

11226  
201  
80

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ENFERMEDADES TIROIDEAS EN POBLACION  
DERECHOHABIENTE DE LA CHGZ # 1 DEL  
IMSS EN CIUDAD OBREGON, SONORA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

ANTONIO GUTIERREZ SUAREZ

CD. OBREGON, SONORA. DICIEMBRE 1983

FALLA DE ORIGEN



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 N D I C E

CAPITULO :	PAGINA :
1.- RESUMEN	1
2.- OBJETIVO	2
3.- INTRODUCCION	2
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
5.- MATERIAL Y METODOS	12
6.- RESULTADOS	13
7.- DISCUSION Y COMENTARIOS	26
8.- CONCLUSIONES	28
9.- RECOMENDACIONES	30
10.- BIBLIOGRAFIA	31

## RESUMEN

En estudio retrospectivo llevado a cabo en la --- CHGZ # 1 del IMSS de Cd. Obregón, Son., sobre enfermedades tiroideas, se investigó la frecuencia de estas -- en población derechohabiente con adscripción a esta -- unidad durante 1982. Se encontró que los padecimientos tiroideos ocupan uno de los primeros lugares de morbilidad en la consulta externa del servicio de Medicina-Interna, siendo el bocio tóxico difuso la causa más -- frecuente de consulta por estos padecimientos. Los padecimientos tiroideos se presentan con una relación -- promedio de 10.2 mujeres por 1 hombre. El grupo de --- edad en que se presentan más frecuentemente los padeci- mientos tiroideos en general, es entre los 30 y 39 --- años de edad. El recurso auxiliar para el diagnóstico- de estos padecimientos lo representó el perfil tiroi-- deo, prueba cuantitativa que mide la función tiroidea- por la determinación de T3 y T4 básicamente. Se conclu- ye también que en nuestra unidad, los recursos terapéu- ticos no son empleados de manera uniforme, debido a -- que cada médico tratante aplica su experiencia perso-- nal para el manejo de cada caso en particular. Por úl- timo, se hace la observación de que los datos estadís- ticos en nuestra unidad no son obtenidos en forma sa- tisfactoria, lo que hace difícil la realización de es- tudios de este tipo.

## O B J E T I V O .

El presente trabajo tiene por objeto analizar la frecuencia de padecimientos tiroideos en población de rechobiente atendida por el servicio de Medicina Interna de la C.H.G.Z. No. 1 del I.M.S.S. de Ciudad Oregón, Sonora, a través de la consulta externa; considerándolos por grupos de edad y sexo, lugares de procedencia, número de consultas por paciente, sintomatología más frecuentemente observada y métodos diagnósticos auxiliares y esquemas de tratamiento más utilizados.

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

### HISTORIA.-

Desde el año de 1646 en que Warton dio nombre a la glándula tiroides por su forma de escudo (thyreos-escudo), han sido descritos los padecimientos tiroideos por diversos autores, quienes gracias a sus investigaciones tanto clínicas como de investigación, pueden ser considerados como los pioneros en el diagnóstico y tratamiento de estos padecimientos, que por su frecuencia, son causas importantes de morbilidad en todo el mundo, tanto en zonas endémicas como en zonas no endémicas. Parry (1786), Graves (1825) y Von Basedow (1840), hicieron descripciones clásicas del hipertiroidismo y del bocio exoftálmico. En 1873, --- Theodor Kocher fue el primero en extirpar la glándula

tiroides para el tratamiento del bocio, habiendo realizado esta operación en más de 2000 ocasiones con sólo un 4.5 % de mortalidad. Esto le valió para que en el año de 1909 le fuera otorgado el premio Nóbél y -- fuera considerado como el padre de la cirugía de tiroides. El primer trasplante de tiroides realizado -- con éxito, se le atribuye a Fayr, quien en 1906 trasplantó una porción de glándula tiroides de una mujer al bazo de su hija mixodemataosa. En 1914 Kendall aisló la hormona tiroidea (1). Y es en la década de los años 40 en que son introducidos a la clínica los medicamentos antitiroides.(2)

#### CONSIDERACIONES EMBRIOLÓGICAS, ANATÓMICAS, HISTOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS DE LA GLÁNDULA TIROIDES.-

La glándula tiroides deriva embriológicamente -- del epitelio faríngeo, con algunas contribuciones de las bolsas faríngeas laterales. El descenso embriológico del tiroides a su situación normal da lugar al -- conducto tirogloso. Esto condiciona que ocasionalmente persistan restos de tejido tiroideo a lo largo de este trayecto, p. ej: "tiroides lingual", nódulos, -- quistes tiroglosos, o bien, un lóbulo piramidal contiguo al istmo, que es más evidente en casos de bocio.-

La glándula tiroides fetal adquiere su capacidad para captar y organificar yodo, alrededor de la 10a -- semana de gestación, y la T3 y TSH, son detectables -- en la circulación fetal a partir de esta etapa. Sólo una pequeña porción de T3, T4 y TSH maternas cruzan -- la barrera placentaria. Por otra parte se ha aislado de la placenta una sustancia tirotrópica denominada-

tiotropina coriónica humana (TCH), cuyo papel se desconoce, tanto en la fisiología materna como en la fetal.(3)

La glándula tiroides es una glándula endócrina, impar y simétrica, situada en la parte anterior del conducto laringotraqueal. Formada por dos lóbulos (derecho e izquierdo) unidos por un istmo. Se encuentra irrigada por la tiroidea superior, rama de la carótida externa y por la tiroidea inferior, rama de la subclavia. Las venas nacen del parénquima y forman dos plexos que dan origen a las venas tiroideas superiores y las venas tiroideas inferiores, cada una con sus respectivas comunicantes y que desembocan a las venas yugulares o al tronco braquiocéfálico correspondiente.

Se encuentra inervada por ramas del plexo faríngeo, del hipogloso mayor, del neumogástrico (vago) y del simpático cervical; además de la red vegetativa perivascular que llega a la glándula con los vasos sanguíneos. Estos la proveen de inervación simpática (excitosecretora) y parasimpática (inhibidora).(4)

La glándula se divide en pseudolóbulos por tabiques fibrosos, y aquellos a su vez, están constituidos por vesículas denominadas "folículos o acinis", rodeados por una red capilar. Las paredes foliiculares están formadas por epitelio cuboideo. En la luz de los folículos se encuentra un material proteico denominado "coloide" que contiene la tiroglobulina característica del tiroides y en cuya secuencia peptídica se almacena la T3 y la T4.

La función de la glándula tiroides es secretar tiroxina (T4) y triyodotironina (T3), hormonas biológicamente activas que son sintetizadas a partir de cantidades adecuadas de Yodo ingerido con el agua o los alimentos. Se estima que los ingresos de Yodo en un adulto normal son de 200 a 1 000 mcg diarios, aproximadamente, suficientes para mantener concentraciones plasmáticas de yoduro en  $0.5 \text{ mcg} \times 100 \text{ ml}$ . La enzima encargada de la oxidación y de la unión del Yodo es la peroxidasa tiroides. La T3 es más activa que la T4 y puede ser formada a partir de la condensación de monoyodotironina con diyodotironina dentro de la glándula, así como en forma inversa por desyodinación de la T4 en tejidos periféricos.

La función de las hormonas tiroideas es mantener el metabolismo de los tejidos a un nivel óptimo para sus funciones normales. La hormona tiroidea estimula el consumo de O2 de la mayoría de las células del organismo, ayuda a regular el metabolismo de los lípidos y de los carbohidratos y es necesaria para el crecimiento y la maduración normales. La glándula tiroides no es esencial para la vida, pero su ausencia o su hiperfuncionamiento producen serios trastornos en el organismo, que van desde la deficiencia mental, hasta el desgaste corporal, respectivamente. La función tiroidea está controlada por la hormona estimulante del tiroides (TSH) de la hipófisis anterior y a su vez, la secreción de esta, está regulada por el hipotálamo. La glándula tiroides también secreta calcitonina, hormona que hace descender el calcio. (3)(5)

## CONSIDERACIONES CLINICAS, DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS DE LOS PADECIMIENTOS TIROIDEOS.-

De acuerdo a la clasificación actual de los padecimientos tiroideos, estos pueden cursar con hiper, - hipo o funcionamiento normal de la glándula (hipertiroidismo, hipotiroidismo o eutiroidismo, respectivamente). Así mismo, pueden existir cambios morfológicos de la glándula dados principalmente por crecimiento (bocio), que puede ser difuso o nodular (con nódulo único o multinodular). Los estados de hipertiroidismo pueden deberse a diversas causas. El hipotiroidismo puede ser primario (de origen tiroideo), o secundario (por causas hipofisarias o hipotalámicas).- Las manifestaciones clínicas dependen principalmente de si existe hiper o hipofuncionamiento glandular.(6)

A continuación se describen por separado algunas consideraciones clínicas de los padecimientos tiroideos de los padecimientos más significativos.

### HIPERTIROIDISMO.-

Síndrome originado por una producción excesiva de hormonas tiroideas que puede deberse a diversas causas. En Estados Unidos de Norteamérica, la causa más frecuente es el bocio tóxico difuso (70-90%), seguido en frecuencia por el bocio tóxico nodular, que puede ser uni o multinodular; y causas menos frecuentes, como son: Enfermedad de Jod Basedow, producción autónoma de TSH por tumores hipofisarios, estrova ovárico tóxico, tirotoxicosis facticia, carcinoma tiroideo metastásico funcional, tiroiditis aguda o crónica y tumores productores de una sustancia estimau-

lante del tiroideo y tirotropina, inducidos debido a la resistencia selectiva de la hipófisis a la hormona tiroidea. (7)(8)

En general el diagnóstico se hace por la presencia de manifestaciones clínicas y la demostración de T<sub>3</sub> y T<sub>4</sub> elevadas en el suero. Entre las manifestaciones clínicas predominan las de origen cardiovascular, tales como: Taquicardia, palpitaciones, disnea, etc.- Series reportadas por distintos autores mencionan: -- Nerviosismo y excitabilidad en el 70 %, palpitaciones en el 55 %, intolerancia al calor en 40 % y pérdida de peso en el 25 %. (9)

#### HIPOTIROIDISMO.-

Es un padecimiento debido a la falta de hormona tiroidea. Como se menciona anteriormente puede ser -- primario o secundario. El primario es el más frecuente y este a su vez puede ser congénito o adquirido. -- Las causas congénitas incluyen: Ageneia tiroidea, tejido tiroideo ectópico hipofuncionante, defectos en la hormonogénesis y tiroides insensible a la TSH. Los defectos enzimáticos congénitos para la hormonogénesis, pueden ser parciales o completos. En EUA la causa más común de hipotiroidismo primario adquirido es la tiroiditis de Hashimoto o tiroiditis linfocítica crónica; otras causas son: exceso de Yodo, deficiencia de Yodo, drogas antitiroideas, terapia con Litio, tiroidectomía parcial o total, terapia con I<sup>131</sup> indicada por bocio tóxico difuso, bocio tóxico nodular o bocio coloide; y más raramente, radiaciones externas-

al cuello, enfermedad granulomatosa y carcinoma primario o metastásico. El hipotiroidismo secundario puede ser debido a disfunción hipofisaria idiopática o secundaria a necrosis, tumores hipofisarios y/o traumatismo quirúrgico que afecten el eje hipotálamo-hipófisis. El diagnóstico diferencial entre tircidismo primario y secundario se hace por determinación sérica - de TSH, elevada en el primario y baja o normal en el secundario. Las manifestaciones clínicas a menudo son de inicio insidioso e incluyen principalmente: debilidad, fatiga, letargo, pérdida de la memoria, intolerancia al frío y aumento de peso. Manifestaciones cardiorrespiratorias como: Disnea, palpitaciones y dolor precordial. Manifestaciones cutáneas que incluyen: -- Piel áspera y seca, edema de manos, cara y órbitas, alopecia del tercio lateral de cejas y a veces del -- cuero cabelludo; hipohidrosis, edema de garganta que puede comprometer el 8o par craneal y producir disfonía. Los trastornos del tracto gastrointestinal son: Distensión abdominal, flatulencia y constipación. Manifestaciones neuropsiquiátricas, que van desde ataxia cerebelosa hasta demencia y coma. La anemia es común. Los signos y síntomas generalmente datan de meses o años de evolución y los pacientes pueden acudir a consulta con manifestaciones que pueden hacer sospechar un padecimiento sistémico, predominantemente del aparato cardiovascular.

#### BOCIO TOXICO DIFUSO.-

En Estados Unidos es la causa más común de hiper

tiroidismo (70-90%). La proporción por sexos es de 4-8 mujeres por 1 varón y la edad de presentación más común en la 3a a 5a década de la vida. Se desconoce la causa exacta de la enfermedad, pero se supone la presencia de una proteína que al igual que la TSH estimula la liberación de T<sub>3</sub> y T<sub>4</sub>, eleva la captación del I<sup>131</sup> por el tiroides, estimula diversos aspectos del metabolismo intermedio de la tiroides, aumenta la actividad de la adenilciclase tiroidea y es capaz de producir hiperplasia de la glándula. A esta sustancia se le conoce como "estimulador tiroideo de acción prolongada" (IATS) y se ha aislado del suero de la mitad de los pacientes con enfermedad de Graves y en algunos parientes eutiroideos de pacientes con la enfermedad. Esta proteína es una IgG y puede ser sintetizada por los linfocitos de pacientes con la enfermedad. Se supone que IATS es un anticuerpo contra algunos componentes citológicos de la glándula tiroi---des; de ser así, la enfermedad debería ser enmarcada entre los padecimientos autoinmunes.

El bocio tóxico difuso se diferencia del nodular por varias razones: El segundo es menos común, aparece entre los 40 y 65 años de edad y raramente se asocia a oftalmopatía. El bocio tóxico nodular generalmente proviene de un bocio nodular no tóxico. Sólomente el 13% de pacientes con bocio nodular presentan manifestaciones de hipertiroidismo. La incidencia de adenomas tóxicos en pacientes con bocio tóxico nodular es alrededor del 4%.

### TIROCIDITIS.-

Puede ser aguda, supurativa y no supurativa. La primera puede ser causada por Estreptococo beta hemolítico, Estafilococo dorado o por Neumococo. Secundaria a bacteriemia o por infección contigua. A la no supurativa se le designa también como tiroiditis subaguda de Quervain o granulomatosa de células gigantes y se le atribuye a virus del grupo Coxsackie. Ambas son formas raras de tiroiditis. El curso de estos padecimientos va de uno a tres meses.

La tiroiditis crónica puede tener dos formas primarias: Crónica linfocítica (de Hashimoto) y crónica fibrosa (enfermedad de Riedel). La primera se presenta en el 87 % de los casos y predomina en mujeres de 4-9 a 1 sobre los varones. El 90 % de los pacientes tienen anticuerpos antitiroglobulina detectables por técnicas de aglutinación por glóbulos rojos tanizados y anticuerpos anticromosómicos detectados por técnicas de inmunofluorescencia o fijación del complemento. Es la forma más común de bocio esporádico en niños. El bocio es una característica sobresaliente de la enfermedad, es global pero puede no ser simétrica y es de consistencia ahulada. Generalmente evoluciona al hipotiroidismo por reemplazo del parénquima normal por linfocitos o tejido fibroso. (3) (9)

Los métodos auxiliares de diagnóstico utilizados actualmente en los padecimientos tiroideos incluyen: las pruebas de función tiroidea, mediante las cuales se miden las concentraciones séricas de hormonas ti-

roideas por técnicas de radioinmunoensayo. Medición-  
de TSH, anticuerpos antitiroideos y métodos radioló-  
gicos como: Gammagrama de tiroides y sonografía o --  
ecografía que puede ser utilizada para diferenciar -  
un nódulo sólido de un quiste, sin ser posible deter-  
minar, mediante este método si un nódulo sólido es -  
benigno o maligno, lo que hace necesario la cirugía-  
y diagnóstico histopatológico.(6)(10)(11)

Distintas formas de tratamiento han sido ensaya-  
das según el criterio de cada terapeuta en particu-  
lar. De esta forma, gran cantidad de padecimientos -  
son tratados quirúrgicamente mediante cirugía par---  
cial o total y tratamiento sustitutivo hormonal pos-  
terior hasta conseguir el eutiroidismo. Otros auto--  
res prefieren utilizar técnicas más conservadoras me-  
diante el empleo terapéutico o ablativo de I131, o -  
simplemente tratamiento médico antitiroideo. Para --  
los estados de hipotiroidismo, todos parecen coinci-  
dir en dar tratamiento sustitutivo hormonal por razo-  
nes obvias. Sin embargo, las experiencias obtenidas-  
mediante el empleo de distintos esquemas de trata---  
miento, han establecido pautas terapéuticas para ca-  
da caso en particular según la patología de que se -  
trate. Actualmente la cirugía de tiroides se practi-  
ca principalmente para diagnosticar y combatir las -  
neoplasias.(2)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La morbilidad por padecimientos tiroideos en --- nuestra unidad médica es bastante considerable, sin - contar hasta la fecha con datos estadísticos que permitan elaborar un diagnóstico epidemiológico por este tipo de padecimientos. Por esta razón, se desconoce - qué patología tiroidea ha sido observada más frecuentemente en la población adscrita a esta unidad.

## MATERIAL Y METODOS

De las formas 4-30-6 de la consulta externa del servicio de Medicina Interna del año 1982, se obtuvieron los nombres de los pacientes con diagnóstico de - enfermedad tiroidea en cualquiera de sus variantes, - registrándolos por nombre, número de afiliación al -- IMSS, edad, sexo, lugar de procedencia y diagnóstico anotado en la fecha de la consulta. Se elaboró una fi cha para cada paciente, de tal manera que cada fecha de consulta pudiera ser registrada con su diagnóstico correspondiente. Las fichas de registro fueron ordenadas por lugar de procedencia y por diagnósticos diferentes. Se buscaron los expedientes del 50 % de los - pacientes adscritos a la UMF # 1 de Cd. Obregon, para investigar datos clínicos, métodos diagnósticos y recursos terapéuticos utilizados en cada caso de patolo gía tiroidea. Para ello, se tomó una muestra por azar simple de cada grupo de pacientes de esta adscripción.

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

El total de pacientes con padecimientos tiroideos atendidos durante un año en la consulta externa del -- servicio de medicina interna de la CHGZ # 1 del IMSS, -- en Ciudad Obregón, Sonora, fue de 394. Los lugares de procedencia de los pacientes se detallan en el cuadro No. 1. El mayor número de pacientes correspondió a la adscripción de la UMF de Cd. Obregón y el resto, a distintas localidades del valle del yaquí, con excepción de algunos pacientes canalizados de Huatabampo, Vican, Pótam, Rosario Tesopaco, Alamos y Nogales (todas del estado de Sonora).

La morbilidad por estos padecimientos en ese año (1982) se describe en las figuras 2 y 3, en las que se aprecia la relación entre ambos sexos, pudiéndose apreciar que en algunos casos, la relación va de 18.2 mujeres por un varón, siendo el promedio de 10.2 mujeres por un varón, en general.

El bocio tóxico difuso fue la causa mas frecuente de consulta con un total de 113 pacientes (15 hombres y 98 mujeres), seguido en frecuencia por el hipotiroidismo, cuyas causas más frecuentes se detallan en el cuadro no. 4. El bocio simple ocupó el tercer lugar de frecuencia con un total de 77 pacientes (4 hombres y 73 mujeres.

Algunos pacientes habían sido canalizados de su unidad de adscripción con diagnóstico de patología ti-

roidea, por sintomatología sugestiva. Estos pacientes también fueron considerados entre las nueve causas de consulta, como eutiroides, previo estudio clínico y exámenes de gabinete cuando lo requirieron.

25 pacientes fueron diagnosticados como hipertiroideos, sin especificar la causa. En estos casos el diagnóstico se basó en datos clínicos y pruebas de función tiroidea (FFT) alteradas, pero sin llegar a integrar el síndrome de la enfermedad de Graves Basedow, es decir, sin bocio y/o exoftalmos.

El número de consultas otorgadas durante el año de 1982 para padecimientos tiroideos en general fue de 1 012, con un promedio de 2.5 consultas por paciente (cuadro No. 5).

En las figuras 6 y 7 se representa la frecuencia de padecimientos tiroideos en general y de bocio tóxico difuso, respectivamente, por grupos de edad.

Los síntomas y signos más frecuentemente observados en casos de bocio tóxico difuso, se describen en la figura No. 8.

La frecuencia de utilización de los recursos diagnósticos auxiliares se detalla en la fig. No. 9.

Los esquemas de manejo variaron según el criterio y la experiencia particular de cada terapeuta. Así se pudo observar que algunos prefieren la utilización de drogas antitiroideas y beta bloqueadores únicamente para el manejo del bocio tóxico difuso, en tanto otros

utilizan tratamientos más radicales como la cirugía o el empleo terapéutico o ablativo de I 131, previa disminución de la actividad tiroidea mediante Metimazol y Propranolol. (Fig. No. 10).

El manejo del bocio simple, en la mayoría de los casos se estableció mediante el empleo de hormonas tiroideas (T3 y T4) por vía oral.

Los casos de bocio modular fueron canalizados al servicio de cirugía en su totalidad, previo tratamiento con antitiroideos en casos de tirototoxicosis.

Todos los casos de hipotiroidismo fueron manejados con tratamiento sustitutivo hormonal (T3 y T4).

Las dosis de medicamentos en general variaron según la respuesta de cada paciente.

NOTA.-- Los datos descritos en los cuadros y figuras -- que se anexan fueron obtenidos del archivo clínico de la CHGZ # 1 y UMF # 1 Del IMSS en Cd. - Obregón, Sonora.

Fig. No. 1.- LOCALIDADES DE PROCEDENCIA DE  
PACIENTES CON PADECIMIENTOS TIROIDEOS (1982)

LUGAR DE PROCEDENCIA	NUMERO DE PACIENTES	%
CIUDAD CBREGON	262	66.4
PUEBLO YAQUI	21	5.3
HUATABAMIO	20	5.1
VILLA JUAREZ	13	3.3
CCGORIT	13	3.3
COLONIA MILITAR	12	3.0
PRIMERO DE MAYO	12	3.0
SAN JOSE DE BACUM	11	2.8
QUECHEHUECA	6	1.5
VICAM	5	1.2
POTAM	3	0.8
BACUM	3	0.8
ALTOS DE JECOPACO	3	0.8
ATOTONILCO	2	0.5
JAVIER MINA	2	0.5
ROSARIO TESCOPACO	2	0.5
ALAMOS	1	0.3
MARTE R. GOMEZ	1	0.3
PAREDCNCITO	1	0.3
NOGALES	1	0.3
T O T A L E S	394	100.0

Fig. No. 2.- MORBILIDAD POR SEXOS DURANTE 1982 POR PADE-  
CIMIENTOS TIROIDEOS EN LA CHGZ # 1 DEL IMSS DE CD.  
OREGON, SONORA.

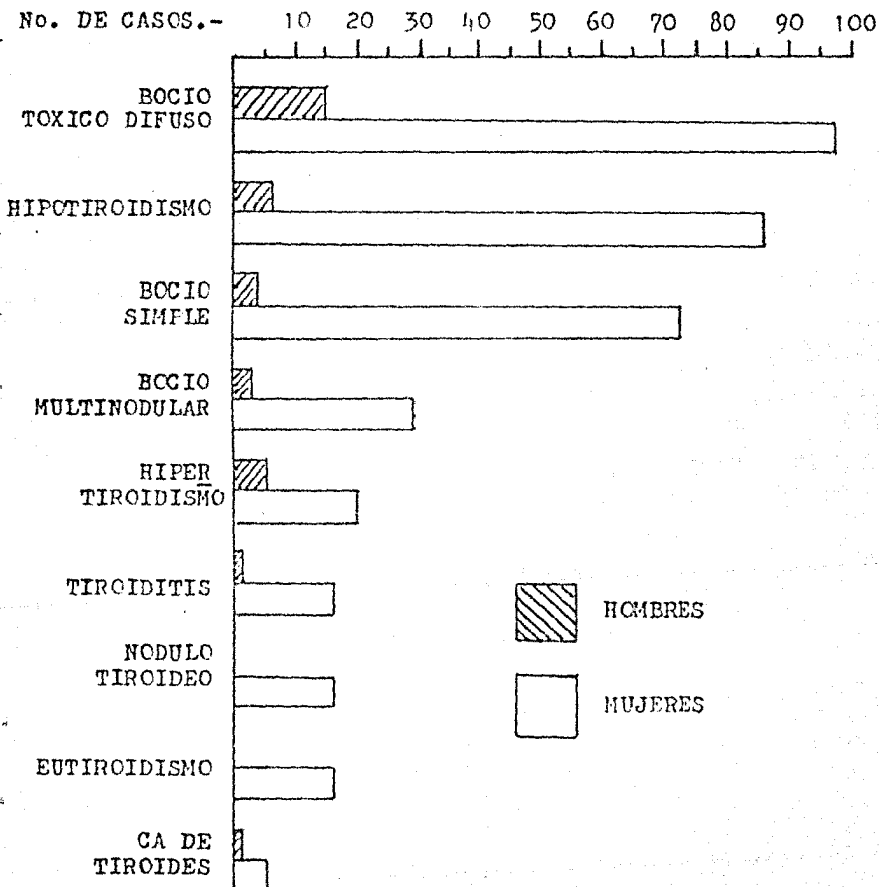
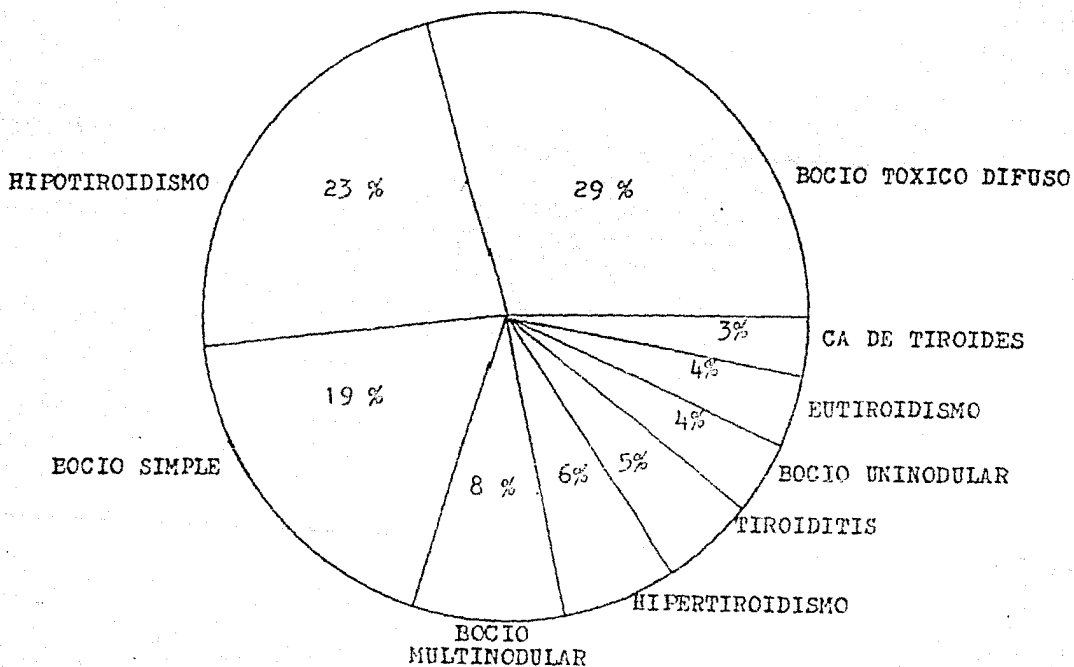


Fig. No. 3.- MORBILIDAD POR PADECIMIENTOS TIROIDEOS DURANTE 1982 EN LA CHGZ # 1 IMSS CD. OBREGON, SON



Cuadro No. 4.- CAUSAS DE HIFOTIROIDISMO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CHGZ # 1 IMSS DE CD.- OREGON, SON., EN 1982.

C A U S A S	No. DE PAC.		%
	H	M	
SIN CAUSA ESPECIF.	5	46	55.5
POSTIRCIDECTOMIA	-	24	26.1
CONGENITO	1	5	6.5
FOR TIRCIDITIS	-	6	6.5
FOR I 131	-	5	5.4
T O T A L E S . -	6	86	100.0

CUADRO No. 5.- CONSULTAS OTORGADAS POR PADECIMIENTOS TIROIDEOS EN LA CHGZ # 1  
IMSS CD. OBREGON, SON., DURANTE 1982

P A D E C I M I E N T O	No. DE PACIENTES		CONSULTAS OTORGADAS	CONSULTAS POR PAC.
	HOMBRES	MUJERES		
BCCIO TOXICO DIFUSO	15	98	373	3.3
HIPCTIROIDISMO	6	86	222	2.4
BCCIO SIMPLE	4	73	176	2.3
BOCIO MULTINODULAR	3	29	76	2.4
HIPERTIROIDISMO	5	20	51	2.0
TIRCIDITIS	1	16	42	2.5
NODULO TIROIDEO	-	16	37	2.3
EUTIROIDISMO	-	16	22	1.4
CA DE TIROIDES	1	5	13	2.1
T O T A L E S	35	359	1 012	2.5

1  
02  
1

Fig. No. 6.- PREVALENCIA DE PADECIMIENTOS TIROIDEOS POR GRUPOS DE EDAD. CHGZ # 1 IMSS CD. OBREGON, SON. 1982.

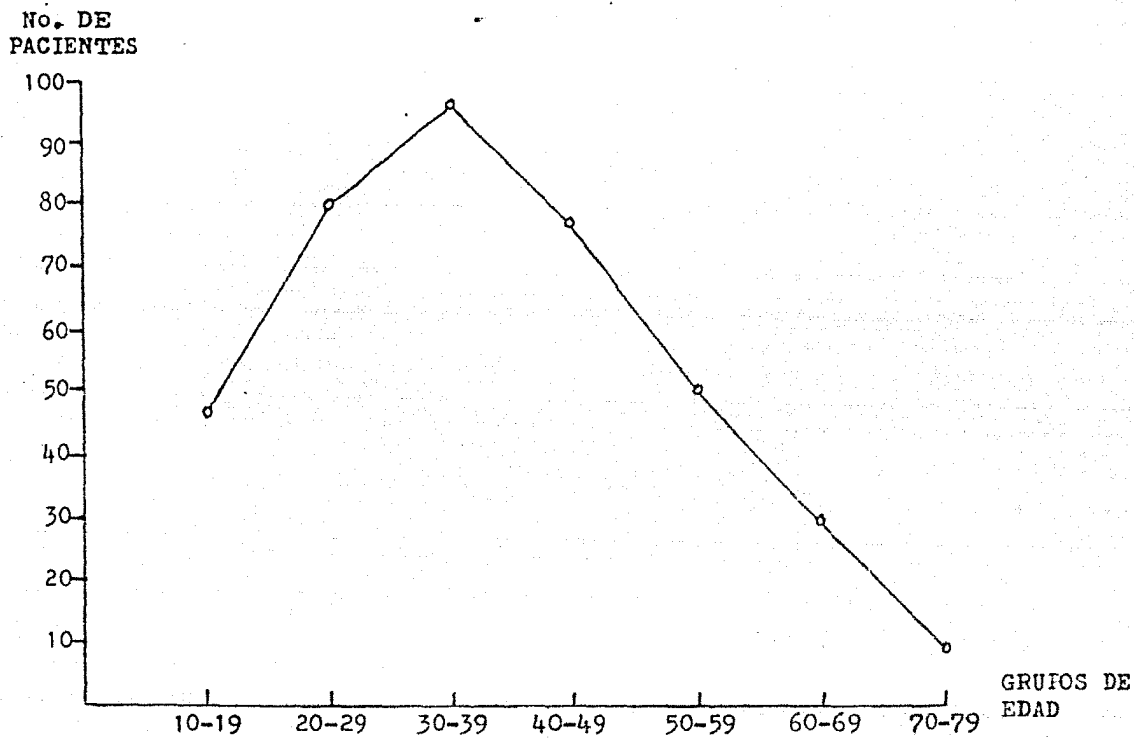


Fig. No. 7.- PREVALENCIA DE BOCIO TOXICO DIFUSO POR GRUPOS DE EDAD. CHGZ # 1 IMSS CD. OBREGON, SON. 1982

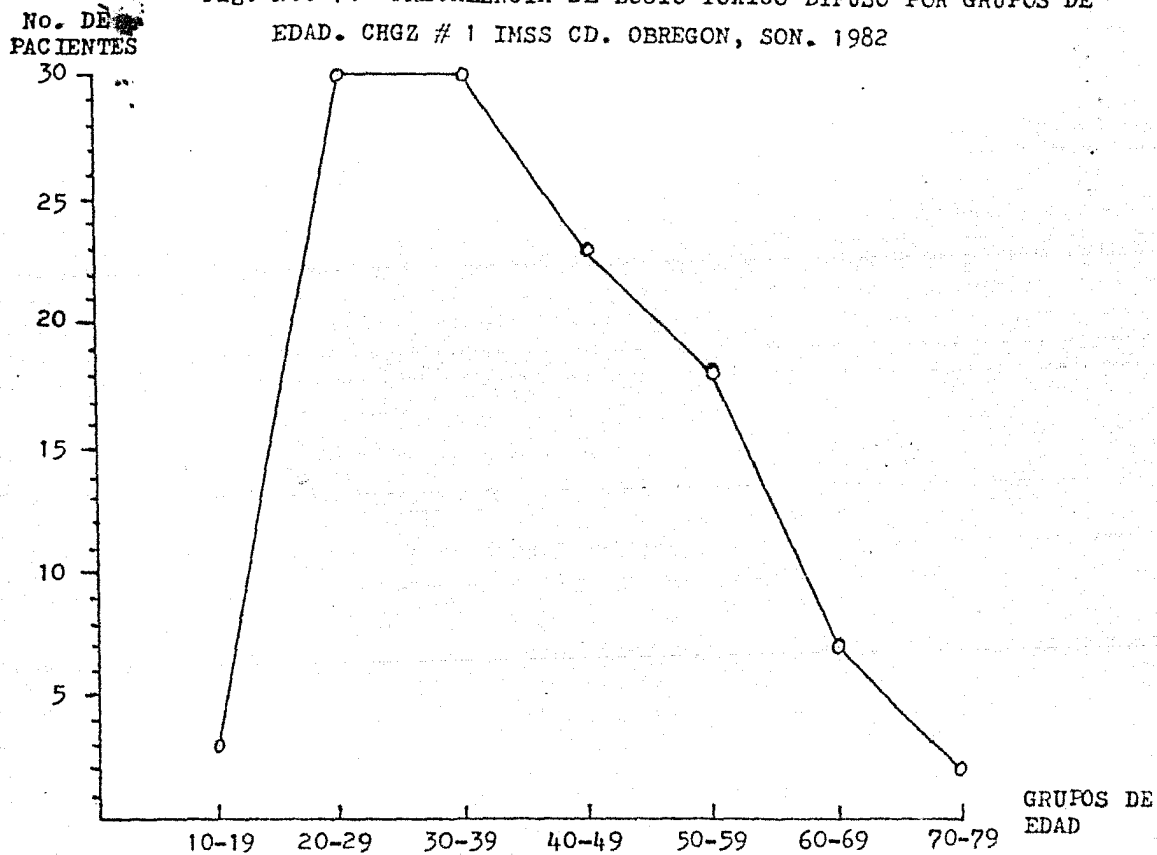
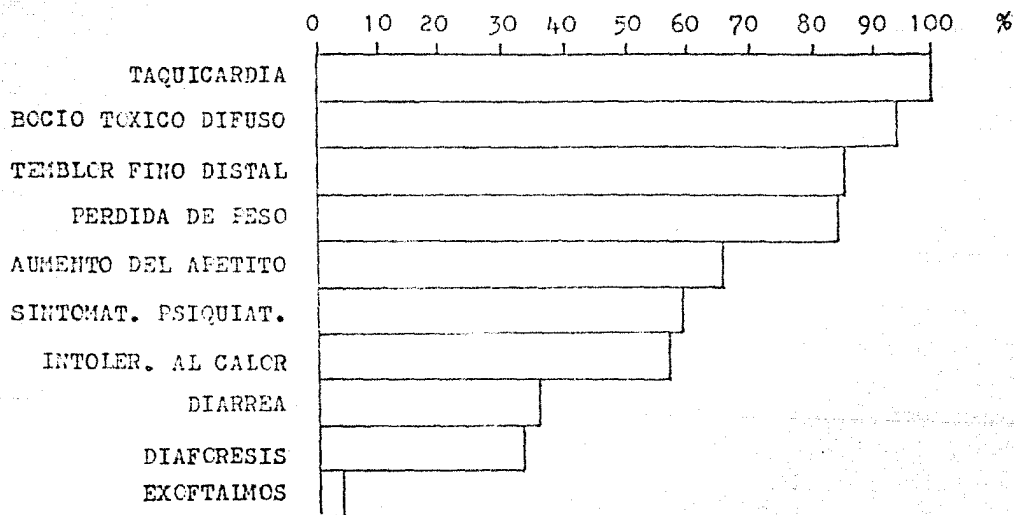


Fig. No. 8.- FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS EN BOCIO TOXICO  
DIFUSO. CHGZ # 1 IMSS CD. OREGON, SON. 1982



**Fig. No. 9.- METODOS DIAGNOSTICOS AUXILIARES PARA PADECIMIENTOS TIROIDEOS. CHGZ # 1 IMSS CD. OREGON, SON. 1982**

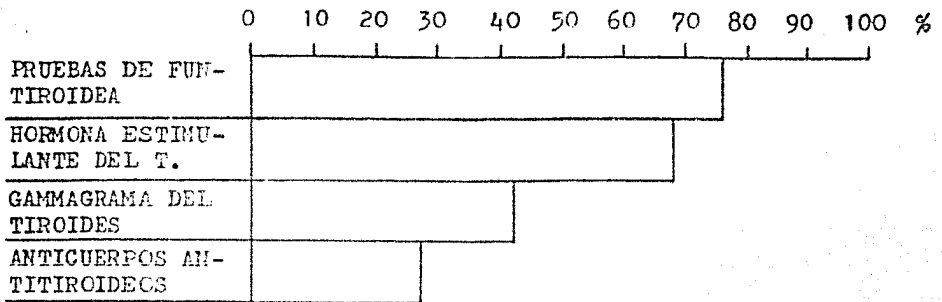


Fig. No. 10.- TRATAMIENTOS MAS UTILIZADOS EN CASOS DE BOCIO TOXICO DIFUSO. CHGZ # 1 IMSS (1982).

TRATAMIENTO	%
TRATAMIENTO ANTITIROIDEO	48
CIRUGIA PARCIAL	22
CIRUGIA TOTAL	16
I 131	14
T O T A L . -	100

## DISCUSION Y COMENTARIOS

La obtención de datos para la obtención del presente estudio, se vio obstaculizada por algunas dificultades encontradas, sobre todo en las formas de registro de pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de Medicina Interna (4-30-6). Por otra parte, muchos de los expedientes que se buscaron en el archivo clínico, no fueron encontrados por hallarse extraviados o en poder de los pacientes.

Sin embargo, a pesar de las dificultades encontradas, se pudieron codificar los datos necesarios para obtener los resultados descritos en el estudio, aunque no en la medida en que fueron planeados al presentar el protocolo para su realización.

Al proyectar la realización del trabajo en forma retrospectiva, no fueron previstos los errores de registro ni los contratiempos que se encontrarían durante la investigación, por lo que debe tenerse en consideración la conveniencia de realizar un estudio similar, pero en forma prospectiva, de manera tal que la muestra sea previamente seleccionada y que los datos deseados a obtener sean investigados en forma dirigida, en presencia del propio paciente.

Se debe aclarar que únicamente fueron consultados los expedientes de pacientes adscritos a la U.M.F. # 1 de Cd. Obregón, Son., habiéndose revisado una muestra de 160 del total que fue de 262 pacientes en esta ad-

cripción, lo que representa una muestra del 60 %.

Como se menciona anteriormente, no fue posible obtener todos los datos proyectados por no haberlos encontrado en la forma deseada en los expedientes clínicos. Sin embargo, se describen los resultados más significativos.

Por último, debe aclararse que no se encontraron en revistas nacionales ni extranjeras, estudios similares al presente, pero sí se obtuvieron algunos datos estadísticos relacionados con los de nuestra investigación y estos se describen en el capítulo de INTRODUCCIÓN. Con ellos, se puede apreciar que algunos patrones son muy similares a los observados en nuestro medio.

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- Los padecimientos tiroideos ocupan uno de los primeros lugares de morbilidad en la consulta externa del servicio de Medicina Interna de la CHGZ # 1 del IMSS en Cd. Obregón, Son.
- 2.- Los padecimientos tiroideos en esta unidad se presentan con más frecuencia en mujeres con una relación de 10.2 mujeres por 1 varón, en promedio.
- 3.- El bocio tóxico difuso es la causa mas frecuente de consulta por padecimientos tiroideos y la relación entre mujeres y hombres para esta patología es de 6.5 a 1.
- 4.- Todos los casos de hipotiroidismo encontrados fueron de origen primario, aun en los que no se mencionó la causa.
- 5.- En nuestra región, la más alta frecuencia de padecimientos tiroideos en general, por grupos de edad es de los 20 a los 39 años.
- 6.- En nuestra región, la más alta frecuencia de bocio tóxico difuso, por grupos de edad, ocurre de los 20 a los 39 años.
- 7.- En nuestro medio, se cuenta con los recursos auxiliares para el diagnóstico de enfermedades tiroideas más elementales e importantes.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 8.- En nuestra unidad, los estudios auxiliares para el diagnóstico de padecimientos tiroideos - (PFH, Gammagrafia, Ultrasonido, Anticuerpos - Antitiroideos y TSH) se efectúan en forma subrogada.
- 9.- En nuestra unidad, no existe un acuerdo general sobre esquemas terapéuticos estándares para cada padecimiento en particular. Estos son empleados en base a la experiencia personal de cada médico tratante.
- 10.- Los casos de bocio nodular, una vez diagnosticados, son enviados al servicio de Cirugía para tratamiento quirúrgico y diagnóstico histopatológico.
- 11.- El tratamiento con I 131 en nuestra unidad, se efectúa en forma subrogada.
- 12.- Las estadísticas en nuestra unidad, son llevadas en forma deficiente, lo que dificulta la realización de estudios retrospectivos de este tipo.

## RECOMENDACIONES

Debido a las dificultades encontradas para la realización del presente estudio, debe considerarse la -- conveniencia de que próximos estudios que se realicen y tengan relación con el presente, se lleven a cabo en forma prospectiva, de manera que los datos deseados a investigar, puedan ser manejados en forma voluntaria, -- con una selección adecuada de la muestra a estudiar, -- ya que se cuenta con los recursos necesarios para lograrlo y considerando además la importancia que representa la morbilidad por padecimientos tiroideos en -- nuestro medio.

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

- 1.- SCHWARTZ, S. PATOLOGIA QUIRURGICA. ED. FMM. 1975
- 2.- SABISTON, D. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA. ED. INTERAMERICANA. 10a ED. 1974
- 3.- HARRISON. MEDICINA INTERNA. ED. FMM. 5a ED. 1979
- 4.- QUIROZ, F. ANATOMIA HUMANA (III). ED. FORRUA. 6a ED. 1970
- 5.- GANONG, W.F. FISILOGIA MEDICA. ED. MI. 8a ED. 1982
- 6.- LISCI, A. CONSIDERACIONES CLINICAS Y TERAPEUTICAS DEL BOCIO. REV. MED. DEL ISS. VOL 4, NO. 19. --- JUL-AGO 1981.
- 7.- GERSHENGURN, M.C. THYROTROPIN INDUCED HYPERTHYROIDISM CAUSED BY SELECTIVE PITUITARY RESISTANCE TO - THYROID HORMONE. J. CLIN. INVEST. 56:633. 1975
- 8.- HAMILTON, C.R. UNUSUAL TYPES OF HYPERTHYROIDISM. - MEDICINE 52:195. 1973
- 9.- SPIVAK, J.L. MANUAL OF CLINICAL PROBLEMS IN INTERNAL MEDICINE. 2a ED. 1978
- 10.- GORMAN, G. ALGUNOS PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO TIROIDEO. CLIN. MED. DE NA. JULIO 1972
- 11.- BALCELLS, A. LA CLINICA Y EL LABORATORIO. 11a ED.- 1978