

PATOLOGIA TIROIDEA. PREVALENCIA DE PATOLOGIA BENIGNA Y MALIGNA

Dr. Diego M. Cian, Dra. Romina V. Demarchi, Dra. Cynthia N. Gay, Dra. María M. Pérez

Resumen

Objetivos: Establecer la prevalencia de patología tiroidea. v Discriminar anatomopatológicamente los casos positivos de los negativos para malignidad.

Material y Métodos: Se revisarán las historias clínicas de pacientes internados en éste servicio, con clínica de patología tiroidea, junto con los informes de anatomía patológica.

Desarrollo: Se obtuvo información de historias clínicas del servicio de Cirugía y Anatomía patológica del Hospital Perrando, en un período de tiempo comprendido entre los años 1.999 al 2.003.

Conclusiones: Mayor prevalencia de patología tiroidea en el sexo femenino: 89.65 %. La forma de presentación más frecuente es la de tipo nodular: 69.45 %. El diagnóstico anatomopatológico más frecuente es de benignidad en un 69,45 %.

Palabras claves: Bocio, Nódulo, Edad de Presentación.

Summary:

Objectives: To establish the prevalence of thyroid pathology. v To discriminate against anatomopathologically the cases positives of the negatives for malignancy.

Material and Methods: The clinical histories of patients boarding patients will be revised in this service, with clinic of thyroid nodule, together with the pathological and diagnostic anatomy.

Development: It was obtained information of clinical histories of the service of Surgery and pathological anatomy of the Hospital Perrando, in a period of time understood among the years 1.999 at the 2.003.

Conclusions: Bigger prevalence of thyroid pathology in the feminine sex: 89.65%. The form of more frequent presentation is that of nodular type: 69.45%. The diagnoses anatomopathological more frequent it is of kindliness in 69,45%.

Key words: Goiter, Nodule, Age of Presentation.

INTRODUCCION

La glándula tiroides recibe este nombre por su similitud con un escudo (del griego thyreos:escudo), ya que se pensaba que constituía un auténtico escudo para la laringe de la misma forma que lo constituye el cartílago tiroides.(12,01)

La glándula tiroides es un órgano situado en la región anterior del cuello.(21) Consta de dos lóbulos simétricos adosados a los lados de la tráquea y la laringe, que están unidos entre sí por una parte de la estructura glandular situada sobre la tráquea y denominada istmo. La glándula, que constituye una de las estructuras endócrinas de mayor tamaño, pesa unos 20 gramos en el adulto sano.(12,22)

La función más importante de la glándula tiroides es producir las hormonas tiroideas, para el desarrollo y la regulación del metabolismo. Se requiere un aporte constante de ésta hormona para el crecimiento, el desarrollo del encéfalo y para la conservación del metabolismo y la actividad funcional de casi todos los órganos.(25,30)

Las hormonas tiroideas libres penetran en las células e inducen y estimulan el consumo de oxígeno; aumentan el calor corporal y las tasas de metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, y estimulan el mecanismo de retroalimentación con la glándula hipófisis.(21,26)

Las enfermedades del tiroides son relativamente frecuente encontrándose 45 % se-

gún diversas series y gran importancia porque la mayor parte son susceptibles de manejo médico o quirúrgico. Se manifiestan principalmente como tirotoxicosis (hipertiroidismo), hipotiroidismo y agrandamiento difuso o focal de la glándula (bocio).(29,12)

El nódulo solitario de tiroides es una patología común del 1,5 % en hombres y de 6,4 % en mujeres entre 30 y 59 años, lo cual aumenta con la edad llegando en diferentes estudios necropsicos a encontrarse hasta 50 % en personas de entre 70 y 80 años, en tanto el cáncer de tiroides representa solo un 5 a 10 % de estos nódulos solitarios. El gran desafío consiste en diferenciar benignos de malignos, aplicando los medios tendientes a evitar operaciones innecesarias en los primeros, o perder la oportunidad de curación en los segundos.(14,16)

La Punción Aspiración con Aguja Fina sin dudas, es hoy el procedimiento más económico, de mayor accesibilidad al médico general y de más alto rédito diagnóstico de la patología tiroidea. Su principal contribución ha sido el acceso al diagnóstico de patologías neoplásicas y no neoplásicas, reduciendo los actos a cielo abierto innecesarios para la toma de biopsia de la glándula tiroides, o rechazando tratamientos quirúrgicos no necesarios, plausibles de tratamiento médico. (28,14)

De todo lo anteriormente expuesto surge la iniciativa para establecer la prevalencia de pa-

tología tiroidea, discriminar los casos positivos para malignidad de los negativos.

MATERIAL Y METODOS

- Se obtuvo información de historias clínicas y fichas del servicio de Cirugía y Anatomía patológica del Hospital "Perrando", en un período de tiempo comprendido entre los años 1.999 al 2.003, hallando 203 casos que atañen a nuestro objetivo.
- Se volcó dicha información en tablas de la planilla de cálculos Excel, obteniendo los porcentajes pertinentes y se realizaron gráficos ilustrativos. Se incluyeron en éste trabajo pacientes ambulatorios y aquellos que fueron internados por presentar patología tiroidea, para llevar a cabo su tratamiento.
- Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, presentación clínica, anatomopatológica, diagnóstico. Las mismas fueron obtenidas del material anteriormente citado.
- Sobre la muestra seleccionada, utilizando como variable en estudio la *edad*, se trabajó con datos en agrupación de intervalos de clases. Se realizó el cálculo de Medidas de Dispersión: *Rango*, *Amplitud* y se obtuvieron los límites inferiores y superiores para cada intervalo de edad, con un punto medio o marca de clase correspondiente a cada uno. Al confeccionarse la tabla de frecuencias absolutas (Simples y Acumuladas) se hallaron las Medidas de Posición o Tendencia Central: *Media* o Promedio, *Mediana* y *Modo* o Moda y *Quartiles*, dando lugar al manejo estadístico de valores conocidos a partir de la observación de la muestra en cuestión, tanto en el sexo femenino como el masculino.

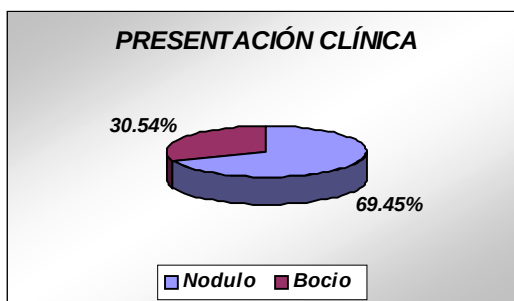
RESULTADOS

- La prevalencia de patología tiroidea según el sexo, sobre un total de 203 casos, equivalente al 100 % de la muestra, fue mayor en el sexo

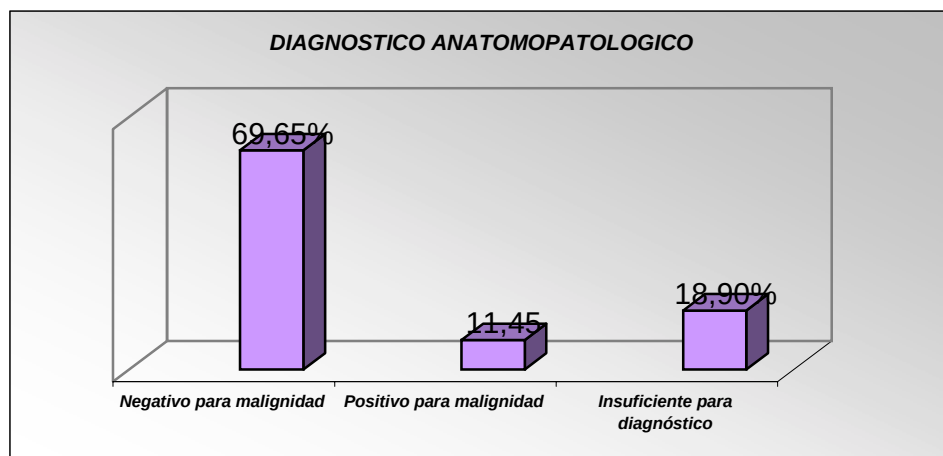
femenino(89,65%), en relación al sexo masculino(10,35%).



- La forma de presentación clínica más frecuente sobre 203 casos correspondiendo esta cifra al 100 % del total, fue la nodular, representando el 69,45%, mientras que la patología bociógena significó el 30,54%.



- Los hallazgos anatomopatológicos fueron: #negativo para malignidad: 69,45%, #positivo para malignidad: 9,35% e #insuficiente para diagnóstico: 18,7%, sobre un total de 203 casos, equivalentes al 100%.



- Con respecto a la edad se halló, sobre el total de casos:

Muestra: 203 pacientes.

Unidad elemental: un paciente de un hospital.

Variable en estudio: Edad expresada en años de pacientes con patología tiroidea.

Tipo de Variable: Cuantitativa discreta.

Escala de medición: Razón o proporción.

Rango = $X_{\text{máx}} - X_{\text{mín}} = 76 - 14 = 62$

Amplitud = $\text{Rango} / N^{\circ} \text{ de intervalos} = 62 / 5 = 12,4$

Tabla de Frecuencias Absolutas:

Edad Li	Edad Ls	fa	Fa	x	x * fa
14	26,4	33	33	20,2	666,6
26,4	38,8	55	88	32,6	1793
38,8	51,2	75	163	45	3375
51,2	63,6	29	192	57,4	1664,6
63,6	76	11	203	69,8	767,8

$$\# \text{ Media: } \frac{\sum x \cdot fa}{n}$$

Media = $8267 / 203 = 40,72413793$

La edad promedio que presentó patología tiroidea es de 40,7 años.

Mediana:

$$Md = Li + \frac{n/2 - Fa - 1}{fa} * C$$

$$= 38,8 + \frac{(203/2) - 88}{75} * 12,4$$

$$= 38,8 + \frac{101,5 - 88}{75} * 12,4 = 41,032$$

El 50 % de los pacientes que presentaron patología tiroidea son menores a 41 años y el 50 % restante son mayores a este valor.

Intervalo Modal = **75**

Cuartiles:

$\Delta 1$ = Intervalo modal – frecuencia absoluta anterior = $75 - 55 = 20$

$\Delta 2$ = Intervalo modal – frecuencia absoluta posterior = $75 - 29 = 46$

Modo:

$$Mo = Li + \frac{\Delta 1}{\Delta 1 + \Delta 2} * C$$

$$Mo = 38,8 + \frac{20}{20+46} * 12,4$$

Mo = 42,55757576

La observación más frecuente de patología tiroidea corresponde a 42 ,5 años

DISCUSION

En nuestro estudio observamos que la edad de presentación más frecuente de la patología tiroidea está entre la tercera y cuarta década de la vida. En tanto que en la patología tiroidea maligna se presenta más frecuentemente desde la segunda a la octava, en forma creciente con respecto a la edad, estos hallazgos difieren parcialmente con lo encontrado en la bibliografía debido a que en nuestra investigación se han encontrado 5 casos en personas menores de 30 años, lo cual estaría sujeto a futuras investigaciones.

Se observó que el grueso de los pacientes que fueron sometidos a PAAF padecían enfermedad tiroidea benigna. A su vez la patología benigna más frecuente correspondió a lesión folicular. En tanto que a la patología maligna le correspondió la lesión papilar con más frecuencia.

No hubo controversias entre las series revisadas en cuanto a la elevada prevalencia de patología tiroidea en el sexo femenino con respecto al masculino en la mayoría de los casos. (15, 30).

La punción aspiración aguja fina fue empleada con el propósito de brindar un diagnóstico lo más precoz posible en pacientes con enfermedad de la glándula tiroides, expresada por nódulo único o bocio difuso. A raíz de que se palpan sólo el 6% de los nódulos que miden 5mm y 48% de los que miden 20mm, hoy la tendencia es punzar los nódulos tiroideos. (07,11). Si bien la obtención del material es directamente proporcional a la experiencia del operador, el alto índice de efectividad, escasa complicación y bajo costo, hacen de éste método el ideal para el diagnóstico de nódulo tiroides (06, 25).

CONCLUSIONES

A raíz de los datos obtenidos podemos concluir que:

- En un Hospital de la Provincia del Chaco la patología tiroidea se presenta con mayor prevalencia en el sexo femenino, a razón de 89.65% versus 10.35% correspondientes al sexo masculino, siendo el rango de edad de presentación más frecuente la tercera y cuarta décadas de la vida.
- De 203 casos, 141 correspondieron a patología nodular representando el 69.45%, mientras que sólo 62 casos pertenecieron a patología bociógena lo que significó un porcentaje del 30.54%.
- Según evidencias anatomopatológicas los hallazgos, sobre el total de P.A.A.F. realizadas, fueron: 69.45% arrojaron resultados negativos para malignidad en tanto que el 9.35% fue positivo para malignidad y, en un 18,7% el material celu-

lar obtenido resultó escaso para llegar a un diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Julio C. Perrando, al Dr. Bichacot al Dr. Jorge Arévalo, Jefe del Servicio de Oncología, y a la Srta. Silvana Gay, Estudiante de Licenciatura en Sistemas de Información, U.N.N.E.

BIBLIOGRAFIA

1. Akishal H. Manual Merck. Tiroides. Buenos Aires Editorial Mosbi Doyma Libros. 9° Ed. 1994; 1211-1214.
2. Arduna G, Pigni F, Casajús P, Grosso F. Punción Biopsia Aspirativa de Tiroides Bajo Control Ecográfico. Rev. Argent. Cirug. 1997; 73: 70-73.
3. Blanco A. Química Biológica. Tiroides. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 6 Ed. 1995; 424-429.
4. Soriano V., Salinas I, Llatjós M, Lucas A. Nódulos Tiroides. Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Nacional de Católica de Chile. Vol 29, N° 3, 2000.
5. Simkin D, Gonzalez Aguilar O. Cuando Solicitar y Como Interpretar los Exámenes de Laboratorio en las Enfermedades Tiroideas. Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Nacional de Católica de Chile. Vol 29, N° 3, 2000.
6. Braga de Aquino J et al. Carcinoma Diferenciado da Tiroide: A validade da Completacao da Tiroidectomia. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgies. 2001; 28:121-124.
7. Caballero A, Salvador J, Martínez A, Gómez Millán J, Moreno JA. Metástasis a la Glándula Tiroides. Revista de Oncología 1992; 16: 517-519.
8. Camera M, Romani A, Madoery C, Alonzo C. Avances en Medicina '97. Sociedad Argentina de Medicina. 1997; 281-306.
9. Clerici MV, Fastman DA, Madeo SD, Ahumada JC. Manifestaciones Clínicas Poco Frecuentes del Cáncer de Tiroides. Revista Argentina de Cáncer. Marzo 1998, vol. XXVI, número 1: 5-9.
10. Coracoche M, Montesinos M, Falco J, Curutchet P. Tiroidectomía Total: Análisis de las Complicaciones Postoperatoria. Rev Argent Cirug. 1997; 73:1-5.
11. Cossio. Medicina Interna. Capítulo de Patología Tiroidea. México. Editorial Mac Graw-Hill:1166-1172.
12. De La Guardia G. Panorámica Diagnóstica y Terapéutica del Cáncer de Tiroides en Camagüey. Revista Cubana de Cirugía. 2001; 40: 263-267.
13. De Rosa R y col. Valoración de la Punción Biopsia con Aguja Fina y de la Biopsia por Congelación en el Diagnóstico y Tratamiento del Nódulo Tiroideo. Rev. Argent. Cirug. 2001; 81:198-206.
14. De Vita, Hellman, Rosemberg. Principios y Prácticas de la Oncología. Glándula Tiroides. Barcelona: Editorial Salvat. Vol II 1984; 889-913.
15. Lau López AE. Conducta ante los nódulos tiroides. Tiroides. 2000 Revista virtual médica iberoamericana sobre temas tiroides. Cuba 2001. Febrero 20. Vol. 1:01. <http://www.tiroides2000.org/conducta.htm>
16. Farreras, Rozman. Medicina Interna. Glándula Tiroides. España. Editorial Mosbi-Doyma Libro. 13° Ed. Vol II. 1995; 2092-2097.
17. Ferraina Pedro, Alejandro Oría, Manuel R. Montesino. Cirugía de Michans. Buenos Aires. Editorial El ateneo. Tiroides y Paratiroides. Sección III. 1999; 244-256.
18. Guardo AJ, Calb I, De Gracia A, Robledo H, Palma JB, Caporale S. Carcinoma Anaplásico de la Glándula Tiroides. Nuestra Experiencia. Revista Argentina de Cáncer 1995, Vol XXIII, número 3:126-133.
19. Guyton, Hall. Tratado de Fisiología Médica. Hormonas Metabólicas Tiroideas. México Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. 9° Ed. 1997:1033-1045.
20. Harrison. Principios de la Medicina Interna. Bocio y Enfermedad Tiroidea Nodular. México. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. 15 Ed. 2001. Vol II; 2429-2432.
21. Lagman J. Embriología Médica. Embriología de Cabeza y Cuello. Capítulo 16. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 6° Ed. 1994; 314.
22. Duarte I. Lecciones de Anatomía Patológica. Anatomía Patológica de la Glándula Tiroides. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 10 Ed 1997; 134-138.
23. Medina Pérez M, Lazo Tarazena JM. Limitaciones de la Punción Aspiración con Aguja Fina en el Diagnóstico del Linfoma Primario de Tiroides. Revista Clínica Española. 1998. Vol 198:693.
24. Loré. Cirugía de Cabeza y Cuello. Atlas. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 3° Ed. 1990; 726-800.
25. Montesinos M, Falco J, Debonis D, Mezzadri N, Bellotti M, Niepomnietz H, Curutchet P. Características Clínico-quirúrgicas de la Tiroiditis de Hashimoto y su relación con el carcinoma de Tiroides. Revista Argentina de Cirugía 1992; 62: 206-209.
26. Munay R. Bioquímica de Harper. Hormonas tiroideas. México: Editorial Manual Moderno. 13° Ed. 1994; 601-607.
27. Nyhus, Baker, Sischer. El Dominio de la Cirugía. 3° Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1999. Anatomía Quirúrgica de las Glándulas Tiroides, Paratiroides y Suprarrenales. Cap. 35:932-935
28. Ortiz, Miranda, Moirano, Fassi. Clínica Quirúrgica. Tumores de la Glándula Tiroides. Buenos Aires: Editorial El Ateneo 1993; 27.1-27.7.
29. Oria A, Ferreira P. Cirugía de Michans Quinta Ed. Patología Tiroidea. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 1999: 244-257.
30. Padilla T, Cossio P. Biblioteca de Semiología. Secreciones Internas Neurovegetativas. En: Miatello VR, Miatello VR (h). Medicina Interna. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. Séptima Edición. 1957. Cap.VII:142-1