

11209

2 ej 9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS TIROIDEOS EN EL

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

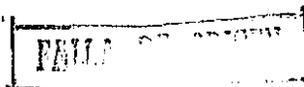
PRESENTA EL:

Dr. José Antonio Blanco Verduzco

MEXICO, D.F.

Febrero 1989

ASESOR: DR. LUIS L. GONZALEZ MORENO





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 esta 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
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	9
DISCUSION	12
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	16

INTRODUCCION

La necesidad de continuar con la clinica de tiroides ha sido planteada en nuestra unidad. El presente estudio retrospectivo tiene la finalidad de dar a conocer la frecuencia de los padecimientos tiroideos tratados quirurgicamente en nuestro hospital.

Como es sabido de todos, los pacientes con patologia de la glandula tiroides, cursan con alteraciones anatomicas y fisiologicas que repercuten en otros sistemas de nuestra economia por lo cual es imperativo que estos pacientes sean manejados en una forma integral por un grupo multidisciplinario de especialistas, los cuales deben incluir al cirujano, patologo, oncologo, radioterapeuta y endocrinologo.

La finalidad que se persigue con lo anterior, es evitar al máximo las operaciones innecesarias y las complicaciones postoperatorias.

Para obtener resultados satisfactorios el cirujano debe conocer la estrategia y la técnica quirurgica adecuadamente, ya que las complicaciones como el hipoparatiroidismo y las lesiones del nervio laríngeo son más frecuentes en operaciones sobre la región tiroidea efectuadas por personas poco experimentadas. En general, las operaciones tiroideas deben llevarse a cabo con un mí-

nimo de complicaciones.

Otra de las finalidades de la clinica de tiroides es llevar a cabo un seguimiento a largo plazo de los pacientes que lo ameriten, así como también, estructurar un protocolo bien establecido haciendo incapie en las modalidades diagnósticas y terapéuticas comparando resultados a largo plazo.

Por último, el registro veraz de los datos consignados en la historia clínica y el seguimiento de los mismos, cimentarán unas bases sólidas para futuras investigaciones.

MATERIAL Y METODOS

a) Período del estudio.

Se realizó una revisión retrospectiva de los padecimientos tiroideos tratados quirúrgicamente en nuestra unidad en un período comprendido del 1° de enero de 1983 al 30 de septiembre de 1988. Dentro de este período se operaron un total de 80 pacientes de los cuales 43 expedientes no pudieron ser revisados debido a los sismos de 1985; por lo tanto el estudio consta de la revisión de 37 casos.

b) Rango de edad.

El rango de edad comprendió al paciente de menor edad con 12 años, hasta el de mayor edad con 88 años, con una media de 40.2 años. La distribución por grupos de edad fue como sigue:

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD		
Edad	No.	%
< 20a	2	5.4
21-30	8	21.6
31-40	13	35.1
41-50	8	21.6
51-60	3	8.1
> 61a	3	8.1
T O T A L	37	100.0

Cuadro I

El grupo de edad más afectado fué el de 31 a 40 años con 13 casos que correspondieron al 35.1%, siguiendole en frecuencia el grupo de edad de 21 a 30 años y el de 41 a 50 años con 8 casos cada uno que correspondieron al 21.6% para cada uno, respectivamente.

c) Distribución por sexo.

En este apartado observamos que en los resultados de nuestro estudio, todos nuestros pacientes correspondieron al sexo femenino. Los resultados se ilustran el cuadro a continuación:

DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	No.	%
Femenino	37	100.0
Masculino	0	0.0

T O T A L	37	100.0
-----------	----	-------

Cuadro II

d) Fenómenos compresivos.

En nuestro estudio la mayoría de nuestros pacientes se refirieron asintomáticos. Dentro de los síntomas re-

feridos encontramos los siguientes datos:

FENOMENOS COMPRESIVOS		
Síntoma	No.	%
Asintomáticos	30	81.1
Disfagia	3	8.1
Disnea	2	5.4
Disfonía	2	5.4
<hr/>		
T O T A L	37	100.0

Cuadro III

Uno de los dos pacientes que refirieron disfonía presentaba una lesión maligna. La disnea únicamente se presentó en forma esporádica. La disfagia únicamente se presentó a sólidos.

e) Estado funcional clínico correlacionado a perfil tiroideo.

La medición de hormonas tiroideas es uno de los métodos útiles con que contamos para el diagnóstico de los padecimientos tiroideos.

En nuestro estudio 26 pacientes se encontraban eutiroides clínicamente, correspondiendo al 70.3%, de los cuales 20 casos se presentaron con perfil tiroideo normal lo que correspondió al 54.1%.

De la misma manera, 11 pacientes presentaron sintomatología hipertiroides lo cual correspondió al 29.7% de la serie completa, de los cuales 7 pacientes presentaron alteración en el perfil tiroideo, lo cual correspondió al 18.9%.

En ningún caso encontramos hormonas tiroideas con cifras bajas. El estudio no se realizó en 10 casos por diversas causas, lo que correspondió al 27.0%.

Los resultados del estado funcional clínico se muestran en el cuadro IV.

ESTADO FUNCIONAL		
ESTADO	No.	%
Eutiroides	26	70.3
Hipertiroides	11	29.7
Hipotiroides	0	0.0
T O T A L	37	100.0

Cuadro IV.

f) Gamagrama tiroideo.

El procedimiento se realizó en 24 pacientes correspondiendo al 64.9% de los cuales en 17 pacientes se encontraba anormal lo que correspondió al 45.9%.

Los hallazgos del gamagrama se describen en el cuadro a continuación.

GAMAGRAMA TIROIDEO		
Alteración	No.	%
Normal	7	18.9
Hipocap.lob.der.	6	16.2
Hipercap.dif.	4	10.8
Hipocap.dif.	3	8.1
Hipocap.lob.izq.	2	5.4
Hipercap.lob.der.	1	2.7
Nodulo frio	1	2.7
No se realizó	13	35.1
<hr/>		
T O T A L	37	100.0

Cuadro V

g) Citología de la biopsia por aspiración.

La citología de la biopsia por aspiración es ahora

una maniobra importante en el manejo preoperatorio de los pacientes con padecimientos tiroideos.

La citología se realizó en 22 casos lo que correspondió al 59.5%, de los cuales hubo una correlación positiva con el diagnóstico definitivo en 18 casos correspondiendo al 81.8% del total de 22 pacientes.

En 15 pacientes el estudio no se llevo a cabo, lo que correspondió al 40.5%.

a) Técnica quirúrgica.

La técnica quirúrgica realizada en nuestros pacientes fue regida básicamente por los hallazgos y reporte histopatológico transoperatorio.

La operación que se realizó en el mayor número de casos fue la tiroidectomía subtotal en 19 casos lo que correspondió al 51.4% de la serie completa. En orden de frecuencia le siguió la hemitiroidectomía con 9 casos, 3 derechas y 6 izquierdas (8.1% y 16.2% respectivamente).

Posteriormente la tiroidectomía total ocupó el tercer lugar con 4 casos (4.8%), siguiéndole la lobectomía con 3 casos, dos derechas y una izquierda (5.4% y 2.7% para cada uno respectivamente).

En 2 pacientes (5.4%), se realizó disección radical de cuello del lado derecho, 1 paciente con carcinoma papilar y otro con carcinoma mixto.

TECNICA QUIRURGICA

TECNICA	No.	%
TIROIDECTOMIA SUBTOT.	19	51.4
HEMITIROIDECTOMIA	9	24.3
TIROIDECTOMIA TOTAL	4	10.8
LOBECTOMIA	3	8.1
RADICAL DE CUELLO	2	5.4
T O T A L	37	100.0

Cuadro VI

b) Diagnóstico histopatológico.

En la gran mayoría de nuestros pacientes los diagnósticos histopatológicos fueron de tipo benigno correspondiendo a 31 casos (83.8%) y 6 casos malignos lo que correspondió al 16.2%.

En el cuadro VII se refieren los diagnósticos obtenidos.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO		
DIAGNOSTICO	No.	%
Adenoma	15	40.5
Bocio difuso	11	29.7
Carcinoma	6	16.2
Bocio nodular	4	10.8
Tiroiditis de Hashimoto	3	8.1

Nota: los diagnósticos y porcentajes no corresponden a 37 casos y al 100% debido a que en más de un paciente había más de un diagnóstico.

En lo referente al carcinoma, tenemos que el carcinoma papilar se presentó en 3 casos (50%), mixto en 2 casos (33.3%), y el carcinoma folicular con un caso lo que correspondió al 16.6% del grupo total de carcinomas.

c) Complicaciones postoperatorias.

Dentro de las complicaciones postoperatorias, la que más frecuentemente se presentó fue el hipoparatiroidismo con 13 casos (35.1%), siguiéndole en orden de frecuencia un caso en el que se presentó un hematoma postquirúrgico inmediato lo cual ameritó traqueostomía, lo que correspondió al 2.7%, para obtener una morbilidad global del 37.8%.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS		
COMPLICACION	No.	%
Hipocalcemia	13	35.1
Hematoma	1	2.7
Sin complicación	23	62.2
<hr/>		
T O T A L	37	100.0

Cuadro VIII

DISCUSION

A continuación realizaremos un análisis de los resultados obtenidos en nuestro estudio, haciendo una breve referencia con lo reportado en la literatura mundial.

Así, tenemos que para nuestros grupos de edad, el más afectado fue el comprendido entre la tercera y quinta década de la vida con un pico entre los 31 a 40 años de edad con una media de 40.2 años, lo cual es similar con lo reportado en la literatura.(11)

En lo referente al sexo, en nuestro estudio, obtuvimos que todos nuestros pacientes eran del sexo femenino siendo este resultado mayor de lo reportado en la literatura, sin embargo esto puede ser debido a que un volumen considerable de casos no pudieron ser incluidos en nuestro estudio por razones explicadas anteriormente, por lo tanto, nuestros resultados se asemejan con los de la literatura mundial (16), en cuanto a que los padecimientos tiroideos son más frecuentes en el sexo femenino y en edad fértil.

En cuanto a la frecuencia de padecimientos benignos contra malignos, los porcentajes de 83.8% y 16.2% respectivamente, son similares a los reportados en la literatura. (13).

En nuestra serie, dentro de los padecimientos benignos, el adenoma en sus diferentes modalidades estuvo

presente en el 40.5%, siguiendole en orden de frecuencia el bocio difuso con 29.%, lo que correspondió a 11 casos. Estos resultados concuerdan con los reportados por Steckler (20).

En lo referente al tratamiento del bocio difuso multinodular, Falkenberg (7) menciona que con el manejo con iodo radioactivo se puede presentar hipotiroidismo hasta en un 57.5%. Por lo mencionado anteriormente y por la frecuencia de asociación con un carcinoma (5.2%), preferimos la tiroidectomía subtotal, más sin embargo, Behar (1), recomienda el iodo radioactivo debido al gran porcentaje de carcinoma encontrado en pacientes tratados quirúrgicamente.

El tercer lugar lo ocupó el carcinoma con 6 casos lo que correspondió al 16.2%, de los cuales, 3 fueron de la estirpe papilar, 2 mixtos y un caso de carcinoma foliular, lo cual es similar a lo reportado en varios artículos y libros de texto. (12) (20)

Todos nuestros pacientes con carcinoma fueron tratados con tiroidectomía total, extendiéndose el procedimiento a radical de cuello en los dos casos de carcinoma mixto los cuales presentaban ganglios metastásicos de la cadena yugular del lado derecho.

La morbilidad de nuestra serie fué más alta de la reportada en la literatura (10), teniendo básicamente a

la hipocalcemia como complicación predominante en 13 casos, lo que correspondió al 35.1% y un caso de hematoma que requirió traqueostomía de urgencia, lo que correspondió al 2.7%, para una morbilidad global del 37.8%.

Unicamente en dos casos la hipocalcemia ha remitido; siendo probable que otro porcentaje de estos casos sea transitoria; solamente un seguimiento a más largo plazo pueda determinar el hipoparatiroidismo definitivo.

Probablemente, con la tiroidectomía subtotal, los casos de hipocalcemia sean debidos a la liberación de calcitonina por el tejido tiroideo remanente, así como también a un grado de insuficiencia paratiroidea. (14)

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de padecimientos tiroideos es similar a la observada en años anteriores.
2. Los padecimientos tiroideos siguen prevaleciendo en la mujer fértil siendo en un gran porcentaje eutiroides y asintomáticos.
3. La mayoría de los padecimientos tiroideos fueron benignos, siendo manejados quirúrgicamente en el mayor porcentaje con tiroidectomía subtotal.
4. La morbilidad de nuestra serie fue del 37.8%, siendo la más frecuente la hipocalcemia.

Recomendamos llevar a cabo un protocolo bien establecido para determinar el manejo más adecuado de los pacientes con hipocalcemia, sobre todo en aquellos con hipoparatiroidismo secundario transitorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Behar Robert, B.A., Arganini M., M.D.,
Grave's disease and thyroid cancer
Surgery 1986 Dec.; 100(6):1121-1125
- 2.- Belfiore A.; La rosa GL., Padova G.
The frequency of cold thyroid nodules and thyroid
malignancies in patients from an iodine-deficient
area.
Cancer 1987 Dec. 15; 60(12):3096-102
- 3.- Bell Richard, M.D.
Carcinoma del tiroides
Cirugia de cabeza y cuello.
Clin. Q. Norteam. vol. 1 1986.
- 4.- Block MA., Dalley GE.
Thyroid nodules indeterminate by needle aspiration
Biopsy.
Am. J. Surg. 1983 146:72-78.
- 5.- Deaconson T., M.D., Wilson S., M.D., Cerletty J., M.D.
Total or near total thyroidectomy versus limited
resection for radiation-associated thyroid nodules
Surgery 1986 Dec.; 100(6):1116-1118
- 6.- Evans D, M.D.,
Diagnostic discriminants of thyroid cancer.
Am. J. Surg. 1987 Jun. 153:569-570
- 7.- Falkenberg M., M.D., Nilsson OR, M.D.
Value of thyroid follow-up registers.
Scand J. Prim. Health Care 1987 Sep.; 5(3):181-5
- 8.- Fenzi GF, M.D., Giani C., M.D., Ceccarelli P., M.D., & cols.
Role of autoimmune and familial factors in goiter
prevalence.
J. Endocrinol. Invest. 1986 Apr.; 9(2):161-4
- 9.- Goodman MT., M.D., Yoshizawa C.N., M.D.
Descriptive epidemiology of thyroid cancer in Hawaii
Cancer 1988 Mar. 15; 61(6):1272-81
- 10.- Kaplan E., M.D.
Tiroides y paratiroides
Principles of Surgery
Third Ed. 1987 McGraw-Hill.

- 11.- Kinney J.S.,M.D.,Hurwitz E.S.,M.D.
Community outbreak of thyrotoxicosis:epidemiology,
immunogenetic characteristics,and long-term outcome
Am.J.Med. 1988 Jan;84(1):10-8
- 12.- Luigi-Buraggi.
Neoplasias del tiroides
Manuale di Oncologia Medica.
Masson Italia Editor;Milano 1983
- 13.- McCall A.,M.D.,Jarosz H.,B.S.,Lawrence,M.D.
The incidence of thyroid carcinoma in solitary cold
nodules and in multinodular goiters
Surgery 1986 Dec.;100(6):1128-1130
- 14.- Newsome H.Jr.,M.D.
Complications of thyroid surgery
Complications in surgery and trauma
J.B.Lippincott Co.1984
- 15.- Nishiyama R.,M.D.,Bigos T.,M.D.
The efficacy of simultaneous fine-needle aspiration
and large-needle biopsy of the thyroid gland
Surgery 1986 Dec;100(6):1133-1136
- 16.- Okamura K,M.D.,Nakashima T.,M.D.
Thyroid disorders in the general population of Hi-
sayama Japan.
Int.J.Epidemiol. 1987 Dec;16(4):545-9
- 17.- Ritzl F.,M.D,Siebers G.,M.D.
Thyroid carcinoma: a follow-up study of 11 years
Radiat.EnvIRON.Biophys. 1987;26(4):283-8
- 18.- Rojesky MT.,Gharib H.
Nodular thyroid disease:evaluation and management
N.Engl.J.Med.1985;313:428-436
- 19.- Silverman J.F.,West R.L.
The role of fine-needle biopsy in the rapid diag--
nosis and management of thyroid neoplasm.
Cancer 1986 57:1164-1170
- 20.- Steckler R.,M.D.
Outpatient thyroidectomy: A feasibility study
Am.J.Surg. 1986 Oct.;152:417-419