

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"ANALISIS RESTROSPECTIVO DE DOCE AÑOS DE
CIRUGIA DE LA GLANDULA TIROIDES EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT DE GUATEMALA"**

T E S I S:

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R:

CARLOS ENRIQUE GALVEZ ROSELLO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. PROBLEMAS A INVESTIGAR
- III. OBJETIVOS
- IV. ANTECEDENTES
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VII. ANALISIS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. ANEXO
- X. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Las afecciones de la glándula Tiroides, constituyen un conjunto de entidades muy variadas en su significación clínica y patología, entre los que figuran: lesiones congénitas y regresivas; inflamaciones, bocios y tumores tanto benignos como malignos.

Hace 50 años, el tratamiento de todas estas enfermedades, era eminentemente quirúrgico, pero a raíz de la introducción del tratamiento médico de algunas de ellas, se presentan actualmente una serie de alternativas sobre la conducta a seguir en cada caso en particular.

El presente estudio pretende efectuar un análisis sobre el tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la glándula Tiroides en nuestro medio y en especial en el departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt durante un período de DOCE años comprendido del 1o. de Enero de 1967 al 31 de Diciembre de 1978.

Para localizar los casos quirúrgicos de la glándula tiroides, se procedió a investigar los archivos del Departamento de Patología, en donde se revisaron un total de 35,756 informes, de los cuales se obtuvieron 364 casos, que representan el 1.02o/o. No se localizan 86 registros médicos, con los que quedan 278 casos, que son los que se analizan en el presente estudio.

PROBLEMA A INVESTIGAR

REVISAR LOS CASOS QUIRURGICOS DE LA GLANDULA TIROIDES TRATADOS EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, DURANTE UN PERIODO DE DOCE AÑOS, COMPRENDIDO DEL 1o. DE ENERO DE 1967 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1978, CLASIFICANDOLOS SEGUN LA PATOLOGIA QUE PRESENTAN Y RELACIONARLOS CON LOS FACTORES QUE REEMOS PUEDEN INFLUIR EN ALGUNA FORMA EN ESTA PATOLOGIA.

OBJETIVOS

- 1) LLENAR EL VACIO EXISTENTE EN NUESTRO MEDIO EN ESTA RAMA DE LA CIRUGIA, YA QUE NO HAY ANTECEDENTES DE UNA REVISION DE TODOS LOS CASOS QUIRURGICOS DE LA GLANDULA TIROIDES TRATADOS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT, EN EL TIEMPO COMPRENDIDO POR EL PRESENTE ESTUDIO.
- 2) CLASIFICAR LA PATOLOGIA ENCONTRADA EN LOS CASOS QUIRURGICOS DE LA GLANDULA TIROIDES.
- 3) RELACIONAR LA PATOLOGIA ENCONTRADA CON LOS FACTORES QUE CREEMOS TIENEN INFLUENCIA EN UNA U OTRA FORMA CON LAS ENFERMEDADES DE LA GLANDULA TIROIDES.
- 4) DETERMINAR EL TRATAMIENTO QUIRURGICO QUE SE HA EFECTUADO PARA LAS DISTINTAS PATOLOGIAS ENCONTRADAS.
- 5) CONOCER LA MORBILIDAD POST OPERATORIA EN LOS CASOS ESTUDIADOS.
- 6) CONOCER EL GRADO DE MORTALIDAD DE DICHAS INTERVENCIONES.

ANTECEDENTES

Bendaña Perdomo, Hector Armando. Tratamiento quirúrgico del bocio nodular atóxico. Guatemala; Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1969.

Castellan P., Manuel. Contribución al estudio del cancer de la glándula tiroides. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1950. Imp. Universitaria.

Chang F., Carlos Antonio. Consideraciones sobre la cirugía de la glándula tiroides. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Tip. Sánchez & Guise, 1947.

Lara R., Carlos. Tratamiento quirúrgico del Hipertiroidismo. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1958.

Molina Rodríguez, Adolfo. Complicación post Tiroidectomía; Revisión de casos del 1er. servicio de cirugía de mujeres del Hospital General "San Juan de Dios" durante los últimos 5 años. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1965.

Moratalla De Paz, Oscar H. Cáncer del Tiroides. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1967.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

- a— Archivo del Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.
- b— Archivo del Departamento de Registros Clínicos del Hospital Roosevelt.
- c— Expedientes de pacientes a los cuales se les efectuó cirugía del Tiroides, durante el período comprendido por el presente estudio.

METODOS:

- a— Método Retrospectivo de Investigación
- b— Método Bibliográfico de Investigación.

PRESENTACION DE RESULTADOS

DISTRIBUCION SEGUN EL SEXO

228

No.

D
E

C
A
S
O
S

50

Femenino

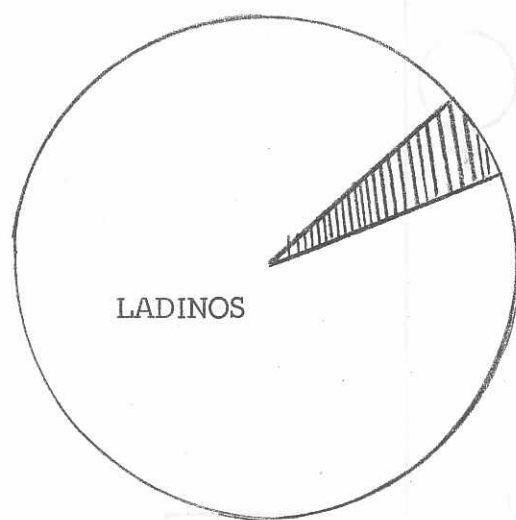
Masculino

SEXO	No.	o/o
Masculino:	50	17.99
Femenino:	228	82.01
T o t a l:	278	100.00



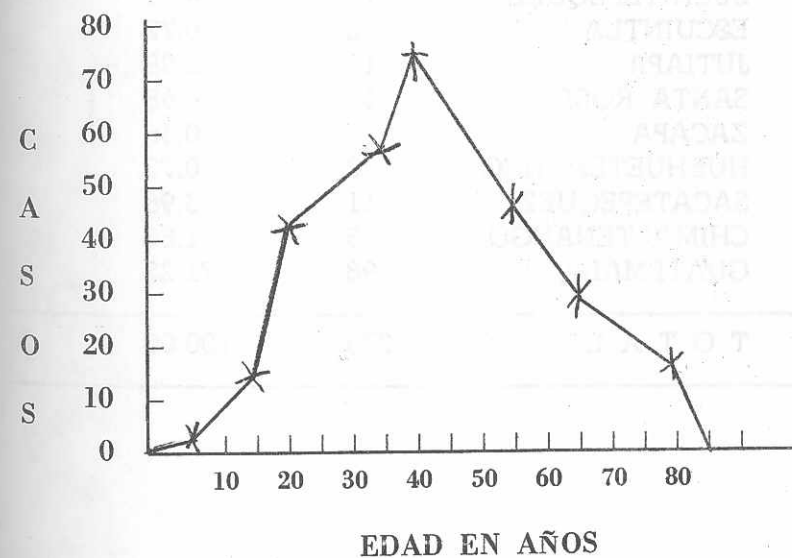
DISTRIBUCION SEGUN LA RAZA

RAZA:	No.	o/o
Indígena:	15	5.40
Ladino:	263	94.60
T o t a l:	278	100.00



DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD

EDAD	No.	o/o
0-9	2	0.72
10-19	15	5.40
20-29	42	15.10
30-39	57	20.20
40-49	73	26.26
50-59	46	16.55
60-69	28	10.07
70-79	15	5.40
TOTAL	278	100.00

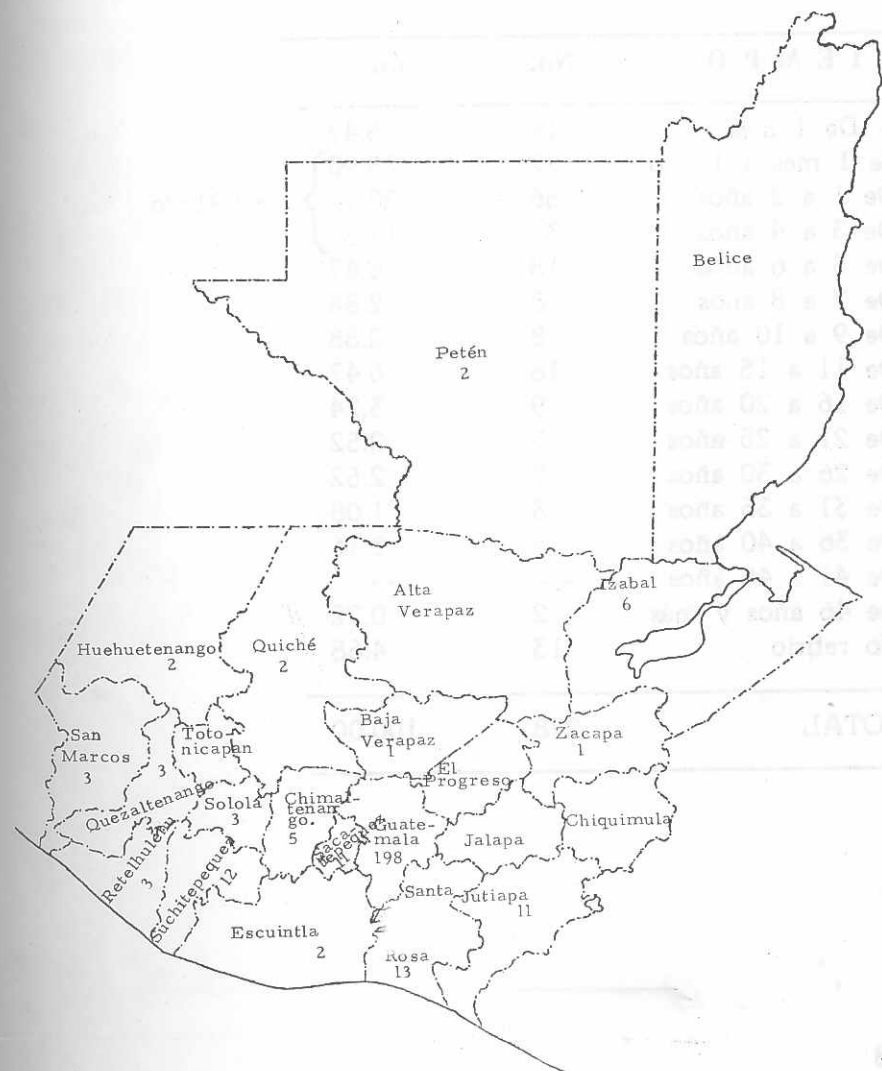


DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA

DEPARTAMENTO	No.	o/o
PETEN	2	0.72
IZABAL	6	2.16
BAJA VERAPAZ	1	0.36
SAN MARCOS	3	1.08
QUETZALTENANGO	3	1.08
SOLOLA	3	1.08
QUICHE	2	0.72
RETALHULEU	3	1.08
SUCHITEPEQUEZ	12	4.32
ESCUINTLA	2	0.72
JUTIAPA	11	3.96
SANTA ROSA	13	4.68
ZACAPA	1	0.36
HUEHUETENANGO	2	0.72
SACATEPEQUEZ	11	3.96
CHIMALTENANGO	5	1.80
GUATEMALA	198	71.22
TOTAL	278	100.00

MAPA DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN LA PROCEDENCIA



DISTRIBUCION SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO	No.	o/o
- De 1 mes	18	6.47
de 1 mes a 1 año	72	25.90
De 1 a 2 años	56	20.14
De 3 a 4 años	33	11.87
De 5 a 6 años	18	6.47
De 7 a 8 años	8	2.88
De 9 a 10 años	8	2.88
De 11 a 15 años	18	6.47
De 16 a 20 años	9	3.24
De 21 a 25 años	7	2.52
De 26 a 30 años	7	2.52
De 31 a 35 años	3	1.08
De 36 a 40 años	6	2.16
De 41 a 45 años	--	--
De 46 años y más	2	0.72
No refirio	13	4.68
TOTAL	278	100.00

57.91o/o

PATOLOGIA ASOCIADA

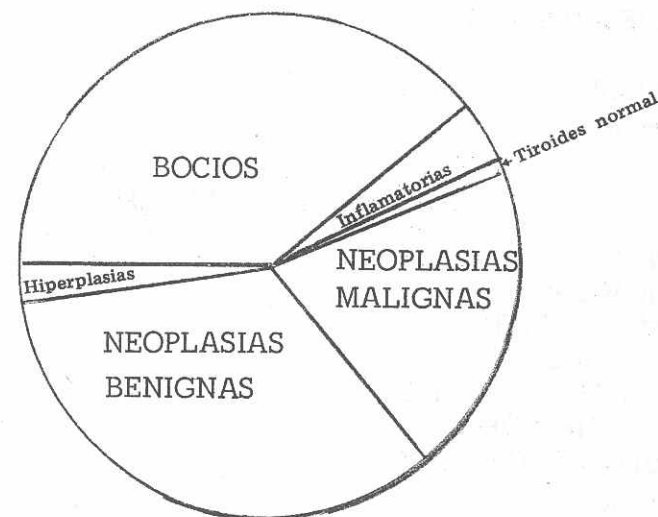
ENFERMEDAD	No.	o/o
ASMA BRONQUIAL	2	0.72
DIABETES	10	3.60
HIPERTENSION	21	7.55
VARICES	7	2.52
PARASITISMO	9	3.24
C.C.C.	6	2.72
D.C.A.	9	3.24
ANEMIA	10	3.60
SITUS INVERSUS	1	0.36
ENFERMEDAD PEPTICA	11	3.96

TIPO DE CIRUGIA EFECTUADA

OPERACION:	No.	o/o
T. TOTAL BILATERAL	17	6.11
T. SUBTOTAL BILATERAL	90	32.37
T. SUBTOTAL E ISMECTOMIA	31	11.15
ISMECTOMIAS	3	1.08
T. TOTAL IZQ. E ISMECTOMIA	6	2.16
T. TOTAL DER. E ISMECTOMIA	22	7.91
HEMITIROIDECTOMIA DERECHA	32	11.51
HEMITIROIDECTOMIA IZQUIERDA	24	8.63
HEMI. IZQUIERDA Y RESECCION DE NODULO DERECHO	1	0.36
HEMI. DERECHA Y BIOPSIA IZQ.	1	0.36
T. SUBTOTAL DER. Y TOTAL IZQ.	6	2.16
T. SUBTOTAL IZQ. Y TOTAL DER.	6	2.16
T. TOTAL Y DISECCION DE CUELLO	4	1.44
T. TOTAL DER. SUBTOTAL IZQ. Y DISECCION DE CUELLO	2	0.72
T. TOTAL IZQ. SUBTOTAL DER. Y DISECCION DE CUELLO	1	0.36
T. TOTAL IZQ. Y DISECCION	3	1.08
BIOPSIAS	16	5.76
EXPLORACION DE CUELLO	2	0.72
RESECCION DE NODULO	4	1.44
DRENAJE ABSCESO	1	0.36
EXICION QUISTE	6	2.16
T O T A L:	278	100.00

PATOLOGIA ENCONTRADA

DIAGNOSTICO	No.	o/o
ANOMALIAS CONGENITAS	---	---
TRASTORNOS REGRESIVOS	---	---
REACCIONES INFLAMATORIAS	11	3.96
BOCIOS SIMPLES	110	39.57
HIPERPLASIAS	7	2.52
NEOPLASIAS BENIGNAS	92	33.10
NEOPLASIAS MALIGNAS	57	20.50
TIROIDES NORMAL	1	0.36
T O T A L:	278	100.00



REACCIONES INFLAMATORIAS

TIROIDITIS AGUDA	--	--
TIROIDITIS DE HASHIMOTO	6	2.16
TIROIDITIS LINFOCITICA	--	--
TIROIDITIS GRANULOMATOSA	6	1.44
TIROIDITIS DE RIEDEL	1	0.36
T O T A L	11	3.96

BOCIOS SIMPLES

BOCIO DIFUSO COLOIDE	19	6.83
BOCIO NODULAR ADENOMATOSO	91	32.73
T O T A L	110	39.57

HIPERPLASIAS

HIPERPLASIAS PRIMARIAS (GRAVES-BASEDOW)	3	1.08
HIPERPLASIA SECUNDARIA	4	1.44
T O T A L	7	2.52

NEOPLASIAS BENIGNAS

ADENOMAS FOLICULARES	83	29.86
ADENOMA PAPILAR	2	0.72
ADENOMA MIXTO	1	0.36
TERATOMAS	1	0.36
QUISTE EPIDERMIOIDE	3	1.08
QUISTE TIROIDEO	1	0.36
NODULO CALCIFICADO	1	0.36
T O T A L:	92	33.10

NEOPLASIAS MALIGNAS

CARCINOMA PAPILAR	14	5.04
CARCINOMA FOLICULAR	12	4.32
CARCINOMA MIXTO	5	1.80
CARCINOMA CON ESTROMA	2	0.72
AMILOIDE (SOLIDO)		
CARCINOMA INDIFERENCIADO, ANAPLASTICO DEL CEL. PEQ. Y DEL CEL. GRANDES	22	7.91
CARCINOMA EPIDERMIOIDE INVASIVO	2	0.72
T O T A L	57	20.50

COMPLICACIONES

C O M P L I C A C I O N E S	No.	o/o
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	15	5.39
MUERTE (varias causas)	14	5.03
HIPOCALCEMIA TRANSITORIA	7	2.52
CRISIS TIROIDEA	3	1.08
HIOPARATIROIDISMO	3	1.08
HIPOTIROIDISMO	3	1.08
LESION NEVIO RECURRENTE	3	1.08
HEMORRAGIA POST. OP.	1	0.36
CICATRIZ RETRACTIL	1	0.36
DEHISCENCIA PARCIAL DE HERIDA OP.	2	0.72
TRACOMA	1	0.36
T O T A L	53	19.06

**ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
CON SU RESPECTIVA APLICACION TERAPEUTICA
Y CONDUCTA QUIRURGICA**

Se analizaron un total de 278 casos tratados durante el período comprendido del 1o. de Enero de 1967 al 31 de Diciembre de 1978. En la distribución por sexo, como era de esperarse predominó el sexo femenino con 228 casos que corresponden al 82.01o/o, mientras que al sexo masculino correspondieron 50 casos 17.99o/o. Obtenemos así una relación de 4.6 a 1 a favor del sexo femenino.

Al analizar el grupo Etnico, encontramos que 265 son ladinos (94.60o/o) y 15 son indígenas (5.40o/o). Vale la pena mencionar que no existen parámetros en el Departamento de Admisión para determinar el grupo étnico ni la raza, por lo que éste factor no tiene mayor validez bajo estas circunstancias.

La edad predominante fue entre los 40 y 50 años de edad, la segunda más importante entre los 30 y 40 años, estadística que semeja la de otras latitudes. Nótese que no hay casos registrados en la edad temprana de la vida, debido a que se trabajó únicamente con el departamento de adultos.

La mayoría de los casos 198 (71.22o/o) procedían de la ciudad capital, predominando entre estas las zonas 7, 11, 19 y 12. El resto de los casos provenían del interior del país. Predominando el departamento de Santa Rosa con 13 casos, los demás no tenían ninguna significación estadística para el presente estudio. Vale la pena mencionar que muchos de los pacientes que acuden al Hospital Roosevelt, dan direcciones falsas, para poder ser admitidos, consideramos que el número tan elevado de casos de esta ciudad capital, se debe al fenómeno anteriormente mencionado. Los síntomas y signos en los casos analizados fueron muy variables, pero en una gran mayoría predominaron el dolor local, deformidad física, agitación, nerviosidad, temblor, intranquilidad y sudoración. En cuanto al signo más predominante podemos decir que el 97o/o de los casos presentó una masa en el cuello, por lo que eran referidos al departamento de cirugía.

El tiempo de evolución de la enfermedad fué sumamente variable, encontrándose casos de pocos días y casos de muchos años de evolución, 119 casos (43o/o), presentaban sintomatología de 1 año o menos de evolución.

Las patologías más frecuentemente asociadas con enfermedades de la glándula Tiroides para el presente estudio fueron: Hipertensión Arterial 21 casos (7.55o/o), Anemia en 18 casos (6.47o/o), Diabetes 10 casos (3.60o/o). No encontramos ninguna que representara una significación estadística significativa.

El estudio preoperatorio de todos los casos fue manejado en forma conjunta con las secciones de Endocrinología y Radioterapia del Hospital. Los casos de Hipertiroidismo fueron tratados con antitiroideos y solución Lugol y a todas aquellas masas mono o multilobulares se les práctico Centellograma Tiroideo.

En cuanto al tipo de operación efectuada podemos observar que predominó la Tiroidectomía Subtotal Bilateral 90 casos (32.37o/o). Se encontraron 17 Tiroidectomías Totales Bilaterales. Se efectuaron 10 Disecciones de Cuello combinadas con Tiroidectomías Totales, Subtotales u otras variantes.

De los 278 casos 128 (46.04o/o), correspondieron a casos de Tiroiditis, Bocios o Hiperplasias; se encontraron 92 (33.1o/o) Neoplasias Benignas, 57 casos (20.5o/o) de Neoplasias Malignas y 1 Tiroides Normal. Todos los casos fueron referidos por la sección de Endocrinología cuando lo consideró conveniente, ya fuera por su tamaño, Nodularidad, Consistencia, Signos de compresión, o pobre respuesta a la administración de terapia supresiva con extracto tiroideo o su equivalente, así también como con la posibilidad de la coexistencia de carcinoma tiroideo en los casos nodulares, por tanto se consideraron casos quirúrgicos:

- 1- Cuando presentaban síntomas o signos de compresión
- 2- Al haber dolor o aumento rápido del tamaño de la glándula.
- 3- Por razones cosméticas

En aquellos casos en que por razones cosméticas se practicó tiroidectomía subtotal, se individualizaron cuidadosamente, ya que la tiroidectomía subtotal disminuye la habilidad de la glándula en su producción hormonal y se les administró terapia hormonal suplementaria post operatoria.

En lo que a los bocios multinodulares se refiere los resultados con terapia supresiva de extracto tiroideo o su equivalente han sido variantes y aunque a pesar de que disminuye la masa total de la glándula de tamaño, la nodularidad ha permanecido invariable por lo que se les ha considerado para tratamiento quirúrgico sobre todo, por las posibilidades de la presencia de un carcinoma dentro de dicha glándula. La mayoría de los casos fueron en mujeres mayores de 40 años. Habiéndose encontrado carcinoma dentro del bocio en 10 casos (11o/o) de 91 casos de bocio nodular. Resumiendo podemos decir que la cirugía está indicada en aquellos casos en donde hay alto índice de carcinoma, basados en los hallazgos clínicos y en los estudios diagnósticos.

Los nódulos solitarios en pacientes por debajo de los 40 años, sin distingo de sexo, se consideran con absoluta indicación quirúrgica así como los nódulos en hombres arriba de los 40 años.

En mujeres mayores de 40 años si el nódulo es funcionante de acuerdo con la centellografía, se trata de darle terapia supresiva, si responde al tratamiento médico, deberá continuarse éste indefinidamente; ahora bien si el nódulo no responde al tratamiento se le considera como quirúrgico, así como en aquellos casos en que exista evidencia de tirotoxicosis asociada

con el nódulo.

Los nódulos localizados al Istmo se trataron únicamente con Ismectomía y una porción superficial de ambos lóbulos, en aquellos casos que presentaron signos de compresión. En ningún caso se encontró asociación con carcinoma. Todos los casos tratados quirúrgicamente recibieron en el post operatorio terapia supresiva con hormona tiroidea.

En los casos de neoplasias benignas, se indicó cirugía, ya que una malignidad no puede ser descartada. La lesión y un margen de tejido tiroideo vecino fue extirpado, practicándose lobectomía total o subtotal, acompañada o no de Ismectomía, dependiendo del caso.

Las neoplasias malignas como el carcinoma papilar fueron tratadas con exición del lóbulo afectado y del Istmo, siempre y cuando no se detectaran metástasis a ganglios linfáticos cervicales, y en algunos casos se agregó resección subtotal del lóbulo opuesto, en muy pocos casos (10) se agregó disección radial del cuello o bien disección de cuello modificada, basados en que el pronóstico para lesiones avanzadas no se mejora haciendo procedimientos muy extensos. Debido a que la mayoría de éstos carcinomas son hormono-dependientes de la tiotropina, se administró en el post operatorio dosis supresivas de hormona tiroidea, tanto para aquellos con enfermedad metastásica como para los que presentaban invasión local. En forma similar fueron tratados los carcinomas de variedad mixta. Dicho criterio se considera válido aún para cuando se sienten 2 ó 3 nódulos. En aquellos casos en que la glándula sea multinodular y no muy grande, se considera indicado el tratamiento con hormona tiroidea.

En aquellos casos en que el bocio nodular afecta a solo un lóbulo del tiroides, se practica Hemitiroidectomía e Ismectomía, enviando de inmediato la pieza para estudio por congelación; después del tratamiento quirúrgico instituido, se les

administra hormona tiroidea en el post operatorio para disminuir la producción de tiotropina y prevenir la degeneración en los remanentes de la glándula.

En los casos de enfermedad de Graves tratados, se les administró antitiroideos y lugol y solo se consideró necesaria la cirugía en tres casos, tanto por no haber respondido al tratamiento por más de un año, como por la recurrencia de la tirotoxicosis al haber descontinuado el tratamiento antitiroideo. En los 3 casos se practicó tiroidectomía subtotal.

En los 4 pacientes con Bocio Nodular complicado con Hipertiroidismo, se practicó Tiroidectomía subtotal, con buenos resultados en 3 de ellos y 1 con Hipotiroidismo en el post operatorio.

Se operaron 11 casos de Tiroiditis, no habiendo encontrado ningún caso agudo y la más frecuentemente encontrada fué la enfermedad de Hashimoto, se consideró indicada cirugía en aquellos casos en que la glándula tiroides era asimétrica, nodular o habían síntomas de compresión.

En lo que se refiere a los carcinomas foliculares localizados se practicó hemitiroidectomía e ismectomía y a los que presentaban metástasis se les practicó tiroidectomía total más yodo 131 y hormona tiroidea.

Los carcinomas solos o nodulares fueron tratados con tiroidectomía total y linfadenectomía. Como este tumor no responde al tratamiento con yodo radiactivo, a radiación externa o a hormona tiroidea, no se dió tratamiento adicional post operatorio.

El carcinoma anaplástico fue tratado en algunas ocasiones con tiroidectomía total y disección radial de cuello, pero en la mayoría de los casos se consideró irresecable, practicándose

únicamente biopsia, Ismectomía asociada o no a traqueostomía. Durante el post operatorio se les administró radioterapia externa en especial para aliviar el dolor.

Las complicaciones que se presentaron en su orden de frecuencia fueron:

INFECCION DE LA HERIDA OPERATORIA: Se presentó en 15 casos (5.39o/o), porcentaje que hace notoria la necesidad de insistir en condiciones que disminuyan la contaminación de los quirófanos de un hospital universitario (docente).

HIPOCALCEMIA TRANSITORIA: Se presentó en 7 casos (2.52o/o) y en 3 casos (1.08o/o) **HIPOPARATIROIDISMO;** todos los casos fueron documentados por dosificaciones de fósforo y calcio séricos, el tratamiento lo constituyó el cloruro y/o el gluconato de calcio al 10o/o, y en los que se requirió, se empleó el tratamiento continuado con lactado de calcio.

CRISIS TIROIDEA: Se presentó en 3 casos (1.08o/o) en el post operatorio inmediato, siendo responsable de la muerte en uno de los pacientes. Fueron tratados con la administración de Yoduro de Potasio I.V. y Esteroides, así como Oxigenoterapia y soluciones glucosadas. En un caso se empleó el colchon de Hipotermia . (Antes de introducirse el propanolol).

HIPOTIROIDISMO: Se presentó en tres casos, usándose en todos ellos el extracto tiroideo de por vida.

LESION DEL NERVIO RECURRENTE: Se observó en tres casos, en dos de ellos se practicó Tiroidectomía Total y en el otro Hemitiroidectomía mas ismectomía. En los tres casos el diagnóstico reveló malignidad. La práctica rutinaria de Laringoscopia directa pre y post operatoria (antes de intubar al paciente e inmediatamente al extubarlo), permite evaluar la

movilidad de las cuerdas bucales y diferenciar en el post operatorio temprano las lesiones temporales de las permanentes del nervio recurrente.

HEMORRAGIA: Se presentó en un caso, en el cual se requirió volver al quirófano para realizar la Hemostasis.

CICATRIZ RETRACTIL: Se presentó en un caso, con defectuoso cierre de los músculos pre tiroideos.

MUERTE: Se presentó en 14 casos, de los cuales 8 eran carcinomas indiferenciados, en un estadio bastante avanzado. Otros 3 casos correspondieron también a Neoplasias malignas avanzadas, 1 caso fue de Bocio Adenomatoso con crisis tiroidea en el post operatorio inmediato y dos casos que correspondieron a Adenomas Foliculares, uno de ellos presentó una BNM y el otro paro cardíaco.

Quitando los casos de Carcinomas invasivos, en los que el tratamiento fué paliativo, quedarían 3 casos de mortalidad, que representan el 1.08o/o y que no son atribuibles directamente a la técnica quirúrgica efectuada.

Escasamente un 5o/o de los casos tratados acudieron a las citas de control en la consulta externa, por lo que no se sabe si presentaron alguna complicación posteriormente.

CLASIFICACION DE LA PATOLOGIA DEL TIROIDES SEGUN
LOS INFORMES DE LAS PIEZAS QUIRURGICAS RECIBIDAS
EN EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL HOSPITAL
ROOSEVELT, DURANTE EL PERIODO SOMETIDO A
ANALISIS.

ANOMALIAS CONGENITAS: 3 0.82o/o

- Conducto o Quiste Tirogloso: 3
- Hipoplasia o Aplasia: 0

ANOMALIAS REGRESIVAS: 0

- Atrofia: 0
- Amiloidosis: 0
- Pigmentación: 0

INFLAMACIONES: 17 4.67o/o

- Tiroiditis aguda: 0
- Tiroiditis Sub-Abuda o Crónica: 17
 - Granulomatoso: 4
 - Hashimoto: 11
 - Linfocítica: 0
 - Riedel: 2

BOCIOS: 154 42.30o/o

- Coloide o Simple: 33
- Nodular o Coloide Adenomatoso Multiple: 121

HIPERPLASIAS: 7 1.92o/o

- Primaria: 3
- Secundaria: 4

TUMORES BENIGNOS: 108 29.67o/o

- ADENOMA FOLICULAR: 102
- ADENOMA PAPILAR: 4
- ADENOMA MIXTO: 1
- TERATOMAS: 1

TUMORES MALIGNOS: 69 18.95o/o

- Ca. Papilar: 19
- Ca. Folicular: 15
- Ca. Anaplásico: 7
- Ca. Medular: 3
- Ca. Indiferenciado: 18
- Ca. Mixto (folicular y papilar): 5
- Ca. Epidermoide: 2

TIROIDES NORMAL: 2 0.54o/o

Quistes Toriideos: 4 1.08o/o

CONCLUSIONES

- En el presente estudio como era de esperarse, predomina la incidencia de patología de la glándula tiroides en el sexo femenino.
- No se puede determinar si existe alguna relación entre la raza y las afecciones de la glándula tiroides, ya que no se clasifica bien este parámetro en el departamento de admisión.
- El 50o/o de los casos se presentó entre los 30 y 50 años de edad.
- Casi la totalidad de los casos presentaban una masa o tumoración en el cuello como signo predominante.
- El tiempo de evolución de la enfermedad fue sumamente variable.
- El tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la glándula tiroides se practica:
 - . Para establecer el diagnóstico en pacientes con aumento de tamaño difuso de la glándula o la presencia de masa dentro de la glándula tiroides.
 - . Para extirpar lesiones benignas o malignas.
 - . En casos seleccionados para el tratamiento de la tirotoxicosis.
 - . Para aliviar síntomas compresivos atribuibles a enfermedades tiroideas.

BIBLIOGRAFIA

CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTE AMERICA, ABRIL 1974.
Cirugía Endócrina. Vol 54, No. 2 pp, 277-338.

TRATAMIENTO PRE Y POSTOPERATORIO. DRS. KINNEY,
EGDAHL, y ZUIDEMA; 2a. edición 1973. Cap. 25. Nueva
editorial Interamericana S.A. de C.V.

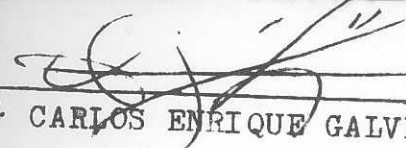
TECNICA QUIRURGICA MODERNA. DR. MAX THOREX. 2a.
edición, 1953; Tomo I. Salvat editores S.A. Barcelona. pp 624 y
ss.

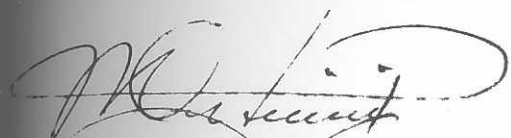
MANUAL DE CIRUGIA. SIR CECIL WAKELEY. TOMO II. 1a.
edición 1956, Salvat editores S.A. Barcelona pp 859-874.

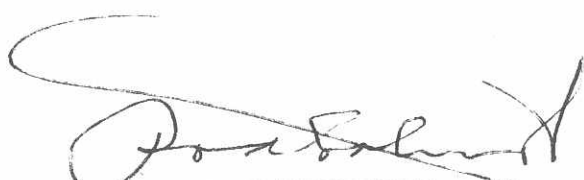
DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. Dr. MARCUS A.
KRUPP, Dr. MILTON J. CHATTON. Editorial el Manual Moderno
S.A. 11a. edición.

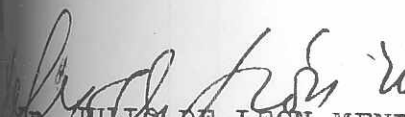
TRATADO DE MEDICINA INTERNA. Dr. CIL-LOEB. Dr. PAUL
B. BEESON, Dr. WALSH McDERMONTT. Editorial
Interamericana. 13a. Edición.

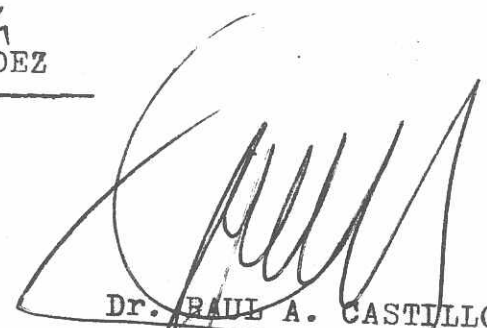
TRATADO DE PATOLOGIA. Dr. STANLEY L. ROBBINS.
Editorial Interamericana. 3a. Edición pp. 1088 y ss.


Br. CARLOS ENRIQUE GALVEZ ROSELLO

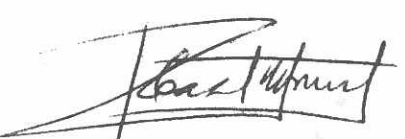

Dr. MIGUEL ANGEL MARTINI P.
Asesor


Dr. RODOLFO SOLIS HEGEL
Revisor


Dr. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III


Dr. RAUL A. CASTILLO R.
Secretario General

Vo.Bo.


Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO
Decano