

PATOLOGIA TIROIDEA: Su Prevalencia en el Hospital Escuela "Gral. José F. de San Martín" de la Provincia de Corrientes

Prof. Dra. Carmen de Los Reyes de Beltrame

Jefa del Servicio de anatomía Patológica del Hospital Escuela.

Dra. Flavia Carol Schmidt

Médica concurrente con régimen de residencia del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Escuela de Corrientes

Dr. Mauricio Omar Cardozo

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia de patología tiroidea maligna y no maligna

Material y métodos: Se revisarán informes de anatomía patológica de pacientes con patología tiroidea del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Escuela de la provincia de Corrientes - Argentina.

Conclusiones: En 5 años, en el Hospital de Corrientes con un total de 232 pacientes que corresponden al 100% de la muestra, hubo mayor prevalencia de patología tiroidea nodular y quística en el sexo femenino: 86,64%.

La presentación más frecuente es la nodular: 79,74%. El diagnóstico más frecuente es el negativo para malignidad: 84,05%.

Palabras Claves: nódulo, bocio, quiste, prevalencia.

Summary

Objectives: To know the prevalence pathology tiroidea malignant and not malignant.

Material and methods: Anatomy information were reviewed pathological of patients with tiroidea pathology of the Hospital School of Corrientes, Argentina.

Conclusions: In one Hospital of Corrientes, in year with total 232 patients, corresponding at 100% of the sample, has prevalence greater of thyroid pathology nodular and cystic is in the feminine sex 84,64%.

Key words: nodule, goiter, cyst, prevalence.

Introducción

La glándula tiroidea (del griego *Thyreos*: escudo y *Leidos*: forma) está situada en la región anterior del cuello por delante del cartílago cricoides y de la parte superior de la tráquea ⁽¹⁾.

Su función es elaborar, almacenar y liberar a la sangre hormonas tiroideas, las cuales intervienen en la regulación del metabolismo basal, y a diferencia de otras glándulas ésta posee un mecanismo altamente desarrollado para almacenamiento extracelular de sus hormonas ⁽²⁾.

Las enfermedades tiroideas se manifiestan por alteraciones cuali o cuantitativas de la secreción hormonal, aumento del tamaño o consistencia del tiroides (bocio) o ambos fenómenos, generalizado o localizado ⁽³⁾. El aumento localizado o nódulo se puede ver y palpar, o solamente palpar. Su presencia es un signo semiológico muy inespecífico ya que puede corresponder a procesos embrionarios, metabólicos, inflamatorios o neoplásicos, pueden ser únicos o múltiples.

Los nódulos solitarios son patologías comunes, se estima un 1,5% en el sexo masculino y un 6,4% en mujeres entre 30 y 59 años, que aumenta con la edad siendo un hallazgo del 50 % en autopsias de personas de 70 a 80 años de edad. El carcinoma de tiroides representa un 4 al 10 % de los nódulos solitarios. ⁽⁴⁻⁹⁾

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es sin dudas el procedimiento que hoy goza de mayor consenso en el mundo, es el más económico y tiene la más alta especificidad con la mejor relación costo – beneficio ⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Por lo antes expuesto surge la idea de investigar la prevalencia de patología tiroidea, y diferenciar los casos positivos para malignidad de los negativos, en Corrientes - Argentina.

Material y Método

Se obtuvo información de las fichas de informes anatomopatológicos del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Escuela, en un periodo de tiempo correspondido entre los años 2000 y 2004 hallando un total de 232 casos.

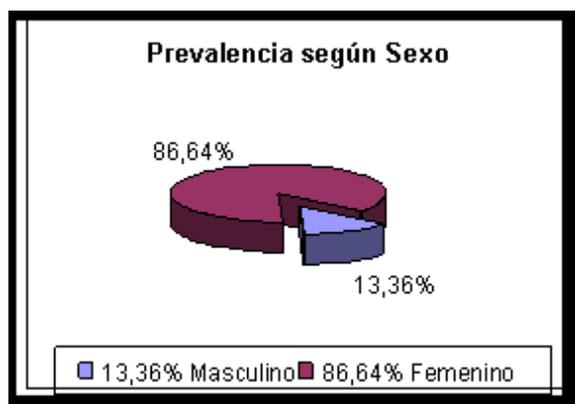
Dicha información se volcó en tablas de la planilla de cálculos Excel, obteniéndose los porcentajes y gráficos ilustrativos. Se incluyen en este trabajo pacientes que fueron estudiados a través de punción aspiración con aguja fina por presentar patología tiroidea difusa o nodular.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, presentación clínica y diagnóstico anatomopatológico, obtenidos del material antes citado. Del total de la muestra (232 pacientes) solamente se halló la edad de 158 pacientes con lo cual se trabajó como variable en estudio y se realizó los cálculos de medidas de tendencia central: media o promedio, mediana y modo, dando lugar al manejo estadístico de valores conocidos a partir de la muestra en cuestión en ambos sexos y se confeccionó un gráfico ilustrativo.

Resultados

La prevalencia de patología tiroidea según sexo sobre un total de 232 pacientes equivalentes al 100% de la muestra fue mayor en el sexo femenino (86,64%) con relación al sexo masculino (13,36%).

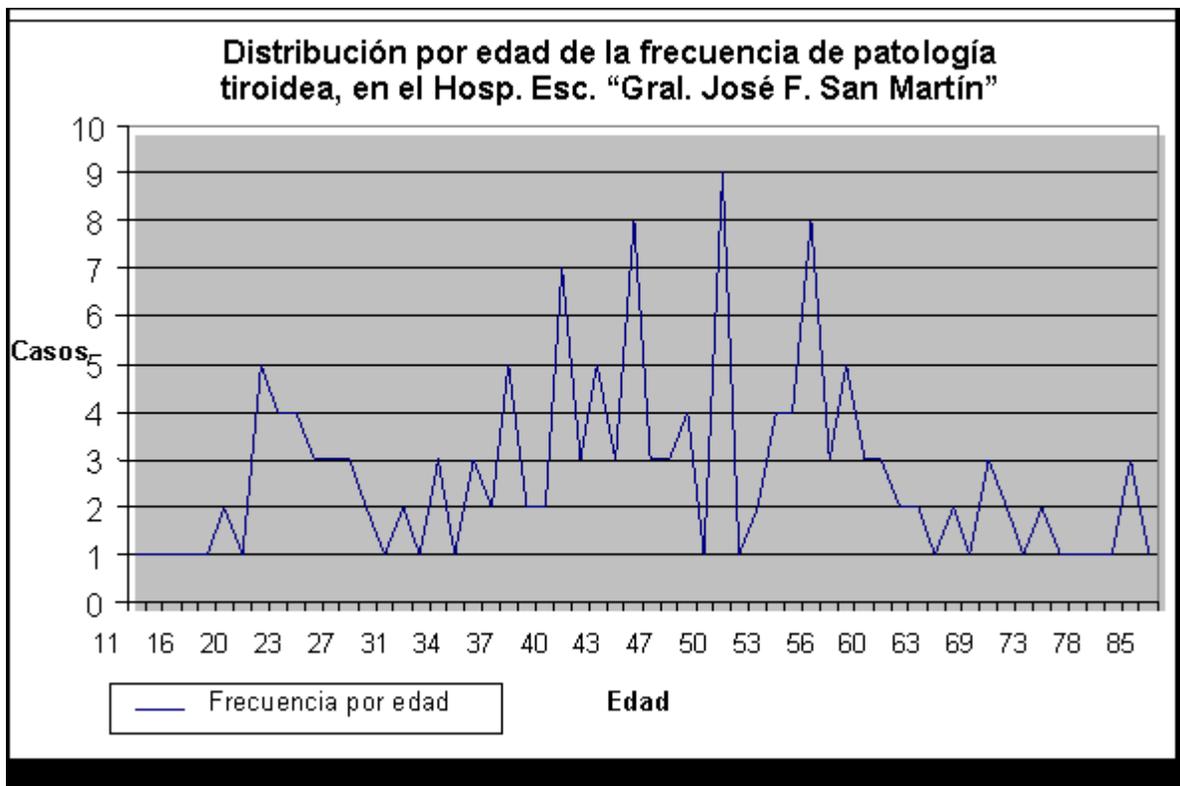
Sexo	Pacientes	Porcentajes
masculino	31	13,36 %
femenino	201	86,64 %
Total	232	100 %



Con respecto a la edad sobre un total de 158 casos se halló:

Tabla de frecuencia por edad			
Edad (años)	Cantidad de casos	Edad (años)	Cantidad de casos
11	1	47	3
12	1	48	4
14	1	49	1
16	1	50	9
17	1	51	1
18	2	52	2
20	1	53	4
21	5	54	4
22	4	55	8
23	4	56	3
25	3	57	5
26	3	59	3
27	3	60	3
28	2	61	2

30	1	62	2
31	2	63	1
32	1	66	2
33	3	68	1
34	1	69	3
35	3	71	2
36	2	72	1
37	5	73	2
38	2	76	1
39	2	77	1
40	7	78	1
41	3	79	1
42	5	80	3
43	3	85	1
44	8		
45			
3			



Mediana $(n+1)/2 = (158+1)/2 = 79,5$ ptes

Mediana 47 años.

El 50 % de los pacientes que presentaron patología tiroidea son menores de 47 años.

Media $\sum (X \cdot f) / n = 7079/158 = 44,8$ años.

La edad promedio que presento patología tiroidea es de 44,8 años.

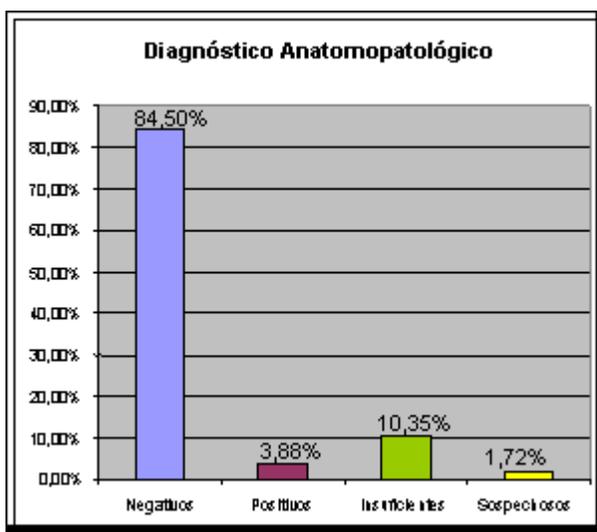
Modo: La observación más frecuente de patología tiroidea corresponde a los 50 años.,

La forma de presentación clínica más frecuente sobre 232 casos correspondiendo esta cifra al 100 % del total, fue la nodular, representando el 79,74 %, mientras que la patología quística representó el 20,26 %. No se encontró ninguna correspondiente a patología difusa.

Presentación	Casos	Porcentajes
Nódular	185	79,74 %
Quística	47	20,26 %
total	232	100 %



Hallazgos Anatomopatológicos	Casos	Porcentajes
Negativos p/malignidad	195	84,5 %
Positivo p/malignidad	9	3,88 %
Insuficientes p/ diagnostico	24	10,35 %
Sospechosos p/malignidad	4	1,72 %
Totales	232	100%



Discusión

Al igual que en las series revisadas, nuestro trabajo coincide con la elevada prevalencia de patología tiroidea en el sexo femenino. (7). (16).

Los nódulos tiroideos son más frecuentes entre los 25 y 55 años de edad; cuando se presentan antes de los 14 o luego de los 65 años, deben siempre considerarse como sospechosos de malignidad. En nuestra investigación se ha encontrado el caso de una niña de 12 años con Carcinoma Medular, además de 4 familiares varones con la misma patología en edades entre 21 y

26 años. Es sabido que en el sexo masculino los nódulos tiroideos son doblemente sospechosos que en la mujer ^(17 - 19).

En la patología tiroidea maligna, hubo predominio del carcinoma medular, lo que difiere con otros estudios en los cuales predominan los de patrón papilar ⁽²⁰⁻²²⁾, creemos que esto se debe que al detectarse el caso de un carcinoma medular de una niña se realizó el muestreo amplio de toda la familia.

La punción aspiración con aguja fina fue el método utilizado, es de fácil metodología, bajo costo, trauma mínimo y permite realizar otros diagnósticos como las tiroiditis y a su vez tiene alta sensibilidad para los diferentes tipos de carcinomas; pero también como tratamiento en el caso de los quistes; las complicaciones son mínimas como dolor o pequeña hemorragia que cede por compresión digital, se desconoce publicaciones sobre implantes de células neoplásicas en otros tegumentos ⁽²³⁾.

Conclusión

Como consecuencia de los datos obtenidos podemos concluir que:

- En el Hospital Escuela de la Provincia de Corrientes la patología tiroidea se presenta con mayor prevalencia en mujeres, a razón de 86,64 % versus 13,36 % en hombres, siendo la edad promedio de presentación los 44 años.
- De 232 casos, 185 correspondieron a patología nodular representando el 79,74 % y 47 casos se presentaron como patología quística lo que significó un 20,26 %.
- Los hallazgos anatomopatológicos de las PAAF realizados fueron:
84,05 % negativos para malignidad, un 3,88 % positivo para malignidad, un 10,35 % represento material insuficiente para diagnóstico y 1,72 % sospechoso para malignidad.

Agradecimientos

- A la Prof. Dra. María Susana Briend, Jefa de Sección de Patología Quirúrgica
- Al Prof. Dr. Osvaldo Walter Roa, Jefe del sector de Citología.
- Al Sr. Federico A. Taborda

BIBLIOGRAFIA

1. Dos Santos Lara JA. Anatomía y Fisiología. Buenos Aires. Argentina. Editorial Troquel S.A. 9ª Ed. 1965; 338
2. Degraot LJ, Niepomniszeze H. Biosynthesis of Thyroid Hormone: Basic and Clinical aspects. Metabolism 1997; 26: 665
3. Wastofsky L. Enfermedades del Tiroides. En: Isselbacher Kurt J, Braunwald E, Wilson JD. Principios de medicina interna Harrison 13ª Ed. Madrid España: Interamericana de España 1994; Vol. 2: 226 - 2234
4. De la Guardia G. Panorámica Diagnóstica y Terapéutica del Cáncer de Tiroides en Camaguey. Revista Cubana de Cirugía. 2001; 40: 263 – 267.
5. Farreras VP, Mazzei SE, Masnatta G. Medicina Interna Glándula Tiroides. España. Ed Marin. Libro. 7ª Ed. Vol. 2. 1975; 2092 – 2097.
6. Carcangiu ML, Zampi G, Rosai V. Papillary thyroid carcinoma: a study of its many morphologic expressions and clinical correlates. Pathol Annu 1985; 20: 1-44.
7. Laura López AE. Conducta ante los Nódulos Tiroides. Tiroides 2000 Revista Virtual Médica Iberoamericana sobre temas tiroideos. Cuba [en línea] 2001 febrero [fecha de acceso marzo 2005]; URL disponible en <http://www.tiroides2000.org/conducta.htm>
8. Wang C, Crapol M. The Epidemiology of Thyroid disease and implication for screening. Endocrinal metabolism. Clin. North Am. 1997; 26: 189 – 218
9. Medina Pérez M, Lazo Taraneza JM. Limitaciones de la punción de la punción aspiración con aguja fina en el diagnóstico del linfoma primario de tiroides. Revista Clínica Española 1998; Vol. 198: 663.
10. De la Rosa y col. Valoración de la punción biopsia con aguja fina y de la biopsia por congelación en el tratamiento del nódulo tiroideo. Rev. Arg. Cirugía 2001; 81: 198-693.
11. Arruma G, Pizni F, Casajús P, Gross F. Punción biopsia espirativa de tiroides bajo control ecográfico. Rev. Arg. Cirug. 1997; 73: 70 – 73.
12. Gharib H. Changing Concepts in the diagnosis and management of Thyroid nodules. Endocrinal Metabolism. Clin. North Am. 1997; 26: 777 – 800
13. Mazzaferri EL. Management of solitary thyroid nodule. N. Engl. Med. 1993; 328: 553-9.
14. Soto Díaz L. Evaluación del bocio nodular. Patología Quirúrgica de la glándula tiroides – UNR editora 2000; 6: 75 – 81.
15. Sudha R, Kini MD. Guides to Clinical Aspiration Biopsy. New York. Tokyo: Igaku-Shoin Medical Publishers, 1987: 1-3
16. Burch HB, Shakir F y col. Diagnosis and Management of the autonomously functioning Thyroid nodules: The Walter Reed Army Medical Center Experience 1978 – 1996. Thyroid 1998; 8: 871 – 881.

17. Ingbar SH. "The Thyroid Gland", and Williams Text Book of Endocrinology, 7^a Ed. Saunders Co. Philadelphia, 1981:628 – 815
18. Singer PA, Cooper DR, Daniels GH y Col. Treatment guidelines for Patients with Nodules and Well – Differently at ed Thyroid Cancer. Arch Int. Med. 1996; 156: 2165 – 2172
19. Farndon J, Leigh G. Familial medullary thyroid carcinoma without associated endocrinoipaties. Br J Surg.1986; 76:278.
20. Braga de Aquino J y Col. Carcinoma diferenciado de tiroides: A Validade de Compleção da tiroidectomia. Revista do colegio Brasileiro de cirurgioes 2001; 28: 121 – 124.
21. Clerice MV, Fastman DA, Madeos D y Col. Manifestaciones Clínicas poco frecuentes del Cáncer de tiroides. Revista Argentina de Cáncer. Marzo 1998; vol. XXVI N° 1: 5 – 9.
22. Guardo AJ, Calb I, De Gracia A, Robledo H, Palma JB, Caporale S. Carcinoma Anaplásico de la glándula tiroides. Nuestra experiencia. Revista Argentina de Cáncer. 1995; vol. XXIII, N° 3: 126 – 133.
23. Lovhagen T, Williams J, Lundell G y Col. Aspiration Biopsy Cytology in Nodules of the Thyroid Gland Suspected to be Malignant. Surg. Clin. North Am. 1979; 59: 3 – 18