

11201
40



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

HOSPITAL "GRAL. I. ZARAGOZA"
I. S. S. T. E.

" PATOLOGIA DE TIROIDES "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ANATOMIA PATOLOGICA
PRESENTA EL DR.
PASTOR MARIO DE LOS RIOS PAZ

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.

DR. BALDOMERO HERNANDEZ JOHNSTONE.
JEFE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA Y
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES
A MIS HERMANAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	2
RESULTADOS.....	3
DISCUSION.....	16
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

En México no existen datos estadísticos confiables que indiquen la frecuencia de los padecimientos de tiroides en la población general. Las estadísticas tomadas de estudios de autopsias o de datos quirúrgicos de centros hospitalarios, no reflejan fielmente la situación en todo el país ya que se trata de hospitales en el Distrito Federal y/o de centros de concentración de patología tiroidea.

Aunque las enfermedades de tiroides no son corrientes en la práctica médica, tienen gran importancia porque la mayor parte son susceptibles de tratamiento médico o quirúrgico.

Este estudio que consiste en una revisión retrospectiva con fines estadísticos, tiene por objeto establecer la frecuencia de padecimientos tiroideos y así mismo presentar la experiencia lograda en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital General Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Se incluyen en este trabajo todas las piezas de resección quirúrgica efectuadas en el Hospital Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E., en el período comprendido entre el 1º de Enero de 1980 y el 31 de Noviembre de 1983.

Los especímenes estudiados están compuestos por biopsias, hemitiroidectomias y tiroidectomias totales.

Las piezas fueron fijadas en una solución de formol al 10%, los cortes para histología incluidos en parafina luego teñidas con los métodos habituales, si la patología lo requería, se utilizaron métodos especiales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

R E S U L T A D O S

La tabla 1 corresponde a la que se diseñó para agrupar toda la patología de tiroides que se recibió en nuestro servicio, como se puede observar, hay 6 grupos: Al grupo A corresponde las anomalías congénitas que están constituidas por conductos o quistes tiroglosos. El grupo B engloba a lesiones de tipo inflamatorio en las cuales se incluye los especímenes diagnosticados como tiroiditis. Al grupo C le corresponden los bocios que pueden ser de dos tipos: bocio difuso y bocio nodular. El grupo D está formado por las neoplasias, las cuales se subdividen en tipo benigno y tipo maligno. En el grupo E se incluye a las piezas que estaban formadas por dos o más tipos de patología ya sea de tipo benigna como maligna. Por último el grupo F donde incluimos los especímenes sin alteraciones histológicas.

En la tabla 1a se encuentran todos los casos reunidos en dos grandes grupos: benignos y malignos. Al primer grupo le corresponden 92 casos y al segundo 22 casos, sumados ambos llegan a 114 piezas de estudio que son el total de las que recibimos en el servicio de Anatomía Patológica.

En la tabla 1b se observa la relación entre la patología tiroidea benigna y la maligna, notamos que la que más frecuentemente se presenta es la del tipo benigno con un 80.7%, y el resto que es un 19.3% le corresponde a la del tipo maligno.

En la tabla 2 se observa el diseño general con el número de casos y su porcentaje correspondiente. Aclaramos que sumados los casos no dan como resultado los 114 en estudio, por que primero se incluyen en la tabla todos los especímenes por se-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1

GRUPO DE ESTUDIO DE PATOLOGIA DE TIROIDES EN EL
HOSPITAL " IGNACIO ZARAGOZA " I.S.S.S.T.E.

A. ANOMALIAS CONGENITAS

B. INFLAMATORIAS (TIROIDITIS)

C. BOCIO

- a) DIFUSO
- b) NODULAR

D. NEOPLASIAS

I. BENIGNOS

- a) ADENOMAS
- b) TERATOMAS

II. MALIGNOS

- a) PAPILAR
- b) FOLICULAR
- c) MEDULAR
- d) ANAPLASTICO

E. MIXTA

F. NORMAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 1a

RELACION DE PATOLOGIA TIROIDEA BENIGNA Y MALIGNA

B E N I G N O S	ANOMALIAS CONGENITAS	8
	TIROIDITIS	4
	DIFUSO	9
	BOCIO	29
	NODULAR	29
	ADENOMAS	31
	MIXTOS	5
NORMAL	6	
		92
M A L I G N O S	PAPILAR	12
	FOLICULAR	5
	MIXTO	3
	MEDULAR	1
	ANAPLASICO	1
		22
TOTAL		114

TABLA 1b

RELACION DE PATOLOGIA TIROIDEA BENIGNA Y MALIGNA

TIPO	Nº	%
BENIGNOS	92	80.7
MALIGNOS	22	19.3
TOTAL	114	100.0

TABLA 2

DISTRIBUCION POR TIPO DE PATOLOGIA

TIPO DE PATOLOGIA		Nº CASOS	%	
ANOMALIAS CONGENITAS		9	7.89	
TIROIDITIS		8	7.02	
BOCIO	DIFUSO	9	7.89	
	NODULAR	34	29.82	
NEOPLASIAS	BENIGNOS	ADENOMAS	37	32.46
		TERATOMAS	0	0
	MALIGNOS	PAPILAR	16	14.03
		FOLICULAR	8	7.02
		MEDULAR	1	0.88
		ANAPLASICO	1	0.88
MIXTA		14	12.28	
NORMAL		6	5.26	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

parado y luego los formados por dos tipos de patología, o sea los que corresponden a los mixtos.

DISTRIBUCION POR SEXO

En la tabla 3 se encuentra la distribución por sexo, observamos que la frecuencia es mayor para el sexo femenino con un 90.35% con respecto al sexo masculino con un 9.65%.

DISTRIBUCION POR EDAD

La tabla 4 incluye la distribución por edad de los 114 pacientes con patología de tiroides, es interesante hacer notar que más del 70% se encuentran entre los 20 y 50 años de edad y el pico máximo de frecuencia se encuentra entre los 30 y 40 años, como se representa claramente en la gráfica correspondiente.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL EN GENERAL

RANGO DE EDAD.- El rango de edades fué muy amplio con un paciente de 2 años, hasta un paciente de 80 años.

MEDIANA.- 37.5 años

PROMEDIO.- 39.0 años

BOCIOS

En la tabla 5 se encuentran los dos tipos de bocio, para el difuso con 9 casos le corresponde un 20.93% y para el nodular con 34 casos le corresponde un 79.07%. En la gráfica correspondiente se puede observar que el bocio de tipo nodular se presenta con mayor frecuencia.

TABLA 3
DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	Nº	%
HOMBRES	11	9.65
MUJERES	103	90.35
TOTAL	114	100.00

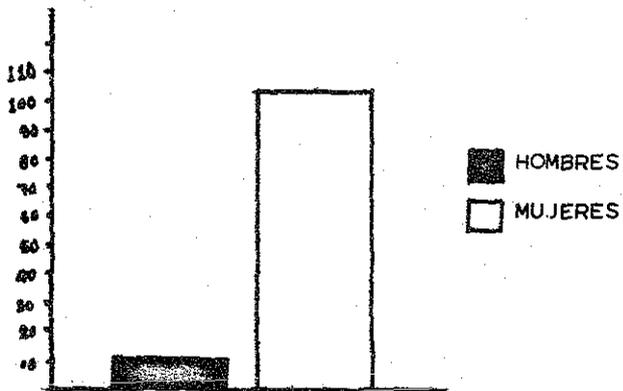


FIG. 6.- GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA TABLA 3

TABLA 4

DISTRIBUCION POR EDAD DE 114 PACIENTES CON PATOLOGIA DE TIROIDES EN EL HOSPITAL "I. ZARAGOZA" ISSSTE.

EDAD	Nº CASOS	%
0 - 10	4	3.51
11 - 20	2	1.76
21 - 30	26	22.80
31 - 40	34	29.82
41 - 50	24	21.05
51 - 60	14	12.28
61 - 70	8	7.02
71 - 80	2	1.76
TOTAL	114	100.00

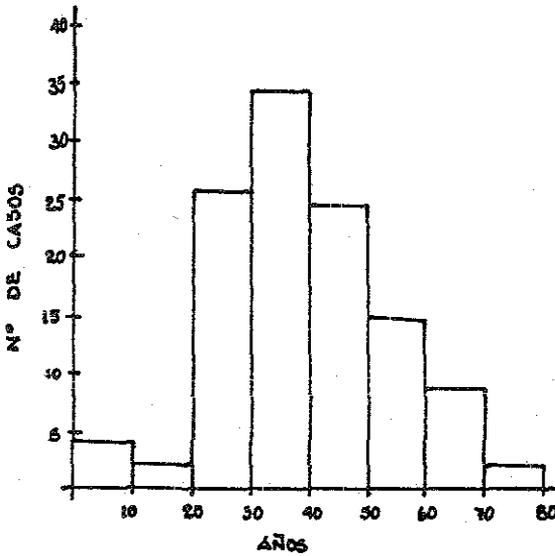


FIG.- GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA TABLA 4.

TABLA 5

BOCIOS

TIPO	Nº	%
DIFUSO	9	20.93
NODULAR	34	79.07
TOTAL	43	100.00

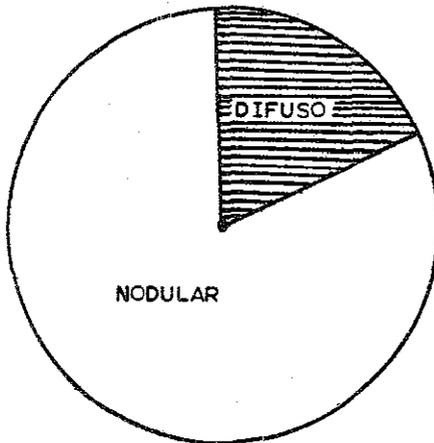


FIG 2.- GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA TABLA 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NEOPLASIAS

Las neoplasias fueron divididas en dos grupos: neoplasias de tipo benigno y neoplasias de tipo maligno.

NEOPLASIAS BENIGNAS.- Las neoplasias de tipo benigno estan representadas exclusivamente por los adenomas, con 37 casos, y le corresponde un 62.71%, como es de notar el predominio es para este grupo, con respecto a los de tipo maligno. En la gráfica correspondiente se puede apreciar mejor la diferencia.

NEOPLASIAS MALIGNAS.- Las neoplasias malignas se distribuyeron en 5 grupos: 1.Carcinoma Papilar. 2.Carcinoma Folicular. 3.Carcinoma Mixto. 4.Carcinoma Medular. 5.Carcinoma Anaplásico. Los cuales se encuentran representados en la tabla 8. El tipo mas frecuente, con 12 casos le correspondió al carcinoma papilar con un 54.55%, le sigue el carcinoma folicular con 5 casos, le corresponde 22.73 %. Los carcinomas mixtos fueron 3, con un 13.64%. Solo hubo un caso de carcinoma medular y un caso de carcinoma anaplásico con un porcentaje de 4.54% para cada uno.

DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS 22 PACIENTES CON CARCINOMA

En la tabla 9 con su gráfica en la parte inferior, observamos que existen dos picos de frecuencia, el primero entre los 30 y 40 años, con un 27.27%, y el segundo entre los 60 y 70 años con un 22.73%.

TABLA 6
NEOPLASIAS

TIPO		Nº	%
BENIGNOS	ADENOMAS	37	62.71
MALIGNOS	PAPILAR	12	20.34
	FOLICULAR	5	8.48
	MIXTA	3	5.09
	MEDULAR	1	1.69
	ANAPLASTICO	1	1.69
TOTAL		59	100.00

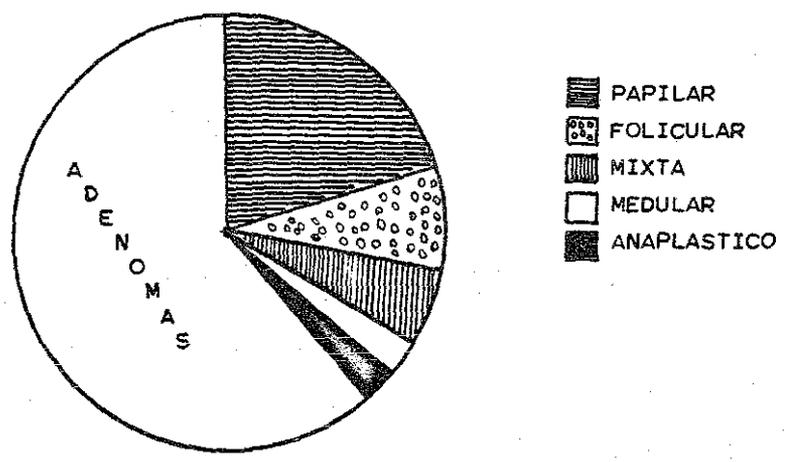


FIG. 3. - GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA TABLA 6.

TABLA 8
NEOPLASIAS MALIGNAS

TIPO	Nº	%
PAPILAR	12	54.55
FOLICULAR	5	22.73
MIXTA	3	13.64
MEDULAR	1	4.54
ANAPLASTICO	1	4.54
TOTAL	22	100.00

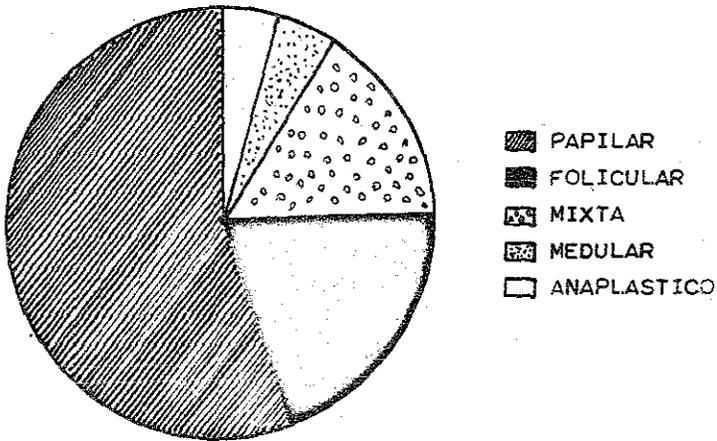


FIG. 4 - GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA TABLA 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 9

DISTRIBUCION POR EDAD DE 22 PACIENTES CON TUMOR
MALIGNO DE TIROIDES

EDAD	Nº	%
20 - 30	5	22.73
31 - 40	6	27.27
41 - 50	4	18.18
51 - 60	2	9.09
61 - 70	5	22.73
TOTAL	22	100.00

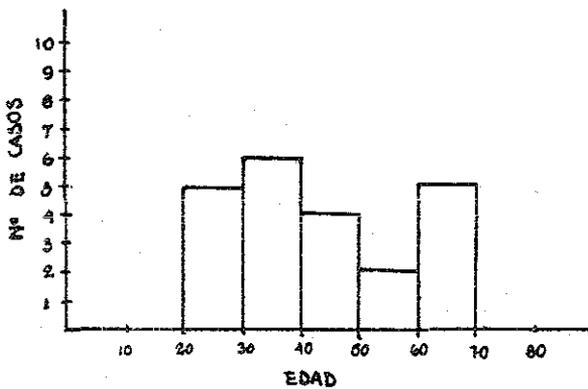


FIG. 5 - GRAFICA CORRESPONDIENTE A LA TABLA 9.

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LOS PACIENTES CON TUMOR MALIGNO

RANGO.- 22 a 67 años

MEDIANA.- 41 años

PROMEDIO.- 42.9 años.

D I S C U S I O N

Haciendo un análisis de lo obtenido y correlacionando con lo informado en la literatura mundial, podemos observar que:

Los grupos de edad se relacionan con los informes de otros autores, notamos que la gran mayoría de los pacientes se encuentra comprendida entre los 20 y 50 años. De la misma manera, con respecto a la distribución por sexo este estudio coincide con otros, donde los padecimientos tiroideos son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

En lo concerniente a las anomalías congénitas se encontraron 8 casos de quistes tiroglosos, estos se presentan con mayor frecuencia en la infancia o en la juventud, en nuestro estudio la distribución por edad fué muy desigual, lo que indica que estas anomalías no tienen edad preferente de presentación. Cabe mencionar que el tratamiento quirúrgico de los quistes es el acertado, ya que existen numerosos informes sobre carcinomas en remanentes del conducto tirogloso,⁽⁸⁾ la mayoría son de tipo papilar, también se informó de un caso de carcinoma anaplásico⁽⁹⁾ sobre este tipo de anomalías congénitas. Hacemos notar que todos nuestros casos fueron de tipo benigno.

Se registraron 8 casos de padecimientos de tipo inflamatorio; 5 correspondieron a tiroiditis de Hashimoto, 2 a tiroiditis crónica y 1 caso de tiroiditis linfocitaria.

Dentro la patología benigna la mayoría correspondieron al bocio nodular con 34 casos(29.82%), y adenomas con 37 casos(32.46%), estos dos tipos agrupan más del 60% del total

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de casos.

El grupo benigno mixto, está constituido por combinación de 2 de las siguientes patologías: tiroiditis, bocios y adenomas. Se encontraron 3 casos mixtos con patología benigna y maligna: 1 caso de adenoma con carcinoma papilar y 2 casos de adenoma con carcinoma folicular. Esto nos indica que debemos tener mucho cuidado en el estudio de la pieza quirúrgica, por que podemos encontrarnos con sorpresas, especialmente con la patología benigna, las cuales pueden presentar carcinomas ocultos (Boris Elsner y cols.). Estos fueron descritos hace más de 50 años, en esa época fueron considerados como lesiones de caracter maligno, acuñandose el término de "carcinoma oculto esclerosante". Woolner y cols. ratificaron el hecho de que se trataban de tumores malignos, ya que más del 40% de sus 130 casos se presentaron clínicamente como metástasis ganglionares cervicales. Los carcinomas ocultos más comunes son de tipo papilar, luego le sigue en frecuencia el tipo folicular. Puede tambien encontrarse el tipo medular y el tipo anaplásico. (2)

En el grupo de neoplasias malignas observamos que con respecto a su epidemiología, el carcinoma de tiroides, revela que es semejante a la informada en otros grupos de estudios mexicanos, series grandes de Estado Unidos y algunas áreas de Europa en los ultimos 5 años, donde los tipos diferenciados ocupan más del 90% de la totalidad de los casos, con predominio amplio del tipo papilar. (8-15-26)

Llama la atención sin embargo, que siendo México un país montañoso con grandes áreas bociógenas, no exista un mayor predominio de cáncer de tiroides del tipo folicular, pues

se ha informado que este tipo predomina sobre el papilar en estas áreas. Esto quizá se explique por el hecho de que éstas zonas bociógenas no lo son más, puesto que es menor la deficiencia de iodo. (6-20)

Con respecto a la distribución por sexo, es de notar que todos los casos malignos correspondieron al sexo femenino, en cambio los pacientes masculinos presentaron todos patología benigna.

En relación a la patología agregada al carcinoma, encontramos 3 casos asociados a adenomas. Se menciona que la asociación más frecuente es tiroiditis y carcinoma papilar, la que ha sido descrita desde hace muchos años, llegando a encontrarse en algunos estudios hasta en un 65%. Garcia Tsao y cols. en un estudio colaborativo de 194 casos encontró que el carcinoma papilar se asoció más frecuentemente a tiroiditis linfocítica crónica y a tiroiditis crónica inespecífica que a tiroiditis de Hashimoto. Por otro lado, también se ha informado que los pacientes con tiroiditis o con antecedentes familiares de ella, son más susceptibles a desarrollar linfoma tiroideo. (7-9-10-14)

Dentro del grupo mixto de patología maligna tenemos 3 casos, todos con la combinación de los tipo papilar y folicular. Se han informado carcinomas mixtos de tiroides con patrón folicular y medular. Martha Hales y cols. informaron de un caso de carcinoma de glándula tiroides con patrón mixto, predominantemente medular con áreas de diferenciación folicular. Ambos tipos se encontraron en el sitio primario y en las metástasis de los ganglios linfáticos cervicales de ambos lados. (11-29-30)



En la tabla 8 observamos que se encuentra un caso de carcinoma medular y un caso de carcinoma anaplásico, correspondiéndole a cada uno un 4.54%. Ambos tipos de carcinoma son poco frecuentes, como lo demuestra trabajos similares

Desde que el carcinoma medular de tiroides fué descrito en 1959 por Hazard J.B., ha sido bien reconocido que esta neoplasia puede presentarse en forma aislada o en forma hereditaria. Cuando es hereditaria se presenta en 3 tipos: (12-24-28)

1.- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO IIa.

Caracterizada por carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma e hiperparatiroidismo

2 - NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO IIb.

Caracterizada por carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma, neuromas mucosos múltiples y ganglioneuromatosis.

3.- FAMILIAR SIN NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE.

Caracterizada por carcinoma medular de tiroides hereditario sin asociación a endocrinopatías

El carcinoma medular hereditario se transmite en forma autosómica dominante.

Las células del carcinoma medular secretan la hormona calcitonina, detectando niveles elevados de este polipéptido en el plasma de sujetos afectados, es posible confirmar la presencia del tumor, incluso los carcinomas ocultos.

El carcinoma medular de tiroides es una neoplasia que

a veces se presenta en forma indolente y en algunos pacientes progresa rápidamente, resultando la muerte en edades tempranas. La conducta biológica agresiva depende en gran parte del tipo de presentación clínica. El tumor parece ser más agresivo en pacientes con carcinoma medular aislado o en el tipo neoplasia endocrina múltiple tipo IIb. Y parece ser menos agresivo en pacientes con neoplasia endocrina múltiple tipo IIa o en el familiar sin neoplasia endocrina múltiple. En el carcinoma medular de tiroides hereditario, el 50% de los miembros de la familia directa, corren el riesgo de contraer la enfermedad.

Con respecto al único caso de carcinoma anaplásico existen informes de que el carcinoma diferenciado de tiroides puede transformarse en una neoplasia altamente maligna. Las primeras observaciones conciernen al hallazgo de carcinomas diferenciados y anaplásicos en el mismo enfermo, o la presencia de nódulos tiroideos de larga evolución en pacientes con diagnóstico ulterior de carcinoma anaplásico. Posteriormente, aparecieron comunicaciones de casos en los que se había diagnosticado primero una neoplasia diferenciada y luego un carcinoma anaplásico y que los autores deducían que había ocurrido la transformación de una neoplasia única. Sin embargo, hasta la fecha no ha sido posible establecer si esta transformación tumoral forma parte de la historia natural de ciertos tipos de neoplasias de la tiroides o si es resultado de factores circunstanciales agregados y se han postulado la estimulación prolongada de tirotrófina y el tratamiento de tumores tiroideos diferenciados con radioterapia externa o iodo radioactivo, como posibles agentes etiológicos de la dediferenciación. Franco Casique menciona un dato de gran interés observa-

do en una paciente que había sido diagnosticada anteriormente con carcinoma papilar, y que posteriormente desarrolló un carcinoma anaplásico, los núcleos de este último tenían aspecto de "vidrio esmerilado", lo que sugiere aparentemente que el carcinoma anaplásico ocurrió por transformación del carcinoma papilar, hecho que ha sido informado previamente por diversos autores. (3-4-5-21-22-23-25-27-30)

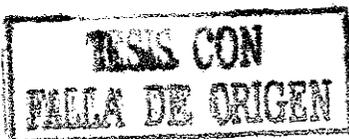
CONCLUSIONES

Este estudio que consiste en una revisión retrospectiva con fines estadísticos, tiene por objeto establecer un punto de partida u obtener un elemento más para realizar estudios posteriores sobre la patología de tiroides, y de esa manera poder captar una imagen integral de que es lo que se está haciendo en nuestro hospital para el paciente con enfermedad tiroidea.

La mayoría de los resultados son semejantes a los referidos en otros estudios del país y el extranjero, lo que indica que nuestro estudio es una muestra muy representativa de la patología de tiroides que se presenta en nuestro medio.

El bocio nodular asintomático, se estima que ocurre en el 4 a 7% de la población, la presentación clínica es a menudo un nódulo solitario. La incidencia de cáncer de tiroides es baja, comprende solamente 0.5 a 1% de todos los procesos malignos, se ha intentado identificar a todos aquellos con sospecha de malignidad, para iniciar una terapia adecuada y sin retraso. Para tal efecto se debe perfeccionar el proceso de selección utilizando métodos confiables como es la "biopsia por punción" (1-31)

Los distintos estudios de diagnóstico preoperatorio son inseguros para la evaluación maligna así por ejemplo la presencia de anticuerpos antitiroideos, sugieren tiroiditis sin embargo esto no excluye la presencia o la coexistencia de un proceso maligno, con la excepción de la calcitonina sérica elevada en el carcinoma medular, no hay marcadores específicos de malignidad tiroidea.



Las técnicas de ultrasonografía pueden identificar lesiones quísticas, de las cuales un pequeño porcentaje (menos del 2%) son malignos. Es menos útil con nódulos sólidos donde la degeneración quística puede haber ocurrido.

PAPEL DE LA BIOPSIA POR PUNCION

La biopsia por punción con aguja de Vin-Silverman, técnica que fué introducida hace 30 años mas o menos para detectar la presencia de tiroiditis. En años recientes se ha informado de su eficacia en la evaluación de nódulos de tiroides hipofuncionantes, estas han sido muy utilizadas en Suecia y recientemente se utilizan con entusiasmo en los Estados Unidos de Norteamérica y Canada.

PRECAUCIONES EN LA BIOPSIA POR PUNCION

Existen limitaciones en la técnica y en la interpretación del procedimiento, se requiere mucha experiencia y práctica.

Los nódulos intratorácicos ó los de cara posterior de la glándula tiroides probablemente no deberían ser biopsiados con la aguja, por el peligro de hemorragia que no facilmente se puede controlar.

El carcinoma papilar oculto puede no ser detectado por este método.

No se ha intentado hacer el diagnóstico diferencial entre adenoma folicular y carcinoma folicular. Todos ellos fueron llevados a resección quirúrgica.

Cuando el espécimen es muy pequeño los cambios histológicos requeridos para el diagnóstico de malignidad no son generalmente demostrados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se recomienda la excisión de los tumores con células de Hurthle por que su apariencia citológica no parece indicar su naturaleza maligna. (13-31)

La diferencia histológica entre tiroiditis de Hashimoto y linfoma de glandula tiroides, suele ser difícil de interpretar en biopsia por punción. En estos casos el diagnóstico puede depender más sobre datos clínicos y de laboratorio.

VENTAJAS EN LA BIOPSIA POR PUNCION

La técnica de biopsia por punción ha sido bien descrita por Wang. El método posee muchas ventajas:

- 1.- Provee de un buen corte de tejido para identificar la lesión.
- 2.- Se ejecuta bajo anestesia local.
- 3.- Es fácil de realizar.
- 4.- Provee de tejido adecuado para diagnóstico sobre el 90% de los casos.
- 5.- No existe peligro de daño traqueal, daño del nervio laríngeo recurrente o de hemorragia.
- 6.- La más grande objeción de este procedimiento, sin embargo es la posibilidad de implantar el tumor en casos de carcinoma. De varios miles de biopsias solamente 3 casos de implantes carcinomatosos han sido informados.

La interpretación histopatológica definitiva de nódulos solitarios tiroideos en cortes por congelación han aumentado en los recientes años de 66 a 80%. Si el diagnóstico correcto es hecho de antemano con el método de biopsia por punción el planear una operación es más fácil y no depende sobre el menos exacto y a menudo técnica acelerada de los análisis por



congelación. El aumento de la tasa de complicaciones asociadas a reoperaciones, pueden ser evitadas.

Uno de los resultados de la biopsia con aguja, de nódulos tiroideos hipofuncionantes, ha sido el disminuir el número de tiroidectomías, ya que eleva la tasa de carcinomas en las glándulas resecaadas. Esto es muy importante desde que, la presencia de nódulos hipofuncionantes, son la más frecuente indicación para tiroidectomía hoy en día.

En 1978, en la Clínica Cleveland, solamente 24 tiroidectomías fueron realizadas. De estos, 11 casos (46%) fueron por carcinomas. En este año se realizaron 132 biopsias por aguja, de este modo se evitaron operaciones en el 82% de los pacientes.

Las consecuencias socioeconómicas de éste procedimiento, son también elocuentes. En 1981, en el Maine Medical Center, el costo promedio por cinco días de hospitalización -- fue de \$ 2 300, en cambio, el costo por paciente para biopsia por medio de aguja, fue de \$ 135.

La biopsia por punción provee información directa acerca del nódulo tiroideo, la que de otra manera, sólo se obtendría con cirugía. La técnica es segura y menos dolorosa y, da un alto grado de seguridad diagnóstica, para proporcionar al paciente, un tratamiento adecuado.

Con estas ventajas, recomendamos que en nuestro hospital, se utilice éste método con mayor frecuencia, resultado que traerá beneficios muy grandes para el enfermo y la Institución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

- 1.- Arthur E. Schwartz; Herbert E. Nieburgs; Terry F. Davies.
The place of fine needle biopsy in the diagnosis of nodules of the thyroid.
Surgery, Gynecology & Obstetrics. July 1982. Vol. 155.
- 2.- Boris Elsner y cols.
Carcinoma oculto de tiroides
Patologia Vol. 18 N° 1, 1980.
- 3.- Baker H. W.
Anaplastic thyroid carcinoma twelve years after radioiodine therapy
Cancer. 23: 885. 1969.
- 4.- Crile G. & Wilson D. H.
Transformation of a low grade papillary carcinoma of the thyroid an anaplastic carcinoma after treatment with radioiodine
Surg. Gynecol. & Obst., 108:357.1959
- 5.- Crile G.
The endocrine dependency of certain thyroid cancer and the danger that hipothyroidism may stimulate their growth
Cancer, 10: 1119. 1957.
- 6.- Cuello. C.; Correa P. & Eisenberg H.
Geografic pathology of thyroid carcinoma
Cancer, 23: 230. 1969.
- 7.- Figg D. Bratt H. Van Vliet P. & Dean R.
Thyroid cancer: diagnosis and management based on a review of 142 cases
Am. J. Surg. 135: 671. 1978.
- 8.- Fraenhoffer C.M. Patchefsky A.S. & Cobanoglu A.
Thyroid carcinoma. A clinical and pathologic study of 125 cases
Cancer 43: 2414, 1979.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 9.- G. Garcia Tsao y cols.
Grupo de estudio de cancer de tiroides en Mexico
Rev. Invest. Clin. (Mex) 35: 3-14, 1983.
- 10.- Gerald A. Feigin, et al.
Hodgkin's disease manifested as a thyroid nodule
Human Pathology. Volumen 13. Nº 8. August 1982.
- 11.- Harold T. Pretorius, et al.
Thyroid nodules after high-dose external radiotherapy
Jama. June 18. 1982- Vol 247, Nº 23
- 12.- John C. Stevenson, et al.
Sipple syndrome: marked variability of the disease
within a family and implications for management.
Postgraduate Medical Journal. (Feb. 1981) 57:104-108.
- 13.- Lennart Bondeson; Anne-greth Bondeson; Otto Ljungberg
Oxyphil tumors of the thyroid
Ann. December 1982 Vol. 194 Nº 6.
- 14.- Linda Y. Chak. Richard F. Hoppe. Jerome S. Burke and
Henry S. Kaplan
Non-hodgkin's lymphoma presenting as thyroid enlargement
Cancer 48: 2712-2716, 1981.
- 15.- Mazzaferrri E. Young R. Oertel J. Kemmerer W. & Page C.
Papillary thyroid carcinoma: The impact of therapy in
576 patients.
Medicine, 56(3): 171. 1977.
- 16.- May Hammer. Jacobo Wortsman. Roland Folse.
Cancer in cystic lesions of the thyroid
Arch Surg. Vol 117 Aug. 1982.
- 17.- Mark W. Johnson, et al.
Follicular carcinoma of the thyroid metastatic to the
kidney 37 years after resection of the primary tumor
The Journal of Urology. Vol.127. January.
- 18.- Manfred Blum. Daniel F. Roses. Noel Cohen.
Thyroglossal duct carcinoma
Jama Aug. 27 1982. Vol 248 Nº 8.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- 19.- Moses Nussbaum. et al.
Anaplastic carcinoma arising from median ectopic
thyroid (Thyroglossal duct remnant)
Cancer 48:2724-2728, 1981.
- 20.- Perinetti H. y cols.
Cáncer tiroideo en Mendoza Argentina
Bolet. of Sanit. Panam. 81(6):523.1976.
- 21.- Russell W.O.; Ibáñez M.L.; Clark R.L. & White, E.C.
Thyroid carcinoma. Classification, intraglandular dissemin-
ation and clinicopathological study based upon whole or--
gan sections of 80 glands
Cancer, 16:1425.1963.
- 22.- Smith L.W.
Certain so-called sarcomas of the thyroid
Arch. Pathol., 10:524.1930.
- 23.- Sloan L.W.
Of origin, characteristics and behavior of the thyroid
carcinoma
J. Clin. Endocrinol. Metab., 14:1309.1954.
- 24.- Samuels A. Wells. et al.
The importance of early diagnosis in patients with heredi-
tary medullary thyroid carcinoma
Ann Surg. May 1982 Vol. 195. N° 5.
- 25.- Thomas C.G. & Buckwalter J.A.
Poorly differentiated neoplasms of the thyroid gland
Ann Surg. 177: 623, 1973.
- 26.- Thompson N.; Ushiyama, & Harness.
Thyroid carcinoma. Current controversies
Curr. Probl. Surg., 15(11): 7.1978.
- 27.- Tollefsen H.R.; De cosse, J.J. & Hutter R.V.P.
Papillary carcinoma of the thyroid. A clinical and patho-
logical study of 70 fatal cases
Cancer, 17:1035.1964.
- 28.- Thomas M. Ulbright. et al.
C-cell Hyperplasia developing in residual thyroid follo-
wing resection for sporadic medullary carcinoma
Cancer 48:2076-2079,1981.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 29.- Werner Rosenau, Martha Hales, M. Okerlund & M. Galante
Carcinoma of the thyroid with a mixed medullary and
follicular pattern
Cancer 50:1352-1359, 1982.
- 30.- Wychulis A.R.; Behrs O.H. & Woolner L.B.
Papillary carcinoma with associated anaplastic carcinoma
in the thyroid gland,
Surg. Gynecol & Obstet., 120:28, 1965.
- 31.- Walter B. Goldfarb.
Needle biopsy in the assessment and management of hypo-
functioning thyroid nodules
The American Journal of Surgery Vol. 143, April 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA