

11226  
#01.43

RESULTADOS DE LA CIRUGIA DE  
TIROIDES COMO TRATAMIENTO DE ALGUNOS  
PADECIMIENTOS TIROIDES.  
EN EL H.G.2.M.F. No.1 DEL IMSS DE -  
OAXACA.

TRABAJO DE INVESTIGACION

P R E S E N T A :

Isabel Figueroa Coronado

Residente del Segundo año de Medicina Familiar

Aseesor: Dr. Francisco Ramírez Santaella.



BIBLIOTECA CENTRAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E :

INTRODUCCION -----	1
I PARTE:	
Generalidades de la glándula tiroidea -----	1
Diagnostico de la patologia tiroidea -----	7
Tratamiento quirúrgico -----	8
Historia de la cirugía de Bocio -----	9
Técnicas quirúrgicas -----	10
Complicaciones de la tiroidectomia -----	12
Función residual del tiroi des despues de tiroidecto- mia -----	13
II PARTE:	
MATERIAL Y METODOS <del>14</del> -----	14
RESULTADOS -----	15
Complicaciones -----	22
Conclusiones y comentarios --	24
Sugerencias -----	26
Resumen -----	27

1958 DE 2001 11/11/2001  
11/11/2001 11/11/2001

## I N T R O D U C C I O N ;

La cirugía de tiroides tiene una larga historia de técnicas, de resultados obtenidos, y de complicaciones presentadas. La cirugía de esta glándula ha tomado parte en - en el desarrollo de la cirugía moderna. Su - práctica contribuyó mucho al conocimiento de la fisiología y fisiopatología de dicha glándula y a su estudio histopatológico de la - misma.

A pesar de los nuevos conocimientos existentes y de disponer de nuevas medidas terapéuticas, existen casos cuyo tratamiento debe ser quirúrgico.

En el presente trabajo realizado en forma retrospectiva, se revisan las características clínicas de la patología tiroidea y - los avances logrados en el tratamiento quirúrgico de algunos padecimientos del tiroides. En la segunda parte se hace una investigación de los resultados obtenidos al tratar en forma quirúrgica masas tiroideas que presentaron pacientes del H.O.Z.M.F. No. 1 del IMSS de Oaxaca.

Es importante que el médico general conozca las patologías que requieren cirugía - y además que puede realizarse con un mínimo de complicaciones y con resultados satisfactorios cuando la realiza cirujanos experimentados.

PRIMERA PARTE :

## GENERALIDADES DE LA GLÁNDULA TIROIDES :

El tiroides es una glándula que se reconoce cuando el embrión tiene 4 semanas. Se desarrolla de un engrosamiento endodérmico del suelo de la laringe formando un divertículo para formar el conducto tirogloso. A la séptima semana de vida intrauterina este conducto se reabsorbe dejando el foramen cecum (1).

El tiroides pesa 20 g. formando por dos lóbulos unidos por el istmo, hacia arriba se encuentra el lóbulo piramidal. La glándula está delante de la tráquea. Entre la glándula y el tejido subcutáneo están los músculos infrahioideos, por fuera están las vainas carotídeas y los músculos esternocleidomastoideos y los nervios laringeos recurrentes están entre los lóbulos laterales de la tráquea.

Las arterias que le llegan son las tiroideas superiores e inferiores. El lóbulo derecho es más vascularizado que el izquierdo el drenaje venoso es por venas tiroideas superiores, medias e inferiores, el drenaje linfático por los ascendentes y descendentes, se inerva por nervios simpáticos y parasimpáticos.

El tiroides se envuelve por una capsula fibrosa formando pseudo l6bulos, de consistencia firme y el6stica, en su cara posterior estan las gl6ndulas paratiroides (2,6).

La gl6ndula tiene acinos que miden 0.05 a 0.5 mm de di6metro revestidos por c6lulas c6bicas los foliculos separados por estroma de tejido fibroso y all6 se encuentran las c6lulas parafoliculares que laboran calcitonina que tiene efecto hipocalcemiante (3).

La formaci6n de hormonas tiroideas depende de la entrada de yodo a la gl6ndula, este alcanza a la tiroides por medio de la circulaci6n como yodo inorg6nico.

La s6ntesis y secreci6n hormonal tiroidea necesita transporte activo del yoduro del plasma hacia el f6liculo tiroideo, la oxidaci6n del yoduro para yodinar los residuos tirosilo en la tiroglobulina. Las yodificaciones org6nicas de las c6lulas f6liculares forman la monoyodotirosina (MIT) y la diyodotirosina (DIT) se cataliza por la peroxidasa, dando la T4 y T3; se necesita tambi6n para la s6ntesis y secreci6n la liberaci6n de hormonas activas hacia la sangre. La concentraci6n de T4 libre en la circulaci6n es aproximadamente 3 veces mayor que la T3.

Las hormonas tiroideas afectan el consumo de ox6geno y estimulan el metabolismo de tejidos aislados de h6gado y m6sculos. Sirven tambi6n para aumentar el catabolismo de las prote6nas en el col6geno y otros tejidos,--

aumentan el recambio de carbonatos y lípidos, movilizan calcio del hueso y aceleran el ritmo cardíaco (4).

Patología (5): prácticamente se reduce a bocio eutiroideo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, tiroiditis y cáncer.

Bocio eutiroideo es un agrandamiento tiroides, simétrico, difuso, se observa en la adolescencia, esporádicamente, es una respuesta compensadora de varios factores que producen hipersecreción de TSH (7).

Bocio coloide es un crecimiento simple - ó difuso ó nódular producido por una o varias masas con coloide (7).

Bocio endémico es el que ocurre en grandes sectores de cierta población, por deficiencia de yodo en la dieta o por presencia de agentes bociógenos ambientales (7).

Bocio nódular es descriptivo producido por masas únicas (bocio uninódular) ó múltiples (bocio multinodular) se localizan en los lóbulos.

Bocio adenomatoso es un bocio nodular - formado por focos hiperplásicos. Resulta de un proceso fisiológico de compensación a una deficiencia de yodo, por la presencia de un agente bociógeno ó por factor genético; - esto provoca aumento de la TSH de la hipófisis estimulando a la glándula. Cuando el bocio adenomatoso es hiperfuncionante que produzca hipertiroidismo, se conoce como bocio nodular tóxico.

El bocio nodular ó adenomatoso se clasifican en: A).-bocio nodular parenquimatoso, de estructura compacta y celular. B).-bocio nodular colode, sus masas estan repletas de colode, C).-Bocio nodular mixto.

El parenquimatoso es el de mayor prevalencia, produce hipertiroidismo o carcinoma folicular y anaplásico.

Los adenomas tiroideos, son nódulos neoplásicos benignos, que derivan del epitelio folicular, se clasifican en: a).-adenoma folicular es epitelial benigno con tendencia a formar acinos, presente sea tipos de morfología y crecimiento; adenoma embrionario, fetal, simple, colode, exifilico o de celulas de Hürthle, atípico; pueden hiperfuncionar hasta la captación de yodo radioactivo y solo un 1% llega a producir hipertiroidismo; b).-adenoma papilar es epitelial benigno, produce papilas, tiene tendencia hacia la degeneración quística. Con frecuencia es un verdadero cistadenoma.

Bocio retroesternal ó intratorácico muy rara vez constituye un peligro, se observa más comúnmente en el lado derecho y desplaza la traquea hacia el lado izquierdo; sobre todo ocurre en las mujeres.

Padecimientos que producen hipertiroidismo: Enfermedad de Graves-Basedow, bocio difuso tóxico; nódulo unico hiperfuncionante; bocio multinodular con hipertiroidismo

ó enfermedad de Plummer: tiroiditis subaguda o de Quervain; carcinoma folicular de tiroides; producción ectópica de TSH (carinoma, estroma ovarico); hipertiroidismo iatrógeno o ficticio (8).

La enfermedad de Graves-~~Basedow~~ o bocio difuso tóxico con exoftalmos es la causa más común de hipertiroidismo, de etiología desconocida; se ha asociado con la existencia de una sustancia que tuviera propiedades semejantes a la TSH y se denomina "estimulador tiroideo de acción prolongada" (long acting thyroid stimulator, LATS), 2).-Enfermedades virales, 3).-Procesos autoinmunes.

El diagnóstico clínico se basa en una triada bocio difuso, hipertiroidismo, exoftalmos, a veces dermatopatía infiltrativa ó mixedema-pretibial (8,12).

Enfermedad de Plummer o bocio autónomo es un desorden del tejido tiroideo de funcionamiento autónomo que por un mecanismo de retroalimentación controla la función en el parenquima restante (37).

La tiroiditis de Quervain, probablemente sea de etiología viral, predominantemente en mujeres, hay dolor y fiebre, linfadenopatía o hipertiroidismo transitorio.

El nódulo unico hiperfuncionante, son nódulos "calientes", autónomos.

El nódulo folicular o mixto, ocasionalmente dan hipertiroidismo.

En la producción ectópica de TSH, tene-

mos al teratoma ovárico con tejido tiroideo que puede originar tirotoxicosis; también el coriocarcinoma da hipertiroidismo por que - la gonadotropina corionica humana (TCH), puede actuar en forma semejante a la TSH.

Hipotiroidismo o déficit de hormona tiroidea: se puede dividir en : 1).- padecimientos que se acompañan de pérdida del tejido tiroideo que seria hipotiroidismo tiroprivo 2).- los que se acompañan de bociogénesis compensadora, donde el crecimiento es secundario a exceso de TSH, se llama hipotiroidismo bocioso. Son padecimientos de hipotiroidismo primario por encontrarse la lesión a nivel de la tiroides; el secundario seria - por deficiencia de TSH.

La tiroiditis de Riedel es rara, existe una fibrosis extensa de la glándula tiroidea, donde el hipotiroidismo es ocasional y la captación de I 131 puede ser normal o - baja.

La tiroiditis de Hashimoto es la más -- frecuente, producido por un mecanismo de autoinmunidad demostrándose anticuerpos anti tiroides, produce bocio firme de consistencia hulosa, lobular, de predominio en las mujeres.

El cáncer de la glándula tiroides, comprende tumores de lento desarrollo y baja malignidad hasta otros de crecimiento rápido y altísima malignidad, son mas frecuentes en mujeres de edad avanzada; la clasifica--

ción que mas se acepta es la de Soolver y Co laboradores donde limita a tres categorías -- de carcinoma de origen folicular, y una cuarta de origen parafolicular. Así tenemos al papilar, folicular, mixto y anaplásico; y el carcinoma medular de origen parafolicular -- (7,9).

#### **DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA TIROIDEA:**

Se debiera hacer un examen completo:

1.-Historia clínica.--con un buen interrogatorio podemos pensar en eutiroidismo, hipertiroidismo, hipotiroidismo, se sospecha tiroiditis o cáncer.

La exploración nos sirve para darnos cuenta del estado de la glándula; por la inspección observamos si hay crecimiento, cicatriz, fistulas, etc; a la palpación investigamos si es palpable aportandonos datos de tamaño situación, superficie, consistencia, movilidad dolor.

2.-Pruebas de función tiroidea las cuales nos sirven para saber si el paciente se encuentra eutiroidico, hipertiroideo ó hipotiroideo.

3.-Rayos X.-sirven para observar desviación tráqueal, calcificaciones o alguna masa extratiroidea.

4.-Tamografía.--confirma los datos de la exploración, nos da a conocer la función de los nódulos, hará la diferenciación entre nódulos frío y caliente.

5.-Técnica de citología por aspiración: es-

inocuo y nos ayuda para saber si el nódulo es benigno o maligno, existe un inconveniente el cual es que no se puede diferenciar a un adenoma de un carcinoma folicular por lo cual se hace el diagnostico con biopsia a cielo abierto.

6.-Otros.-existen la tomografía computarizada, centellografía con selenio metionina.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICOS:

A continuación se describen los padecimientos tiroideos que tienen indicación quirúrgica:

- 1.-Bocio simple.-puede ser difuso y multinodular, se utiliza la cirugía en bocios de mas de 60 gr., el bocio unimodular en niños es de indicación quirúrgica por el alto riesgo de malignidad, el bocio intratorácico solo se trata quirúrgicamente cuando existen fenomenos compresivos.
- 2.-Hipertiroidismo.-sobre todo en bocio difuso tóxico y en enfermedad de Graves-Basedow, al igual que en el nódulo único hiperfuncionante y en la enfermedad de Plummer.
- 3.-Hipotiroidismo sus indicaciones son las mismas que para el bocio simple.
- 4.-Tiroiditis.-sobre todo la que requiere tratamiento quirúrgico es la tiroiditis-

de Riedel pues se acompaña de fenómeno compresivo.

5.-Cáncer de tiroides.-es la única patología donde siempre esta indicada la cirugía - ya sea parcial o total (11).

#### HISTORIA DE LA CIRUGIA DE BOCIO:

El nombre de glándula tiroidea fué dado por Warton en 1646 por la semejanza a un caudo, de 1786 a 1840 se describió el hipertiroidismo o bocio exoftálmico por Parry,-- Graves, y Basedow, en 1850 Gurlin y en 1875 Gull descubrieron el hipotiroidismo o mixe-dema.

No se sabe cuando surgió la cirugía de bocio. Paulus y Aegina fueron los primeros ejecutantes de las extirpaciones del bocio- alrededor de unos 500 años A.D. en 1363. - Lusitanus en 1550 aborda quirúrgicamente el bocio. La mayor contribución sobre la cirugía de tiroides fue de Teodoro Kocher; nació en Bern Suiza en 1841, fué profesor de cirugía en Bern, se consideró como el Padre de la cirugía tiroidea, pues practicó la -- tiroidectomía en 2000 pacientes con una mortalidad de 4.5% (13), posteriormente se vio que los pacientes morían de tetania y Miss- els berg mostró que la extirpación de la - paratiroides provocaba la tetania, así evolucionaron las técnicas, apareciendo las e-

drogas antitiroideas, pero no obstante la cirugía sigue siendo un magnífico tratamiento (5,7).

#### TECNICAS QUIRURGICAS:

En el procedimiento se siguen cuatro puntos:

- 1.-Se identifica el nervio recurrente laríngeo en el surco traqueoesofágico, entrando por el músculo cricotiroideo, haciendo se una buena disección con sus ramas periféricas.
- 2.-Identificar las glándulas paratiroides
- 3.-Hacer hemostasia con material de sutura sintético simple.
- 4.-Todas las incisiones deben drenarse (14)

Los procedimientos mas usados son:

Tiroidectomía total, tiroidectomía subtotal, lobectomía, istmectomía, lobectomía con istmectomía, nodulectomía o enucleación y disección radical del cuello, según el padecimiento.

Para los padecimientos benignos: enucleación o noulectomía, resección con preservación de una parte de la glándula, lobectomía unilateral y lobectomía bilateral (15).

Para la enfermedad de Plummer se indica la tiroidectomía total y en caso de recurrencia se indica el uso de I 131 (16).

Para la enfermedad de Graves se usa una resección del 75 al 80 % de la glándula, pe-

re hay bastantes recurrencias, actualmente se usa la tiroidectomía subtotal bilateral modificada en la cual se hace un esfuerzo para conservar el máximo riego sanguíneo de la glándula, y se deja un tejido tiroideo remanente de 10 gr. en 55 pacientes se mantubieron eutiroides durante 48 meses, en tres se presentó nuevamente hipertiroidismo no hubo hipotiroidismo, por lo tanto dicha técnica promete ser el tratamiento quirúrgico de elección (12).

Para el carcinoma papilar el tratamiento de elección es la lobectomía total ipsilateral, más resección del istmo y lobectomía subtotal en el lóbulo contralateral, se considera una operación adecuada para jóvenes y que responden bien a la terapia de supresión (17).

En el carcinoma folicular la mejor técnica quirúrgica es la lobectomía total en el lado de la lesión y lobectomía subtotal en el lado contrario, además se da tratamiento con I 131 pues capta gran cantidad de yodo radioactivo; sin embargo Harness y Colaboradores (9), consideran que este tumor es más agresivo que el carcinoma papilar.

En el carcinoma anaplásico se practica una tiroidectomía total con vaciamiento radical del cuello y radioterapia externa retrasa el curso de la enfermedad, pero el tratamiento eficaz para este carcinoma no lo hay.

## COMPLICACIONES DE LA TIROIDECTOMIA:

- 1.-Lesión nerviosa
- 2.-hipoparatiroidismo
- 3.-hipotiroidismo

1.-Lesión del nervio.-en un estudio de 100 tiroidectomías del Dr. Williams (7), en las cuales no se intentó aislar el nervio, se encontraron siete casos de disfunción unilateral post-operatoria de las cuerdas vocales, siendo dos permanentes. Se concluye que el nervio se lesiona en el periodo post-operatorio por el edema que causa compresión en el nervio.

2.-Hipoparatiroidismo se observa en forma transitoria, se manifiesta como tetania, signo de Chvostek, parestesias, espasmo carpopedal (signo de Trousseau), o se presenta con hipocalcemia detectada únicamente por el laboratorio; requiere atención terapéutica inmediata y terapia substitutiva permanente con sales de calcio.

3.-Hipotiroidismo.-sobre todo en la tiroidectomía total.

4.-Otras.- hemorragia, infección, edema, alteraciones estéticas ya sea por necrosis o adherencias.

FUNCION RESIDUAL DEL TIROIDES DESPUES  
DE TIROIDECTOMIA:

Se debe observar a los pacientes des---  
pués de la tiroidectomía por lo menos 10 a-  
ños ya que puede presentarse hipotiroidismo  
a largo plazo (8).

La función tiroidea se valora por datos  
clínicos y pruebas de función tiroidea.

Las posibilidades que se presentan son:  
hipertiroidismo o hipotiroidismo. El hiper-  
tiroidismo se presenta luego. El hipotiroi-  
dismo es a largo plazo, hasta de 30 años --  
después de la cirugía (18), por estudios pre-  
vios se calcula que un tejido residual menor  
de 10 gramos tiene más posibilidades de dar  
hipotiroidismo (18).

SEGUNDA PARTE :

## M A T E R I A L   Y   M E T O D O S :

Para conocer los resultados de la cirugía de tiroides como tratamiento de algunos padecimientos del tiroides, se realizó en forma retrospectiva el presente trabajo de investigación en el Hospital General de Zona con residencia en medicina familiar no. 1 Dr. Demetrio Mayoral Pardo del I.M.S.S. de Oaxaca, basándose en los pacientes operados por el servicio de Otorrinolaringología en el periodo comprendido del 10. de marzo de 1976 al 26 de febrero de 1985.

Se revisaron 47 expedientes clínicos de pacientes que fueron enviados por el servicio de endocrinología para ser tratados quirúrgicamente en el servicio de Otorrinolaringología.

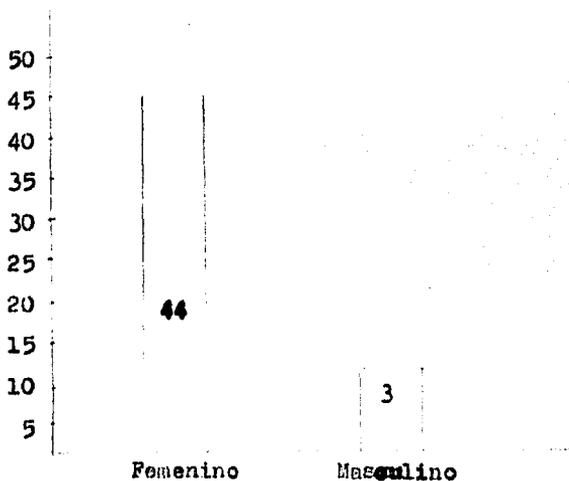
Cada uno de los casos fué estudiado con historia clínica, exámenes de laboratorio (biometría hemática, exámen general de orina, química sanguínea y pruebas de función tiroidea), telerradiografía de torax y dos casos con gammagrafía, el tratamiento quirúrgico y las complicaciones transoperatorias y postoperatorias presentadas.

## R E S U L T A D O S :

De los padecimientos del tiroides que a meritan cirugía se observó un predominio no table del sexo femenino en un 93.6% por un- 6.4 % del sexo masculino (tabla 1, grafica- 1).

Tabla No.1 INCIDENCIA DE UN SEXO		
SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	44	93.6
MASCULINO	3	6.4
TOTAL	47	100.0

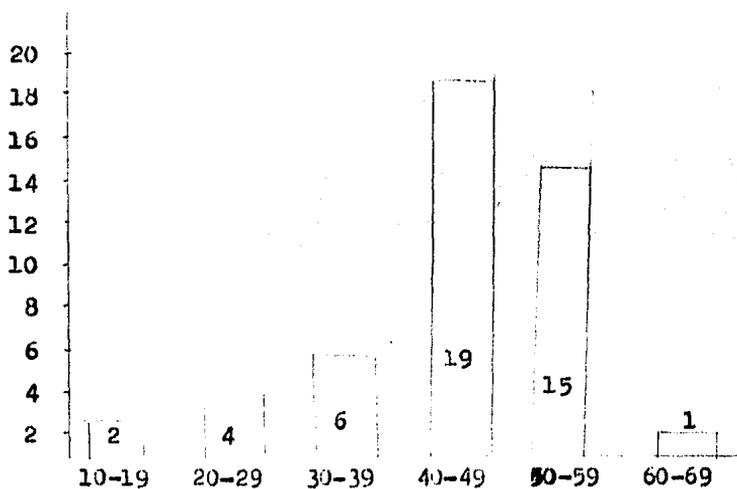
Fuente: Archivo clínico del H. F. Z. M. F. No. 1 del IMSS.



GRAFICA 1: CIRUGIA DE TIROIDES.-INCIDENCIA POR SEXO.

La edad de los pacientes osciló entre los 19 y 63 años de edad, la distribución por décadas se resume en la tabla 2, observando -- que la cuarta y quinta décadas de vida fueron en las que se presentaron el mayor número de casos (tabla 2, grafica 2).

TABLA No.2:		INCIDENCIA POR EDAD	
DECADAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE	
10-19	2	4.3	
20-29	4	8.6	
30-39	6	13.0	
40-49	19	40.0	
50-59	15	32.0	
60-69	1	2.1	
TOTAL:	47	100.0	



GRAFICA 2: FRECUENCIA POR EDAD.

Desde el punto de vista funcional, se encontró que el 78.7 % de los casos fueron eutiroides y el 21.3 % presentaron hipertiroidismo o hipotiroidismo (tabla 3).

FUNCION TIROIDEA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
EUTIROIDISMO	37	78.7
HIPERTIROIDISMO	8	17.1
HIPOTIROIDISMO	2	4.2
TOTAL :	47	100.0

De los 47 pacientes que se presentaron a la institución por la presencia de aumento de volumen en la región tiroidea, la mayor parte (85%), seguía los movimientos de la deglución y en menor número (15%), su desplazamiento era limitado.

En 12 casos la masa fué bilateral, y en los restantes 35 fué unilateral, correspondiendo 18 al lado derecho y 17 al lado izquierdo. El que se presenten estas masas en el lóbulo derecho se explica por su mayor vascularidad y corroborado por reportes observados en la literatura (19)(tabla 4).

LOCALIZACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DERECHO	18	38.3
IZQUIERDO	17	36.1
BILATERAL	12	25.6
TOTAL :	47	100 .0

La consistencia de la masa fue blanda en la mayoría de los casos.

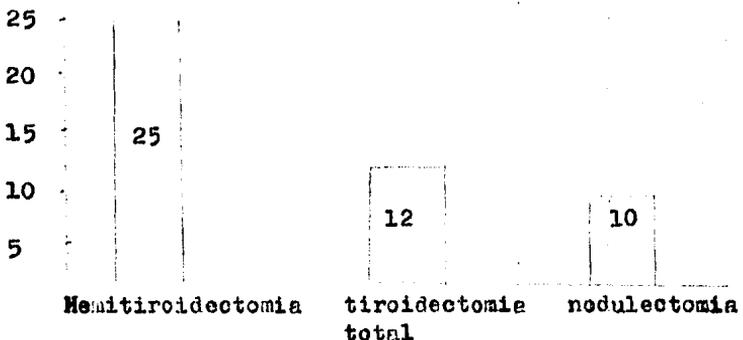
El diagnóstico clínico preoperatorio correspondió en un 72.4% a bocio nódular no especificado y el 27.6% correspondió a otros padecimientos como nódulo unico con hipertiroidismo, quiste tiroideo y bocio multinodular (tabla 5).

DX. PREOPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
BOCIO NODULAR NO ESPECIFICADO	34	72.4
NODULO UNICO CON HIPERTIROIDISMO	6	12.7
QUISTE TIROIDEO	5	10.6
BOCIO MULTINODULAR	2	4.3
TOTAL :	47	100.0

Todos estos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general, para los padecimientos benignos la cirugía que se practicó fue la hemitiroidectomía en 49 % de los casos, tiroidectomía total en un 15% y nodulectomía en 21.2%.

Para los tumores malignos la cirugía -- practicada fue tiroidectomía total en un -- 10.6% de los casos y hemitiroidectomía en un 4.2 % (tabla 6, grafica 3).

TABLA No. 6 TIPO DE CIRUGIA PRACTICADA		
CIRUGIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
HEMITIROIDECTOMIA	25	53.2
TIROIDECTOMIA TOTAL	12	25.6
NODULECTOMIA	10	21.2
TOTAL :	47	100.0



GRAFICA 3 :TIPO DE CIRUGIA PRACTICADA.

El diagnóstico clínico postoperatorio correspondió a un 42.6% a bocio nodular, en un 14.9% a bocio multinodular, en 17% a nódulo-único con hipertiroidismo y a quiste tiroideo y en 8.5% a nódulo único, correlacionando el diagnóstico preoperatorio con el postoperatorio observamos que coincidió en un 40.4% siendo un porcentaje aceptable (tabla-7).

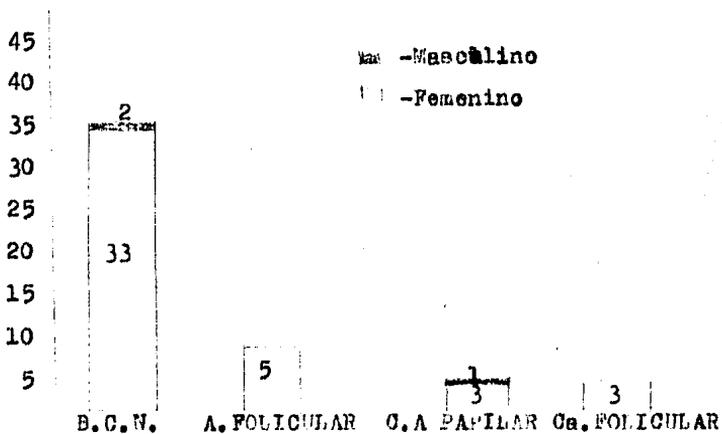
DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
BOCIO NODULAR	20	42.6
NODULO UNICO CON HIPERTI-- ROIDISMO	8	17.0
QUISTE TIROI-- DEO	8	17.0
BOCIO MULTINO-- DULAR	7	14.9
NODULO UNICO	4	8.5
TOTAL :	47	100.0

El reporte histopatológico fue en un 7.4% de bocio coloide nodular, en 10.7% de los casos fueron adenoma folicular y en un 14.9% - presentaron carcinoma folicular y papilar.

De los tres casos reportados en el sexo-masculino dos correspondieron a bocio coloide nodular y un caso a carcinoma papilar (tabla 8, grafica 4).

TABLA No. 8 RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS		
DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
BOCIO COLOIDE NODULAR	35	74.4
ADENOMA FOLICULAR	5	10.7
CARCINOMA PAPILAR	4	8.5
CARCINOMA FOLICULAR	3	6.4
TOTAL :	47	100.0

La distribución por tipos histológicos se muestra en la siguiente gráfica, observando que el bocio coloide nodular fue el padecimiento-tiroideo que más predominio tuvo.



GRAFICA 4: RESULTADO HISTOPATOLOGICO POR SEXO.

## COMPLICACIONES

No se reportaron complicaciones durante el transoperatorio, durante el postoperatorio se presentaron 14.9 % casos de tetania temporal que se corrigió en las siguientes tres a cuatro semanas con la administración de calcio. Hubo un caso que presentó ligero sangrado postoperatorio no requiriendo reintervención quirúrgica.

En los pacientes a los que se les practicó tiroidectomía total presentaron manifestaciones de hipotiroidismo indicándoseles tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea a dosis variable.

Se reporta un caso de lesión al nervio recurrente laríngeo quedando la paciente --afónica, y un caso de hipoparatiroidismo permanente (tabla 9).

TABLA No.9 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS		
COMPLICACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
HIPOTIROIDISMO	12	25.5
TETANIA TEMPORAL	7	14.9
HIPOPARATIROIDISMO	1	2.1
LESION AL N.R.L.	1	2.1
SANGRADO POSTOPERATORIO	1	2.1
T O T A L :	22	46.7

Los pacientes que presentaron carcinoma tiroideo fueron enviados a tercer nivel para continuar su manejo, 12 pacientes actualmente continúan en observación en el servicio de endocrinología o con terapia sustitutiva tiroidea, 15 fueron dados de alta a su lugar de residencia con indicaciones y 20 - pacientes abandonaron su control.

## CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

La cirugía de tiroides es un método de tratamiento útil en algunos padecimientos e como el bocio de gran tamaño sobre todo si es nódular, en sospecha de neoplasia maligna, en patologías tiroideas que den fenómenos compresivos y en algunos casos por problemas estéticos.

Estos padecimientos pueden presentarse en cualquier edad. En nuestro serie investigada las edades que con mayor frecuencia se requirió tratamiento quirúrgico fueron la cuarta y quinta décadas de la vida.

En diversos estudios se ha reportado una mayor incidencia en el sexo femenino. En nuestro grupo investigado se observó este predominio en este sexo en una proporción de 9 : 1.

Los pacientes que presentaron alguna patología tributaria de tratamiento quirúrgico son pocos.

La mayor patología que requirió tratamiento quirúrgico fue el bocio simple nódular.

El diagnóstico histológico más frecuente en este estudio fue el bocio coloide nódular.

La incidencia de cáncer de tiroides en nuestro estudio fue de un 14.9%.

Las complicaciones de la cirugía de tiroides fueron en un 21.2 %, no tomando en cuenta el 25.5% de los pacientes con hipotiroidismo permanente, ya que son a los que se les realizó la tiroidectomía total y es una complicación ya valorada por el cirujano antes de la tiroidectomía.

Con esto se concluye que el tratamiento quirúrgico tiene sus indicaciones precisas y en manos de cirujanos experimentados tiene una morbilidad y mortalidad muy bajas.

## SUGERENCIAS

RECOMENDAMOS AL MEDICO GENERAL LAS SIGUIENTES MEDIDAS ADECUADAS.

- Recordar que el estado de Oaxaca es una zona en donde la incidencia de presentación de padecimientos de la glándula tiroides es relativamente elevada.
- Es importante tener siempre presente que toda masa tiroidea debe ser estudiada cuidadosamente, por lo que se debe canalizar a endocrinología, sobre todo si es nodular.
- tener presente que toda masa que continúa creciendo a pesar del tratamiento de supresión, indica la presencia de nódulo autónomo o un ca. y el tratamiento es quirúrgico.
- Recordar que la tiroidectomía tiene sus indicaciones precisas.
- La tiroidectomía debe hacerse por personal médico entrenado en diferentes técnicas quirúrgicas existentes.

## R E S U M E N :

El tiroides es una glándula endocrina - situada en la cara anterior del cuello cuyas hormonas afectan el consumo de oxígeno del organismo, estimulan el metabolismo de tejidos aislados, movilizan calcio del hueso, aceleran el ritmo cardiaco, y en forma importante actúan sobre el crecimiento y maduración de toda la economía principalmente de del S.N.C., etc. La patología tiroidea se reduce a: bocio eutiroideo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, tiroiditis y cáncer. De los padecimientos tiroideos que requieren tratamiento quirúrgico son los bocios simples de gran tamaño, cuando existen fenómenos compresivos, en menores de 20 años, en el bocio difuso tóxico es una opción terapéutica, en el nódulo único hiperfuncionante, en la enfermedad de Plummer en tiroiditis cuando de fenómenos compresivos, y en el cáncer es donde siempre está indicada la cirugía. Las técnicas quirúrgicas empleadas son: tiroidectomía total o parcial, lobectomía, istmectomía, lobectomía con istmectomía, nodulectomía o enucleación y disección radical del cuello según el tipo de padecimiento. Las complicaciones más frecuentes se reducen a tres: lesión nerviosa, hipoparatiroidismo e hipotiroidismo.

La presente investigación retrospectiva

se realizó en el H. T. Z. M. P. No. 1 del IMSS de Oaxaca del 10. de marzo de 1976 al 28 de Febrero de 1985, en la que se estableció que la edad que requirió mayor tratamiento quirúrgico fue entre la cuarta y quinta décadas en un 72.4 %, con una relación de 9:1 entre el sexo femenino y masculino; esto se correlaciona con otros estudios de investigación realizados en diferentes centros hospitalarios en donde existen cifras semejantes (14, 20, 21).

El estado de la función tiroidea fue en un 78.7% con eutiroidismo, 17.1 % con hipertiroidismo y 4.2 % con hipotiroidismo.

El diagnóstico clínico preoperatorio correspondió en un 74.4% a bocio nodular, no encontrándose casos de bocio difuso. Este diagnóstico preoperatorio coincide en un 40.4% con el postoperatorio y son porcentajes aceptables en la literatura.

El tratamiento de los padecimientos benignos fue la hemitiroidectomía en un 49%, tiroidectomía total en un 15% y nodulectomía en 21.2%; para los tumores malignos el tratamiento fue tiroidectomía total en un 10.6% y hemitiroidectomía en un 4.2%.

El diagnóstico histológico mostró un predominio en el bocio colicoide nodular en un 74.5%, adenoma folicular en un 10.6%, carcinoma papilar en un 3.5% y carcinoma folicular en un 6.4%.

Las complicaciones subsiguientes a la cirugía fueron 25.5 % con hipotiroidismo permanente, 14.9% mostraron tetania temporal, 2.1% con hipotiroidismo, 2.1% con lesión al nervio recurrente laríngeo por lo que la paciente - quede afónica, y 2.1% presento sangrado post operatorio. No hubo ninguna defunción atribuible a la cirugía.

Un 42.5 % de los pacientes abandonaron - su control, los que presentaron cáncer fueron enviados a tercer nivel para continuar - su manejo y un 32 % retornó a su lugar de - residencia con indicaciones.

Los pacientes a quienes se les realizó tiroidectomía total continúan con terapia - sustitutiva.

Por lo tanto el tratamiento quirúrgico - en manos de médico cirujano experimentado -- presenta un mínimo de complicaciones, siendo un método que proporciona el resultado satisfactorio que el médico espera.

## B I B L I O G R A F I A :

- 1.-Williams tratado de endocrinología 4a. edición Salvat.
- 2.-Quiroz F. Anatomía Humana tomo III Interamericana.
- 3.-Ham. Histología 8a. edición
- 4.-Fisiología Médica Philip Bard Tomo II
- 5.-Schwartz Patología Quirúrgica la prensa Médica Mexicana.
- 6.-Clínicas quirúrgicas de Norte America - Anatomía Quirúrgica y Técnicas de intervenciones en tiroides y paratiroides. Cirugía de cabeza y cuello. 2a. parte 647 661
- 7.-Felix Patiño J. Bocio y cáncer de tiroides fondo educativo interamericano S.A.- 1980.
- 8.-Maier Willis P. Long-Term Follow-up of - patients with Graves-disease treated by subtotal thyroidectomy. AM J Surg. Vol.- 147 (2) Feb. 1984. 266-8.
- 9.-Harness JK. Follicular carcinoma of the thyroid gland; trends and treatment. Surgery vol. 96 (6) Dec. 1984, 972-80.
- 10.-Clínicas quirúrgicas de Norteamérica - Tratamiento de nódulos tiroideos. Cirugía de cabeza y cuello la. parte 523-30
- 11.-Clínicas quirúrgicas de Norteamérica - tratamiento quirúrgico de cáncer de tiroides. Cirugía de cabeza y cuello la.- parte 533-41
- 12.-Edward L. Modified subtotal thyroidectomy in the management of Graves disease vol. 87 (6) June 1984.

- 13.-Sacre R. A new instrument the goiter -  
extractor. Head neck surg Jul 1984 vol  
6 (6): 1059-60
- 14.-Nakaok. Radical operation for thyroid -  
carcinoma invading the trachea. Arch surg  
1984 Sep. Vol. 119 (9): 1046-9
- 15.-Katllic MR. subternal goiter: Analysis  
of 80 patients from Massachusetts gene-  
ral Hospital. Am J Surg. vol. 149 (2)-  
Feb. 1985. 283-7
- 16.-Watson RG. Invasive Hurthle Cell carci-  
noma of the thyroid; natural history and  
management Mayo clin. proc. dec. 1984.  
vol. 59 (12): 851-5
- 17.-Cohn KH. Biologic considerations and -  
operative strategy in papillary thyroid  
carcinoma; arguments against the routi-  
ne performance of total thyroidectomy.  
Surgery vol. 96 (6) Dec. 1984, 957-71.
- 18.-Hedley AJ. Late onset hypothyroidism -  
after subtotal thyroidectomy for hiper-  
thyroidism; implications for long term  
follow up. Br. J Surg. Vol. 70 (12) Dec  
1983. 740-3.
- 19.-Woltering EA. A method for intraoperati-  
ve identification of the recurrent la-  
ryngeal nerve. Am J Surg 1984 Oct. Vol.  
148 (4) 438-40
- 20.-Greisen O. Surgery thyroid. Otolaryngol  
head neck surg. June 1984. Vol 92 (3)  
298-301
- 21.-Jacobs JK. Total thyroidectomy. A review  
of 213 patients. Ann surg. Vol. 197 (5)  
May. 1983 542-9.