

11242
33



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.**

**UTILIDAD DEL ULTRASONIDO EN
EL BOCIO NODULAR**

TESIS DE POST-GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGEN

P R E S E N T A

DR. MARIO OSORIO VALERO



MEXICO, D. F.

**ISSSTE
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

297978
2001





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 . S . S . S . T . E
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
SERVICIO DE RADIOLOGIA E IMAGEN

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO EN EL BOCIO NODULAR

AUTOR: DR. MARIO OSORIO VALERO

ASESORES:

DR. HERMENEGILDO RAMIREZ JIMENEZ 
JEFE DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA E IMAGEN.


DR. MIGUEL ANGEL GUILLEN GONZALEZ
JEFE DE SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA



**JEFATURA
DE ENSEÑANZA**
DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

DR. ALVARO LOMELI RIVAS

COORD. DE DIVISION DE AUXILIARES DE
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

DRA. AURA ERASO VALLE

JEFE DE INVESTIGACION Y DIVULGACION CIENTIFICA
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

INTRODUCCION.

MARCO TEORICO:

LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL NÓDULO TIROIDE SOLITARIO -
CONSTITUYEN UN PROBLEMA MUY FRECUENTE EN MEDICINA. LA INCI -
DENCIA ANUAL DE NÓDULOS TIROIDEOS EN LOS E.U. ES DE 0.1%, LO -
QUE SE TRADUCE EN APROXIMADAMENTE 250,000 NÓDULOS ANUALES. -
EN ESTUDIOS DE AUTOPSIA, EL 50% DE LAS GLÁNDULAS TIROIDEAS --
EXAMINADAS HAN PRESENTADO NÓDULOS. ESTAS OBSERVACIONES HAN -
SIDO CORROBORADAS POR ESTUDIOS ECOGRÁFICOS RECIENTES EN LOS -
QUE SE SUGIERE QUE, DESPUES DE LA QUINTA DECADA DE LA VIDA, -
HASTA UN 50% DE LA POBLACIÓN ESTADOUNIDENSE PRESENTA NÓDULOS-
TIROIDEOS.

EL PROBLEMA QUE PRESENTAN LOS NÓDULOS TIROIDEOS ES QUE PUEDEN
TENER CARÁCTER MALIGNO; NO OBSTANTE, SÓLO UNA MUY PEQUEÑA PAR
TE SON DE HECHO MALÍGNOS.

LA EVALUACIÓN SE INDICA CON LA HISTORIA CLÍNICA Y EL EXAMEN -
FÍSICO. ES ESCENCIAL UN BUEN EXAMEN FÍSICO, AUNQUE NO TIENE-
CARACTER INFALIBRE; INCLUSO AUNQUE SÓLO SE PUEDA PALPAR UN NÓ

INTRODUCCION.

MARCO TEORICO:

DULO ÚNICO, PUEDEN EXISTIR OTRO NÓDULOS NO PALPABLES. LA DISTINCIÓN ES IMPORTANTE PUESTO QUE EL BOCIO MULTINODULAR NO SUELE TENER CARÁCTER DE MALIGNIDAD.

LA HISTORIA CLÍNICA PUEDE PONER EN EVIDENCIA LA EXISTENCIA DE FACTORES QUE FACILITEN LA APARICIÓN DE CÁNCER TIROIDEO. ENTRE ELLOS SE INCLUYEN LA EDAD Y EL SEXO DEL PACIENTE, ASÍ COMO CIERTAS CARACTERÍSTICAS DEL NÓDULO. EL RIESGO ES MAYOR CUANDO EL PACIENTE ES JOVEN; CONSTITUYE UN AXIOMA EL HECHO DE QUE LOS NÓDULOS TIROIDEOS EN LOS NIÑOS SUELE TENER CARÁCTER MALIGNO. EL RIESGO ES MAYOR CUANDO EL PACIENTE ES VARÓN O BIEN SI EL NÓDULO HA AUMENTADO DE TAMAÑO DE MANERA PROGRESIVA. NO OBSTANTE, LA AUSENCIA DE CRECIMIENTO DEL NÓDULO NO EXCLUYE NECESARIAMENTE MALIGNIDAD. EL RIESGO AUMENTA CUANDO EXISTEN ADENOPATÍAS REGIONALES Y CUANDO EL NÓDULO ES DURO Y ESTÁ ADHERIDO, AUNQUE LOS NÓDULOS DE CONSISTENCIA BLANDA TAMBIÉN PUEDEN SER MALIGNOS.

INTRODUCCION.

MARCO TEORICO:

LA EXPOSICIÓN PREVIA A RADIACIÓN AUMENTA LA PROBABILIDAD DE CÁNCER. CUANTO MAYOR ES LA DOSIS Y MENOR ES LA EDAD A LA QUE SE PRODUJO LA EXPOSICIÓN, MAYOR ES EL RIESGO. UN DETALLE MENOS CONOCIDO ES EL HECHO DE QUE LA EXPOSICIÓN A RADIACIÓN TAMBIÉN AUMENTA LA PROBABILIDAD DE APARICIÓN DE NÓDULOS BENIGNOS.

TRAS LA HISTORIA CLÍNICA Y EL EXÁMEN FÍSICO, SE DEBEN REALIZAR LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN TIROIDES, HABITUALMENTE, LOS RESULTADOS DE ESTAS PRUEBAS SON NORMALES EN LOS PACIENTES QUE PRESENTAN UN NÓDULO TIROIDEO, A MENOS QUE ESTE NÓDULO SEA HIPERFUNCIONANTE. EL ABORDAJE PUEDE REALIZARSE UTILIZANDO ULTRASONOGRAFÍA, GAMMAGRAFÍA, PRUEBAS DE SUPRESIÓN DE TSH Y PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA.

INTRODUCCION.

ANTECEDENTES:

LA ECNOGRAFÍA SE HA DESARROLLADO EN JAPON DESDE FINALES DE LOS AÑOS 50 Y PRINCIPIOS DE LOS 60. DESDE ENTONCES EL CAMPO DE LA ULTRASONOGRAFÍA HA EXPERIMENTADO CAMBIOS IMPORTANTES EN EL AREA DEL DIAGNÓSTICO MEDICO.

LOS PRINCIPALES ADELANTOS SE HAN LOGRADO EN LA INTRODUCCION DE EQUIPOS DE TIEMPO REAL, LOS CUALES PERMITEN ESTUDIOS CON MENOR TIEMPO DE REALIZACIÓN Y MENOR COSTO. ASÍ COMO LA ALTA RESOLUCIÓN DE ESTOS EQUIPOS PERMITEN TENER UN MEJOR DETALLE DE LA ESTRUCTURA A ESTUDIAR.

EN CUANTO AL CUELLO Y GLÁNDULA TIROIDES MÁS ESPECIFICAMENTE, EL USO DEL ULTRASONIDO ES UNA EXCELENTE TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DE ESTA; ES UN METODO DE BAJO COSTO, EN EL CUAL EL PACIENTE NO REQUIERE DE PRÉPARACIÓN, NO ES ENVASIVO Y SOBRE TODO NO UTILIZA RADIACIÓN IONIZANTE QUE AFECTE AL PACIENTE.

INTRODUCCION.

ANTECEDENTES:

GRACIAS A LOS EQUIPOS DE ALTA RESOLUCIÓN UTILIZADOS, ES POSIBLE DELIMITAR LAS ESTRUCTURAS CON MAYOR NITIDEZ, APRECIAR MEJOR LA EXTENSIÓN DE LA LESIÓN, LA AFECCIÓN DE GRANDES VASOS DEL CUELLO, ASÍ COMO EL CONTENIDO Y CONSISTENCIA DE LA LESIÓN APORTANDO DE ESTA MANERA DATOS QUE NOS ORIENTAN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES BENIGNAS O MALIGNAS. EL ÚSO ÚNICO PARA DETERMINAR ENTRE MASAS SÓLIDAS O LÍQUIDAS HA QUEDADO ATRÁS.

EN ALGUNOS ESTUDIOS SE HAN ENCONTRADO GRANDES VENTAJAS EN EL USO DEL ULTRASONIDO, EL CUAL ES COMPARADO CON LOS DATOS PROPORCIONADOS CON LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR, RESULTANDO SER EL ULTRASONIDO DISCRETAMENTE MÁS SENSIBLE PARA LA DETECCIÓN DE NÓDULOS TIROIDEOS.

EN OTROS ESTUDIOS SE HAN ENCONTRADO CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LOS NÓDULOS, LOS CUALES SE RELACIONAN CON PROCESOS BENIGNOS O MALIGNOS. DICHOS DATOS SE ENCUENTRAN EN RELACIÓN A EL NÚMERO DE NÓDULOS, CONSISTENCIA, PATRÓN ECOGRÁFICO Y BORDES

INTRODUCCION.

ANTECEDENTES:

DEL MISMO.

DEPENDIENDO DE LOS ARTICULOS REVISADOS SE ENCUENTRA UNA SENSIBILIDAD PARA LA DETENCIÓN DE NÓDULOS DE HASTA EL 95% POR MEDIO DE ULTRASONIDO. ALGUNOS AUTORES MENCIONAN QUE SOLO 10% DE LAS LESIONES MIXTAS (SÓLIDAS Y LÍQUIDAS) LLEGAN A SER MALIGNAS Y 20% DE LAS LESIONES SÓLIDAS PUEDEN SER TAMBIEN MALIGNAS. POR TANTO 90% DE LAS LESIONES MALIGNAS SON SÓLIDAS.

MATERIAL Y METODO.

DEBIDO A LA VARIEDAD ETIOLÓGICA DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS, ES NECESARIO CONOCER LOS ALCANCES DEL ULTRASONIDO EN EL DIAGNÓSTICO DE ESTOS, PARA TOMAR DECISIONES EN EL PRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ESTA PATOLOGÍA.

DADO EL BAJO COSTO Y LA EFICACIA DEL ULTRASONIDO EN EL ESTUDIO DE NÓDULOS TIROIDEOS, LO HACEN EL ESTUDIO MÁS ACCESIBLE PARA ESTOS PACIENTES.

SE REALIZARÁ ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO A PACIENTES CAPTADOS EN LA CLÍNICA DE TIROIDES DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE EN LA CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA, PREVIA REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA DE MANERA ESPECIAL A LA REGIÓN DEL CUELLO, TAMBIÉN SE REALIZARÁ ESTUDIO GAMMAGRÁFICO Y PUNCIÓN-BIOPSIA, LOS RESULTADOS Y DATOS SE RECABARÁN EN LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DISEÑADA.

EL ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO SE LLEVARÁ A CABO CON EQUIPO DE TIEMPO REAL, UTILIZANDO UN TRANSDUCTOR SECTORIAL DE 7,5 MHz, CON EL PACIENTE EN DECUBITO SUPINO, CON UNA ALMOHADILLA COLO-

MATERIAL Y METODO.

CADA EN LA ESPALDA DEL PACIENTE PARA LOGRAR UNA HIPER-EXTENSIÓN DEL CUELLO. SE REALIZARAN CORTES TRANSVERSALES Y LONGITUDINALES DE AMBOS LOBULOS TIROIDEOS, ASÍ COMO SE RASTREARÁ EL CUELLO EN BUSQUEDA DE ADENOPATIAS Y AFECTACIÓN DE TRÁQUEA Y GRANDES VASOS.

EL PACIENTE ASISTIRÁ SIN PREVIA PREPARACIÓN AL ESTUDIO.

LOS DATOS OBTENIDOS POR ESTOS METODOS SE COMPARARAN ENTRE SI PARA DETERMINAR LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE CADA UNO EN COMPARACIÓN DE LOS DEMÁS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

CONOCER LAS VENTAJAS DEL ULTRASONIDO (ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD) SOBRE LOS DATOS CLÍNICOS Y GAMAGRÁFICOS EN EL ESTUDIO DEL BOCIO NÓDULAR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- VALOR EL NÚMERO Y LOCALIZACIÓN DE NÓDULOS TIROIDEOS EN ESTUDIO.
- 2.- DETERMINAR LAS DIMENSIONES DE LOS NÓDULOS.
- 3.- DETERMINAR LA RELACIÓN DE: BORDES, CONSISTENCIA, PATRÓN ECOGRÁFICO, PRESENCIA DE CALCIFICACIONES, PRESENCIA DE HALO HIPOECÓICO Y ECOGENICIDAD QUE GUARDAN CON LOS RESULTADOS GAMAGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NODULO TIROIDEO

FECHA _____ NUMERO _____
 NOMBRE: _____ EXP. _____
 SEXO: _____ EDAD _____ L.NAC. _____
 F.NAC. _____ DOMICILIO _____
 COL. _____ C.P. _____ ESTADO _____
 MUNICIPIO _____ TELEFONO _____
 LUGAR DE RESIDENCIA _____ TIEMPO _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

TIROIDES _____ B.ENDEMICO, TIROIDITIS, CA.TIROIDES
 B.SIMPLE, B. NODULAR, OPERADO TIR., GRAVES.
 ENF. AUTOINMUNES _____ D.M.I, ALOPECIA, VITILIGO,
 L.E.S., ARTRITIS, A.MEGALOBL., ADDISON, HIPOFARA.

ANTECEDENTES PERSONALES.

IMG. YODO _____ RADIACION CUELLO _____ BOCIO _____
 CA TIROIDES _____ TIROIDITIS _____
 MED. BOCIÓGENOS _____

PADECIMIENTO ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA . _____
 NODULO TIROIDEO, HALLAZGO, DOLOR,
 FECHA DE INICIO _____ PRESENTACION _____
 BRUSCO, INCIDIOSO _____
 CRECIMIENTO _____ ESTABLE, LENTO, RAPIDO.
 DOLOR _____ DISFONIA _____ DIAFAGIA _____ DISNEA _____ DIARREA _____
 BOCHORNO _____ PERDIDA DE PESO _____
 OBSERVACIONES _____

EXPLORACION FISICA

PESO _____ ESTATURA _____ TAS _____ TAD _____ PULSO _____
 TIROIDES DIFUSO _____ NODULAR _____
 CUANTOS NODULOS; LOB. DER. _____ LOCALIZACION _____
 LOB. IZQ. _____ LOCALIZACION _____
 SUPERIOR, MEDIO, INFERIOR.
 ITSMO _____
 TAMANO DE LOS 3 PRINCIPALES NODULOS N1 _____ N2 _____ N3 _____
 NODULOS CONFLUENTES _____
 CONSISTENCIA _____ + (1-4) RENITENTE _____ DOLOR _____ + (1-4)
 GANGLIOS _____ LOCALIZACION _____ DER. IZQ.
 CARACTERISTICAS MALISNAS _____

HQJA DE RECOLECCION DE DATOS.

NUMERO _____ NOMBRE _____
LABORATORIO Y GABINETE

GAMMAGRAFIA;
NODULOS FRIOS _ LOB DER. CUANTOS _ DONDE _____
LOB IZQ. CUANTOS _ DONDE _____
ITSMO. CUANTOS _

BORDES IRREGULARES
NODULOS CAL. _ LOB DER. CUANTOS _ DONDE _____
LOB IZQ. CUANTOS _ DONDE _____
ITSMO. CUANTOS _

BORDES IRREGULARES: _

ULTRASONIDO:
LOB. DER: CUANTOS _ DONDE _____
CARACTERISTICAS POR US _____
BORDES _____
LOB. IZQ: CUANTOS _ DONDE _____
CARACTERISTICAS POR US _____
BORDES _____
ITSMO: CUANTOS _ DONDE _____
CARACTERISTICAS POR US _____
BORDES _____

RADIOGRAFIA:
CUELLO: MASA _ DESVIACION TRAGUEA _ CALCIFICACIONES _
TORAX: NODULOS _

BIOPSIA: _____
B. COLIODE, TIROIDITIS, MALIGNIDAD, QUISTE, ADENOMA, MUESTRA
INSUFICIENTE.

LISTA DE PACIENTES.

1.- N. P. G.	EXP: 53029
2.- R. C. M. G.	EXP: 621222
3.- G. L. A.	EXP: 350126
4.- R.E. M.	EXP: 670315
5.- R. K. A.	EXP: 640907
6.- R. C. M.	EXP: 600206
7.- M. M. R.	EXP: 540609
8.- A. R. M.	EXP: 360312
9.- B. B. M. L.	EXP: 390830
10.- J. R. P.	EXP: 650624

SEXO: 10 PACIENTES FEMENINOS.

EDAD: MAXIMA DE 76A. MINIMA DE 28A. PROM: 45.8

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

5 FUERON POSITIVOS: 4 PACIENTES TUVIERON FAMILIARES CON DIABE
TES MELLITUS.

1 PACIENTE PRESENTO: UNA PRIMA HERMANA --
CON HIPOTIROIDISMO Y UNA HIJA CON TIROIDI
TIS AUTOINMUNE.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

1 PACIENTE PRESENTO EXOFTALMIA TIROIDEA.

CAUSA DE CONSULTA:

8 DE LOS 10 PACIENTES TUVIERON AUMENTO DE VOLÚMEN DE TIROIDES

2 DE LOS 10 PACIENTES PRESENTARON BOCIO NODULAR COMO HALLAZGO
INCIDENTAL EN LA CONSULTA POR OTRA CAUSA.

1 PACIENTE PRESENTO DOLOR COMO CAUSA DE LA CONSULTA, ENCON -
TRANDOSE AUMENTO DE VOLÚMEN DE TIROIDES DURANTE LA EXPLORA -
CIÓN.

INICIO DE PADECIMIENTO:

EN 7 PACIENTES FUE INCIDIOSO.

EN 3 PACIENTES FUE BRUSCO.

CRECIMIENTO DE MASA EN CUELLO:

6 PACIENTES PRESENTARON CRECIMIENTO ESTABLE.

3 PACIENTES PRESENTARON CRECIMIENTO LENTO.

1 PACIENTE PRESENTO CRECIMIENTO RÁPIDO.

SINTOMATOLOGIA:

5 PACIENTES FUERON ASINTOMÁTICOS.

DE LOS 5 PACIENTES SINTOMÁTICOS:

3 PRESENTARON DISFONIA Y DISFAGIA.

2 PRESENTARON PERDIDA DE PESO.

1 PRESENTO DOLOR.

TIEMPO DE EVOLUCION:

EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO DESDE SU INICIO HASTA LA REALIZA -
CIÓN DEL ULTRASONIDO, CON PREVIA CONSULTA EN EL SERVICIO DE -
ENDOCRINOLOGÍA.

MÍNIMO DE 1 MES. MÁXIMO DE 10 MESES. PROMEDIO 7.4 MESES.

CANALIZACION AL SERVICIO DE ULTRASONIDO:

5 FUERON DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE Y POR GAMAGRAFÍA COMO --

BOCIO NODULAR.

3 FUERON DIAGNOSTICADOS COMO BOCIO DIFUSO.

2 FUERON DIAGNOSTICADOS COMO PB CA DE TIROIDES.

DE LOS 3 CON DX DE BOCIO DIFUSO, 2 PRESENTARON NODULOS LOCALI
ZADOS Y 1 FUE TIROIDITIS, CORROBORADA POR INMUNOLOGÍA.

DE LOS 2 CON DX DE PB. CA. LOS 2 FUERON NEGATIVOS.

GAMAGRAFIA:

7 PACIENTES PRESENTARON NODULOS FRÍO ÚNICO.

2 PRESENTARON NODULOS FRÍOS MÚLTIPLES.

1 PRESENTO AUMENTO DE VOLÚMEN DE MANERA DIFUSA DE TIROIDES.

ULTRASONIDO:

AFECTACIONES POR LOBULO:

EL LÓBULO DERECHO RESULTO AFECTADO EN 4 PACIENTES.

EL LÓBULO IZQUIERDO RESULTO AFECTADO EN 3 PACIENTES.

AMBOS LÓBULOS RESULTARON AFECTADOS EN 3 PACIENTES.

EN 2 CASOS EN QUE LA GAMAGRAFÍA REPORTO NODULOS MULTIPLES, ESTO SE CORROBORÓ POR US.

EN UN CASO LA GAMAGRAFÍA REPORTO 3 NODULOS, ENCONTRANDOSE SÓLO DOS POR ULTRASONIDO.

EN 3 CASOS EL ULTRASONIDO DEMOSTRO NODULOS ANEXOS QUE NO FUERON DETECTADOS POR GAMAGRAFÍA.

EN 4 PACIENTES SE ENCONTRARON NODULOS ÚNICOS.

EN 5 PACIENTES SE ENCONTRARON NODULOS MÚLTIPLES.

CONSISTENCIA:

SE DETECTARON UN TOTAL DE 15 NÓDULOS.

14 FUERON SÓLIDOS.

1 FUÉ LÍQUIDO.

DE LOS 14 SÓLIDOS: 7 FUERON HOMOGÉNEOS Y 7 HETEROGÉNEOS.

DE LOS 7 NÓDULOS SÓLIDOS HETEROGÉNEOS:

TODOS PRESENTARON BORDES REGULARES, TODOS ESTUVIERON BIEN DELIMITADOS.

TODOS PRESENTARON FORMA REDONDEADA U OVOIDEA.

1 PRESENTO HALO HIPOEOCICO ALREDEDOR.

LAS DIMENSIONES VARIARON DESDE 0,5 HASTA 4 CM. DE DIÁMETRO.

DE LOS 7 NÓDULOS HETEROGÉNEOS:

3 PRESENTARON CALCIFICACIONES, 4 ZONAS LÍQUIDAS Y 2 AMBAS.

TODOS PRESENTARON BORDES REGULARES Y ESTABAN BIEN DELIMITADOS.

ALGUNOS PRESENTARON BORDES LOBULADOS MARCADAMENTE, PERO SUS CONTORNOS ERAN REGULARES.

6 PACIENTES PRESENTARON DESVIACIÓN DE TRÁQUEA Y GRANDES VASOS — DEL CUELLO.

(ARTERIA CARÓTIDA COMÚN Y VENA YUGULAR INTERNA).

BIOPSIA:

5 FUERON ADENOMAS:

2 FUERON ADENOMAS QUÍSTICOS.

1 FUÉ ADENOMA EN FASE REGRESIVA.

1 FUÉ DE CÉLULAS FOLICULARES.

1 FUÉ REPORTADO SIMPLEMENTE COMO ADENOMA TIROIDEO.

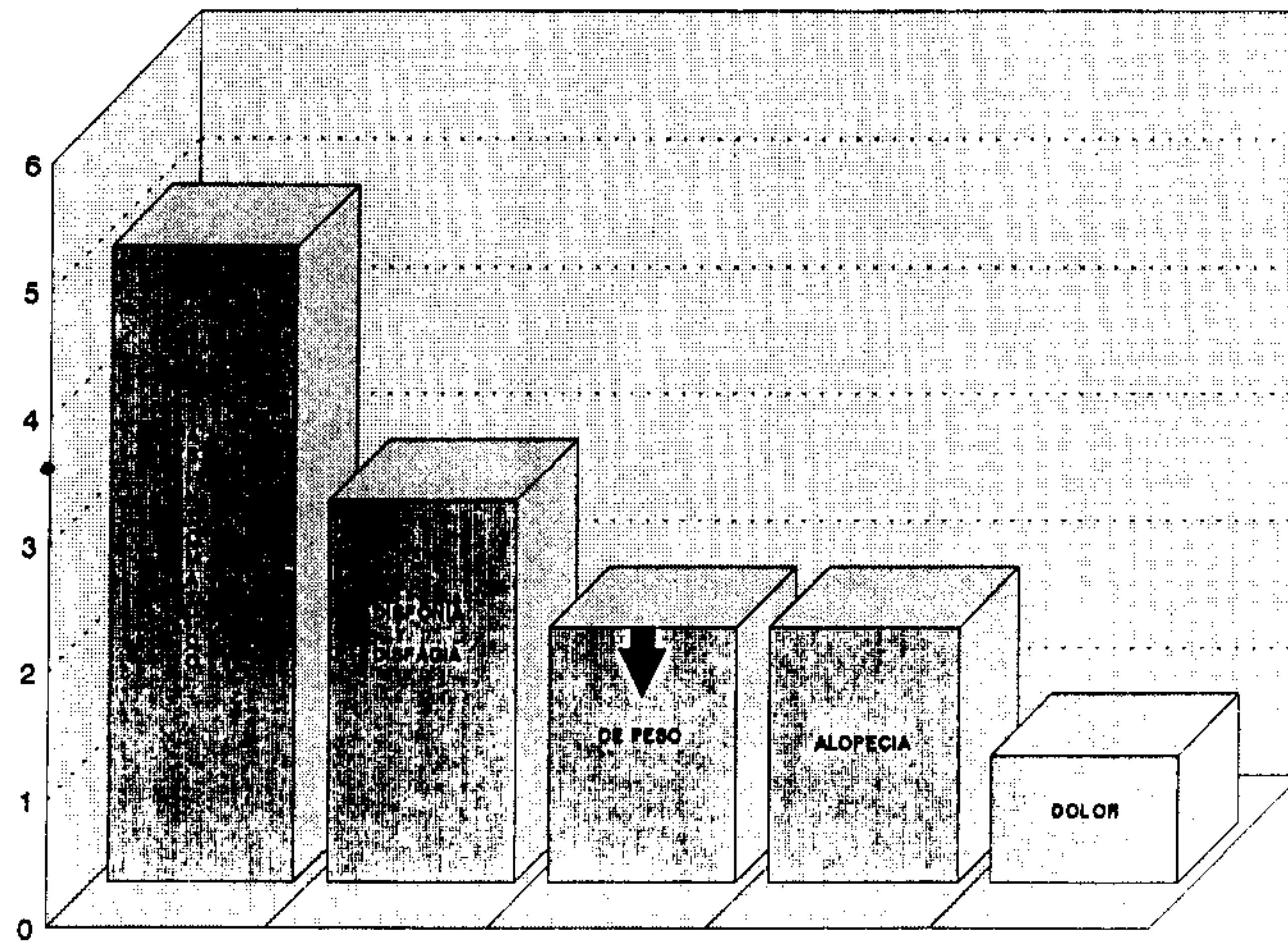
3 MUESTRAN FUERON INSUFICIENTES, LAS CUALES POR SUS CARACTERÍSTI
CAS CLÍNICAS Y POR ULTRASONIDO FUERON TRATADOS COMO BENIGNAS Y -
TUVIERON TRATAMIENTO MÉDICO POR PARTE DEL SERVICIO DE ENDOCRINO-
LOGÍA CON TRATAMIENTO FRENADOR Y CON EVOLUCIÓN FAVORABLE HASTA -
HOY.

1 FUÉ QUISTE TIROIDEO SIMPLE.

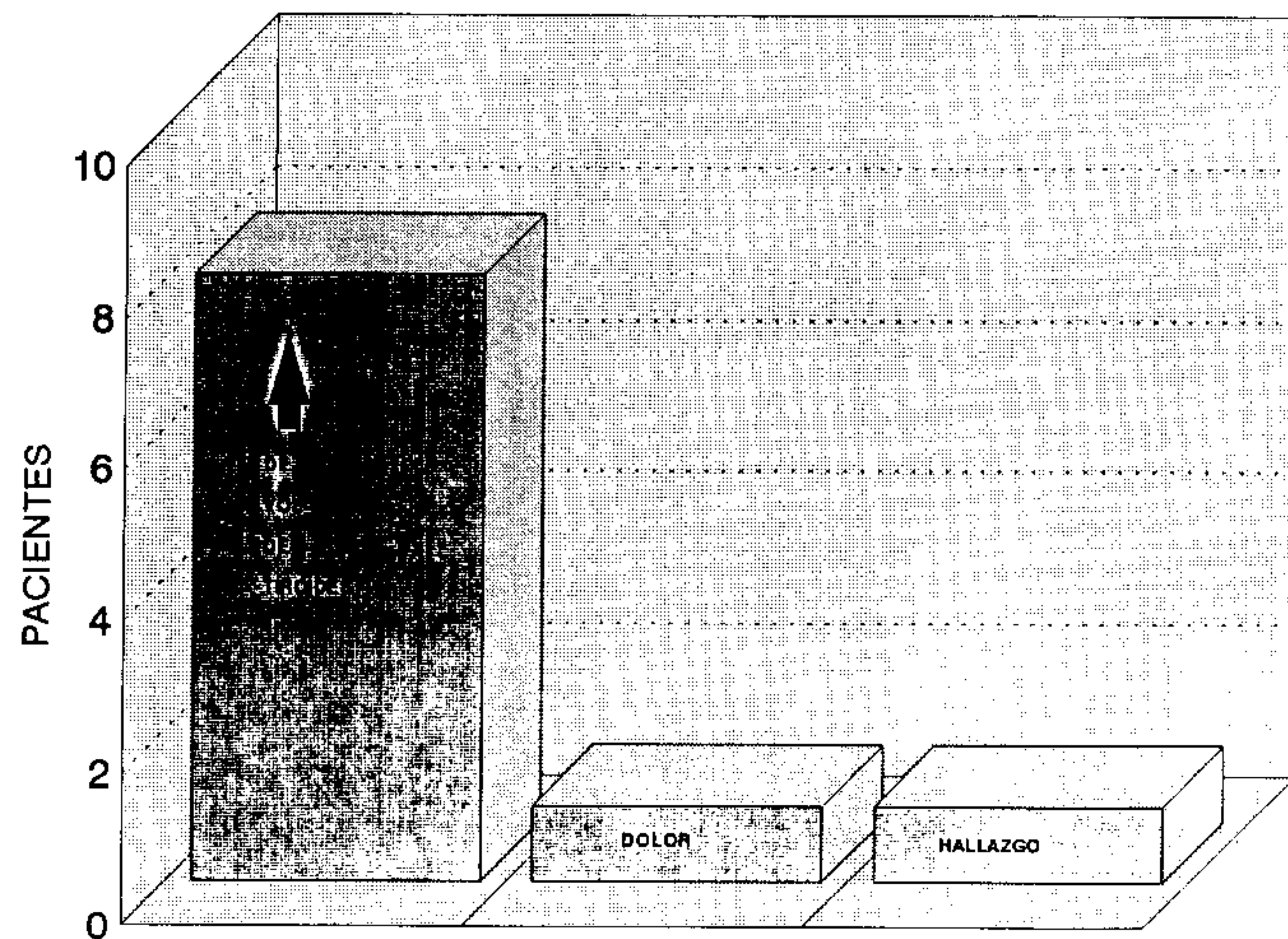
1 FUE TIROIDITIS, CORROBORADA POR INMUNOLOGÍA.

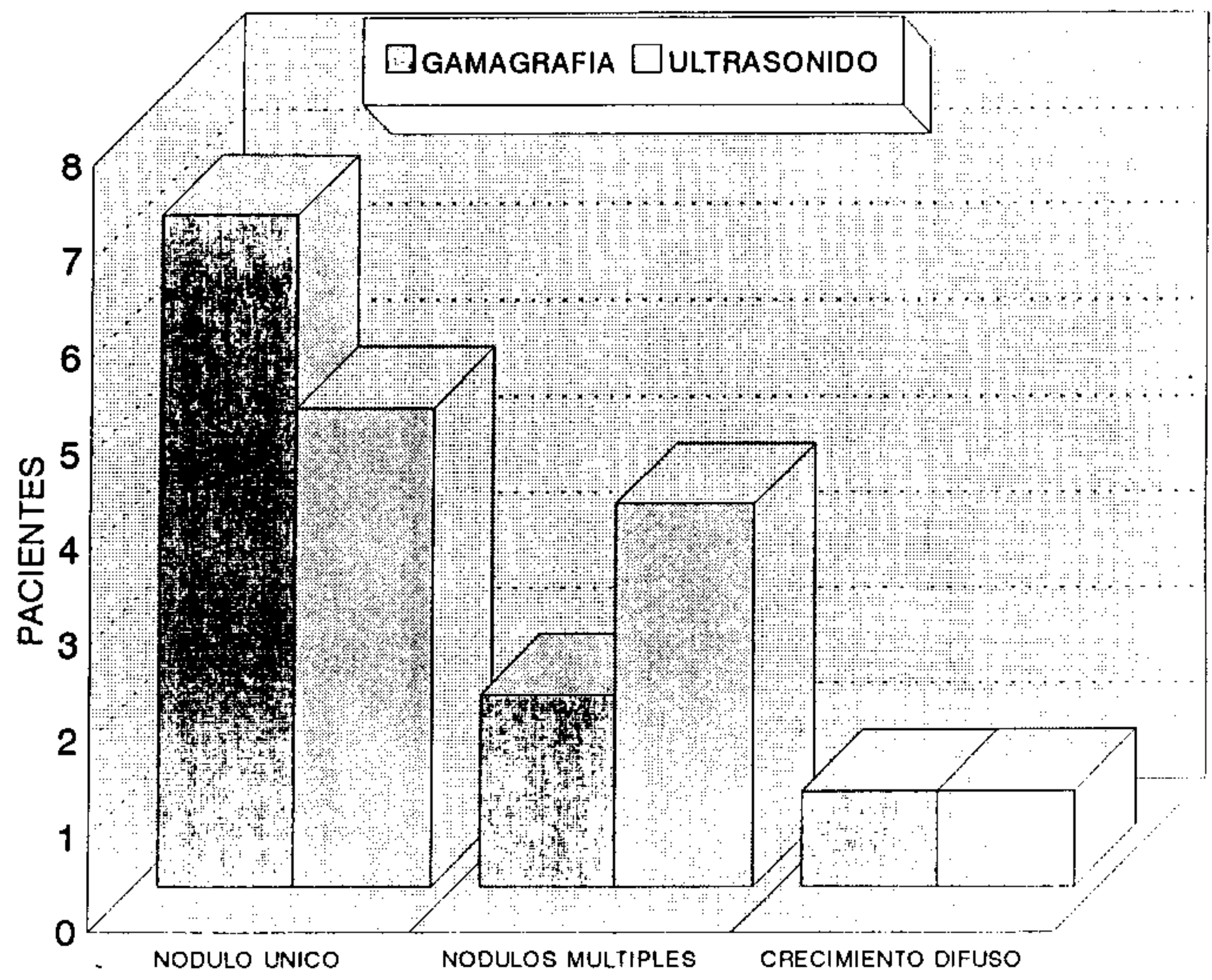
TODOS LOS PACIENTES FUERON REPORTADOS COMO EUTIROIDEOS.

SINTOMATOLOGIA

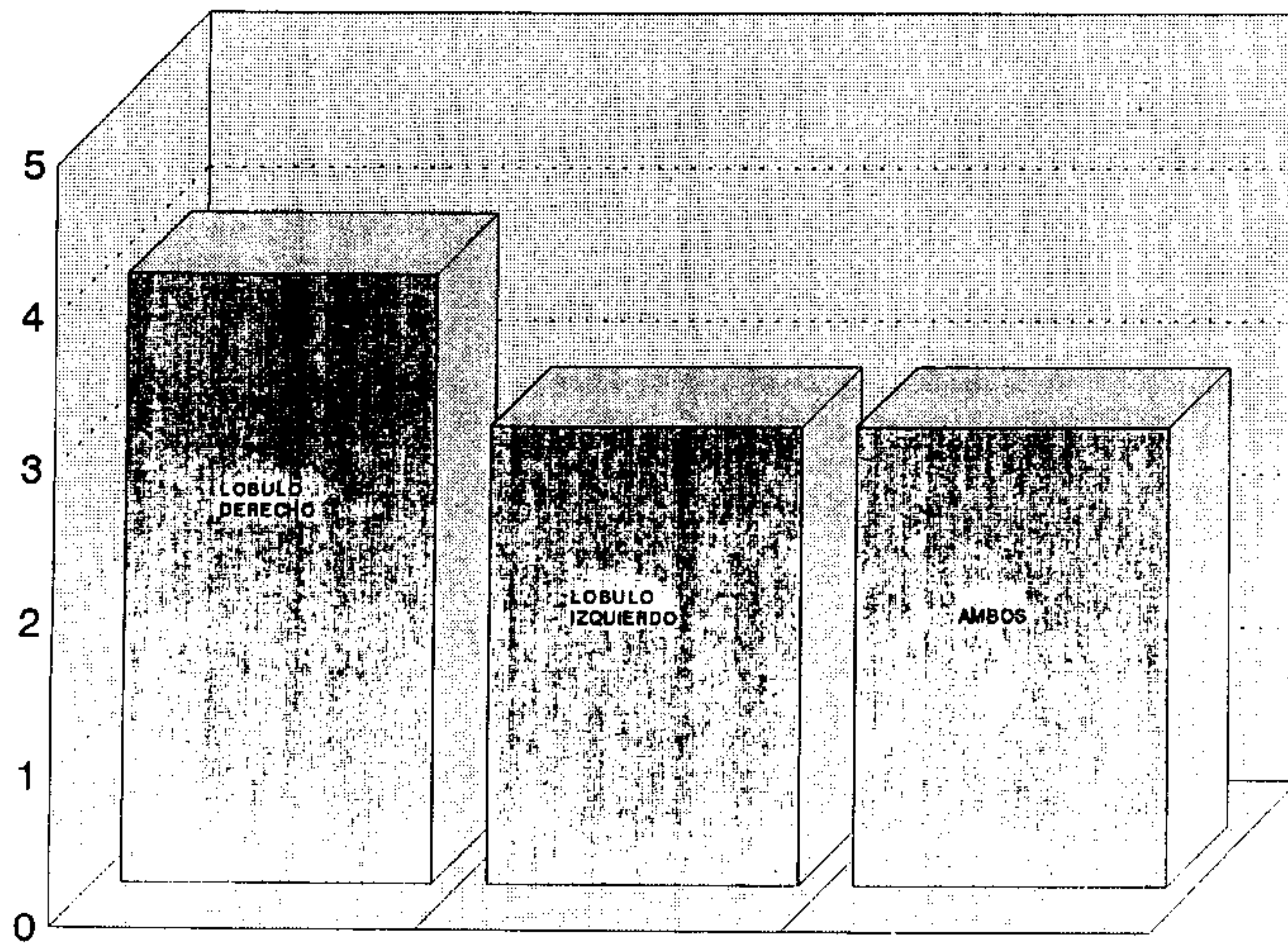


CAUSA DE LA CONSULTA



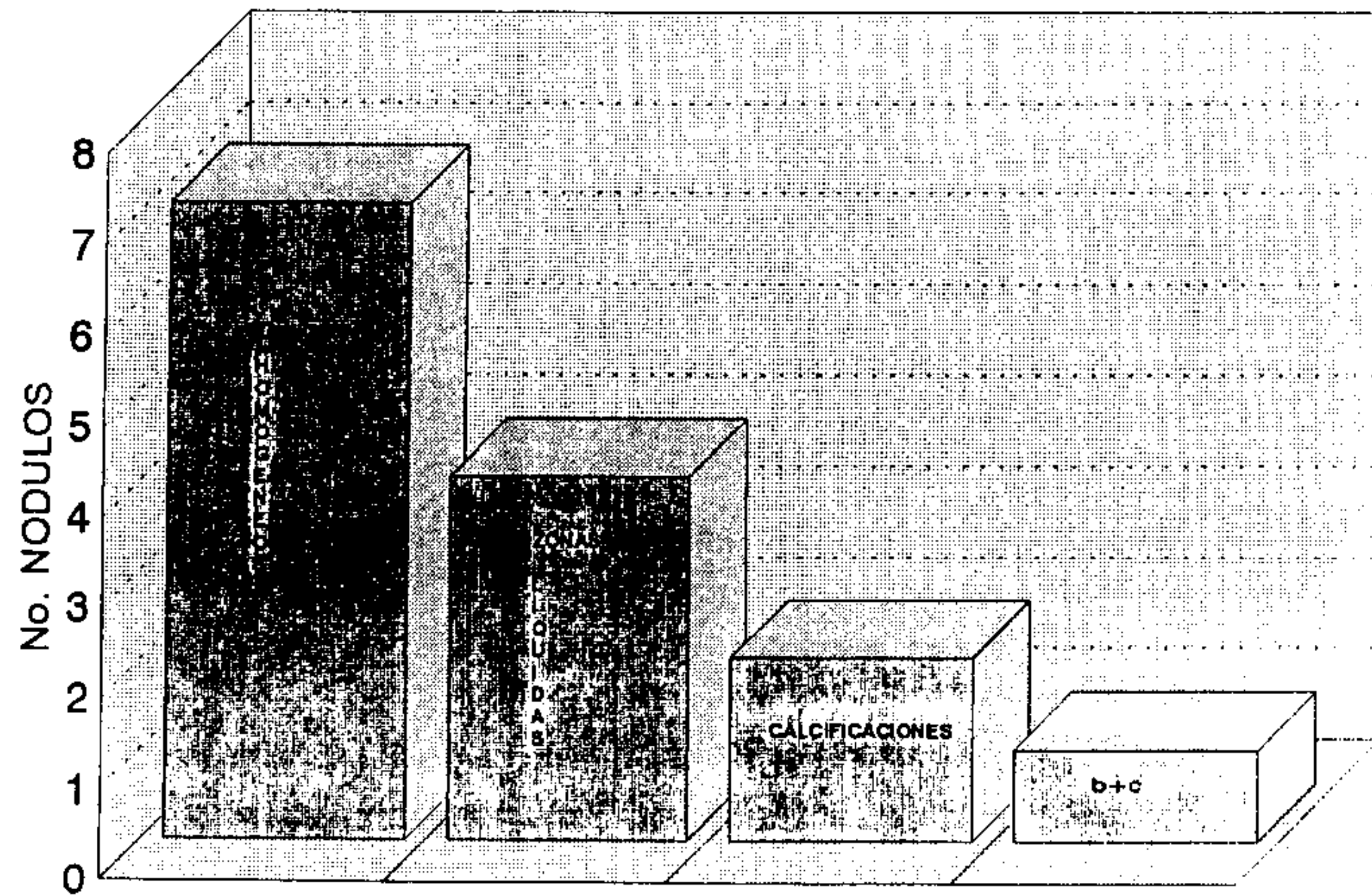


AFECCION POR LOBULO (US)



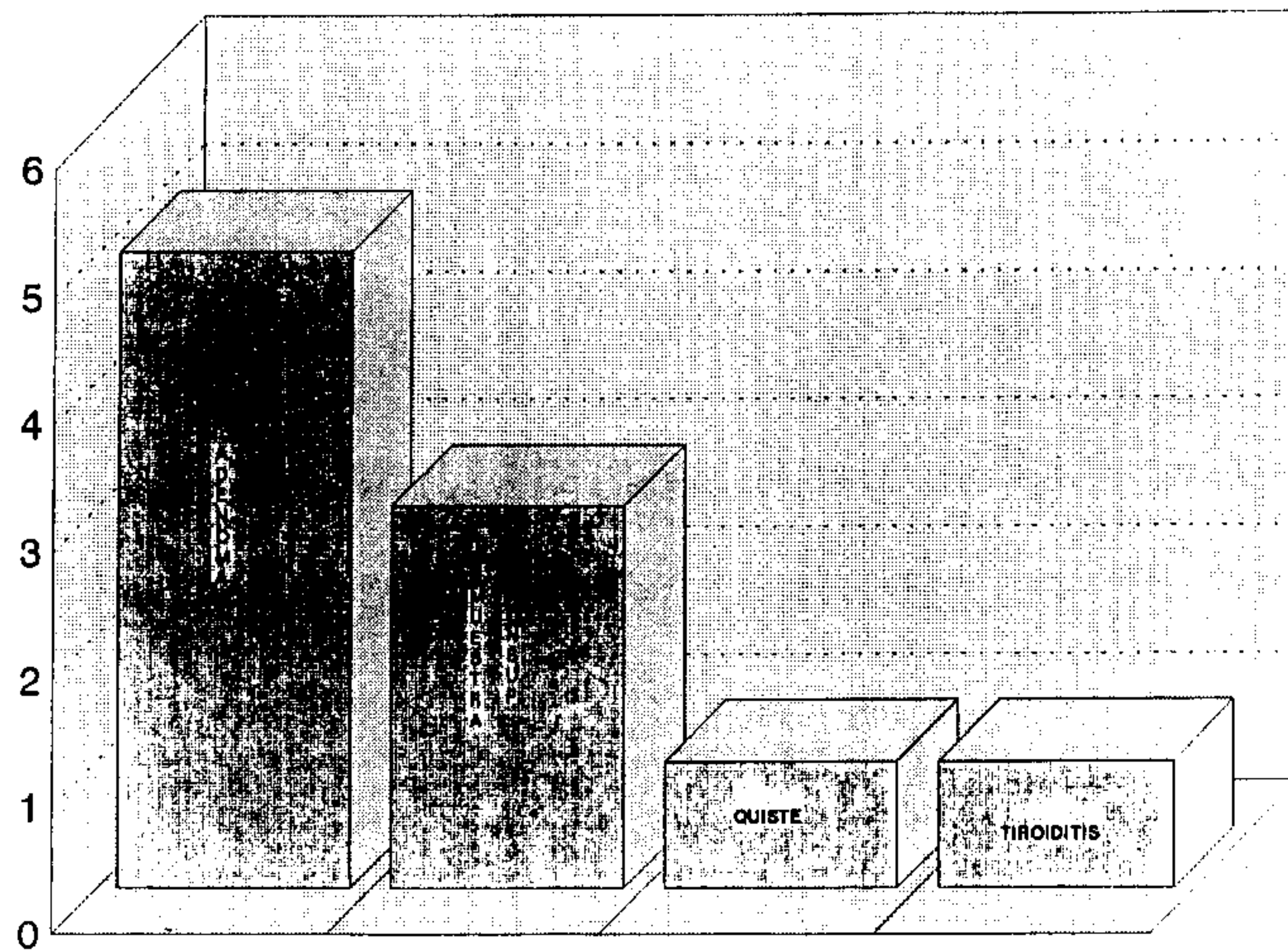
(US)

TOTAL DE NODULOS: 15
14 SOLIDOS 1 QUISTE



NODULOS: SOLIDOS

BIOPSIA

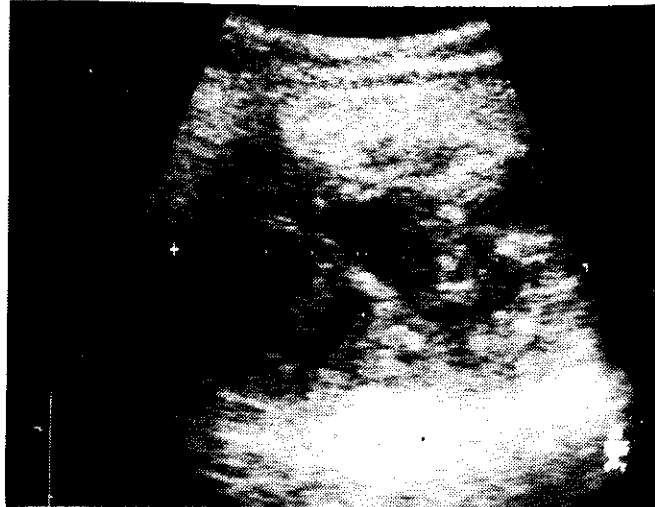


CASO 1

A
GAMMAGRAFIA.
NODULO FRÍO EN
POLO INF. DE LÓBULO
DERECHO,
18X. QUISTE VS.
ADENOMA.



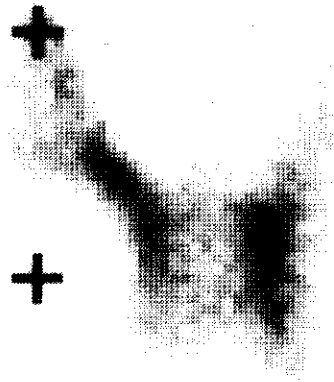
B
ULTRASONIDO.
NODULO SÓLIDO
HETEROGÉNEO CON
ZONAS LÍQUIDAS, BIEN
DELIMITADO CON BORDES
REGULARES EN POLO INF.
DE LÓBULO DERECHO
IDX: ADENOMA.



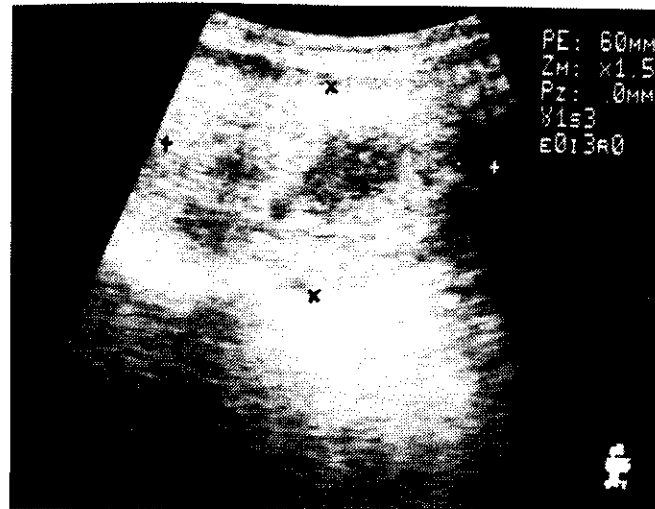
C
PATOLOGÍA: IDX: ADENOMA DE CELULAS FOLICULARES.

CASO 2

A
GAMMAGRAFIA
NODULO FRIO ÚNICO
EN LÓBULO DERECHO.
IDX: PB QUISTE.



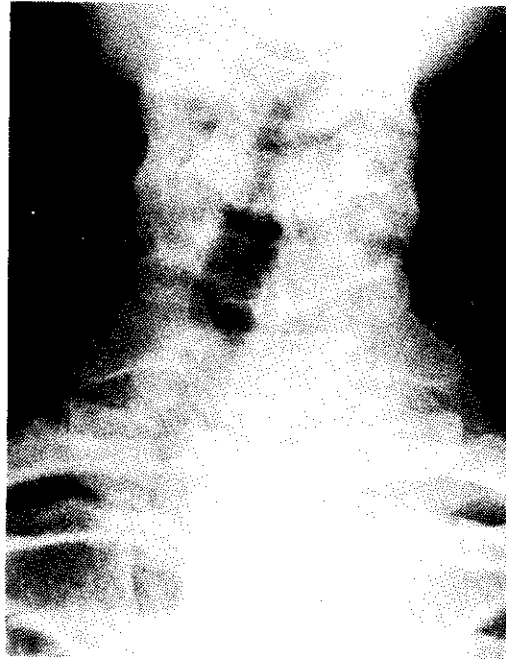
B
ULTRASONIDO
NODULO SÓLIDO,
HETERIGÉNEO CON
ZONAS LÍQUIDAS,
SE OBSERVARON CAL-
CIFICACIONES.
IDX: ADENOMA.



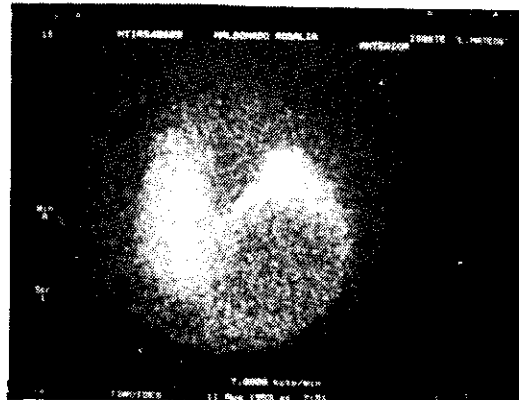
C
PATOLOGÍA: IDX. ADENOMA QUISTICO.

CASO 3

A
RADIOGRAFIA
DESVIACIÓN LATERAL
A LA DERECHA DE LA
TRÁQUEA POR TUMORACIÓN
EN EL CUELLO.



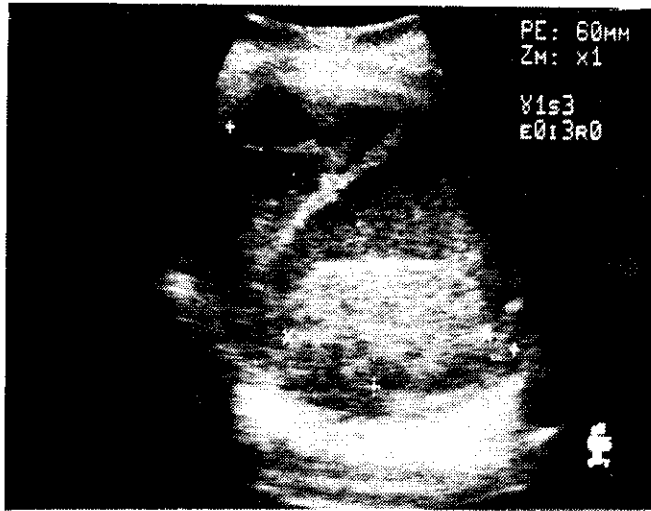
B
GAMMAGRAFIA
NÓDULO FRÍO QUE OCUPA
LA MAYOR PARTE DE LÓBULO
IZQUIERDO.
AUMENTO DE VOLUMEN DE
TIROIDES DE MANERA
DIFUSA.



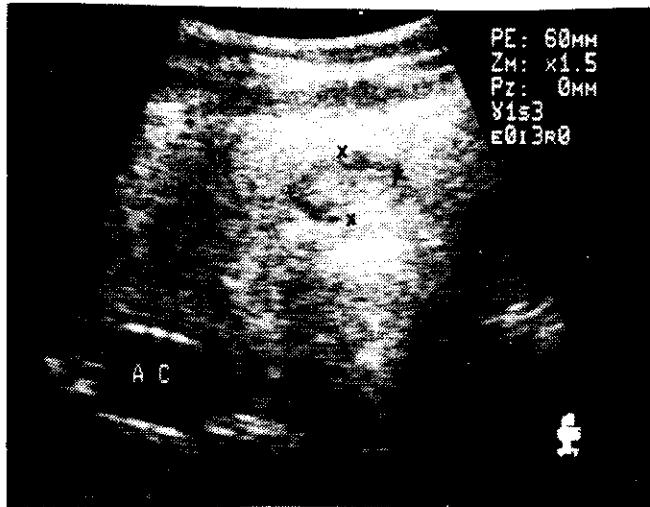
IDX: BOCIO NODULAR.

CASO 3

C
ULTRASONIDO
NÓDULO MIXTO CON
AMPLIAS ZONAS
LÍQUIDAS, SEPTADO,
SE OBSERVAN ZONAS
SÓLIDAS EN EL POLO
INFERIOR DEL NÓDULO
CON PARED GRUESA BIEN
DEFINIDA.



D
ULTRASONIDO
NÓDULO SÓLIDO
HOMOGÉNEO, LOCALI-
ZADO EN LA ZONA
ISTMICA, DE MENORES
DIMENSIONES EL CUAL
NO SE DETECTO POR
EXÁMEN FÍSICO NI POR
GAMMAGRAFÍA.

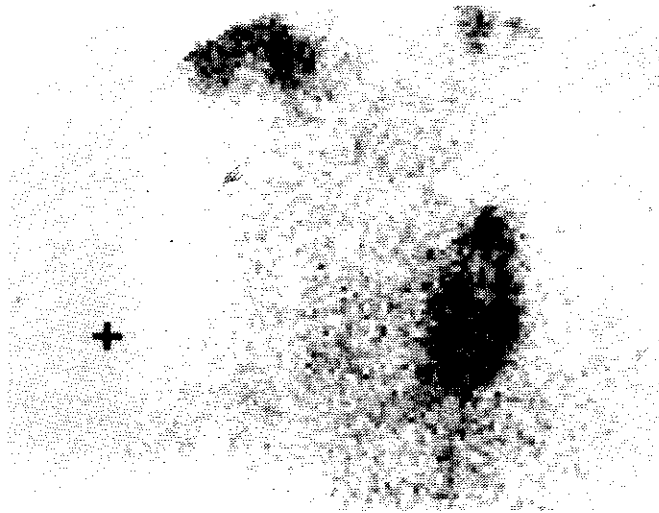


E
PATOLOGÍA IDX: ADENOMA QUISTICO HEMORRAGICO.

Dr. J. J. Rodríguez de la
Torre

CASO 4

A
GAMMAGRAFIA
LÓBULO DERECHO
HIPOCAPTANTE,
PROBABLE MASA
EXTRATIROIDEA.



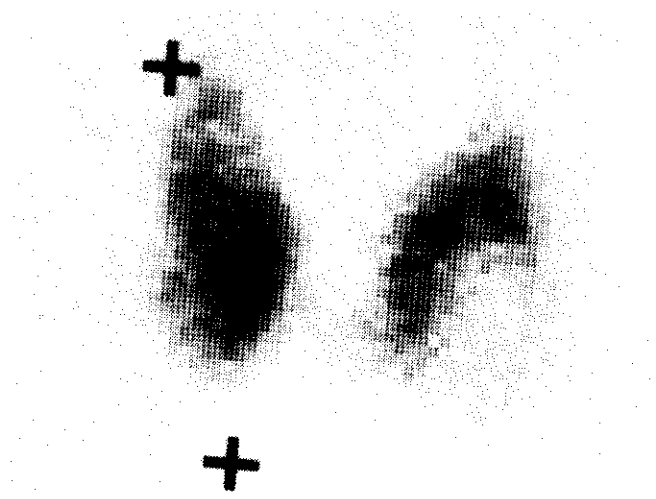
B
ULTRASONIDO
NÓDULO SÓLIDO
HETEROGÉNEO, CON
PEQUEÑAS ZONAS
LÍQUIDAS Y
CALCIFICACIONES.
EXISTE DESPLAZAMIENTO
DE GRANDES VASOS Y
TRÁQUEA.
IDX: ADENOMA.



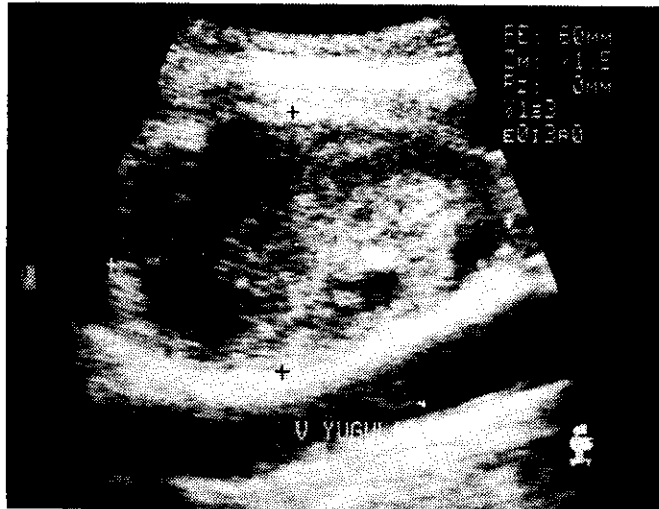
C
PATOLOGÍA: IDX: ADENOMA.

CASO 5

A
GAMMAGRAFIA
3 NODULOS FRÍOS
2 LOCALIZADOS EN
EL BORDE EXTERNO
DEL LÓBULO DERECHO
Y 1 MÁS EVIDENTE
EN EL LÓBULO IZQUIERDO.



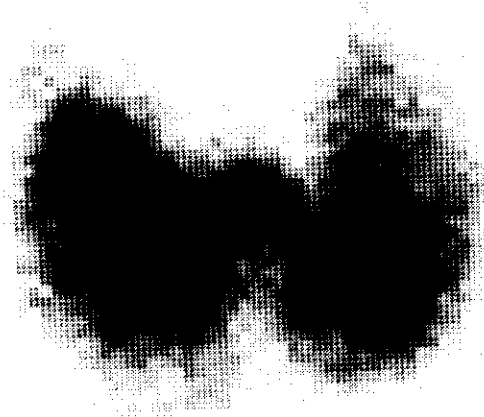
B
ULTRASONIDO
SOLO SE ENCONTRÓ
1 NÓDULO SÓLIDO,
HETEROGÉNEO DE
3x2 CMS.
EXISTE DESPLAZAMIENTO
DE GRANDES VASOS DEL
CUELLO.



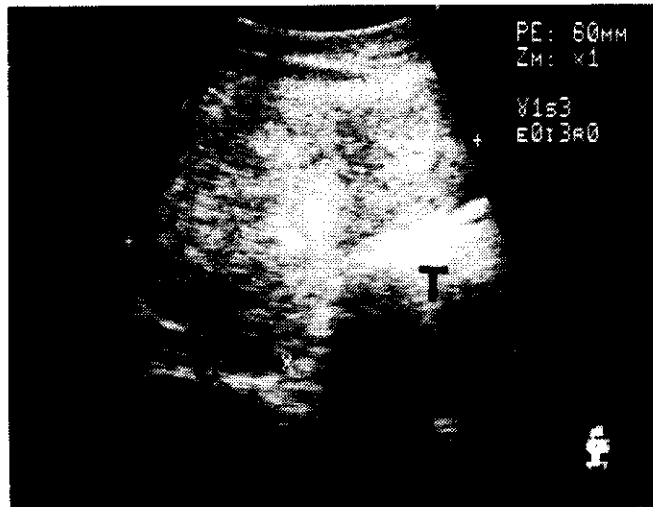
C
PATOLOGÍA: A PESAR DEL TAMAÑO DEL NODULO LA MUESTRA FUE INSUFICIENTE.
LA BIOPSIA GUIADA POR ULTRASONIDO ES LA ELECCIÓN.

CASO 6

A
GAMMAGRAFIA
CRECIMIENTO DIFUSO
DE AMBOS LÓBULOS
TIROIDEOS, CON
HIPERCAPTACIÓN Y
CONCENTRACIÓN
IRREGULAR.



B
ULTRASONIDO
CRECIMIENTO DE
AMBOS LÓBULOS
TIROIDEOS, EN LA
FIGURA SE OBSERVA
EL LÓBULO DERECHO,
EXISTE AUMENTO
DISCRETO DE LA
ECOGENICIDAD.



C
PATOLOGÍA:

TIROIDITIS AUTOINMUNE.

CONCLUSIONES

EL ULTRASONIDO EN ESTE GRUPO DE PACIENTES RESULTO, SER EL METODO DE ELECCIÓN PARA EL ABORDAJE INICIAL DEL PACIENTE CON BOCIO NODULAR.

ES UN METODO BARATO Y ACCESIBLE.

NO REQUIERE DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE, Y NO REQUIERE DE ESPACIO ESPECIAL PARA LLEVARSE A CABO.

ES UN METODO NO INVASIVO QUE NO UTILIZA RADIACIÓN QUE PUEDA AFECTAR AL PACIENTE.

EL ULTRASONIDO DE ALTA RESOLUCIÓN RESULTO SER MÁS SENSIBLE PARA LA DETECCIÓN DE NODULOS TIROIDES (SE LOGRARON ENCONTRAR NODULOS TIROIDEOS DE PEQUEÑAS DIMENSIONES, LOS CUALES NO SE DETECTARON POR GAMMAGRAFÍA NI EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA).

PROPORCIONA MÁS Y MEJORES DATOS SOBRE LA SITUACIÓN, DIMEN-

CONCLUSIONES

SIONES, CONSISTENCIA Y NÚMERO DE LOS NODULOS QUE LA GAMMA -
GRAFIA.

MUESTRA LA AFECTACIÓN DE TRAQUEA Y GRANDES VASOS POR EFECTO
DE MASA.

EL ULTRASONIDO PUEDE SER USADO POR DIRIGIR LA PUNCIÓN BIOB-
SIA EN CASO DE NODULOS MULTIPLES, DE PEQUEÑAS DIMENSIONES O
EN EL CASO DE NODULOS HETEROGENEOS QUE REQUIERAN DE TOMA DE
MUESTRA DE SUS DIFERENTES COMPONENTES.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- GARCIA CJ, DANEMAN A., THORNER P.
SONOGRAPHY OF MULTINODULAR THYROID GLAND IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS.
AM-J-DIS-CHILD; 1992 JUL. 146 (7). P 811-816.
- 2.- FUNARI M., CAMPOS Z., GOODING GA., HIGGINS CB.
MRI AND ULTRASOUND DETECTION OF ASIMPTOMATIC
THYROID NODULES IN HYPERPARATHYROIDISM.
J-COMPUT-ASSIST-TOMOGR: 1992. JUL-AUG; 16 (4)
P 615-619.
- 3.- NITZSCHE EU., SEEGER LL., KLOSA B., FREUDENBERG M.
PRIMARY OSTEOSARCOMA OF THE THYROID GLAND.
J-NUCL-MED; 1992. JUL. 33 (7) P 1339-1401.
- 4.- SALBE GR.
PHYSICOPATHOLOGY OF THYROID CYSTS IN EUTHYROID NODU
LAR GOITER.
THYROIDL-CLIN-EXP, 1990 2 (3) P 125-128.

- 5.- BARKI Y.
ULTRASONOGRAPHIC EVALUATION OF NECK MASSES-SONOGRAPHIC PATTERNS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS.
J-MED-SCI: 1992. MAR-APR; 28 (3-4) P 212-6.

- 6.- SZE BENI A., BELEZNAV E.
NEW SIMPLE METHOD FOR THYROID DETERMINATION BY ULTRASONOGRAPHY.
J-CLIN-ULTRASOUND. 1992. JUN; 20 (5) P 329-37.

- 7.- FILATOV A., VETSHEV P., SVIATOV A.
CLINICAL VALUE OF FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF THE THYROID GLAND.
KHIRURGIJA (MOSK); 1991 OCT. (10) P 81-86.

- 8.- CRISYTIAN J. ALAN DANEMAN.
SONOGRAPHY IN THYROID CARCINOMA IN CHILDREN.
THE BRITISH J. OF RAD. 65. P 977-982.

- 9.- SHODAYU TAKASHIMA. FUMIO, MATSUZUKA.
THYROID NODULES ASSOCIATED WITH HASHIMOTO THYROIDITIS: ASSESSMENT WITH US.
RADIOLOGY 1992. 185; P 125-130.

10.- HOSSEIN GHARIB.

ESTRATEGIA FRENTE AL NODULO TIROIDEO SOLITARIO.

HOSPITAL PRACTICE, VOL. 2 NUM. 9 SEPT, P 415-424.