



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**" Coexistencia de tiroiditis de Hashimoto con
carcinoma diferenciado de tiroides en el Hospital
Guillermo Almenara Irigoyen desde enero 2005 hasta
diciembre del 2007"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía de Cabeza, Cuello
y Maxilofacial

AUTOR

Gisela Ivonne NORABUENA MAUTINO

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Norabuena G. Coexistencia de tiroiditis de Hashimoto con carcinoma diferenciado de tiroides en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen desde enero 2005 hasta diciembre del 2007 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

RECONOCIMIENTO

A todos los miembros del servicio de Cabeza, cuello y maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, médicos asistentes, enfermeras y personal técnico quienes desempeñan una loable labor en bienestar del paciente y con quienes compartí tres años de mi vida.

DEDICATORIA

A MIS PADRES, RAFAEL Y JUANA QUIENES SIEMPRE CONFIARON EN MI Y SON EL PRINCIPAL ESTIMULO PARA SEGUIR ADELANTE, A MIS HERMANOS POR SU PACIENCIA, A NAUN POR SUS PALABRAS DE APOYO Y A LOS MAESTROS DE ESPECIALIDAD DE CABEZA Y CUELLO POR SUS ENSEÑANZAS.

TRABAJO DE INVESTIGACION DE SEGUNDA ESPECIALIZACION DE MEDICINA HUMANA

I.- CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

- 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
 - 1.1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA
 - 1.1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA
 - 1.1.3 FUNDAMENTOS
 - 1.1.3.1 MARCO TEORICO
 - 1.1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA
- 1.2 HIPOTESIS
- 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN
 - 1.3.1 OBJETIVO GENERAL
 - 1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS
- 1.4 EVALUACION DEL PROBLEMA
- 1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

II.- CAPITULO II

METODOLOGÍA

- 2.1 TIPO DE ESTUDIO
- 2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
- 2.3 MUESTRA DE ESTUDIO
- 2.4 VARIABLES
- 2.5 PROCESAMIENTO Y ANALISIS

III.- CAPITULO III

RESULTADOS

IV.- CAPITULO IV

DISCUSION

CONCLUSIONES

V.-CAPITULO V

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

I.- CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

En 1912 Hashimoto, describe en cuatro pacientes un desorden crónico tiroideo al que denominó estruma linfomatosa. Las glándulas tiroideas de estos pacientes se caracterizaron por infiltración linfocítica difusa, atrofia parenquimal y cambios eosinofílicos de las células acinares. Posteriormente han aparecido diferentes estudios clínicos y patológicos de esta enfermedad. Esta patología ha sido llamada tiroiditis de Hashimoto, tiroiditis crónica, tiroiditis linfocítica, bocio linfomatoso y últimamente tiroiditis autoinmune¹

Clásicamente esta enfermedad ocasiona un agrandamiento difuso de la glándula tiroidea sin dolor, en una mujer de edad media. A menudo está asociado a hipotiroidismo. Por muchos años se ha creído que esta enfermedad es rara, pero actualmente con el uso de la biopsia aspiración con aguja fina y con los anticuerpos antimicrosomales, ha aumentado su incidencia¹.

La incidencia de tiroiditis de Hashimoto es desconocida, pero se aproxima a la de la Enfermedad de Graves, que es aproximadamente de 0.3 a 1.5 casos por 1000 habitantes por año. Esta enfermedad es quince veces más frecuente en mujeres que en varones, y ocurre especialmente entre las décadas 30 a 50¹.

El carcinoma diferenciado de tiroides puede ser carcinoma papilar, folicular o a células de Hurtle, y corresponde a los cánceres de tiroides que se presentan con más frecuencia. Típicamente los pacientes presentan un nódulo tiroideo de reciente aparición o años de evolución. La incidencia de nódulos malignos es de 36 a 60 casos por millón de habitantes por año, con una mortalidad de 4 a 5 fallecimientos por millón de habitantes por año, representando el 0.4% de todas las muertes por cáncer y el 64% de las muertes atribuibles a tumores malignos endocrinológicos.

La asociación de tiroiditis de Hashimoto con cáncer diferenciado de tiroides fue descrita por primera vez en el año 1955 por Dailey et al². Actualmente esta asociación está continuamente en investigación. Asimismo no existe un consenso en lo referente al manejo adecuado de la tiroiditis de Hashimoto aunado al cáncer diferenciado de tiroides.

1.1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

La tiroiditis de Hashimoto es una enfermedad autoinmune que ocasiona en la glándula tiroides una lesión inmunológica destructiva y agresiva. Se ha reportado que existe en dos variedades, una variedad atrófica probablemente asociada con el gen HLA-DR3 y otra variedad bociógena asociada con HLA-DR5¹.

Usualmente se encuentran altos títulos de anticuerpos antitiroglobulina y antitiroperoxidasa en la mayoría de pacientes con tiroiditis de Hashimoto. Se ha planteado que las células T citotóxicas o células natural killer, pueden tener un papel importante en la génesis de esta patología. La alteración de la regulación de las células T CD4+ puede conducir al desarrollo de varias enfermedades autoinmunes incluyendo la tiroiditis de Hashimoto. A pesar que se desconoce la causa primaria, es seguro que la autoinmunidad tiroidea conduce a la colección de linfocitos en la tiroides siendo este el principal causante para la lesión de las células epiteliales tiroideas.

La tiroiditis de Hashimoto empieza como un agrandamiento difuso de la glándula tiroides y un desarrollo gradual de hipotiroidismo. En algunos casos la glándula tiroides puede agrandarse rápidamente, en este caso se asocia a disnea y disfagia, debido a la compresión extrínseca de las estructuras cervicales, o con dolor moderado. El bocio de la tiroiditis de Hashimoto puede permanecer sin cambios por décadas, pero a menudo aumenta gradualmente de tamaño. Puede presentarse síntomas y signos de hipotiroidismo en el 20% de los pacientes que son vistos por primera vez. Eventualmente ocurre atrofia de la tiroides o mixedema.

Los carcinomas bien diferenciados se originan en el epitelio glandular, tienen en común su poca agresividad, su evolución lenta y pronóstico favorable con tratamiento adecuado. Se han descrito variantes histológicas como son a células altas, a células columnares, esclerosante difuso y variantes folicular. El carcinoma folicular se subdivide a su vez en mínimamente invasivo (invasión vascular o capsular mínima) y en ampliamente invasivo, debe agregarse la variedad a células de Hurtle como un subtipo de carcinoma folicular.

Los factores condicionantes para el desarrollo del cáncer se han atribuido las radiaciones y el déficit de yodo en el ambiente y en la alimentación. Estudios efectuados en Alemania Austria y Colombia constataron mayor número de tumores malignos en zonas bociógenas comparadas con regiones donde este proceso no es endémico. Generalmente el tipo de cáncer así desarrollado es el folicular.

Se conoce que la inflamación crónica conduce a una transformación neoplásica, sin embargo la asociación entre tiroiditis de Hashimoto y carcinoma diferenciado de tiroides es controversial. Se

desconoce cual es el fenómeno inicial causante, aunque existen numerosos reportes que mencionan que los pacientes con tiroiditis de Hashimoto tienen mas probabilidad de desarrollar cáncer diferenciado de tiroides que aquellos pacientes que no tienen esta enfermedad ^{3,4,5,6}.

1.1.3 FUNDAMENTOS:

1.1.3.1 MARCO TEORICO

En el diagnóstico de la tiroiditis de Hashimoto se debe tener en cuenta lo siguiente: el diagnóstico diferencial de la lesión tiroidea y determinar el estado metabólico del paciente. Un bocio firme difuso, con agrandamiento del lóbulo piramidal y sin signos de tirotoxicosis sugiere la presentación de una tiroiditis de Hashimoto. La asociación de bocio con hipotiroidismo es casi diagnóstica de esta enfermedad pero se debe tener en cuenta ciertos síndromes asociados. Además se pueden encontrar adenopatías asociadas especialmente por encima del istmo tiroideo.

Los niveles de T4 libre están aumentados o disminuidos pero lo mas frecuente es encontrarlos en el rango normal o disminuido. Los niveles de anticuerpos antitiroglobulina están elevados. La TSH puede estar levemente elevada pero si los rangos de T4 y T3 son normales y clínicamente estos pacientes están eutiroideos estaríamos frente a un hipotiroidismo subclínico cuyo manejo es controvertido.

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), se usa en el caso de nódulo palpable. La gammagrafía muestra por lo común una glándula tiroidea con aumento difuso de tamaño. Respecto a la utilidad de la ecografía en pacientes con tiroiditis de Hashimoto (TH) y carcinoma papilar de tiroides (CPT), según Nariko et al, la frecuencia de cuerpos de psammoma fue menor en pacientes con CPT y TH, mientras que las calcificaciones fueron mas frecuentes en pacientes con CPT sin TH.

La Asociación Tiroidea de Japón ha elaborado una guía diagnóstica para TH la que menciona:

1. Hallazgos clínicos: Agrandamiento difuso de la glándula tiroidea sin otra causa:
2. Hallazgos de laboratorio:
 - a. Anticuerpos antimicrosomales o antitiroperoxidasa positivos
 - b. Anticuerpos antitiroglobulina positivos
 - c. Infiltración linfocítica en la glándula tiroides confirmada con citología.

Un paciente será diagnosticado con TH si cumple con el criterio clínico y por lo menos uno de los criterios de laboratorio ¹.

Se han descrito una variedad de test para el diagnóstico de una masa tiroidea. Es importante realizar una buena anamnesis y examen físico. Los resultados de un perfil tiroideo no son de mucha ayuda, ya que la mayoría son eutiroideos. La ecografía y la gammagrafía son de uso limitado y no diferencia entre nódulos tiroideos benignos y malignos. La incidencia de malignidad en nódulos tiroideos sólidos es aproximadamente de 21% y en nódulos fríos es aproximadamente 16%. Entre todos los test de diagnóstico en la evaluación de un nódulo el más efectivo según costo-beneficio es la biopsia aspiración con aguja fina (BAAF), con una sensibilidad diagnóstica mayor a 80%. Los resultados de la BAAF pueden ser agrupados en positivo a neoplasia maligna, negativo a neoplasia maligna o muestra inadecuada. Esta biopsia requiere una persona entrenada en realizarlas y un citólogo experto en la interpretación de estos resultados. La decisión intraoperatoria se realiza en base a la BAAF y biopsia por congelación.

La asociación de tiroiditis de Hashimoto y carcinoma diferenciado de tiroides data desde el siglo pasado. En 1955 Dailey et al, fue el primero que describió la asociación de esta enfermedad con el carcinoma papilar de tiroides. Posteriormente se han realizado diversos estudios en los que se confirma esta asociación. En 1999, Singh et al en un estudio realizado en el Memorial Sloan Kettering Center de Nueva York, se realizó un meta análisis encontrando que la prevalencia de tiroiditis de Hashimoto es significativamente más alta en pacientes con carcinoma papilar de tiroides, odds ratio, 1.89; CI 95%. En este estudio los pacientes con tiroiditis de Hashimoto y cáncer de tiroides, típicamente presentaron un nódulo dominante, de los que el 44% fueron descubiertos casualmente en el examen físico. Además la sensibilidad del BAAF para la identificación del cáncer de tiroides fue de 91%. Respecto a la tasa de complicaciones en pacientes que presentan tiroiditis de Hashimoto, esta no es mayor que en los pacientes que solo tienen cáncer de tiroides.

La mayoría de pacientes con TH no necesitan tratamiento ya que la mayoría de pacientes son asintomáticos y el bocio es pequeño. Si el bocio causa síntomas de compresión local, se indica terapia hormonal.

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico en TH no tienen un consenso. Generalmente se indica en caso de falla del tratamiento hormonal, dolor severo, síntomas compresivos o por estética a solicitud del paciente. Sin embargo si se sospecha de la asociación con CPT, la cirugía está indicada. La extensión de la tiroidectomía no tiene una regla pero lo mejor es hacer una tiroidectomía total ya que permite hacer un mejor seguimiento del CPT.

1.1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

El servicio de cirugía de cabeza cuello y maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, presenta una significativa casuística de pacientes con diagnóstico de carcinoma diferenciado de tiroides. Según un estudio descriptivo 2003 a 2006 en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen se encontró 79 pacientes operados de carcinoma diferenciado de tiroides.

Por esta razón nos planteamos el siguiente

PROBLEMA :

¿ Cual es la frecuencia de asociación entre el carcinoma diferenciado de tiroides y la tiroiditis de Hashimoto en los pacientes tiroidectomizados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de Enero del 2005 a Diciembre del 2007?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

1.-Determinar la frecuencia de asociación entre el carcinoma diferenciado de tiroides y la tiroiditis de Hashimoto en los pacientes tiroidectomizados del hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de Enero del 2005 a Diciembre del 2007.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Determinar las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes operados de cáncer de tiroides en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo 2005 a 2007.

2.-Determinar los factores pronósticos de cáncer de tiroides en los pacientes operados de tiroidectomía del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo 2005 a 2007.

1.4.EVALUACION DEL PROBLEMA

Se revisó los registros de hospitalización y la base de datos de estadística del hospital para seleccionar las historias clínicas y formar dos grupos de estudio, los que serán:

GRUPO 1: Pacientes operados de tiroidectomía con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto.

GRUPO 2: Pacientes operados de tiroidectomía con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides sin tiroiditis de Hashimoto.

1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

1.5.1 JUSTIFICACION TEORICO – CIENTÍFICO

La relación entre la tiroiditis de Hashimoto y el carcinoma diferenciado de tiroides es controversial. Se cree que la tiroiditis de Hashimoto actúa como una lesión premaligna debido a lo que la tiroidectomía está definitivamente indicada. A diferencia de lo mencionado otros autores no han encontrado aumento de la incidencia de carcinoma de tiroides en pacientes con esta enfermedad. Como resultado el manejo de los nódulos en pacientes con tiroiditis de Hashimoto es individualizado. En nuestro medio se desconoce la frecuencia de esta asociación, lo que serviría para elaborar protocolos de manejo de la tiroiditis de Hashimoto y hacer un seguimiento estricto de estos pacientes para diagnosticar a tiempo un cáncer de tiroides asociado.

II.- CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

NO EXPERIMENTAL

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Transversal, retrospectivo, analítico.

2.3 POBLACION DE ESTUDIO

PACIENTES OPERADOS DE TIROIDECTOMIA CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL ALMENARA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DEL 2005 Y DICIEMBRE DEL 2007

2.4 MUESTRA DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSION

GRUPO 1:

- Pacientes con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto, que tengan dosaje de anticuerpos antimicrosomales, anticuerpos antitiroglobulina , y BAAF en los últimos 3 meses.
- Cumplir con todos los datos solicitados en la ficha de recolección de datos (anexo)

GRUPO2:

- Pacientes con diagnóstico anatomopatológico carcinoma papilar de tiroides sin antecedente de tiroiditis de Hashimoto, que tengan dosaje de antimicrosomales y antitiroglobulina y BAAF en los últimos 3 meses.
- Cumplir con todos los datos del anexo

CRITERIOS D EXCLUSION.

Para ambos grupos:

- Pacientes con enfermedad de Graves

2.5 VARIABLE DE ESTUDIO

2.5.1 UNIDAD DE ESTUDIO

Pacientes operados de tiroidectomía con diagnóstico patológico de carcinoma diferenciado de tiroides

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	CRITERIOS DE MEDICION
EDAD	CUANTITATIVA	DE RAZON	<15 AÑOS
			15 45
			>45 AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	F
			M
PROCEDENCIA	CUALITATIVA	NOMINAL	COSTA
			SIERRA
			SELVA
TIEMPO DE ENFERMEDAD	CUANTITATIVA	DE RAZON	<6 MESES
			6MESES A 1 AÑO
			>1 AÑO
SINTOMAS PRINCIPALES	CUALITATIVA	NOMINAL	DISFAGIA
			DISFONIA
			DISNEA
TAMANO DE TUMOR TIROIDES	CUANTITATIVA	DE RAZON	<2 CM
			2 A 4 CM
			>4 CM
GAMMAGRAFÍA	CUALITATIVA	NOMINAL	NODULO FRIO
			NODULO CALIENTE
			NORMAL
			OTROS
ECOGRAFIA	CUALITATIVA	NOMINAL	CALCIFICACIONES
			ADENOPATIAS
			OTROS
TSH	CUANTITATIVA	DE RAZON	0.4-4.0 UUI/L
			<0.4 UUI/L
			>0.4 UUI/L
T4 LIBRE	CUANTITATIVA	DE RAZON	0.8-1.9NG/DL
			<0.8 NG/DL
			>1.9 NG/DL
T3 LIBRE	CUANTITATIVA	DE RAZON	1.5-4.1 PG/ML
			<1.5
			>4.1
ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES	CUANTITATIVA	DE RAZON	0-40
			>40
ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA	CUANTITATIVA	DE RAZON	0-35
			>35
BAAF	CUALITATIVA	NOMINAL	POSITIVO A NM
			NEGATIVO A NM
			INADECUADO

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	CRITERIOS DE MEDICION
OPERACIÓN REALIZADA	CUALITATIVA	NOMINAL	TIROIDECTOMIA TOTAL
			HEMITIROIDECTOMIA
			LOBECTOMIA
			OTROS
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	CUALITATIVO	NOMINAL	CARCINOMA PAPILAR
			CARCINOMA FOLICULAR
			TIROIDITIS DE HASHIMOTO
			BOCIO
MESES DE SEGUIMIENTO	CUALITATIVO	NOMINAL	<6 MESES
			6-12 MESES
			>12 MESES
EXTENSION EXTRATIROIDEA	CUALITATIVO	NOMINAL	SI
			NO
METASTASIS REGIONAL	CUALITATIVO	NOMINAL	N0
			N1
METASTASIS A DISTANCIA	CUALITATIVO	NOMINAL	M1
			M0

2.5 Operacionalización de las variables

Carcinoma diferenciado de tiroides: Paciente con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar , carcinoma folicular o carcinoma a células de Hurtle.

Tiroiditis de Hashimoto: Paciente con agrandamiento difuso de la glándula tiroidea más uno de los siguientes criterios: anticuerpos antimicrosomales >40, anticuerpos antitiroglobulina > 40 o infiltración linfocítica en el BAAF.

2.6 Técnica y método de trabajo

Se aplicaron técnicas para lograr todos los datos posibles requeridos para el llenado de las fichas:

- Datos de la Historia clínica del paciente en estudio
- ANEXO: Los datos obtenidos se vaciarán en fichas modelos preestablecidos donde constaron: edad, sexo, procedencia, síntomas principales, tamaño de tiroides entre otros descritos en el anexo.

2.7 Tareas específicas para el logro de resultados, recolección de datos

GRUPO 1 :

- Pacientes operados de tiroidectomía con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto.
- Se revisó las historias clínicas de dichos pacientes y se consideró a aquellos que tengan dosaje de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina y BAAF en los últimos 3 meses.
- Se consideró los criterios de inclusión y exclusión ya descritos.

GRUPO2 :

- Pacientes operados de tiroidectomía con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma diferenciado de tiroides sin antecedente de tiroiditis de Hashimoto.
- Se revisó las historias clínicas de dichos pacientes y se consideró a aquellos que tienen dosaje de antimicrosomales y antitiroglobulina y BAAF en los últimos 3 meses.
- Se consideró los criterios de inclusión y exclusión ya descritos.

2.8 Procesamiento y análisis de datos

a) Análisis descriptivo

Se utilizarán los indicadores de número y porcentaje en las siguientes circunstancias

- Para conocer y comparar algunas características epidemiológicas de adultos mayores de 70 años con carcinoma diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto.
- Comparar la asociación de tiroiditis de Hashimoto y carcinoma diferenciado de tiroides.

CAPITULO III

RESULTADOS

El estudio fue realizado durante los meses de Enero del 2005 a Diciembre del 2003, en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD de Lima-Perú.

Se incluyeron en el estudio 42 pacientes sometidos a tiroidectomía total con o sin disección de cuello, los que fueron divididos en dos grupos.

El primer grupo estuvo conformado por 27 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar de tiroides. El segundo grupo estuvo formado por 15 pacientes quienes además del diagnóstico patológico de cáncer papilar tenían tiroiditis de Hashimoto asociado en el estudio del parénquima no neoplásico.

Se estudiaron las diferentes variables en función a frecuencia y porcentaje como se puede apreciar en las tablas desde la número 1 al 14 y en los gráficos del 1 al 5.

Se compararon los factores pronósticos en los dos grupos estudiados en la tabla número 13.

El porcentaje de pacientes que presentaron coexistencia de carcinoma papilar de tiroides y tiroiditis de Hashimoto fue de 36% (tabla 11).

TABLA N 1
Distribución por grupos etareos

GRUPO ETAREO	N	%
<15 AÑOS	2	4.76
15 a 45 AÑOS	20	47.62
>45 AÑOS	20	47.62
TOTAL	42	100

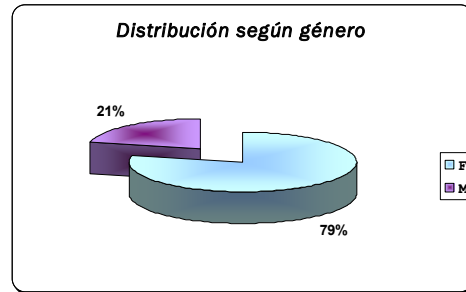


Grafico N 1

TABLA N 2
Distribución según género

SEXO	N	%
F	33	78.57
M	9	21.43
TOTAL	42	100.00

Grafico N2

TABLA N3
Distribución según procedencia

PROCEDENCIA	N	%
COSTA	31	73.81
SIERRA	6	14.29
SELVA	5	11.90
TOTAL	42	

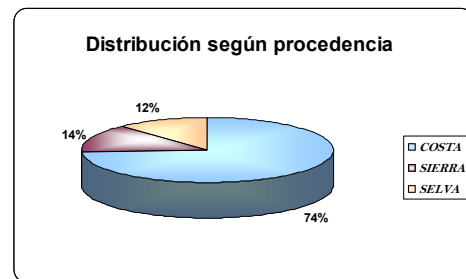


Grafico N 3

TABLA N 4
Distribución según tiempo de enfermedad

T.ENFERMED	N	%
<6 MESES	7	16.67
6 MESES A 1 AÑO	21	50.00
>1 AÑO	14	33.33
TOTAL	42	100.00
Promedio	26m	

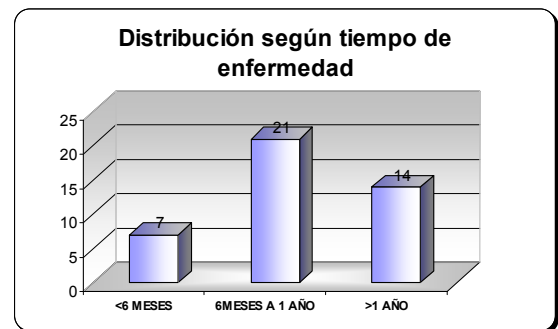


TABLA N 5
Distribución según síntomas de presentación

SINTOMAS	N	%
DOLOR LOCAL	5	8.20

DISFAGIA	8	13.11
DISFONIA	7	11.48
DISNEA	3	4.92
TUMOR CERVICAL	38	62.30
TOTAL	61	100.00

TABLA N6
Distribución según hallazgos de la gammagrafía

GAMMAGRAFIA	N	%
NODULO FRIO	26	78.79
NODULO.CALIENTE	1	3.03
NORMAL	3	9.09
BOCIO DIFUSO	3	9.09
	33	100.00

TABLA N 7
Distribución según hallazgos de la ecografía

ECOGRAFIA	N	%
CALCIFICACIONES	11	30.56
ADENOPATIAS	5	13.89
HETEROGENEIDAD	6	16.67
SOLIDEZ	14	38.89
TOTAL	36	100.00

TABLA N 8
Distribución según niveles de TSH y T4 libre

TSH	N	%
0.4-4.0 UUI/L	29	78.38
<0.4 UUI/L	2	5.41
>0.4 UUI/L	6	16.22
TOTAL	37	100.00
T4 LIBRE	N	%
0.8-1.9NG/DL	32	96.97
<0.8 NG/DL	1	3.03
>1.9 NG/DL	0	0.00
TOTAL	33	100.00

TABLA N 9
Comparación de Anticuerpos antimicrosomales , Antitiroglobulina y BAAF entre los dos grupos de estudio

	VALORES	GRUPO1		GRUPO2		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
AC ANTIMI	0-35	18	66.67	10	66.67	28	66.67
	>35	9	33.33	5	33.33	14	33.33
		27	100.00	15	100.00	42	100.00
AC ANTITGB	0-40	17	62.96	4	26.67	21	50.00
	>40	10	37.04	11	73.33	21	50.00
		27	100.00	15	100.00	42	100.00
BAAF	POSITIVO A NM	17	62.96	12	80.00	29	69.05
	NEGATIVO A NM	7	25.93	2	13.33	9	21.43
	INADECUADO	3	11.11	0	0.00	3	7.14
	TIROIDITIS HASH/CRÓNICA	0	0.00	1	6.67	1	2.38
		27	100.00	15	100.00	42	100.00

Grafico N 4

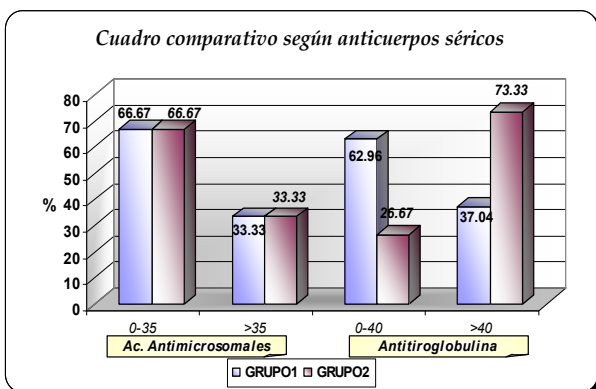


Grafico N5

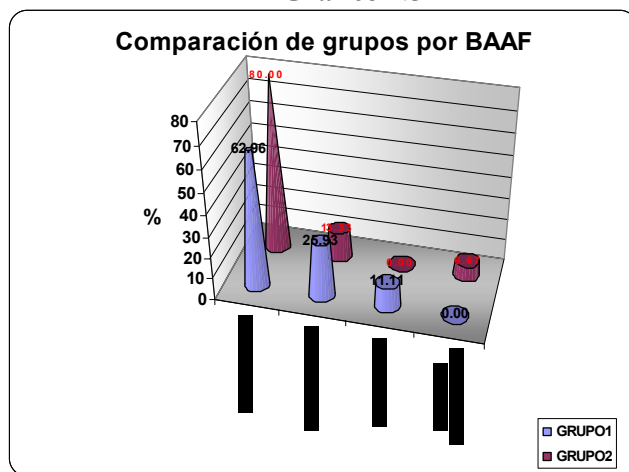


TABLA N 10

Distribución según tipo de cirugía realizada

OPERACIÓN	GRUPO1		GRUPO2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TIROIDECTOMIA TOTAL	13	48.15	8	53.33	21	50.00
TIROIDECTOMIA SUBT	5	18.52	1	6.67	6	14.29
HEMITIROIDECTOMIA	2	7.41	1	6.67	3	7.14

TT+ DISECCION GRUPO VI	1	3.70	2	13.33		7.14
					3	
TT+DISECCION VI+ DISECCION SELECTIVA	1	3.70	0	0.00		2.38
					1	
TT+DISECCION MODIFICADA.+D. GRUPO VI	1	3.70	0	0.00		2.38
					1	
TT+DISECCION MODIFICADA BILATERAL	1	3.70	0	0.00		2.38
					1	
TT+DISECCION VI+ DISECCION RADICAL	2	7.41	1	6.67		7.14
					3	
TSUBT+DISECCION VI	1	3.70	1	6.67		4.76
					2	
TSUBT+DISECCION RADICAL	0	0.00	1	6.67		2.38
					1	
TOTAL	27	100.00	15	100.00	42	100.00

TABLA N 11

Distribución según parénquima no neoplásico coexistente en la pieza operatoria y porcentaje de coexistencia de cáncer papilar de tiroides y tiroiditis de Hashimoto

PARENQUIMA NO NEOPLASICO	GRUPO1		GRUPO2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
TIROIDITIS CRONICA	0	0.00	15	100.00		35.71
					15	
ADENOMA FOLICULAR	3	11.11	0	0.00		7.14
					3	
NO REMARCABLE	10	37.04	0	0.00		23.81
					10	
BOCIO COLOIDE	4	14.81	0	0.00		9.52
					4	
BOCIO ADENOMATOSO	6	22.22	0	0.00		14.29
					6	
BOCIO MULTINODULAR	4	14.81	0	0.00		9.52
					4	
TOTAL PORCENTAJE (DEL TOTAL)	27	100.00	15	100.00	42	100.00
		64.00		36.00		100

TABLA N 12

Distribución según tamaño correspondiente al estadio TNM

TAMAÑO	GRUPO1		GRUPO2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
T1	12	44.44	4	26.67	16	38.10
T2	8	29.63	7	46.67	15	35.71
T3	5	18.52	3	20.00	8	19.05
T4a	1	3.70	1	6.67	2	4.76
T4b	1	3.70	0	0.00	1	2.38
	27	100.00	15	100.00	42	100.00

TABLA N 13

Distribución según extensión extratiroidea

EXTENSION EXTRATIROIDEA	GRUPO1		GRUPO2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SI	8	29.63	3	20.00	11	26.19
NO	19	70.37	12	80.00	31	73.81
TOTAL	27	100	15	100	42	100

TABLA N 14

Factores pronósticos en pacientes con carcinoma papilar de tiroides según la presencia de tiroiditis de Hashimoto

FACTORES PRONOSTICOS	HASHIMOTO (+)	HASHIMOTO (-)
EDAD (X)	41	46
SEXO F	14(93%)	19(70%)
ESTADIO T(X)	2	2
TAMANO(X)	2.6CM	2.8 CM
METASTASIS REGIONALES	3(20%)	4(14.8%)
METASTASIS DISTANCIA	0	2(74%)
TNM (X)	I	II
EXTENSION EXTRATIROIDEA	3(20%)	8(30%)

IV.- CAPITULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La asociación de tiroiditis de Hashimoto y carcinoma diferenciado de tiroides data desde el siglo pasado. En 1955 Dailey et al, fue el primero que describió la asociación de esta enfermedad con el carcinoma papilar de tiroides. En los últimos años se han realizado diversos estudios en los cuales la frecuencia de esta asociación varía desde 0,3 y 38% ^{14,15 y 16}.

En el presente trabajo el porcentaje de pacientes que presentaron concomitancia de cáncer papilar de tiroides y tiroiditis de Hashimoto fue de 36% ^{15,16 y 17}, Indidhar ¹⁸, en un estudio realizado en Francia encontró una frecuencia de 14.1%, mientras que Roberti et al ¹⁹, en Brasil encontró una frecuencia de 18,3%.

En lo referente a las características epidemiológicas estudiadas, el sexo femenino fue el predominante, la procedencia más frecuente fue de la costa. Existió un caso muy interesante una niña de 7 años que presentó cáncer papilar de tiroides y tiroiditis de hashimoto lo cual es muy raro, se han descrito casos en niños de 11 y 14 años ²⁰. Además es de resaltar que el tiempo de enfermedad promedio fue 26 meses antes de la cirugía.

El síntoma de presentación mas frecuente fue tumor cervical con un 62%, hallazgo similar a un trabajo realizado en EEUU ² donde el síntoma principal fue nódulo dominante en el 44% . Respecto a los estudios de imágenes, en la gammagrafía el nódulo frío fue el hallazgo más frecuente, y en la ecografía las calcificaciones y solidez. Según un estudio realizado por Rago et al en Italia, las microcalcificaciones son estadísticamente significativas para diagnosticar cáncer de tiroides.

El resultado de TSH y T4 libre se encontró en rangos normales en la mayoría de pacientes. En cuanto a la elevación de los anticuerpos antitiroideos , en los anticuerpos antimicrosomales no hubo variación , sin embargo los anticuerpos antitiroglobulina estuvieron elevados en el grupo de pacientes que presentaron cáncer y tiroiditis de Hashimoto. Se menciona que en los pacientes jóvenes estos anticuerpos tienden a ser negativos a pesar que posean una tiroiditis autoinmune, además los anticuerpos antitiroglobulina están presentes en un 80 a 90 % de los pacientes con tiroiditis de Hashimoto.

Respecto al BAAF, según Ravinsky su sensibilidad es mayor que 90% en pacientes con tiroiditis de Hashimoto y cáncer papilar de tiroides, en el presente trabajo solo detecto un caso de tiroiditis de Hashimoto mediante BAAF, sin embargo se detectaron 29 casos de cáncer de tiroides mediante BAAF.

La tiroidectomía total fue la cirugía que se realizó con más frecuencia en ambos grupos seguido por la tiroidectomía subtotal. En general el tratamiento estándar para cáncer papilar de tiroides es la tiroidectomía total porque permite mejor tratamiento posterior con I131 y seguimiento del paciente con tiroglobulina.

Se ha propuesto diferentes estadios para determinar los grupos de riesgo en carcinoma diferenciado de tiroides ²². Los factores pronósticos son variados dependiendo de el grupo de estudio, por ejemplo la clínica Lahey utiliza los siguientes factores: edad, metástasis, extensión y tamaño (AMES), la clínica Mayo emplea metástasis, edad, extensión de la resección invasión tumoral y tamaño (MACIS), el Memorial Sloan Kettering emplea grado de diferenciación, edad, metástasis, extensión y tamaño (GAMES). Todos estos factores han demostrado predecir bien el grado de supervivencia de los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides. En el presente trabajo se han elegido los siguientes factores: edad, sexo, estadioT, metástasis linfática, metástasis a distancia, estadio TNM y extensión extratiroidea. Según los resultados la única diferencia notable en ambos grupos estudiados es el estadio TNM siendo con más frecuencia estadio II en el grupo de pacientes que no presentaba coexistencia con tiroiditis de Hashimoto y estadio I en aquellos que si presentaban dicha coexistencia. Según Shaha ² quien realizo una comparación de los mismos factores pronósticos estudiados en el presente trabajo, demostró que no existen diferencia significativa en ambos grupos de pacientes estudiados.

CONCLUSIONES

- 1.-El porcentaje de pacientes que presentó tiroiditis de Hashimoto y cáncer diferenciado de tiroides fue de 36% en el presente trabajo.
- 2.-El síntoma de presentación más frecuente en los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides fue el tumor cervical.
- 3.-La biopsia aspiración con aguja fina diagnostico el cáncer de tiroides en el 69% de los casos estudiados.
- 4.-Los factores pronósticos estudiados fueron edad, sexo, estadio T, tamaño, metástasis regionales, metástasis a distancia, TNM y extensión extratiroidea; solamente hubo diferencia en el promedio del TNM el que fue I en el grupo de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto y II en el grupo que solo tenia cáncer diferenciado de tiroides.

V.- CAPITULO V
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

1. - Roitt I, Doniach D, Campbell P. Hashimoto's thyroiditis in Thyroid manager chapter 8 pag. 456-89. New York 2006.
- 2.- Avello Peragallo, Allan: Cirugía De Cabeza, del Cuello Y Maxilofacial. Editorial Maad. Corp.S.A..Lima-Peru, 2002.
- 3.-Pisanu A, Piu S, Cois A, Ucchedu A: Coexisting Hashimoto's thyroiditis with differentiated thyroid cancer and benign thryoid disease. Chir Ital. 55(3): 365-72. 2003
- 2.-Singh B, et al. Coexistent Hashimoto's thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: impact on presentation, management and outcome. Surgery 126(6): 1070-6. 1999
- 3.- Cipolla C, Sandonato L, Graceffa G. Hashimoto thyroiditis coexistent with papillary thyroid carcinoma. Am Surg. 71(10) : 874-8. 2005
- 4.- Unger P, Ewart M, Wang BY. Espression of p63 in papillary thyroid carcinoma and in hashimoto's thyroiditis: A pathobiologic link?. Human Pathol 34(8):764-9.2003

- 5.- Carli AF, Lottini M, Testa M. Surgical treatment of Hashimoto's thyroiditis. Personal experience. *Minerva Chir* 57(2): 117-22. 2002
- 7.- Nariko O, Megumi M. Ultrasonographic findings of papillary thyroid carcinoma with hashimoto thyroiditis. *Inter medicine* . 34(4): 234-8. 2006.
- 8.- Shaha R, *Thyroid in Essentials of Head and Neck Oncology*. Thieme New York 1998 pag158-70.
- 9.- Schantz Sp, Harrison Lb, Forastiere Aa: *Tumors Of The Thyroid Gland* In: Devita Vt Jr, Hellman S, Rosenberg Sa, Eds.: *Cancer: Principles And Practice Of Oncology*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th Ed., 1997, Pp 741-801.
- 10.-Thyroid cancer American Joint Committee On Cancer: *AJCC Cancer Staging Manual*.Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th Ed., 1997, Pp 47-52.
- 11.-Plaza B, Tapia F, Rodríguez G. Coexistencia de cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis linfocitaria crónica: Análisis de 22 casos. *Bol Hosp San Juan de Dios* 49(6): 374-6. 2002.
- 12.-Roberti A, Andrade S, et al. Concomitance of Hashimoto's thyroiditis and differentiated thyroid cancer. *Rev Col Bras Cir* 33(6):345-49. 2006.
- 13.- Patel S, Shah J. TNM Staging of Cancers of Head and Neck : Striving for Uniformity among diversity *CA Cancer J Clinic* 55 (3); 242-258 2005.
- 14.- Eisenberg B, Hensley S. Thyroid cancer with coexistent Hashimoto's thyroiditis. Clinical assessment and management. *Arch Surg* 129(9):1045-7.1989.
- 15.- Sulimani R. Thyroid cancer with coexisting with Hashimoto's thyroiditis at King Khalid University Hospital, Saudi Arabia. *East Afr med J*. 73(11):767-8.1996.
- 16.-Kurukahvecioglu O, Taneri T et al. Total thyroidectomy for the treatment of Hashimoto's thyroiditis coexisting with papillary thyroid carcinoma. *Adv Ther*, 24(3):510-6.2007.
- 17.-Soulh C, Randolph G. Workup of Well-Differentiated Thyroid Carcinoma. *Cancer Control* 13(2):99-104.2006.
- 18.-Intidhar L, Chaabouni AM, et al. Thyroid carcinoma and Hashimoto Thyroiditis. *Ann otolaryngol Chir Cervicofac*. 123(4):175-8, 2006
- 19.-Roberti A, Andrade S t al. Concomitance of Hashimoto's thyroiditis and differentiated thyroid cancer. *Rev Col Bras Cir*. 33(6): 345-349, 2006.
- 20.- Baptist E, Errol M, et al. Hashimoto thyroiditis and papillary thyroid cancer in the pediatric patient *The endocrinologist* 17(4): 202-4, 2007.

- 21.-Ravinsky E, Safneck JR. Differentiation of Hashimoto`s thyroiditis from thyroid neoplasms in fine needle aspirates. Acta Cytol 32(4):854-61. 2000.
22. - Hung-Hin et al. Staging Systems for Papillary Thyroid Carcinoma A Review and Comparison. Ann Surg 245 (7): 366–378, 2007.

ANEXOS

6.1 Definición de términos:

- Tiroiditis de Hashimoto: Diagnostico clínico de acuerdo a: agrandamiento difuso de glándula tiroides más por lo menos uno de lo siguientes criterios: anticuerpos antimicrosomales positivos, anticuerpos antitiroideos positivos o infiltración linfocítica en el BAAF. El diagnostico histológico es en base al estudio anatomopatológico de la pieza operatoria.
- Carcinoma diferenciado de tiroides: Resultado anatomopatológico de carcinoma papilar o folicular de tiroides.

6.2 Ficha de recolección de datos

**ANEXO
FICHA DE TABULACION DE DATOS**

NOMBRE: _____ SS: _____

VARIABLE	FECHA	CRITERIOS DE MEDICION	SI	NO
EDAD		<15 AÑOS		
		15 a 45 AÑOS		
		>45 AÑOS		
SEXO		F		
		M		
PROCEDENCIA		COSTA		
		SIERRA		
		SELVA		
TIEMPO DE ENFERMEDAD		<6 MESES		
		6MESES A 1 AÑO		
		>1 AÑO		
SINTOMAS PRINCIPALES		DISFAGIA		
		DISFONIA		
		DISNEA		
		OTROS		

TAMANO DE TIROIDES		<2 CM		
		2 A 4 CM		
		>4 CM		
GAMMAGRAFÍA		NODULO FRIO		
		NODULO CALIENTE		
		NORMAL		
		OTROS		
ECOGRAFIA		CALCIFICACIONES		
		ADENOPATIAS		
		OTROS		
TSH		0.4-4.0 UUI/L		
		<0.4 UUI/L		
		>0.4 UUI/L		
T4 LIBRE		0.8-1.9NG/DL		
		<0.8 NG/DL		
		>1.9 NG/DL		
T3 LIBRE		1.5-4.1 PG/ML		
		<1.5		
		>4.1		
ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES		0-40		
		>40		
ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA		0-35		
		>35		
BAAF		POSITIVO A NM		
		NEGATIVO A NM		
		INADECUADO		
		OTROS		
VARIABLE	FECHA	CRITERIOS DE MEDICION	SI	NO
OPERACIÓN REALIZADA		TIROIDECTOMIA TOTAL		
		HEMITIROIDECTOMIA		
		LOBECTOMIA		
		OTROS		
DIAGNOSTICO PATOLOGICO		CARCINOMA PAPILAR		
		CARCINOMA FOLICULAR		
		TIROIDITIS DE HASHIMOTO		
		BOCIO		
		OTROS		
MESES DE SEGUIMIENTO		<6 MESES		
		6-12 MESES		
		>12 MESES		
EXTENSION EXTRATIROIDEA				
METASTASIS REGIONAL		N0		
		N1		
METASTASIS A DISTANCIA		M0		
		M1		