v2 next-generation sequencing assay. *Cancer* 2014; 120: pp. 3627-3634
- Alexander EK, Schorr M, Klopper J, et al: Multicenter clinical experience with the Afirma gene expression classifier. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: pp. 119-125
- Harrell RM, and Bimston DN: Surgical utility of Afirma: effects of high cancer prevalence and oncocyctic cell types in patients with indeterminate thyroid cytology. *Endocr Pract* 2014; 20: pp. 364-369
- McIver B, Castro MR, Morris JC, et al: An independent study of a gene expression classifier (Afirma) in the evaluation of cytologically indeterminate thyroid nodules. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: pp. 4069-4077
- Marti JL, Avadhani V, Donatelli LA, et al: Wide inter-institutional variation in performance of a molecular classifier for indeterminate thyroid nodules. *Ann Surg Oncol* 2015; 22: pp. 3996-4001.
- Remonti LR, Kramer CK, Leitao CB, Pinto LC, Gross JL. Thyroid ultrasound features and risk of carcinoma: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Thyroid*. 2015;25:538–50
- Maloney E, Dougherty P, Dighe M, Relyea-Chew A. The development of a validated checklist for ultrasound-guided thyroid nodule fine-needle aspiration biopsies: preliminary results. *Ultrasound Q*. 2015;31:159–65
- Bombil I, Bentley A, Kruger D, Luvhengo TE. Incidental cancer in multinodular goitre post thyroidectomy. *S Afr J Surg*. 2014;52:5–9.
- Zhang L, Liu Z, Liu Y, Gao W, Zheng C. The clinical prognosis of patients with cN0 papillary thyroid microcarcinoma by central neck dissection. *World J Surg Oncol*. 2015;13:138.
- Ergin AB, Saralaya S, Olansky L. Incidental papillary thyroid carcinoma: clinical characteristics and prognostic factors among patients with Graves' disease and euthyroid goiter, Cleveland Clinic experience. *Am J Otolaryngol*. 2014;35:784–90

- Hoang JK, Nguyen XV, Davies L. Overdiagnosis of thyroid cancer: answers to five key questions. *Acad Radiol.* 2015;22:1024–9.

ANEXOS

1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO.....

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

EDAD: <45 años () ≥45 años ()
SEXO: masculino () femenino ()
PROCEDENCIA urbana () rural ()

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Masa en cuello () Dolor en cuello () Ronquera ()
Disfonía () Disfagia () Tos ()
Dificultad para respirar ()

Estadíaje clínico:

Tumor (T)

TX: no se puede evaluar el tumor primario.
T0 (T más cero): no hay evidencia de un tumor.
T1: el tumor mide 2 centímetros (cm) o menos y está limitado a la tiroides.
T1a: el tumor mide 1 cm o menos.
T1b: el tumor mide más de 1 cm pero menos de 2 cm.
T2: el tumor mide más de 2 cm pero menos de 4 cm y está limitado a la tiroides.
T3: el tumor mide más de 4 cm pero no se extiende más allá de la glándula tiroides.
T4: el tumor es de cualquier tamaño y se ha extendido más allá de la tiroides.
T4a: el tumor se ha diseminado más allá de la tiroides a tejido blando cercano, la laringe, tráquea, esófago o nervio laríngeo recurrente.
T4b: el tumor se ha diseminado más allá de las regiones de T4a (antes mencionado).

Ganglio (N)

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0 (N más cero): no hay evidencia de cáncer en los ganglios linfáticos regionales.
N1: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
N1a: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos alrededor de la tiroides (llamado compartimiento central; ganglios linfáticos pretraqueales, paratraqueales y prelaríngeos).
N1b: el cáncer se ha diseminado más allá del compartimiento central, incluidos los ganglios linfáticos cervicales unilaterales, cervicales bilaterales, cervicales contralaterales o del mediastino.

Metástasis (M)

MX: no se puede evaluar la metástasis a distancia.
M0 (M más cero): el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
M1: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

TIPO HISTOLÓGICO

Papilar () Folicular () Medular
Indiferenciado () Sarcoma ()

2.- CARTA DE SOLICITUD PARA REALIZAR EL ESTUDIO

Piura, diciembre 2019.

Dr.

Director Hospital José Cayetano Heredia

Piura

De mi mayor consideración:

Aprovecho la ocasión de saludarlo cordialmente y por este medio le informo que estoy realizando un Proyecto de Investigación para presentar mi Tesis para optar por el Título de Médico Cirujano en la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Cesar Vallejo de Piura, el trabajo de investigación está referido a la “Características clínicas e histopatológicas de pacientes con cáncer de tiroides Hospital Cayetano Heredia de Piura”, por lo que solicito su autorización para poder entrevistar a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden a consulta externa de reumatología del hospital que usted dignamente representa.

Con la seguridad de contar con su apoyo le reitero a usted mis mayores consideraciones.

Atentamente.

KETIN DAVID VIDAL PACHERRES

DNI N°74120840

3.-SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER DE TIROIDES

Tumor (T)

TX: no se puede evaluar el tumor primario.
T0 (T más cero): no hay evidencia de un tumor.
T1: el tumor mide 2 centímetros (cm) o menos y está limitado a la tiroides.
T1a: el tumor mide 1 cm o menos.
T1b: el tumor mide más de 1 cm pero menos de 2 cm.
T2: el tumor mide más de 2 cm pero menos de 4 cm y está limitado a la tiroides.
T3: el tumor mide más de 4 cm pero no se extiende más allá de la glándula tiroides.
T4: el tumor es de cualquier tamaño y se ha extendido más allá de la tiroides.
T4a: el tumor se ha diseminado más allá de la tiroides a tejido blando cercano, la laringe, tráquea, esófago o nervio laríngeo recurrente.
T4b: el tumor se ha diseminado más allá de las regiones de T4a (antes mencionado).

Ganglio (N)

NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0 (N más cero): no hay evidencia de cáncer en los ganglios linfáticos regionales.
N1: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
N1a: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos alrededor de la tiroides (llamado compartimiento central; ganglios linfáticos pretraqueales, paratraqueales y prelaríngeos).
N1b: el cáncer se ha diseminado más allá del compartimiento central, incluidos los ganglios linfáticos cervicales unilaterales, cervicales bilaterales, cervicales contralaterales o del mediastino.

Metástasis (M)

MX: no se puede evaluar la metástasis a distancia.
M0 (M más cero): el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
M1: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

4.- AGRUPACIÓN DE LOS ESTADIOS DEL CÁNCER

Cáncer papilar o folicular tiroideo en una persona menor de 55 años

Estadio I: Este estadio describe un tumor (cualquier T) con o sin diseminación a los ganglios linfáticos (cualquier N) y sin metástasis distante (M0).

Estadio II: Este estadio describe un tumor (cualquier T) con cualquier metástasis (M1) independientemente de si se ha diseminado o no a los ganglios linfáticos (cualquier N).

Cáncer papilar o folicular tiroideo en una persona de 55 años o más

Estadio I: este estadio describe un tumor pequeño (T1) sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).

Estadio II: este estadio describe un tumor grande, no invasivo (T2), sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).

Estadio III: este estadio describe un tumor que mide más de 4 cm pero contenido en la tiroides (T3), sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0). O cualquier tumor localizado (T1, T2 o T3) con diseminación al compartimiento central de los ganglios linfáticos (N1a) sin diseminación distante (M0).

Estadio IVA: este estadio describe un tumor que se ha diseminado a las estructuras cercanas (T4a), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero no se ha diseminado a lugares distantes (M0). O describe un tumor localizado (T1, T2 o T3) con diseminación a los ganglios linfáticos más allá del compartimiento central (N1b) pero sin diseminación distante (M0).

Estadio IVB: este estadio describe un tumor que se ha diseminado más allá de las estructuras cercanas (T4b), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero sin diseminación distante (M0).

Estadio IVC: este estadio describe cualquier tumor (cualquier T, cualquier N) cuando hay evidencia de metástasis (M1).

Cáncer medular de tiroides

Estadio I: este estadio describe un tumor pequeño (T1) sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis distante (M0).

Estadio II: este estadio describe un tumor localizado más grande (T2 o T3) sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).

Estadio III: este estadio describe cualquier tumor localizado (T1, T2 o T3) que se ha diseminado al compartimiento central de los ganglios linfáticos (N1a) pero sin presencia de metástasis (M0).

Estadio IVA: este estadio describe un tumor que se ha diseminado a las estructuras cercanas (T4a), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero no se ha diseminado a lugares distantes (M0). O describe un tumor localizado (T1, T2 o T3) con diseminación a los ganglios linfáticos más allá del compartimiento central (N1b) pero sin diseminación distante (M0).

Estadio IVB: este estadio describe un tumor que se ha diseminado más allá de las estructuras cercanas (T4b), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero sin diseminación distante (M0).

Estadio IVC: este estadio se usa cuando hay evidencia de metástasis (cualquier T, cualquier N, M1).

Cáncer anaplásico de tiroides

Estadio IV: todos los tumores anaplásicos de tiroides se clasifican como estadio IV, independientemente del tamaño, ubicación o metástasis del tumor.

Estadio IVA: este estadio describe un tumor anaplásico que se ha diseminado a las estructuras cercanas (T4a), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero no se ha diseminado a lugares distantes (M0).

Estadio IVB: este estadio describe un tumor anaplásico que se ha diseminado más allá de las estructuras cercanas (T4b), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero sin diseminación distante (M0).

Estadio IVC: este estadio se usa cuando hay evidencia de metástasis (cualquier T, cualquier N, M1).

5.-ACTA DE ORIGINALIDAD

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE ORIGINALIDAD	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------



Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“CARACTERÍSTICAS CLINICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA” del (de la) estudiante **VIDAL PACHERRES KETIN DAVID** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 26 de Febrero de 2020

 
UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA
Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura

Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663


Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

6.-PANTALLAZO DEL PORCENTAJE TURNITIN

ro=103&u=1088032488&o=1264138215&s=1

Características clínicas e histopatológicas de pacientes con cáncer de tiroides hospital Cayetano Heredia PI

-- /0 < 596 de 617 > ?



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Características clínicas e histopatológicas de pacientes con cáncer de tiroides hospital
Cayetano Heredia Piura

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
Médico Cirujano

AUTOR:
Br. Ketín David Vidal Pacherras (ORCID: 0000-0002-7247-7778)

ASESOR
Mg. Roxy Juan Polo Bardales (ORCID: 0000-0002-4329-2686)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
Enfermedades crónicas no transmisibles

PIURA – PERÚ
2020

Resumen de coincidencias

25 %

Se están viendo fuentes en inglés (Beta)

Ver fuentes estándar

Coincidencias

1	Berna Evranos, Sefika ... Publicación	5 %
2	eprints.bice.m.cnr.it Fuente de Internet	4 %
3	Pak, Kyoungjune, Gi Je... Publicación	3 %
4	www.mdpi.com Fuente de Internet	2 %
5	bekircakir.com Fuente de Internet	2 %
6	Hyemi Kwon, Won Gu K... Publicación	2 %
7	Cabanillas, Maria E, Da... Publicación	3 %
8	lib.cqu.edu.cn Fuente de Internet	1 %
9	thyroidresearchjournal... Fuente de Internet	<1 %
10	Krzysztof Kallezewski, ... Publicación	<1 %
11	Entregado a South Univ... Trabajo del estudiante	<1 %

s: 4346

Text-only Report | High Resolution **Activado**

12:45
26/02/2020

7.-AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 10 Fecha : 10-06-2019 Página : 1 de 1
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Yo **KETIN DAVID VIDAL PACHERRES**, identificado con DNI N° **74120840**, egresado de la Escuela Profesional de **MEDICINA**, de la Universidad César Vallejo, autorizo () , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA.**"; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



FIRMA

DNI: 74120840

FECHA: 24 de Enero del 2020

Revisó	Vicerrectorado de Investigación/ DEVAC /Responsable del SGC	Aprobó	Rectorado
--------	-------------------------------------------------------------	--------	-----------

NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

8.-VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

VIDAL PACHERRES KETIN DAVID

INFORME TITULADO:

*CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA PIURA*

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: *04 de febrero de 2020*

NOTA O MENCIÓN: CATORCE (14)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION