

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela Académica Profesional de Medicina Humana**

**CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA MALIGNA Y BENIGNA TIROIDEA CON TRATAMIENTO  
QUIRURGICO EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
DE ENERO DE 1985 A DICIEMBRE DE 2005**

**TESIS**

**Presentado por:**

**BACH. WALTER BERNARDO RAMIREZ CHOQUECOTA**

**Para optar el Título Profesional de:**

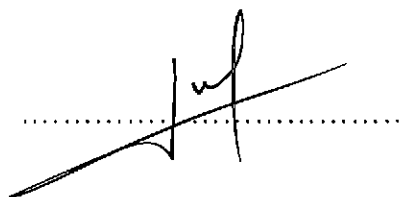
**MEDICO CIRUJANO**

**Tacna - Perú  
2007**

JURADO DE TESIS

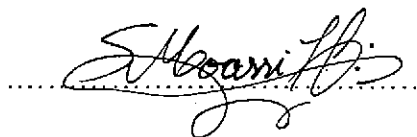
PRESIDENTE:

Dr. Guillermo Bornaz Acosta

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G Bornaz', written over a horizontal dotted line.

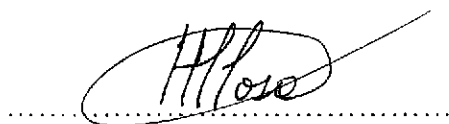
JURADO

Méd. Salvador Moarri Hoss

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S Moarri Hoss', written over a horizontal dotted line.

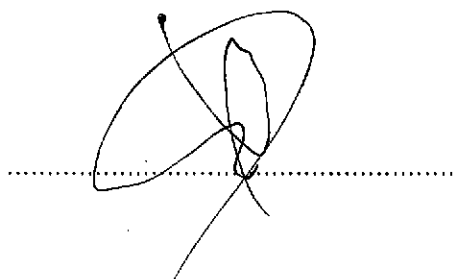
JURADO

Méd. Cristina Llosa Rodriguez

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C Llosa', written over a horizontal dotted line.

ASESOR

Méd. César Ingar Valverde

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C Ingar Valverde', written over a horizontal dotted line.

Registro N° 075 - 2007 - FDCM Escuela: MEDICINA HUMANA

Bachiller: WALTER BERNARDO RAMIREZ CHOQUEOLA

Fecha de Sustentación: 19 de octubre de 2007

Aprobado por: UNANIMIDAD Nota: 15 (QUINCE)

Calificativo: BUENO

Jurado: - Dr. Guillermo Bonari Acosta

- Mg. Salvador Moani Hess

- Med. Cristina Ilsa Rodriguez

Observaciones: \_\_\_\_\_

  
Secretario Académico  
Administrativo

**Agradecimiento:**

A mis maestros que forjaron en mi el deseo  
de superación así como seguir adelante  
y con gratitud al Dr. Roberto Rivas Lévano.

A mis padres por su apoyo y comprensión  
incondicional en todo momento.

A Dios por haberme iluminado por haber  
mi camino a lograr el objetivo de  
ser mejor y ayudar al prójimo

A todos aquellos, mi eterno agradecimiento.

## CONTENIDO

	Página
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	01
CAPITULO I . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1. Justificación	03
1.2 Descripción del problema	03
1.3 Formulación del problema	04
1.4 Objetivos	05
1.5 Hipótesis	06
CAPITULO II . MARCO TEORICO	07
2.1 Embriología	07
2.2 Anatomía	07
2.3 Histología	09
2.4 Fisiología	09
2.5 Patología quirúrgica benigna tiroidea	11
2.5.1 Tiroiditis	11
2.5.2 Bocio Nodular	14
2.5.3 Nódulo Tiroideo	17
2.5.4 Adenomas	19

2.6	Cirugía tiroidea	22
2.7	Complicaciones postoperatorias	24
2.8	Patología quirúrgica maligna tiroidea	29
CAPITULO III MATERIAL Y METODO		38
3.1	Material	38
3.2	Método	40
CAPITULO IV. RESULTADOS.		41
CUADROS DE PATOLOGIA BENIGNA TIROIDEA		
Cuadro No. 01	.-Distribución por patología quirúrgica	41
Cuadro No. 02	.-Distribución según edad	43
Cuadro No. 03	.-Distribución según sexo	45
Cuadro No. 04	.-Distribución según procedencia	47
Cuadro No. 05	.-Distribución según tiempo de enfermedad	49
Cuadro No. 06	.-Distribución según cuadro clínico	51
Cuadro No. 07	.-Distribución según localización del tumor	52
Cuadro No. 08	.-Distribución según tratamiento quirúrgico	54
Cuadro No. 09	.-Distribución según estancia hospitalaria	56
Cuadro No. 10	.-Distribución según complicaciones intraoperatorias	57
Cuadro No. 11	.-Distribución según seguimiento del paciente	58

## CUADROS DE PATOLOGIA MALIGNA TIROIDEA

Cuadro No. 12	.- Distribución por patología quirúrgica	60
..... Cuadro No. 13	.- Distribución según sexo	62
Cuadro No. 14	.-Distribución según procedencia	64
Cuadro No. 15	.-Distribución según cuadro clínico	66
Cuadro No. 16	.-Distribución según tratamiento quirúrgico	67

## GRAFICOS DE PATOLOGIA BENIGNA TIROIDEA

Gráfico No. 01	.- Distribución por patología quirúrgica benigna tiroidea	42
Gráfico No. 02	.- Distribución según edad	44
Gráfico No. 03	.- Distribución según sexo	46
Gráfico No. 04	. Distribución según procedencia	48
Gráfico No. 05	.- Distribución según tiempo de enfermedad	50
Gráfico No. 06	.- Distribución según localización del tumor	53
Gráfico No. 07	.- Distribución según tratamiento quirúrgico	55
Gráfico No. 08.-	Distribución según seguimiento del paciente	57

## GRAFICOS DE PATOLOGIA MALIGNA TIROIDEA

Gráfico No. 09.-	Distribución por patología quirúrgica maligna tiroidea	61
Gráfico No. 10	Distribución según sexo	63
Gráfico No. 11	Distribución según procedencia	65
Gráfico No. 12	Distribución según tratamiento quirúrgico	68

CAPITULO IV . DISCUSION Y COMENTARIOS	70
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	94

## RESUMEN

El presente trabajo se realizó en el Hospital de Apoyo Hipólito Unánue de Tacna en los 49 pacientes que fueron sometidos a cirugía de tiroides por patología benigna y 12 pacientes por patología maligna en el periodo comprendido entre enero de 1985 y diciembre del 2005. El método empleado fue el descriptivo y retrospectivo, se estudió las historias clínicas teniendo en cuenta datos de filiación, cuadro clínico, tratamiento, evolución y seguimiento de los pacientes.

Se encontró que la patología quirúrgica benigna tumoral tiroidea más frecuente era la hiperplasia glandular, Asimismo la patología quirúrgica maligna tumoral tiroidea más frecuente es el carcinoma papilar, el sexo femenino era predominante sobre el masculino, la edad correspondió a la comprendida entre los 40 y 59 años de edad y su procedencia en su mayoría de la Sierra.

En el cuadro clínico el 100% de los casos presentó una tumoración en el cuello. Las técnicas quirúrgicas empleadas más frecuentes en patologías benignas fueron la hemitiroidectomía y la tiroidectomía subtotal. Asimismo la tiroidectomía total es la técnica quirúrgica más empleada en patologías malignas. En el seguimiento del paciente, tenemos un mayor número de pacientes sanos en el 88% de los casos.

## ABSTRACT

Hipólito Unánue Hospital of Tacna that they were in the 49 patients accomplished present work himself in the supportive hospital subdued to thyroid surgery for benign pathology and 12 patients for malignant pathology in the period among January 1985 and December understood of the 2005. The method once was used was the descriptive and retrospective, case histories taking into account affiliation data, clinical picture, treatment, evolution of the patients.

He met than the surgical pathology benign thyroid tumoral more frequent I was her glandular hiperplasia, Asimismo the surgical pathology malignant thyroid tumoral more frequent the carcinoma is papilar, the female sex was prevailing envelope the masculine, the age his procedence corresponded to the comprised among the 40 and 59 years elderly and in the main of the saw.

The cases's 100% showed In the clinical picture a tubercle in the . neck..The technical surgical more frequent employees in benign pathologies went her hemitiroidectomía and her tiroidectomía subtotal.In like manner her total tiroidectomía is the surgical technique plus employee in malignant pathologies.In the patient's tracking, we have healthy patients's bigger number in the 88% of the cases.

## INTRODUCCIÓN

La tiroides, como todas las glándulas puede no estar presentar o sufrir alteraciones que se inician en el periodo fetal, tiene la capacidad de desarrollar tumores benignos o malignos que pueden o no acompañarse de alteraciones de su función. La patología quirúrgica de la glándula tiroides aparece con mayor frecuencia en el sexo femenino, entre la tercera y cuarta década de la vida. Puede ocurrir con intensidad variable en casi todos los países y pocos parecen estar libre del todo libre de éstos. (SABISTON, 1995)

La patología tiroidea se presente en el 3% al 5% de la población y es la segunda enfermedad después de la diabetes mellitus. (UDELSMAN, 1998). A pesar de los conocimientos actuales sobre las enfermedades tiroideas y los medios terapéuticos modernos, la cirugía continúa siendo el tratamiento efectivo y de elección para muchas de ellas sin dejar de mencionar que de todas las glándulas endocrinas la tiroides es la más intervenida quirúrgicamente. (SUAREZ CUEVA, 1994)

En nuestro país adquiere importancia ya que los departamentos más afectados son de la región andina en la que parte de su población migra hacia la costa.

A través de los años la tenacidad del hombre ha permitido el avance de la ciencia en todos los campos, por lo tanto, también en la cirugía de tiroides. Theodore Kocher, el padre de la cirugía de tiroides, realizó 5000 tiroidectomías con una mortalidad de 1 % y describió el cuadro clínico del hipotiroidismo como complicación postoperatoria mediata en 30 de sus 100 primeros pacientes sometidos a tiroidectomía. (SCHWARTZ, 1995)

La evolución de cirugía de tiroides fue resumida por Williams Halsted, el primer profesor de cirugía de la escuela de medicina de la Universidad John Hopkins, en su obra :”Operativo store of Goiter” publicada en 1920. Halsted describió su propio método para la tiroidectomía de manera excepcional. (SABISTON, 1995)

Las complicaciones de la tiroidectomía pueden ser muy serias y producir una grave incapacidad, a veces permanente. Por ello la cirugía de tiroides sólo debe ser practicada por quién conozca a fondo la anatomía de la región y tenga adiestramiento adecuado, además de experiencia, de lo contrario corre el riesgo de que los resultados sean insatisfactorios o que las complicaciones sean más graves que la enfermedad original. (WHEELER, 1998)

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 JUSTIFICACION**

Contribuir al mejor conocimiento sobre la patología quirúrgica maligna y benigna tiroidea. Así dar a conocer a la profesión médica las experiencias de los cirujanos del Hospital Hipólito Unánue de Tacna en lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento de la patología maligna y benigna tiroidea con tratamiento quirúrgico. Restrepo y Guzman, mencionaron que uno de los factores de mayor influencia sobre la frecuencia del cáncer tiroideo es la prevalencia del bocio nodular de la glándula tiroides en la población en general.

#### **1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

Una alta proporción mundial, con variaciones de tipo geográfico, ambiental, y genético padece de bocio y nódulos tiroideos. La frecuencia y las complicaciones aumenta con el avance de la edad. La patología en el cuello o por extensión retroesternal o intratorácica y el hipertiroidismo se incrementan en relación directa con la evolución cronológica del bocio o nódulo. (ROMERO TORRES, 2000)

### 1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas asociadas a la patología benigna y maligna tiroidea con tratamiento quirúrgico en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna de enero de 1985 a diciembre de 2005?

La frecuencia de nódulos tiroideos es muy elevada en la población general de todas las regiones del mundo. Se puede asegurar que casi la mitad de las personas mayores de 50 años presentan nódulos tiroideos, según se puede comprobar por ecografías y autopsias sistemáticas. Las cifras varían según la región geográfica y la atención que en las instituciones se preste el examen histopatológico de la glándula tiroidea, ya que no todos los nódulos tiroideos son palpables y la frecuencia en las autopsias es más alta que en los exámenes clínicos. (ROMERO TORRES, 2000)

Este es por lo tanto un problema en muchas regiones del mundo. En 1950 la Tercera Asamblea Mundial de la Salud reconoció la necesidad de fomentar estudios sobre este mal que amenazaba el bienestar físico, social y económico de varios sectores de la población mundial. (ROMERO TORRES, 2000)

## 1.4 OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínico-epidemiológicas asociadas a la patología tiroidea benigna y maligna con tratamiento quirúrgico en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna de enero de 1985 a diciembre del 2005

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la asociación del sexo, edad, procedencia y tiempo de enfermedad respecto a la patología quirúrgica benigna tiroidea

Evaluar las posibles asociaciones entre la localización del tumor benigno, las manifestaciones clínicas e intervención quirúrgica del paciente con patología benigna tiroidea

Evaluar las posibles complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, la estancia del paciente y el seguimiento en relación a la patología quirúrgica benigna tiroidea

Determinar la posible asociación del sexo, edad, procedencia y tiempo de enfermedad respecto a la patología maligna tiroidea

## 1.5 HIPOTESIS

La patología quirúrgica maligna y benigna tiroidea tiene relación con las características clínico-epidemiológicas tales como edad, sexo procedencia, tiempo de enfermedad, localización y complicaciones

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 EMBRIOLOGÍA**

La glándula tiroides se origina aproximadamente a fines de la cuarta semana en el piso de la faringe por medio de un divertículo entre la primera y segunda bolsa faríngea, su punto de origen tiende a quedar ubicado por una depresión llamada foramen caecum; luego de liberarse el esbozo tiroideo emigra caudalmente a lo largo de una trayectoria ventral respecto a la faringe. Aproximadamente en la séptima semana se encuentra a nivel del esbozo laríngeo, aquí la mayor parte de su masa consiste en dos lóbulos y un istmo de tejido que los une.(LANGMAN,1996)

#### **2.2 ANATOMÍA**

La glándula tiroides es un órgano impar, medio y simétrico, tiene la forma de una H, es de coloración gris rosada y de consistencia blanda. Mide de 6 a 7 cm de ancho por 3 cm. de alto, su grosor es de 4 a 6 mm en la parte media y de 15 a 20 mm en las partes laterales. Su peso varía de 30 a 60 gr.(TESTUT,1986).

La glándula tiroides ocupa la cara anterior del cuello y corresponde casi a la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores del mismo. Es convexa en la parte anterior y cóncava en la posterior por su relación con las porciones anterolaterales de la tráquea y la laringe. Consta de dos lóbulos laterales que se extienden a los lados de la laringe. En la superficie posterior de los lóbulos laterales de la glándula se encuentran las cuatro glándulas paratiroides y los nervios recurrentes, que están situados en una hendidura entre la tráquea y el esófago, justo medial a los lóbulos laterales, los cuales están unidos por el istmo. El lóbulo piramidal es una prominencia estrecha, larga de tejido tiroideo, que se extiende hacia arriba desde el istmo y se sitúa en la superficie del cartílago tiroides. Constituye un vestigio del conducto tirogloso embrionario y se encuentra en 80% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

El flujo de sangre a la glándula tiroides es considerable: 4 a 6 ml/gr/min. La irrigación arterial proviene de cuatro arterias principales: dos arterias tiroideas superiores, que provienen de las carótidas externas y descienden varios centímetros en el cuello para llegar a los polos superiores de cada lóbulo donde se ramifican. Las dos arterias tiroideas inferiores surgen de los troncos tirocervicales de las subclavias y penetran en la parte inferior de cada lóbulo por atrás. La arteria tiroidea Ima o arteria tiroidea Media o de Neubauer es un pequeño vaso inconstante que se puede originar en el cayado aórtico, en el tronco braquiocefálico o aún en la arteria Subclavia y que llega al borde inferior del istmo para anastomosarse con las ramas de la arteria Tiroidea Inferior. (SCHWARTZ, 1995)

Las venas forman un plexo tiroideo, se dividen en venas Tiroideas Superiores, que desembocan en la vena yugular interna o en el tronco tirolinguofacial; las venas tiroideas medias que desembocan en la vena yugular interna y las venas tiroideas inferiores, que van directamente al tronco venoso braquiocefálico.

### **2.3 HISTOLOGÍA**

Al microscopio la tiroides se encuentra compuesta de folículos de distinto tamaño llenos de coloide proteínáceo, son estructuras esféricas revestidas de células cuboideas regulares, las cuales cuentan con numerosas microvellosidades que se extienden desde la superficie apical, hacia el coloide folicular, en el cual se almacena la tiroglobulina. Los folículos se encuentran separados por un estroma delicado de tejido fibroso, cada lobulillo está regado por una arteria individual. De forma dispersa encontramos un segundo grupo de células llamadas parafoliculares o células C, porque contienen y secretan calcitonina, derivan del neuroectodermo. (ROBBINS,1998)

### **2.4 FISIOLOGÍA**

La glándula tiroides secreta dos hormonas importantes: la tiroxina(T4) y la triyodotironina(T3)

Para fabricar cantidades normales de hormona tiroidea se necesita ingerir de 100 a 200 ug/d de yodo, los que son absorbidos del tubo digestivo a la sangre en forma de yoduro iónico. Normalmente la tiroides tiene un ritmo de aclaramiento de yoduro plasmático entre 10 y 35 ml de plasma/mm, esta captación es un proceso activo que requiere energía.(ROMERO TORRES,2000)

Los iones yoduro, luego de su captación, son transportados rápidamente hacia el espacio luminal de folículos y ahí son incorporados a una molécula orgánica o se difunden saliendo de los folículos sin modificación. La oxidación del yoduro a yodo molecular es catalizada por una peroxidasa. La MIT es yodada en posición C5 para formar DIT. La formación de yodotirosinas, T4 y T3 resultan de la condensación de dos moléculas de DIT y una de MIT, las moléculas que no son utilizadas sufren desyodación catalítica por acción de una deshalogenasa.(GUYTON,1996)

Los compuestos yodados de la tiroides están combinados, la mayor parte con tiroglobulina. Para la secreción de hormona tiroidea, son liberadas de la tiroglobulina por enzimas proteolíticas, penetrando luego fácilmente a la circulación. El 90% de hormona liberada es tiroxina y el 10% es triyodotironina.(SODEMAN,1988)

Liberadas las hormonas tiroideas, se fijan en una de las diversas proteínas portadoras: globulina fijadora de tiroxina, prealbúmina fijadora de tiroxina y albúmina sérica. La T3 y la T4 libres, cruzan la mayor parte de membranas celulares, sin embargo la tiroxina no existe en el LCR y cruza lentamente la placenta humana. El destino de la T4 será la conjugación de la porción fenólica de la molécula formándose glucurónido o sulfato, la desintegración de la cadena lateral de alanina y el desyodamiento. El yodo es eliminado normalmente por el riñón, sólo hay pequeñas cantidades que son eliminadas por las heces. (GANONG, 1998)

Las hormonas tiroideas tienen dos efectos importantes en el organismo: aumentan el índice metabólico total y estimulan el crecimiento de los niños, además de efectos en mecanismos específicos del organismo. (SODEMAN, 1988)

En la regulación de la secreción de la cantidad necesaria de hormona tiroidea, interviene un mecanismo de retroalimentación específica, en el que participa el hipotálamo y la hipófisis anterior. (GANONG, 1998)

Finalmente es importante mencionar la secreción de calcitonina por las células parafoliculares de la glándula tiroidea, cuyo principal efecto es disminuir la concentración plasmática del calcio. (GUYTON, 1996)

## **2.5 PATOLOGÍA QUIRÚRGICA BENIGNA TIROIDEA**

### **2.5.1 TIROIDITIS**

La tiroiditis aguda se divide en supurativa y no supurativa. La subaguda incluye la tiroiditis de Quervain y la crónica a la enfermedad de Hashimoto, tiroiditis granulomatosa(células gigantes) y tiroiditis de Riedel.(SABISTON,1996)

La tiroiditis aguda no supurativa es de causa viral y coincide con cuadros gripales; produce fiebre, astenia, dolor e hipotiroidismo transitorio, el tratamiento es médico con reposo y antiinflamatorios.(GONZALO LOZANO,1998)

La tiroiditis supurativa aguda, es la forma más rara de tiroiditis, es consecutiva a la infección aguda de las vías respiratorias altas.Es más común en mujeres entre los 20 y 40 años, se presenta con dolor intenso en el cuello, de inicio súbito, disfagia, fiebre y escalofríos. Generalmente es unilateral, el tratamiento consiste en antibióticos por vía parenteral y drenaje al aparecer por fluctuación.(SCHWARTZ, 1995)

La tiroiditis subaguda de Quervain o de células gigantes, se presenta tras infecciones de las vías respiratorias altas, lo que apunta a que su etiología sea viral. Ocurre más comúnmente en mujeres (80%) entre los 40 y 50 años, luego de un pródromo viral se presenta dolor en la región cervical, súbito, unilateral, que se irradia al oído del mismo lado. El trastorno remite de forma espontánea después de un periodo variable de tiempo, el tratamiento consiste en analgésicos en los casos leves, se usan esteroides en los casos más severos.

La tiroiditis linfocítica crónica o enfermedad de Hashimoto, es la forma crónica más común. Es un proceso autoinmunitario de etiología no precisada en el que se encuentran anticuerpos contra la fracción microsomal de las células tiroideas, tiroglobulina, T3 y T4. La frecuencia es de 0.3 a 1.5 casos por mil habitantes por año, es más común en mujeres (10-15:1) que en hombres y la edad de presentación es entre los 30 y 50 años. (SUGENOYA, 1992)

Los síntomas de hipotiroidismo asociado a un bocio indoloro y firme son las manifestaciones frecuentes, la consistencia es finamente nodular y los bocios grandes pueden presentar síntomas compresivos. Si la glándula es simétrica y no produce compresión, se usan dosis supresoras de hormona tiroidea, si hay signos compresivos o se sospecha carcinoma asociado, se realiza una tiroidectomía total o subtotal. (SINGER, 1991)

La tiroiditis de Riedel, es una enfermedad extremadamente rara de causa desconocida, la que se presenta como una masa dura y leñosa en la región tiroidea, con marcada fibrosis e inflamación crónica y alrededor de la glándula. El proceso inflamatorio infiltra tejidos vecinos y causa síntomas de compresión, es frecuente encontrar hipotiroidismo. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando hay síntomas compresivos.(WAY CURRENT,1994)

### **2.5.2 BOCIO NODULAR**

Se suele aplicar este término al crecimiento benigno de la glándula tiroides. Se excluyen los bocios relacionados con tirotoxicosis, tiroiditis y neoplasias. El bocio por su patrón de crecimiento puede ser difuso, si compromete toda la glándula, o nodular si es a predominio de uno o más de sus nódulos.

El bocio nodular es la presencia de masas únicas múltiples, generalmente asimétricas y de volúmenes mayores, encapsulados y no constituidos por inflamación, absceso o tumor. Pueden ser endémicos o esporádicos, tóxicos y no tóxicos. Nódulo tiroideo se define como masas de menor tamaño. Diversos estudios han señalado la presencia de bocio nodular en el 3 a 5% de la población, sin embargo esto varía si se trata de zonas bociógenas o no. Es 3 a 6 veces más frecuentes en mujeres que en varones.(ROMERO TORRES,2000)

La patogenia no se sabe con exactitud, según Marine, contribuye a su formación ciclos de hiperplasia tiroidea seguidos por involución. Al disminuir la captación de yodo, hay un mecanismo compensador mediado por la TSH, lo que origina que la glándula aumente de tamaño en forma difusa y con la estimulación persistente se hace nodular o de la presencia de nódulos autónomos que se desarrollan libres de la TSH.(ROBBINS,1999)

Los bocios nodulares pueden ser:

- **Parenquimatosos:** De los bocios nodulares el 30% en zonas endémicas,son nódulos blanquecinos, esféricos, sólidos, firmes, definidos, separados por una cápsula fibrosa.
- **Coloide:** En zonas no endémicas, representa el 27% de los bocios nodulares. Traslúcidos compuestos por quistes o nódulos mal definidos.
- **Mixto:** Tiene características de las dos variedades anteriores.

El bocio nodular puede aparecer durante la pubertad o adolescencia por los cambios hormonales de esta época.

A veces aumenta con el embarazo. Los nódulos pueden crecer, estancarse o desaparecer. Pueden producir síntomas como aumento de la glándula, con defectos estéticos, disfagia, tos, dificultad respiratoria, alteraciones de la función del nervio laríngeo recurrente, cuadros de tirotoxicosis (10 a 15%), obstrucción de las venas del cuello y dolor súbito en caso de hemorragias intrabociosas.(MAZAFERRI,1993)

En ocasiones el crecimiento de la glándula tiroides se produce por debajo del estrecho torácico superior, lo que se conoce como bocio retroesternal, se presenta en el 1.7% al 13.5% de los pacientes operados, es común en zonas bociógenas. De crecimiento gradual o repentino, ocasiona síntomas de compresión aerodigestiva y tirotoxicosis (10%). (ROMERO TORRES,2000)

La captación de Yodo 131 y los niveles séricos de T3 y T4 pueden sufrir un aumento ligero.(MAZAFERRI,1993)

En el tratamiento del bocio nodular es importante individualizar cada caso; si es asintomático no requiere tratamiento, si hubiera síntomas entonces inicialmente se daría yodo con lo que se ha logrado resultados favorables en un 50 a 60%, se opera teniendo en cuenta lo siguiente:

- Pacientes con historia médica y examen clínico sospechosos de carcinoma: historia de radiación, crecimiento rápido, parálisis del nervio laríngeo recurrente, firmeza y fijación de nódulos, adenopatías cervicales.
- Pacientes con obstrucción parcial intermitente o permanente de vías aéreas superiores u otras estructuras del cuello.
- Bocios con deformación estética del cuello, aún sin producir obstrucción y sin enfermedad sistémica grave concomitante.
- Bocios endotorácicos.

- Bocios nodulares tóxicos o enfermedad de Plummer.
- Masas que siguen creciendo a pesar del tratamiento de supresión de hormona tiroidea.
- La prevención de los nódulos recurrentes y/o recidivantes, dependen de la completa extirpación de los mismos y no de la extirpación profiláctica del mayor tejido tiroideo. (ROBBINS, 1999)

Asímismo, se reporta incidencias de 0.9 a 9% más frecuentes entre la cuarta y quinta década, 3 a 4 mujeres por cada varón, son independientes de la TSH, su desarrollo gradual puede ocasionar hipertiroidismo. Se considera dentro de estos a la enfermedad de Plummer (bocio nodular tóxico) y a la enfermedad de Cope (adenoma tóxico), descritos por primera vez en 1913 y 1947 respectivamente. Su tratamiento de elección es la tumorectomía. (O' BRIEN, 1992)

### **2.5.3 NÓDULOS TIROIDEOS**

Los nódulos tiroideos son más frecuentes en mujeres que en hombres, su frecuencia se incrementa con la edad y varía según el método de detección. La evaluación ecográfica tiroidea en mujeres ha encontrado una frecuencia del 30 a 70%. (MULDER, 1998) Sin embargo como más del 90% de los nódulos son benignos, el problema consiste en seleccionar a los pacientes en los cuales haya sospecha de malignidad y someterlos a cirugía. (SABINSTON, 1995)

Por ejemplo si una persona presenta un nódulo o múltiples nódulos tiroideos y además ha tenido el antecedente de haber sido expuesto a dosis bajas de radiación en la cabeza y el cuello o tiene un familiar con carcinoma medular de Tiroides, el riesgo de cáncer es alto. (SCHMEIDER, 1990)

Es más sospechoso de carcinoma un nódulo solitario de crecimiento rápido. Las edades extremas son más propensas a malignidad, así mismo los varones tienen menos nódulos benignos que las mujeres. (WAY CURRENT, 1994)

El método auxiliar diagnóstico que ha demostrado ser más útil en la valoración de un nódulo tiroideo es la biopsia aspiración por aguja fina con examen citológico, en manos de un citólogo de tiroides se puede clasificar histológicamente de manera correcta 90% o más de los nódulos en los siguientes grupos: nódulo coloide, hojas de células foliculares, nódulo maligno o no diagnóstico. (GODINHO MATOS, 1992). Todos los pacientes con citología maligna se operan, también los que presentan hojas de células foliculares. Esto último debido a que los cánceres foliculares presentan la misma citología que los adenomas foliculares y la diferencia se obtiene al realizar un cuidadoso examen histopatológico. (SCHWARTZ, 1995)

Las indicaciones principales para intervenir quirúrgicamente un nódulo tiroideo son: sospecha de cáncer, síntomas compresivos, hipertiroidismo, extensión subesternal y deformidad cosmética. (WAY CURRENT, 1994)

#### **2.5.4 ADENOMAS**

Los adenomas tiroideos se forman por la estimulación persistente de la TSH, exposición a radiación y otros factores que también influyen en la génesis del carcinoma tiroideo.(MICHANS,1997)

Se caracterizan por presentar una masa generalmente única o solitaria, de estructura uniforme con una cápsula fibrosa completa, clara diferenciación entre la arquitectura interna y externa de la cápsula, compresión vecina del parénquima tiroideo y ausencia de nodularidad en el resto la glándula, constituida por tejido neoplásico benigno. Rara vez sobrepasan los 3 cm. de diámetro.(MAZAFERRI,1993)

##### **2.5.4.1 Clasificación de Adenomas**

a) Foliculares: Se desconoce su etiología, muchos se originan de focos de hiperplasia regenerativa, contienen folículos, llenos de coloide, de tamaño y de número diverso separados por diferentes cantidades de estroma.Sólo el 1% produce hipertiroidismo clínico.(SABINSTON,1995)

A su vez se subdivide en:

- Coloide: O macrofolicular, es el más común representando el 42 a 77% de todos los adenomas.(MAZAFERRI,1993)
- A. Fetal: Conocido como microfolicular
- A. Simple
- A Embrionario o de Células Embrionarias
- A. Oxifilítico: conocido como adenoma de las células de Hurtle, 5%
- A. Atípico o Pleomórfico

b) Papilar: Raro, de etiología desconocida, de crecimiento frondoso en papilas y tendencia a la degeneración quística, con frecuencia se presenta como un cistoadenoma. (ROBBINS, 1995)

Generalmente son asintomáticos, descubiertos en forma accidental y de crecimiento lento, rara vez síntomas de compresión en el cuello e hipertiroidismo. (CHRISTOPHER, 1980)

Es importante los adenomas del carcinoma del Tiroides esto por técnicas de aspiración o biopsia.(MAZAFERRI,1993)

El tratamiento inicial es con hormona tiroidea, usando grandes dosis sin producir hipertiroidismo, sí el adenoma sigue creciendo es de elección la resección quirúrgica: tiroidectomía total en el lóbulo afectado o tumorectomía con una margen de tejido vecino, si es multinodular resección del istmo y tiroidectomía subtotal en el lóbulo contralateral. (DESCHAMPS,1987)

Los adenomas son lesiones de buen pronóstico y la supervivencia es a largo plazo.(HINES,1993)

### **2.5.5 OTROS TUMORES BENIGNOS**

Los quistes representan el 10-15% de los nódulos solitarios de Tiroides, la mayoría son una degeneración quística de un adenoma folicular o de bocios, multinodulares.(ROBBINS, 1999). Además tenemos quistes dermoides, lipomas, hemangiomas y teratomas.

## **2.6 CIRUGÍA TIROIDEA**

El tratamiento quirúrgico de la glándula Tiroides se lleva a cabo para:

- a) Establecer el diagnóstico en un paciente con una masa en dicha glándula.
- b) Extirpar tumores benignos y malignos.
- c) Tratamiento de una tirotoxicosis.
- d) Aliviar síntomas compresivos por efecto de la glándula. (SCHWARTZ,1995)

Las intervenciones quirúrgicas realizadas por patología de la glándula Tiroides son: biopsia, nodulectomía,lobectomía,lobectomía más istmectomía, tiroidectomía subtotal,tiroidectomía total y disección de cuello radical.(AVELLO,1995)

### **2.6.1 Tipos de Intervenciones Quirúrgicas**

- La biopsia es la remoción y examen de un tejido y otro material del cuerpo vivo con fines de diagnóstico.
- La nodulectomía es la extirpación quirúrgica de un nódulo. (MARIA BUENO,2000)
- La lobectomía tiroidea consiste en resear sólo un lóbulo de la tiroides.

- La lobectomía tiroidea con istmectomía, consiste extirpar el lóbulo comprometido y el istmo.
- La tiroidectomía subtotal, implica remover todo un lóbulo, el istmo y la mayor parte de tejido del lóbulo contralateral. (AVELLO, 1995)
- La tiroidectomía total indica la extirpación de toda la glándula y el lóbulo piramidal, con eliminación de todo tejido tiroideo en profundidad y posterior al ligamento suspensorio posterior del tiroides y de cualquier tejido tiroideo extracapsular identificable a simple vista. Se debe preservar la rama externa del nervio laríngeo superior, el nervio laríngeo recurrente (cuando no está afectado directamente), las glándulas paratiroides y el timo. (LONE, 1990)
- La disección radical del cuello implica la tiroidectomía total, vaciamiento ganglionar y extirpación de las glándulas, paratiroides. Puede ser homolateral o bilateral. Si es ampliada, incluye vaciamiento ganglionar mediastinal y en algunas escuelas extirpación del músculo esternocleidomastoideo. (GAEGEL, 1996)

## **2.7 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

La presencia de complicaciones de la cirugía es de aproximadamente 13% incluyendo las más leves. (ROMERO TORRES,2000).Entre las principales complicaciones postoperatorias se encuentran:

a) Tempestad o tormenta tiroidea: Es un trastorno que pone en peligro la vida, en el cual se exageran los signos y síntomas de la tirotoxicosis, aunque la tempestad tiroidea puede presentarse sin un fenómeno precipitante conocido, puede ocurrir durante una operación tiroidea, no tiroidea o después de la misma.

El paciente presenta hipertermia, taquicardia, irritabilidad intensa, sudoración profusa, hipertensión, ansiedad extrema y postración final,hipotensión y si no se da el tratamiento de urgencia puede llegar a la muerte.(SCHWARTZ,1995)

Es imprescindible antes de operar un paciente tirotoxicósico, prepararlo adecuadamente para la intervención con yoduros y fármacos.

b) Hemorragia de la herida: La mejor medida profiláctica para este problema es la hemostasia meticulosa durante el acto quirúrgico. Se encuentra en 0.3 a 1%, pero es un problema importante, porque cantidades pequeñas de sangre pueden producir obstrucción respiratoria severa, el hematoma se desarrolla entre los límites de la fascia cervical profunda y producirá distensión de los planos del cuello. La manifestación inicial es una tumefacción del cuello y abultamiento de la herida, que puede evidenciar poco sangrado externo, debido a que el trayecto del drenaje se obstruye por un coágulo, o porque se ha realizado un cierre excesivamente ajustado. El paciente puede presentar una insuficiencia respiratoria obstructiva, la cual puede ser mortal. El tratamiento consiste en abrir de inmediato la herida y evacuar el coágulo, se aplica presión con una compresa y se lleva al paciente al quirófano, para realizar revisión de la hemostasia.(ARTZ,1990)

c) Lesión permanente del nervio laríngeo recurrente: Se encuentra en el 1 a 3% de las operaciones tiroideas, realizadas por cirujanos expertos. Esta complicación puede presentarse con mayor frecuencia si la operación se lleva a cabo por cáncer tiroideo.

Las lesiones pueden ser temporales o permanentes, unilaterales o bilaterales.(SCHWARTZ,1995). La función suele perderse por transección, ligadura, tracción o manipulación del nervio; aunque algunos autores responsabilizan de esta lesión al edema local postoperatorio que causaría compresión de las fibras, ocasionando parálisis temporal del nervio.(ROMERO TORRES,2000).

La mayoría de autores recomiendan la identificación y exposición del nervio durante el acto operatorio, como medida importante para evitar esta complicación.(ARTZ,1990). Se ha reportado que el uso de corticosteroides en el preoperatorio y/o en el intraoperatorio reducirían a la cuarta parte la frecuencia y la duración de la parálisis temporal del nervio laríngeo recurrente. (LORE,1998)

La lesión unilateral produce parálisis de la cuerda vocal del lado afectado evidenciada clínicamente por disfonía y ronquera, mientras que la lesión de ambos nervios produce parálisis de ambas cuerdas vocales con la consecuente obstrucción de la vía aérea, lo que hace imperativa la traqueostomía de urgencia.(ROMERO TORRES,2000).

Las reintervenciones por esta complicación van del 1 al 20%. (HINES,1993)

d) Hipoparatiroidismo: Su aparición depende de múltiples factores pero sobre todo del tipo de intervención realizada y la afección tratada.(MARTOS MARTINEZ, 1998).

Esta complicación puede producirse al extirpar inadvertidamente las glándulas paratiroides, al comprometer su irrigación sanguínea o al edema debido a la manipulación quirúrgica.(ARTZ,1990). Puede ser temporal o permanente, generalmente se presenta en el segundo o tercer día postoperatorio, pero puede hacerlo en forma más tardía. El cuadro clínico se caracteriza por entumecimiento circumoral, hormigueo de los dedos de las manos, calambres musculares, parestesias, nerviosismo y a veces ansiedad intensa. Aparece temprano el signo de Chvostek, puede presentarse también espasmo carpopedal o signo de Trousseau (ARTZ, 1990). El tratamiento consiste en administrar calcio oral o endovenoso, además de vitamina D.(ARTZ,1990).

e) Hipotiroidismo: Su frecuencia es variable y aumenta en la medida que los cirujanos asumen conductas más radicales en la resección. La frecuencia encontrada de esta complicación es aproximadamente 4.5% después de resecciones limitadas y de alrededor del 21% en resecciones radicales.(ROMERO TORRES,2000)

En aproximadamente el 50% de los pacientes con hipotiroidismo, el cuadro clínico se presenta de forma inmediata, mientras que dentro del año siguiente a la operación ya es diagnosticable en el 87%.Otras complicaciones pueden ser:

- Infección: Abscesos.
- Alteraciones estéticas: Necrosis del borde de la herida, adherencia del proceso cicatrizal, cicatriz queloide.

## 2.8.CANCER DE LA GLANDULA TIROIDES

### 2.8.1Epidemiología

El cáncer de la glándula tiroides representa el 1% del total de nuevos cánceres que se diagnostican por año en toda la economía. Representa el 89% de las neoplasias endocrinas malignas y el 2% de todas las tiroideopatías. Produce entre el 0,1 y 0,3% de las muertes por cáncer.

El riesgo medio de contraer la enfermedad en todo el mundo es de 3/100.000 habitantes. Entre el 60 y 90% de los cánceres tiroideos son diferenciados, el resto, en orden decreciente de frecuencia, son cánceres indiferenciados (anaplásicos), linfomas, sarcomas, carcinoma escamoso y metástasis de tumores de otros órganos.

Los cánceres diferenciados, excepto el medular, son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Los nódulos benignos también son más comunes en las mujeres y en personas mayores. La proporción relativa de pacientes con nódulos malignos es mayor en varones que en mujeres así como también en pacientes jóvenes comparados con los mayores.(ROMERO TORRES,2000)

La probabilidad de malignidad de un nódulo solitario es de alrededor del 10%, mientras que en el bocio multinodular puede alcanzar hasta un 5%.

El factor de riesgo epidemiológico más importante relacionado con el cáncer de tiroides es la exposición a radiaciones ionizantes. Este fue un factor de riesgo muy común en las décadas del 60 y 70 en algunas poblaciones de Japón y del Pacífico expuestas a la bomba atómica durante la Segunda Guerra Mundial.

En todo el mundo, durante los años 50 y 60 se ha efectuado tratamiento radiante de procesos benignos como el acné vulgaris, la hipertrofia del timo y trastornos inflamatorios del tejido conectivo, lo cual ha expuesto a mucha gente a radiaciones innecesarias y riesgosas. Con el abandono de esta práctica, en la mayoría de los países ha virtualmente desaparecido la exposición a radiaciones como un factor de riesgo significativo. Constituyen una excepción las áreas con un ambiente natural de alta radiación o pacientes que reciben radioterapia por procesos malignos o cualquier ambiente contaminado accidentalmente por fuentes militares o civiles.

## 2.8.2 ETIOLOGIA

A pesar de la incidencia baja del cáncer de tiroides, comparada con otras localizaciones, ha despertado un interés permanente con seguridad durante el presente siglo debido a sus múltiples factores de riesgo.

El cáncer de tiroides no es una neoplasia única sino múltiple y difiere en cuanto a su conducta biológica y por lo tanto en cuanto a su respuesta al tratamiento y a su pronóstico

## 2.8.3 CUADRO CLINICO

### SINTOMAS

Se puede dar en forma aislada o combinada, un aumento de volumen de la glándula, historia de crecimiento rápido, cambios en la voz (voz bitonal), alteración de la piel sobre el tumor, disnea o dificultad respiratoria, disfagia, aparición de adenopatía satélite, fractura patológica de huesos largos (metástasis a distancia), anorexia, baja de peso, compromiso de estado general. Además puede tenerse el antecedente de radioterapia recibida en la infancia por enfermedad benigna: como timo grande, tejido linfoideo hipértrofico, acné juvenil, hemangiomas cavernosos, etc. (SABISTON, 1996)

## SIGNOS

Inicialmente es característico el aumento de volumen glandular, de consistencia dura, en etapas más avanzadas se hace evidente la voz bitonal y la disnea, con o sin adenopatía cervical. En bocios multinodulares puede encontrarse un nódulo de mayor consistencia que el resto, o uno que ha crecido más rápido que los otros.

En los casos que presentan una mayor extensión de la lesión puede darse fijación del tumor a los planos profundos de la piel, ulceración con gran tendencia al sangramiento, síndrome de compresión venosa en el cuello, el hemitórax superior o enfermedad tumoral masiva del cuello, donde es fácil distinguirle tumor primario de la metástasis confluentes en linfonodos. Finalmente los hallazgos loco-regionales pueden presentarse de metástasis a distancia principalmente óseas, o ser éstas única manifestación inicial de la enfermedad. (ROMERO TORRES, 2000)

## 2.8.4 CLASIFICACION DE PATOLOGIA MALIGNA

### 2.8.4.1 Carcinoma papilar

Representa el 60 a 70% de los cánceres tiroideos. Se caracteriza al principio por crecimiento lento y poco agresivo.

Es más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida. En el 9% de los casos se reconocen antecedentes de radiación. Se ha observado que los pacientes con poliposis colónica familiar presentan un riesgo de carcinoma papilar de tiroides de 100 a 160 veces mayor que la población normal. Por esta razón a los enfermos con esta afección intestinal se les debe examinar la glándula tiroides, especialmente si son mujeres. Se caracteriza por la expresión de los oncogenes *ret/PTC*, *trk*, *met* y *c-erb*.

El factor pronóstico más importante es la edad. Los pacientes menores de 45 años, una vez tratados, muestran una mayor supervivencia libre de enfermedad, una supervivencia global superior y un crecimiento más lento del tumor que los mayores de esa edad. El sexo carece de influencia en la supervivencia, aunque parece que los varones tuvieran mayor tendencia a la diseminación.

Habitualmente el carcinoma papilar se presenta como un nódulo dominante en un lóbulo. Se pueden hallar nódulos menores en otras áreas o en el lóbulo contralateral. Es decir que este tumor puede ser bilateral y multifocal.

La enfermedad limitada a la glándula tiroides, sin invasión de la cápsula, tiene un 100% de posibilidades de curación. En este grupo, los tumores multicéntricos y los mayores de 1,5 cm son de peor pronóstico.

Las adenopatías palpables al efectuar el diagnóstico se hallan en el 50% de los pacientes. Esto determina la mayor posibilidad de recidivas locales pero no es un factor predictivo de causa específica de mortalidad.

Un 5 a 20% de los enfermos presentan metástasis pulmonares, óseas o hepáticas que empeoran el pronóstico. La disfagia y la ronquera son signos de mal pronóstico pues indican invasión local, sea por el tumor primario o por los ganglios metastáticos que infiltran a los recurrentes o al conducto laringotraqueal.. La falta de diferenciación y la aneuploidía empeorarían el pronóstico.

El aspecto macroscópico más común de un tumor papilar es el de un nódulo sólido bien definido, aunque algunas veces la lesión puede ser quística. Desde el punto de vista histológico es un tumor que forma papilas. Tiene células con núcleo en vidrio esmerilado, artificio de los cortes por inclusión en parafina.

El microcarcinoma papilar, conocido como carcinoma esclerosante oculto o carcinoma mínimo, se define como un carcinoma papilar de un tamaño menor de 1 cm..

El término “oculto” no es exacto porque este tumor puede ser palpable y se pueden hallar metástasis ganglionares palpables en el cuello. La OMS incluye en la clasificación cinco variedades anatomopatológicas del carcinoma papilar de tiroides (CPT) denominadas: CPT bien diferenciado, CPT folicular, CPT sólido, CPT esclerosante difuso y CPT de células altas. A estos se agrega un nuevo subtipo: el CPT mal diferenciado.

La variante mal diferenciada es más agresiva que la bien diferenciada. El CPT de células altas también tiene un peor pronóstico, con una tasa de recidivas del 80%. Son frecuentes las recurrencias ganglionares y la invasión traqueal.

La variante folicular del CPT fue categorizada comúnmente como carcinoma folicular por formar folículos, pero tiene células en vidrio esmerilado. En las metástasis puede formar papilas. Pese a que la neoplasia muestra sectores de diferenciación completamente foliculares, su comportamiento biológico es el del carcinoma papilar

En la TAC pueden presentarse depósitos nodulillares de calcio. Con la RNM el carcinoma papilar tiene una señal T1 hipointensa con respecto al tejido tiroideo normal y una señal T2 hiperhíntensa.

La supervivencia a 5 años del tratamiento es del 92 a 97%. A los 10 años hay una supervivencia del 75% de los enfermos mayores de 40 años y del 95% de los menores de 40 años de edad al momento del tratamiento.

El sistema de pronóstico más preciso es el denominado MACIS. Este sistema considera la presencia de Metástasis, la edad del paciente (Age), la resección completa del tumor (Completeness of primary tumor resection), invasión extratiroidea (extrathyroidal Invasión) y tamaño del tumor (Size).

#### 3.8.4.2 Carcinoma folicular

El diagnóstico de carcinoma folicular es histológico. La PAAF no es suficiente para diferenciar un adenoma folicular de un carcinoma folicular. La neoplasia es maligna si se determina la invasión capsular y vascular, en tanto que será un adenoma folicular en ausencia de esa invasión.

Representa el 25 a 30% de los tumores tiroideos y es de peor pronóstico que el carcinoma papilar. Predomina en mujeres en una proporción de 3:1 con respecto al sexo masculino. Tiene su máxima incidencia en la quinta década de la vida. El crecimiento es lento, aunque más rápido que el papilar. Las recidivas son más precoces y frecuentes. En áreas con deficiencia de Yodo está aumentada la proporción de carcinoma folicular con respecto al papilar.

Se ha constatado una mutación del oncogén-ras en el 40 a 50% de los carcinomas foliculares por lo que se considera que esta alteración es importante en la etiología de esta variedad de cáncer tiroideo. La familia de los genes-ras está integrada por tres genes: K-ras, H-ras y N-ras. Los productos del gen son proteínas de membrana ligadoras de nucleótido de guanina (guanosina difosfato y guanosina trifosfato). Estas proteínas están en la parte interna de la membrana plasmática y están involucradas en la transducción de señales. Una simple mutación en el gen ras es suficiente para la activación que resulta en la síntesis de proteínas anormales. La activación del gen ras ocurre por mutación en uno de los tres codones 12, 13 ó 16.

La extensión local y la edad son factores pronósticos de igual importancia que en la forma papilar. Las formas agresivas se manifiestan con invasión local y regional. La invasión ganglionar se halla en el 10% de los casos y definitivamente afecta el pronóstico. El grado de diferenciación, el contenido de ADN y la aneuploidía empeoran el pronóstico. La supervivencia a 5 años oscila entre el 73 y 96% y a los 10 años entre el 43 y el 94%

El carcinoma folicular se divide en dos subtipos: 1) extensamente invasivo y 2) mínimamente invasivo. El primero es el más difícil de identificar y tiene un mejor pronóstico que el segundo. Para determinar diferentes grupos de riesgo de los carcinomas papilar y folicular es útil, como complemento del pTNM, el sistema AMES: A = Age; M = Metastasis; E = Extratiroid Extent; S = Size

## **CAPITULO III**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **3.1 MATERIAL**

##### **Lugar de estudio**

La investigación se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Hipólito Unánue de Tacna

##### **Población y Muestra**

Se considera un grupo historias clínicas constituidos por pacientes con patología maligna y benigna tiroidea con tratamiento quirúrgico entre el 1 de enero de 1985 y el 31 de diciembre del 2005 cuyas historias clínicas estén sujetas a los siguientes criterios:

### Criterios de Inclusión

a) Pacientes con patología maligna y benigna tiroidea con tratamiento quirúrgico entre el 1 de enero del 1985 al 31 de diciembre del 2005 hospitalizados en el departamento de Cirugía

b) Pacientes cuyas historias clínicas consigne los datos de la ficha pre-elaborada, además del informe de anatomía-patológica

### Criterios de Exclusión

a) Pacientes en cuyas historias clínicas no figure el resultado de anatomía-patológica

b) Pacientes en cuyas historias clínicas no se consignan los datos de la ficha pre-elaborada

### Tipo de Estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, retrospectivo y explicativo comprende a todos los pacientes con patología maligna y benigna tiroidea con tratamiento quirúrgico.

### 3.2METODO

#### Procedimiento

Previa autorización del Jefe de Servicio se procedió a revisar el libro de egresos del Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unánue de Tacna para encontrar los números de historias clínicas que correspondan a los pacientes con patología tiroidea maligna y benigna que fueron hospitalizados en el servicio de cirugía del mencionado hospital desde el 1 de enero de 1985 al 31 de diciembre del 2005.

Luego se solicitó sus respectivas historias clínicas a la Unidad de Estadística para revisión y recolección de información (como resultado de anatomía patológica, récord operatorio, evolución del paciente, etc) que fue transcrita en la ficha de recolección de datos (anexo 01).

De acuerdo a los objetivos planteados, se selecciona 67 pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología tiroidea, no cumpliendo con nuestro patrón de estudio 5 historias clínicas, por lo que nuestro total de muestra fue de 49 pacientes con patología quirúrgica benigna y 12 pacientes con patología quirúrgica maligna.

## Análisis estadístico

Terminado el llenado de las fichas se procedió a la tabulación de los datos obtenidos, se utiliza método Chi cuadrado. Se describen frecuencias absolutas y relativas

## RECURSOS

### a) Humanos

Tutor

Autor

Estadístico

### b) Materiales

Historias Clínicas

Records Operatorios

Informes de Anatomía Patológica

Ficha de recolección de datos

Bibliografía

Computadora personal

Utiles de escritorio

### c) Económicos

Autofinanciado

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No.1

#### Distribución por Patología Quirúrgica

Patología Quirúrgica	No.	%
Nódulo Coloide	13	27
Hiperplasia Glandular Coloide(Bocio)	21	43
Adenoma Folicular	15	30
TOTAL	49	100

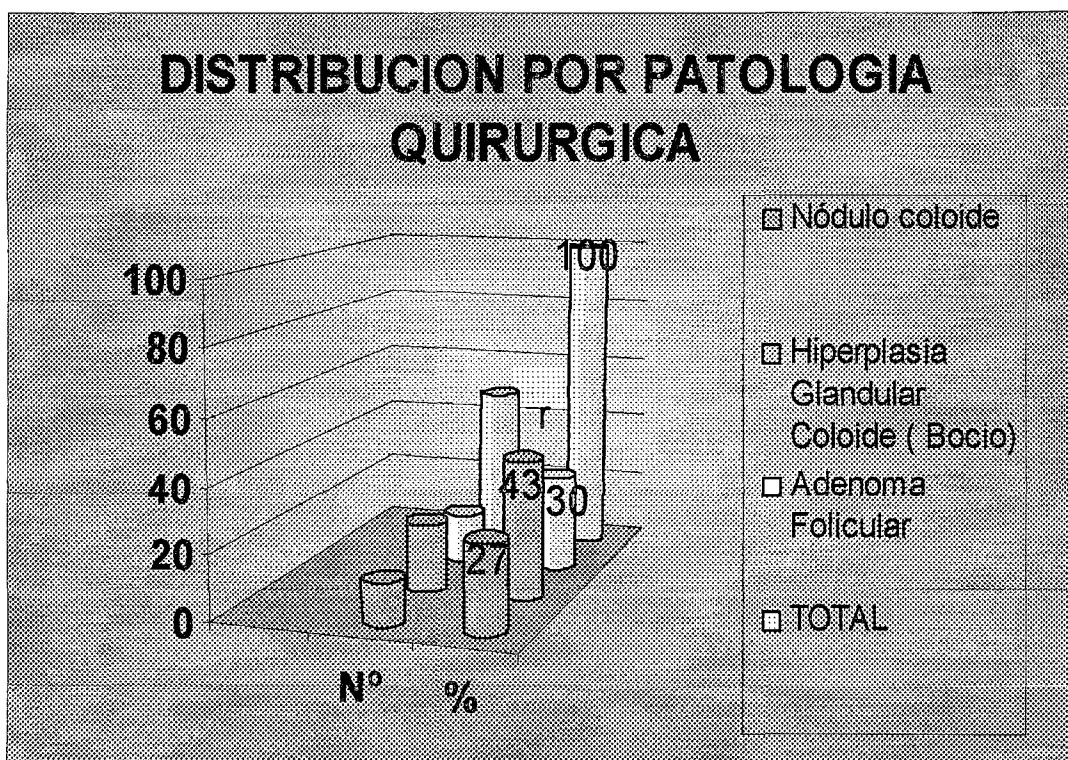
Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Se nota que 13 pacientes (27%) corresponden a nódulos tiroideos coloides, 21 pacientes(43%) a bocios tiroideos coloides o hiperplasia glandular coloidea y 15 pacientes(30%) corresponden a adenoma tiroideo, siendo foliculares en el total de los casos.

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Gráfico No. 1



Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

**CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA**

**EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA**

1985-2005

Cuadro No.2

**SEGÚN EDAD**

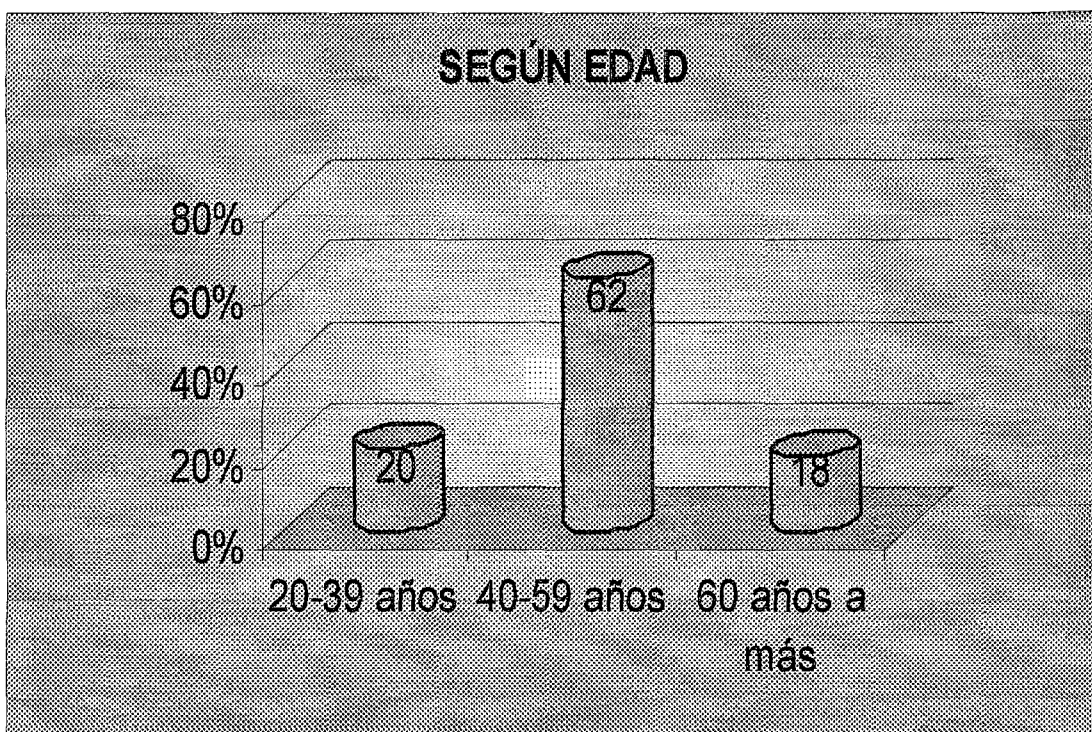
Grupo Etáreo	Nódulo		Hiperplasia		Adenoma		TOTAL	
	Coloide		Glandular		Folicular			
	No	%	No	%	No.	%	No	%
20-39 años	2	3	5	10	3	6	10	20
40-59 años	11	23	10	21	9	18	30	62
60 años a más	-	-	6	12	3	6	9	18
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>43</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Se observa que el nódulo coloide se presenta con más frecuencia entre los 40 y 59 años, en un 23%, la hiperplasia glandular también entre los 40 y 59 años en 21%, asimismo el adenoma folicular en un 18%, por lo tanto, en nuestro estudio las tres patologías tuvieron en común la edad en la mayoría de los casos.

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
1985-2005

Gráfico No.2



Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No 3

SEGÚN SEXO

SEXO	Nódulo		Hiperplasia		Adenoma		TOTAL	
	Coloide		Glandular		Folicular			
	No.	%	No	%	No	%	No	%
Masculino	4	9	-	-	3	6	7	14
Femenino	9	18	21	43	12	24	42	86
TOTAL	13	27	21	43	15	30	49	100

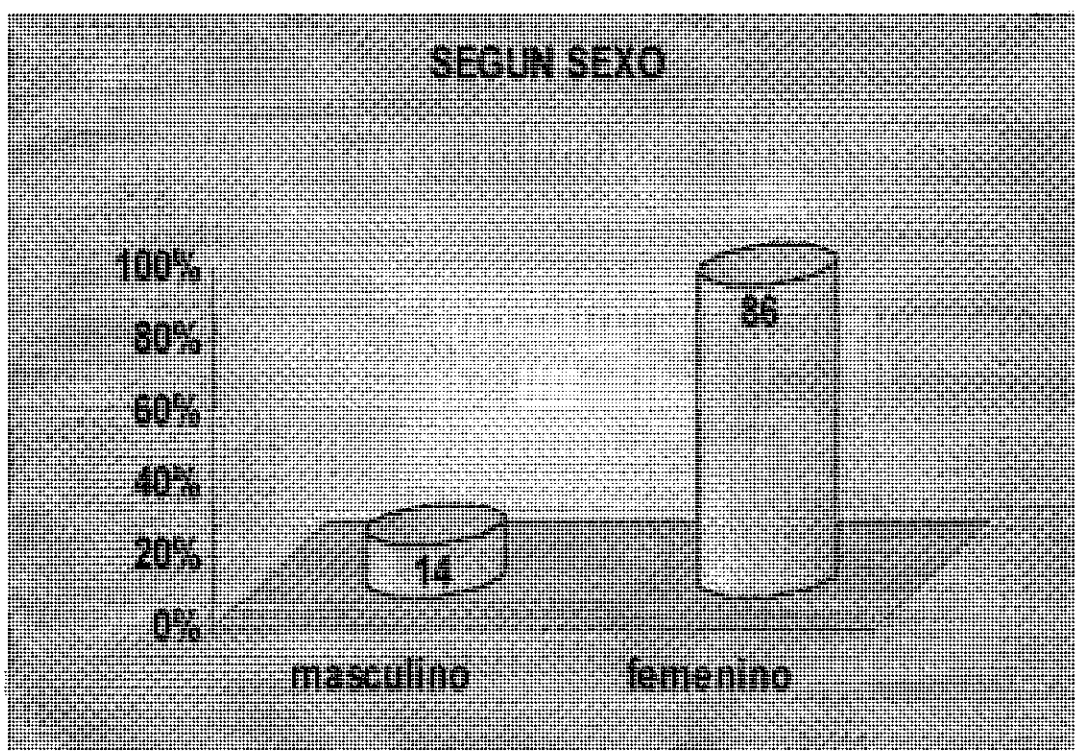
Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna .

Observamos que la población está constituida mayoritariamente por el sexo femenino en el caso de los nódulos tiroideos, hiperplasia glandular y adenoma folicular, en un porcentaje de 18,43 y 24 % respectivamente.

$$\bar{X} = \frac{2}{0} < \bar{X} = \frac{2}{t(99\%)} = 13.3 \quad P < 0.01$$

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
1985-2005

Gráfico No.3



Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna .

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No.4

SEGUN PROCEDENCIA

Procedencia	Nódulo		Hiperplasia		Adenoma		TOTAL	
	Coloide		Glandular		Folicular			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Costa	6	12	4	9	6	12	16	33
Sierra	7	15	17	34	9	18	33	67
Selva	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13	27	21	43	15	30	49	100

Fuente: Los datos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística del Hospital Unánue de Tacna

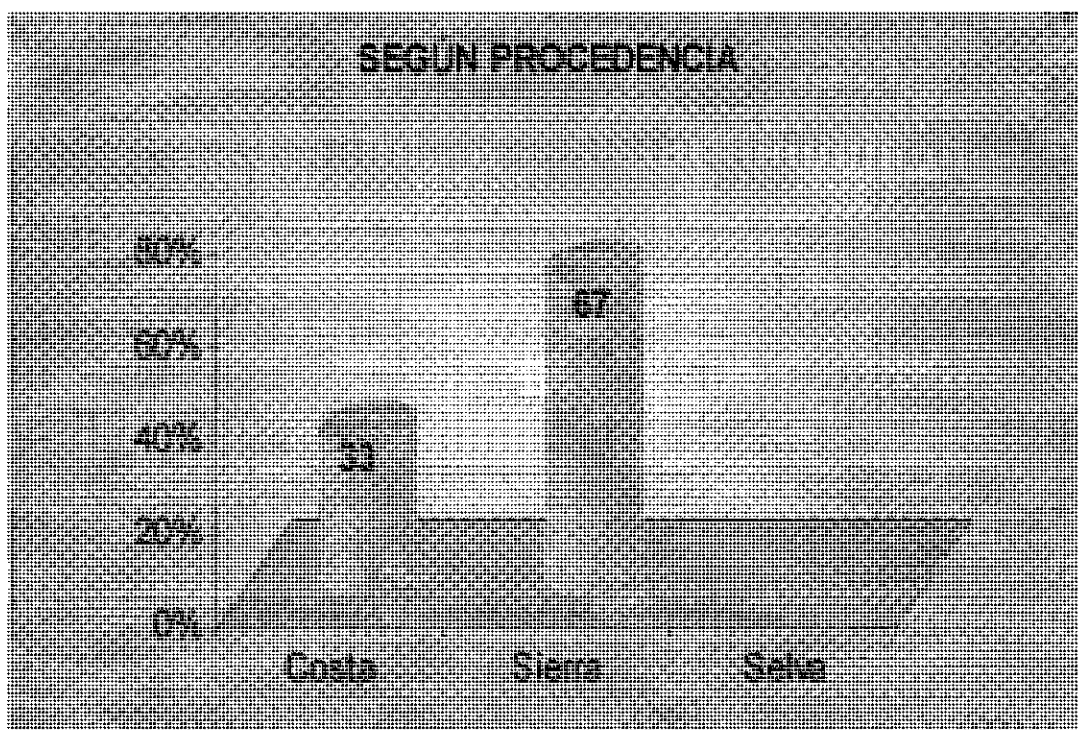
Se aprecia que nuestros pacientes proceden de la Sierra en un 67%, especialmente del departamento de Puno, tanto para nódulo coloide, hiperplasia glandular y adenoma folicular en un porcentaje de 15,34 y 18% respectivamente.

$$\frac{2}{X} = \frac{2}{0} < \frac{2}{X} = 13.3 \quad P < 0.01$$

$t(99\%)$

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
1985-2005

Gráfico No 4



Fuente: Los datos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA

EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No.5

SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD

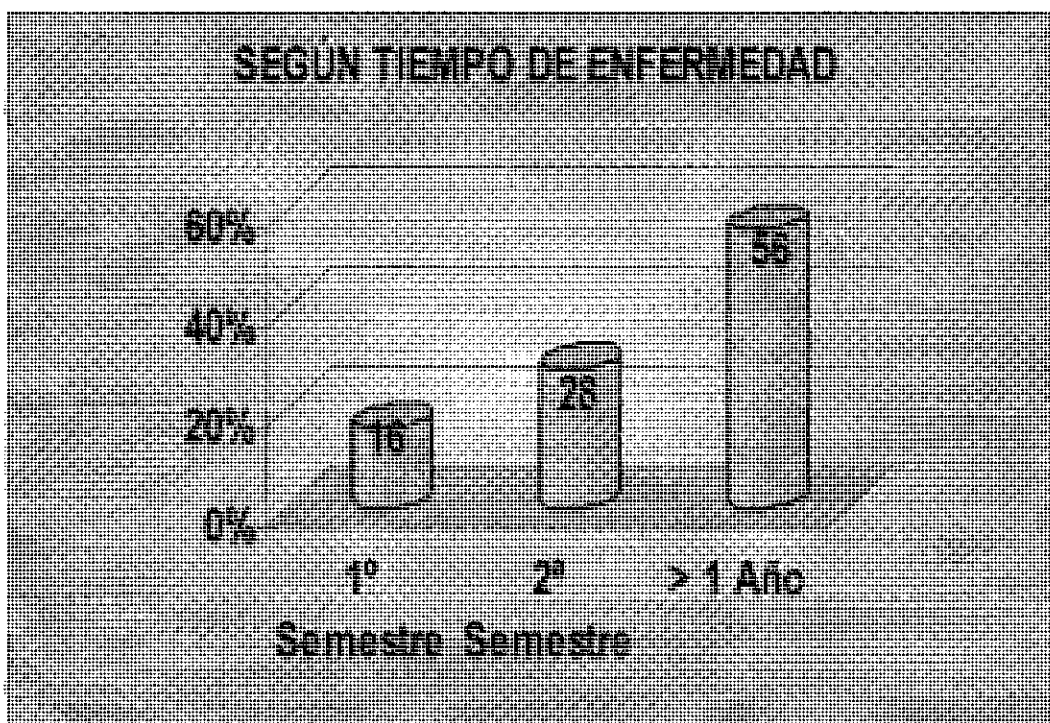
Tiempo de Enfermedad	Nódulo Coloide		Hiperplasia Glandular		Adenoma Folicular		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	1-6 meses	2	4	3	6	3	6	8
7-12 meses	4	8	5	10	5	9	14	28
> 1 año	7	15	13	27	7	15	27	56
<b>TOTAL</b>	13	27	21	43	15	30	49	100

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Podemos observar que para los tres tipos de patología benigna tiroidea, predominó el tiempo mayor de un año en un 15,28, y 15% para nódulo coloide, hiperplasia glandular y adenoma folicular respectivamente

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
1985-2005

Gráfico No.5



Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de HCl de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No 6

SEGÚN CUADRO CLINICO

Síntomas/Signos	Tumores Benignos de la Glándula Tiroides	
	No.	%
Tumoración	49	100
Dolor cervical	8	16
Limitación del movimiento	2	4
Disfagia	2	4
Disminución del peso	3	6

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Pacientes con patología benigna tiroidea se caracterizaron por tumoración cervical en el 100% de los casos, 16% dolor cervical, limitación de los movimientos del cuello en un 4%, disfagia en un 4% y disminución del peso en el 6%.

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No.7

SEGÚN LOCALIZACION DEL TUMOR

Localización	Nódulo		Hiperplasia		Adenoma		TOTAL	
	Coloide		Glandular		Folicular			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Lób. Derecho	9	18	7	15	10	21	26	54
Lób. Izquierdo	4	9	3	6	5	9	12	24
Istmo	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambos Lóbulos	-	-	11	22	-	-	11	22
TOTAL	13	27	21	43	15	30	49	100

Fuente :Datos obtenidos de historias clínicas de Estadística del Hospital Unánue

Se ve con respecto al total absoluto(49 casos=100%)el lóbulo derecho es el favorito para la localización de los tumores benignos de la glándula tiroides(56%).Le sigue el lóbulo izquierdo(24%) y muy cerca ambos lóbulos con un 22%

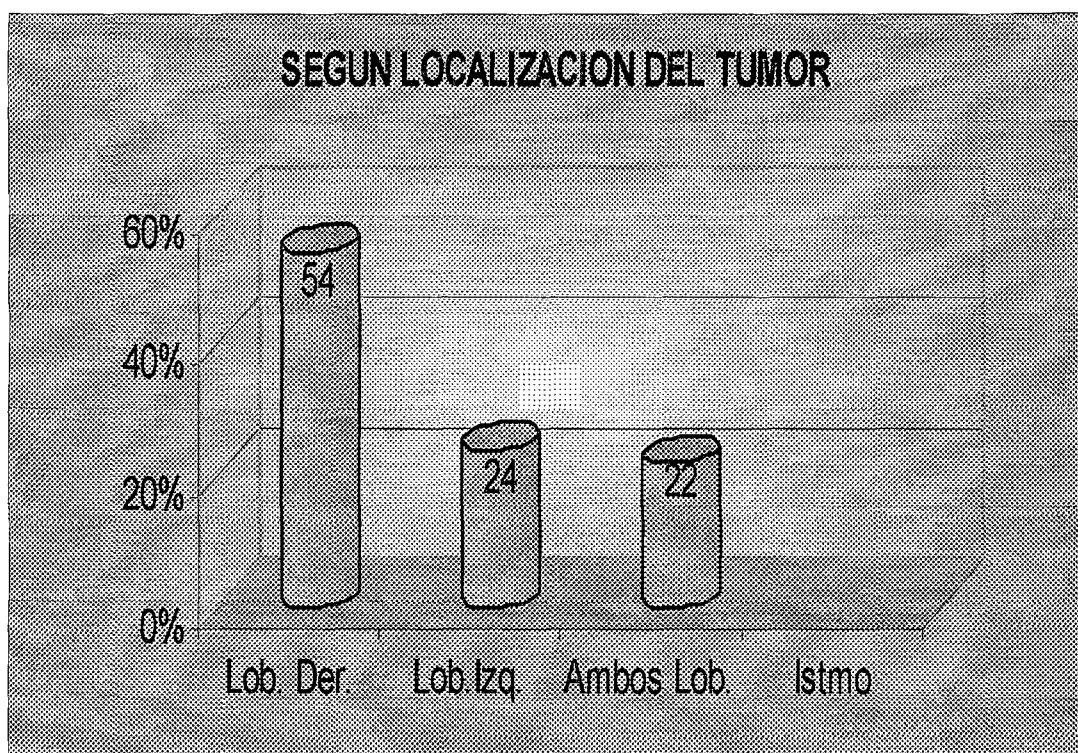
$$\begin{matrix} 2 \\ X \\ 0 \end{matrix} = 7.95 < \begin{matrix} 2 \\ X \\ t(95\%) \end{matrix} = 9.49 \quad P > 0.05$$

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA

EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Gráfico No.6



Fuente :Datos obtenidos de historias clínicas de la Oficina de Estadística del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA

EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985- 2005

Cuadro No. 08

SEGÚN TRATAMIENTO QUIRURGICO

Tratamiento Quirúrgico	Nódulo		Hiperplasia		Adenoma		TOTAL	
	Coloide		Glandular		Folicular			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tumorectomía	4	9	-	-	3	6	7	15
Hemitiroidectomía	9	18	9	18	12	24	30	60
Tiroidectomía	-	-	12	25	-	-	12	25
Subtotal								
TOTAL	13	27	21	43	15	30	49	100

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Se aprecia los tumores benignos de la glándula tiroides se trataron quirúrgicamente en su mayoría como hemitiroidectomías en un 67% de los casos, con tiroidectomía subtotal en el 25 % con tumorectomías en el 15%.

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
1985-2005

Gráfico No. 7



Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA TUMORAL BENIGNA TIROIDEA  
 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
 1985-2005

Cuadro No.09

ESTANCIA HOSPITALARIA

Estancia Hospitalaria	Nódulo Coloide		Hiperplasia Glandular		Adenoma Folicular		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	Hasta 5 días	7	15	4	9	4	9	15
De 6 a 10 días	6	12	15	31	11	21	32	64
De 11 a más días	-	-	2	3	-	-	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>43</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Se puede observar que el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes operados por nódulos coloides, hiperplasia glandular y adenoma folicular fue de 6 a 10 días en 12,31, y 21 % respectivamente haciendo un total del 64%.

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA

EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No. 10

SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Complicaciones	Nódulo		Hiperplasia		Adenoma		TOTAL	
	Coloide		Glandular		Folicular			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Intraoperatorias (Hemorragia)	-	-	2	4	-	-	2	4
Postoperatorias (Infección)	-	-	2	4	-	-	2	4
No complicaciones	13	27	18	35	15	30	62	92
<b>TOTAL</b>	13	27	21	43	15	30	66	100

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Se observa en cuanto a complicaciones intraoperatorias sólo se presentó en el 3%. Las complicaciones postoperatorias tuvieron un porcentaje también del 3%, ambas en un caso de hiperplasia glandular haciendo un total del 6%.

**CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA**  
**PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA**  
**EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA**  
**1985-2005**

Cuadro No 11

**SEGÚN SEGUIMIENTO DEL PACIENTE**

Seguimiento	Tumores benignos de la glándula tiroides	
	No.	%
Sano	43	88
Recidiva	4	8
Fallecido	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Fuente: Los datos fueron obtenidos de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

El cuadro nos muestra un mayor porcentaje de pacientes sanos para nódulo coloide, hiperplasia glandular y adenoma folicular en un 88%, recidivas tenemos un 8% en el caso de dos nódulos coloides y dos adenomas foliculares.

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Gráfico No.8



Fuente: Los datos fueron obtenidos de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA EN EL  
 HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
 1985-2005

Cuadro No. 12

DISTRIBUCION POR PATOLOGIA MALIGNA DE TIROIDES

Patología Maligna	No.	%
Carcinoma papilar	9	70
Carcinoma folicular	3	30
Carcinoma anaplásico	-	-
Carcinoma medular	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

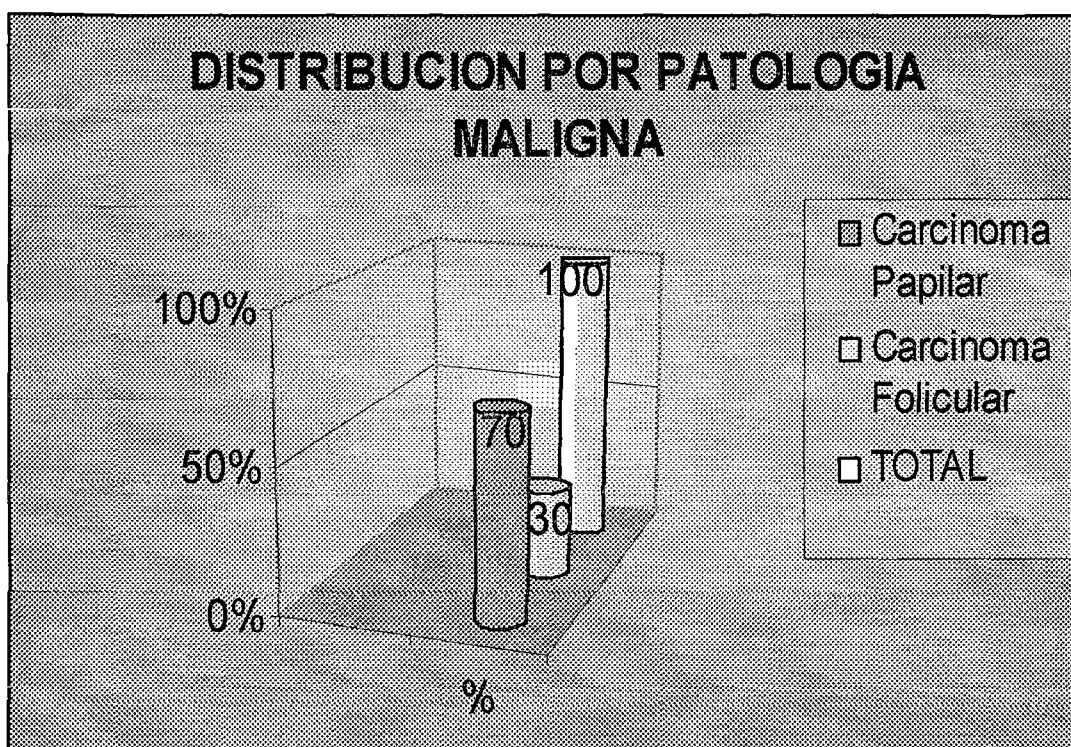
Fuente: Los datos fueron obtenidos del Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica del Hospital Unánue de Tacna

Se observa que la patología maligna con tratamiento quirúrgico según Anatomía Patológica fue carcinoma papilar moderadamente diferenciado (70%) y carcinoma folicular moderadamente diferenciado(30%)

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Gráfico No.9



Fuente: Los datos fueron obtenidos del Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA EN EL  
 HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
 1985-2005

Cuadro No.13

SEGUN SEXO

Sexo	Carcinoma Papilar		Carcinoma Folicular		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	3	20	-	-	3	20
Femenino	6	50	3	30	9	80
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>70</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

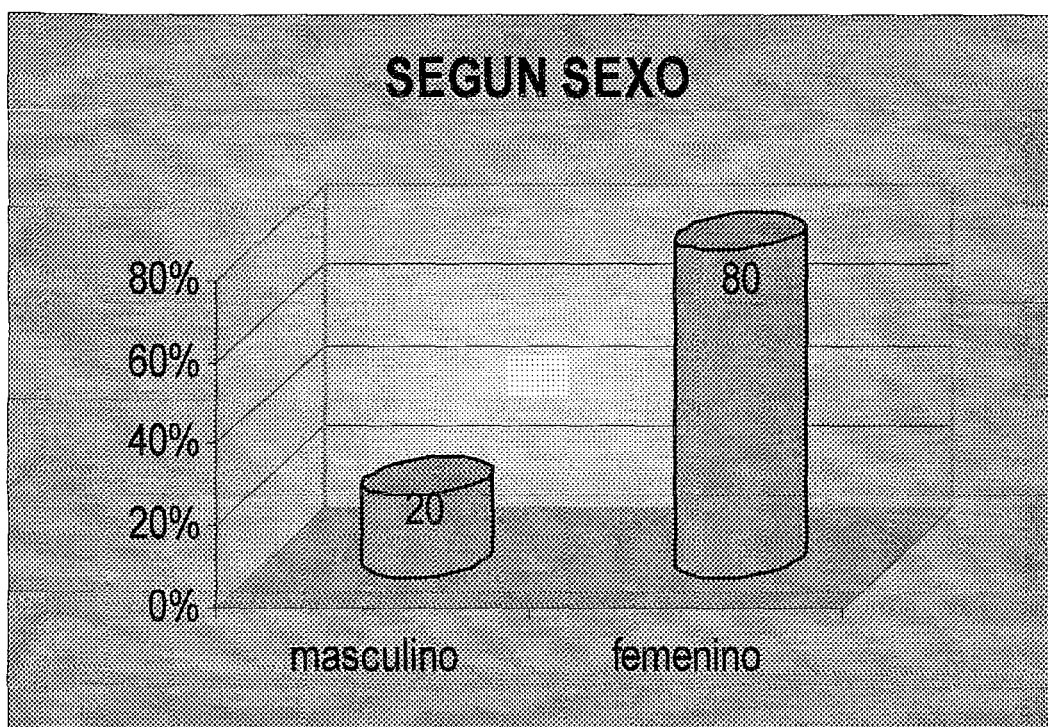
Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Asímismo predomina en los pacientes de sexo femenino, en una proporción de 80% de los casos de la patología maligna tiroidea.

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Gráfico No 9



Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA EN EL  
 HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
 1985-2005

Cuadro No.14

SEGUN PROCEDENCIA

Procedencia	Carcinoma Papilar		Carcinoma Folicular		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Costa	3	20	1	10	4	30
Sierra	6	50	2	20	8	70
Selva	-	-	-	-	-	-
TOTAL	9	70	3	30	12	100

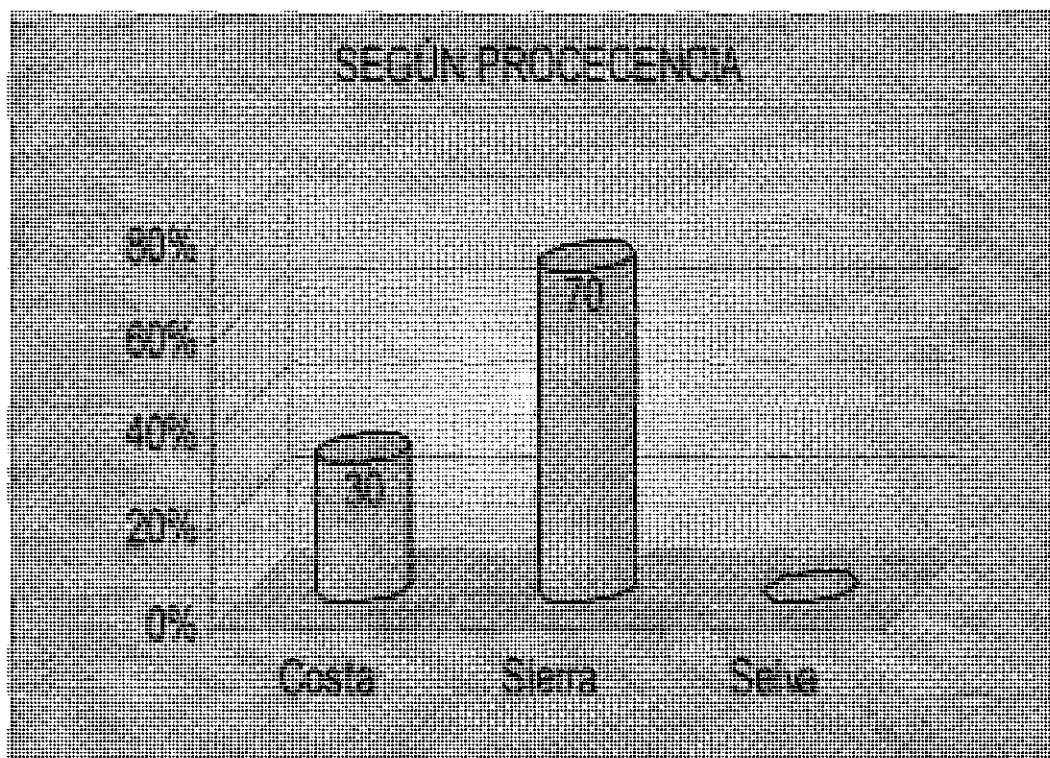
Fuente: los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Se puede ver que los pacientes proceden en su mayoría de la Sierra (70%) especialmente de la ciudad de Puno, aunque en menor número de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Gráfico No.10



Fuente: los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
 PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA TUMORAL TIROIDEA

EN EL HOSPITAL HIPOLITO UANUE DE TACNA

1985-2005

Cuadro No 15

SEGÚN CUADRO CLINICO

Síntomas/Signos	Tumores Malignos de la Glándula Tiroides	
	No.	%
Tumoración en la región	12	100
Alteración de la piel	8	70
Limitación del movimiento	4	30
Disfagia	3	30
Disminución del peso	6	60

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

Como síntoma principal tenemos la tumoración cervical en el 100% de los casos, con menor frecuencia alteración de la piel y disfagia

**CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA**

**EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA**

**1985-2005**

**Cuadro No.16**

**SEGÚN TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Tratamiento Quirúrgico	Carcinoma Papilar		Carcinoma Folicular		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hemitiroidectomía	1	10	1	10	2	20
Tiroidectomía Subtotal	1	10	-	-	1	10
Tiroidectomía Total	7	40	2	20	9	70
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

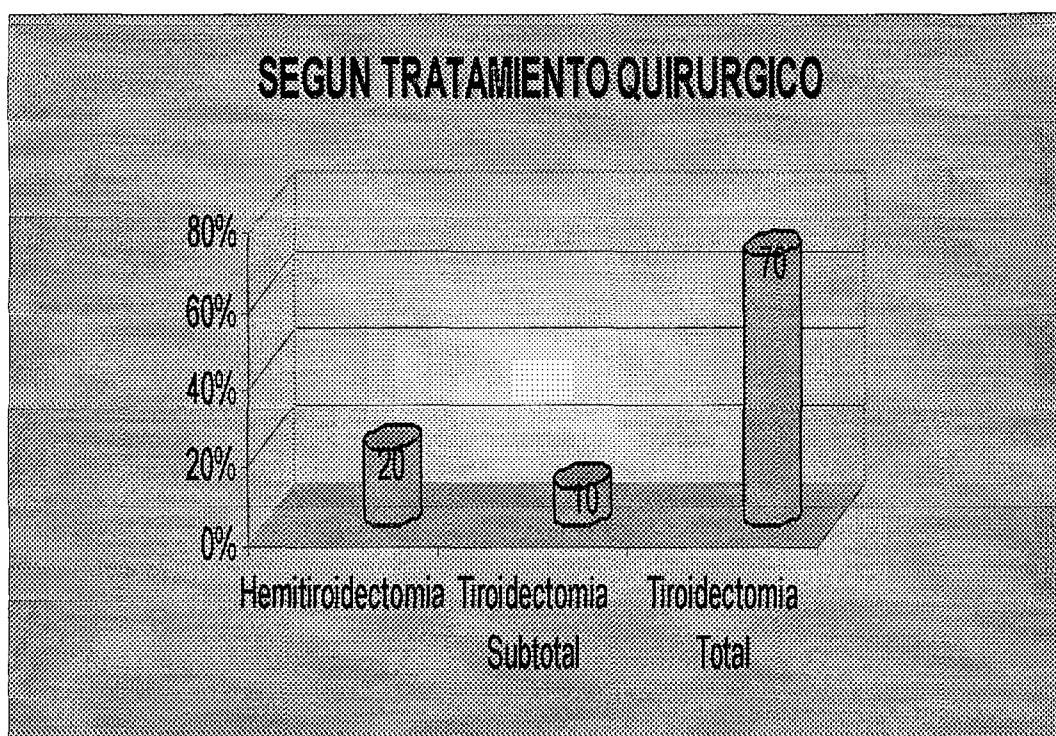
La intervención quirúrgica elegida en el presente estudio en la patología maligna fue la tiroidectomía total. Las complicaciones intraoperatorias se presentaron en un 20% (celulitis, hemorragia profusa por la que falleció un paciente). Complicación postoperatoria fue el fallecimiento de otro paciente producto de infección de herida operatoria

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS ASOCIADAS A LA  
PATOLOGIA QUIRURGICA MALIGNA TUMORAL TIROIDEA

EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA

1985-2005

Gráfico No.11



Fuente: Los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas de la Oficina de Estadística y del Servicio de Cirugía del Hospital Unánue de Tacna

## **CAPITULO V.**

### **DISCUSION Y COMENTARIOS**

#### **PATOLOGIA QUIRURGICA BENIGNA**

Según distribución

Tenemos que 13 pacientes (27%) corresponden a nódulos tiroideos coloides, 21 pacientes(43%) a bocios tiroideos coloides o hiperplasia glandular coloidea y 15 pacientes(30%) corresponden a adenoma tiroideo,siendo foliculares en el total de los casos.

Azpilcueta en 1966 encuentra en sus pacientes bocio tiroideo(42.4%) y adenomas(29.8%).Sugenoya en 1992 revela nódulos adenomatosos en 25% de sus pacientes. Mazafferri en 1993 halla en su serie nódulos no neoplásicos de 28 a 72% y adenomas de 15 a 40%.Nuestros resultados fueron similares, se encontraron dentro del rango de las frecuencias señaladas,sin embargo en algunos casos las diferencias podrían deberse a la localización geográfica del estudio(zonas bociógenas).

El presente estudio nos muestra que el mayor número de casos se presentan como hiperplasia glandular coloide, mientras que el menor número de casos es de nódulo coloide.

## Según edad

Con respecto al total absoluto(49 casos=100%) vemos que el nódulo coloide se presenta con más frecuencia entre los 40 y 59 años, en un 23%, la hiperplasia glandular también entre los 40 y 59 años en 21%, asimismo el adenoma folicular en un 18%, por lo tanto podemos afirmar que en nuestro estudio las tres patologías tuvieron en común la edad en la mayoría de los casos.

Analizando cada tipo de tumor tiroideo podemos ver que los resultados no varían para nódulo coloide, hiperplasia glandular y adenoma folicular, siendo el rubro de ubicación de estos entre los 40 y 59 años de edad.

El rango de edades oscila desde los 19 años(adenoma tiroideo) hasta los 65 años(bocio tiroideo). Nuestra edad promedio fue de 42 años.

Hilnes en 1993 revela en su serie de 200 pacientes y que la edad promedio es de 47 años, Feliciano en 1992 encuentra que la mayor frecuencia de bocios tiroideos está entre la cuarta y quinta década, Sugenoja en 1992 encontró preferentemente los adenomas en la edad promedio de 50.1 años y Aspilcueta en 1966 revela que los bocios tiroideos se dan entre la cuarta y quinta década. Los resultados de estos autores son similares con los hallazgos en el presente estudio.

### Según sexo

Observamos que la población está constituida mayoritariamente por el sexo femenino en el caso de los nódulos tiroideos, hiperplasia glandular y adenoma folicular, en un porcentaje de 18,43 y 24 % respectivamente.

Aplicando la prueba del Ji cuadrado existe asociación altamente significativa entre el sexo y la aparición de los tumores benignos de la glándula tiroides.

La patología quirúrgica tumoral tiroidea se presenta más en el sexo femenino que en el masculino, estando de acuerdo este hallazgo con la mayoría de autores mencionados.

### Según procedencia

Observamos que la mayoría de nuestros pacientes proceden de la Sierra en un 67%, especialmente del departamento de Puno, tanto para nódulo coloide, hiperplasia glandular y adenoma folicular en un porcentaje de 15,34 y 18% respectivamente.

Aplicando la prueba de Ji cuadrado existe asociación altamente significativa entre la procedencia y la aparición de patología benigna de la glándula tiroidea (zonas bociógenas).

En el Perú, estudios efectuados refieren que los departamentos más afectados por patología tiroidea, incluyendo los tumores benignos, se hallan comprendidas en las regiones andinas del centro del país, siendo mayor del 10% en Amazonas, Huánuco, Ancash, Puno y del 5% en Apurímac, Huancavelica, La Libertad, Piura, Junín, seguidos de Cusco y Ayacucho, además mencionan que la incidencia de Bocio se inicia entre los 250 a 800 msnm llegando a su máximo entre los 1000 a 3000 m decreciendo por encima de los 3000 m como refiere Azpilcueta en 1966. La mayoría de los pacientes estudiados proceden de la ciudad de Puno

A saber, en el departamento de Tacna los servicios de salud tienen una cobertura del 95% de la población, tanto en el área urbana como andina (existe un médico por cada 600 habitantes), las vías de comunicación son accesibles a cualquier puesto de salud y como centro referencial cuenta con el Hospital Regional Hipólito Unánue.

## Según tiempo de enfermedad

Podemos observar que para los tres tipos de patología benigna tiroidea, predominó el tiempo mayor de un año en un 15,28, y 15% para nódulo coloide, hiperplasia glandular y adenoma folicular respectivamente

El menor tiempo de enfermedad fue de 28 días en el caso de un nódulo coloide, mientras que el mayor tiempo de enfermedad lo obtuvo una hiperplasia glandular con un tiempo de 18 meses.

El tiempo de enfermedad desde el inicio hasta el momento de la consulta es variable dependiendo del tipo de patología y lo que se refiría el paciente. Gómez en 1988 afirma que el 52% de sus pacientes con bocio tiroideo presentaron menos de 2 años de enfermedad, mientras que los pacientes de O'Brien en 1992 con nódulo tiroideo tenían de 45 días a 16,3 años. Estos resultados concuerdan con el estudio.

Podemos afirmar que el tiempo de enfermedad es relativamente largo, esto se puede deber a que la población afectada deriva mayoritariamente de nuestra sierra peruana en donde cierto porcentaje de nuestra población posee un nivel sociocultural bajo.

## Según cuadro clínico

El cuadro clínico de los pacientes con patología benigna tiroidea se caracterizó por tumoración cervical en el 100% de los casos, 16% dolor cervical, limitación de los movimientos del cuello en un 4%, disfagia en un 4% y disminución del peso en el 6%.

Se debe señalar que en la totalidad de los casos (49 pacientes=100), la tumoración cervical fue confirmada en la consulta del paciente. Estos pacientes presentan de forma característica la tumoración cervical de mayor o menor volumen, adherida o no planos profundos y de consistencia variable. Según Marca en el 2000 y Rueda en 1998 en sus estudios efectuados, la tumoración cervical fue una característica que estuvo en el 100% de los casos. El dolor cervical que estuvo presente en el 15%, también descrito por Azpilcueta en 1992 presentándose en su estudio un porcentaje del 20%.

La disminución de peso estuvo presente en el 6% de los casos. Hay bocios que cursan con disminución de peso por el estado de hipertiroidismo, pero la gran mayoría cursa con un rango normal de hormonas tiroideas. (SCHWARTZ, 1995).

La limitación de la movilidad del cuello estuvo presente en menor cuantía. Azpilcueta en 1992 revela que síntoma se presentó en menos del 10% de sus pacientes.

Las alteraciones de la deglución se presentan por procesos que comprometen además de la glándula tiroidea estructuras vecinas, por mecanismos de compresión, encontrándose en nuestro estudio en bocio tiroideo. Azpilcueta en 1992 revela que la disfagia se presentó en menos del 7.5% de sus pacientes por bocio tiroideo, en cambio Espinoza en 1966 muestra en su serie la presencia de disnea, tos y disfagia con 15% cada uno.

#### Según localización del tumor

Con respecto al total absoluto (49 casos=100%) el lóbulo derecho es el favorito para la localización de los tumores benignos de la glándula tiroidea (56%). Le sigue el lóbulo izquierdo (24%) y muy cerca ambos lóbulos con un 22%

En relación a la estirpe de cada tipo de patología, los resultados no varían, también ocupan el lóbulo derecho en el caso de nódulo en un 67% y adenoma en un 70% coincidiendo con diversos autores que así lo manifiestan en su literatura. (MICHANS, 1997) En el caso de hiperplasia glandular, su ubicación es en ambos nódulos, se presenta en el 50% de los casos (11 pacientes) y de allí se ubica sólo en el lóbulo derecho en el 36% de los casos, es decir 7 pacientes

Aplicado la prueba del Ji cuadrado no existe asociación significativa entre la localización y la aparición de patología benigna de glándula tiroides,por lo tanto la localización del tumor no tiene relación con el tipo de patología benigna tiroidea.

#### Según tratamiento quirúrgico

Los tumores benignos de la glándula tiroides se trataron quirúrgicamente en su mayoría como hemitiroidectomías en un 67% de los casos,con tiroidectomía subtotal en el 25 % con tumorectomías en el 15%.

El drenaje postquirúrgico se dejó en 16 pacientes (33%),utilizando algunos de ellos dren Pen Rose y en otros hemovac.De los restantes en 6 de ellos se indicó cura compresiva y en el resto no se usó drenaje ni cura.

Sugenoya en 1992 afirma que la tiroidectomía subtotal es deseable generalmente para la prevención o recurrencia de complicaciones del bocio tiroideo,recomendando la tiroidectomía total en el bocio multinodular.Kington y Bugisen en1992 defiende que una hemitiroidectomía es adecuada en caso de un adenoma folicular,luego si hay cáncer se procederá a la remoción del lóbulo contralateral.En nuestra serie la conducta quirúrgica guarda relación con la mayoría de los autores

En las intervenciones quirúrgicas realizadas en el que se dejó drenaje, se utilizó dren tipo Pen Rose, el que se retiró en las primeras 72 horas postoperatorias, estando de acuerdo con lo referido por Gómez en 1988, al igual que los hemovac. Los pacientes a los que no se les dejó dren alguno, fueron aquellos cuya intervención quirúrgica fue la nodulectomía. (LORE, 1992)

En la actualidad la mayoría de autores reconocen que la cirugía tiroidea y mínima es la hemitiroidectomía tiroidea. (SABINSTON, 1995). La intervención quirúrgica realizada para los tumores benignos de la glándula tiroidea en nuestro estudio, fue una elección del cirujano, puesto que no había estudio anatomopatológico ya que no se hace en nuestro hospital biopsia por congelación.

#### Según tiempo de estancia hospitalaria

El tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes operados por nódulos coloides, hiperplasia glandular y adenoma folicular fue de 6 a 10 días en 12, 31, y 21 % respectivamente haciendo un total del 64%.

El tiempo de estancia es variable, influyó en éste el tipo de patología, técnica quirúrgica, presencia de complicaciones y así mismo los factores socioeconómicos. Gómez en 1988 señala que sus pacientes fueron dados de alta en el 68% de los casos antes de cumplir la primera semana de la intervención quirúrgica. Feliciano en 1992 también muestra en sus estudios que los pacientes sometidos a cirugía de Tiroides, fueron dados de alta antes de cumplir los 10 días postoperatorios.

Por lo tanto este cuadro nos muestra en general un reducido lapso de estancia hospitalaria en relación a los tumores benignos de la glándula tiroides en nuestro hospital.

Según complicaciones intraoperatorias y postoperatorias

En cuanto a complicaciones intraoperatorias sólo se presentó en el 3%. Las complicaciones postoperatorias tuvieron un porcentaje también del 3 %, ambas en un caso de hiperplasia glandular haciendo un total del 6%.

En el primer caso fue la disección de un vaso grande, lo cual determinó la muerte intraoperatoria de la paciente. En el segundo caso fue una infección de herida operatoria.

Posemos decir que las medidas de asepsia y antisepsia fueron las adecuadas en comparación a otros estudios realizados. Espinoza en 1960, Marca en el 2000 y Suárez en 1999 informan en sus estudios un mayor porcentaje de casos de infección de herida operatoria: 17,25 y 28 respectivamente. Un estudio que indica un mayor número de casos fue el resultado por Salem en 1973, quien nos da un porcentaje del 32% .

En lo que respecta a hemorragia, ésta es muy poco frecuente (3 a 8%) según la mayoría de los autores. Algunos estudios no refieren ocurrencias en su serie (FLYNN, 1994). Un estudio que reporta la mayor frecuencia de hemorragias fue realizada por Ouoba en 1998 de una serie de 104 pacientes, 4 presentaron hemorragia y uno de los pacientes falleció por esta causa. Sugenoja en 1992 y Shaha en 1992 refieren que son raras las complicaciones intraoperatorias dependientes de la cirugía y/o anestesia.

Por lo tanto nuestro estudio nos muestra un escaso índice de complicaciones en relación a la cirugía de tumores benignos de la glándula tiroidea en nuestro hospital y la razón tal vez sea porque el paciente se le prepara bien. Y por lo que respecta al cirujano por la especial casuística se prepara a operar y estudia muy bien la zona

## Según seguimiento del paciente

La evolución clínica de las enfermedades depende tanto de la naturaleza biológica de la enfermedad como de la eficacia de los diferentes tipos de tratamientos. En las patologías benignas, luego de la cirugía y con un control postquirúrgico adecuado, el pronóstico es bueno. La supervivencia en nódulos, bocios y adenomas tiroideos es a largo plazo según lo manifiestan en sus estudios Hines en 1993, Mazafferri en 1998 y O'Brien en 1993 quienes dan porcentaje del 88,90 y 85 % respectivamente

## PATOLOGIA QUIRURGICA MALIGNA

Se observa que la patología maligna con tratamiento quirúrgico según anatomía patológica fue carcinoma papilar moderadamente diferenciado (70%) y carcinoma folicular moderadamente diferenciado (30%)

Asimismo predomina en los pacientes de sexo femenino, en una proporción de 80% de los casos de la patología maligna tiroidea.

Se puede ver que los pacientes proceden en su mayoría de la Sierra (70%) especialmente de la ciudad de Puno, aunque en menor número de Tacna

Como síntoma principal tenemos la tumoración cervical en el 100% de los casos, con menor frecuencia alteración de la piel y disfagia

La intervención quirúrgica elegida en el presente estudio en la patología maligna fue la tiroidectomía total. Las complicaciones intraoperatorias se presentaron en un 20% (celulitis, hemorragia profusa por la que falleció un paciente). Complicación postoperatoria fue el fallecimiento de otro paciente producto de infección de herida operatoria

## CONCLUSIONES

1.- La patología benigna tumoral de tiroides sometida a cirugía en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna entre 1985 y diciembre del 2005 fue 49 pacientes entre varones y mujeres que según anatomía patológica fue :nódulo coloide(27%),hiperplasia glandular(43%) y adenoma folicular(30%)

2.- El grupo etáreo que predominó para los tumores benignos tiroideos fue el comprendido entre los 40 y 59 años,siendo los de menor edad los adenoma tiroideos y los de mayor edad los bocios tiroideos.Asimismo predomina en los pacientes el sexo femenino,en una proporción del 86% de los casos.

3.- Proceden en su mayoría de la Sierra(67%) especialmente de la ciudad de Puno,aunque en menor número también provienen de Tacna,Arequipa ,Lima,Ica,Ayacucho y Moquegua.

4.- El tiempo de enfermedad fue mayor de 1 año,teniendo como rangos de 28 días(nódulo tiroideo) a 18 meses(bocio tiroideo)Como síntoma principal tenemos la tumoración cervical en el 100% de los casos,con menor frecuencia el hipertiroidismo y el dolor cervical.

5.- La localización del tumor fue de preferencia en el lóbulo derecho en una proporción del 54% de los casos ,a excepción del bocio en el que se ubicación fue en ambos lóbulos (50%).

6.- La intervención quirúrgica elegida en nódulo coloide y adenoma folicular fue la hemitiroidectomía y en el caso de hiperplasia glandular fue la tiroidectomía subtotal.

7.- Las complicaciones intraoperatorias se presentaron en el 4%(la disección de un vaso grande llevó a la muerte a una paciente).Las complicaciones postoperatorias también se presentaron en el 4% de los casos(la infección de herida operatoria).Cabe destacar que el tiempo de estancia hospitalaria fue en su mayoría entre 6 a 10 días,

8.- El seguimiento de los pacientes en su mayoría 88% correspondió a pacientes sanos.El porcentaje de pacientes fallecidos fue del 4% en aquellos controlados dentro de los primeros cinco años postoperatorios y que correspondieron en su mayoría a portadores de hiperplasia glandular

9.- La patología maligna tumoral de Tiroides con tratamiento quirúrgico en el Hospital Hipolito Unánue de Tacna entre enero de 1985 y diciembre de 2005 fue de 10 pacientes entre mujeres y varones .

10.- La patología maligna de la glándula tiroides según anatomía patológica fue carcinoma papilar moderadamente diferenciado(27%) y Carcinoma folicular moderadamente diferenciado(30%).

11.- Asimismo predominan en los pacientes de sexo femenino en una proporción del 80% de los casos.Proceden en su mayoría de la Sierra(70%)especialmente de la ciudad de Puno,aunque en menor número también provienen de Tacna y Moquegua

12.- Como síntoma principal tenemos la tumoración cervical en el 100% de los casos,con menor frecuencia alteración de la piel y disfagia . La intervención quirúrgica elegida en carcinomas fue la Tiroidectomía Total.

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- Brindar mayor promoción e información sobre el programa nacional del Bocio, para así fomentar su auge y detectar signos y síntomas sugerentes en forma precoz tumores de la glándula tiroides
- 2.- Fomentar en la población la necesidad de acudir a un control periódico de la salud para así detectar en forma precoz la tumoración y/o manifestaciones de enfermedad tiroidea, que nos permita actuar tempranamente
- 3.- Sugerimos que es necesaria la realización de un formato estandarizado de récord operatorio porque contribuiría a consignar adecuadamente los hallazgos y el procedimiento realizado durante el acto quirúrgico, asimismo la creación de un protocolo para este tipo de patología
- 4.- Es necesario implementar el estudio de biopsia por congelación para poder realizar un protocolo de tratamiento quirúrgico adecuado

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ARTZ, Curtis. *COMPLICACIONES EN CIRUGIA Y SU TRATAMIENTO*. Editorial interamericana. 3ra edición, 1990
- 2.- AVELLO, Allan. *Cáncer de Tiroides*. REVISTA DEL CUERPO MEDICO DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA 2001.
- 3.- AZPILCUETA, felix *Estudio clínico de 123 casos de Bocio en el Hospital General de Arequipa* 1966. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina UNSA . 1966
- 4.- CERNEA, Claudio R. y Colb. *Identification of the External Branco of the Superior Laringeal Nerve During Thyroidectomy*. The American Joutnal of Surgery. vol 164  
Pág 634-639. December 1992
- 5.- CHRISTOPHER. *Tratado de Patología Quirurgica*. Editorial Interamericana. 9na edición 1990
- 6.- COLQUE PACHECO, LA y DIAZ ESPIOOZA, R. *Correlación Clinicopatológica del Carcinoma Tiroideo en el Hospital General del Sur No 1 .Años 1971-1986. Arequipa Perú*. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina UNSA 1988

- 7.- COX MR y Colb *Solitary Thyroid Nodule:a Prospective Evaluation of Nuclear Scanning and Ultrasonography*. The British Journal of Surgery. Vol78. Pág 90-93 1991
- 8.- DEMETER, Joseph y Colb. *Anaplastic Thyroid Carcinoma:Risk Facytors and OutCome.Surgery*. Vol 110 pág 956-963.1991
- 9.- DESCHAMPS,Jorge.GRINFELD,David.ORTIZ,Fruto.WILKS,Arturo,*Cirugía* .  
*Tercera reimpresión*. Impreso en Argentina. 1987.
- 10.-FELICIANO,David.*Everything You Wanted to Know About Graves Disease*.*The American Journal of Surgery*. Vol 164. Pág 404-441. November 1992.
- 11.-FLYNN,Michael. *Local Complications After Surgical Resection of Thyroid Carcinoma*.*American Journal of Surgery*. Volumen 168(5) Nov 1994,pág 404-407
- 12.-GAEGEL Robert. *Changing Concepts in the Patogénesis and Management of Thyroid Carcinoma*.*CANCER JOURNAL CLINICS*;46:261-283. 1996.
- 13.-GANONG W.F. *Fisiología Médica*. 11ra.edición.Nueva Editorial Interamericana.Mexico D.F.1998.

14.-GODINHO MATOS,L.y Colb.*Contribution of the Fine Leedle Aspiration Citology to Diagnosis and Management of Thyroid Disease.Journal Clin-Patho.*Vol 45.No5,Pág 391-395.may 1992.

15.-GOMEZ MORENO,Henry L.*Tratamiento Quirúrgico del Hipertiroidismo.Hospital Central del Sur Block A del IPSS 1978-1987.*Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina.UNSA Arequipa-Perú 1988.

16..GORETSKY,P.E. y Colb.*Surgical Reintervention for Differentiated Thyroid Cancer.The British Journal of Surgery.*Vol 80 .No 8.Pág 1009-1012.August 1993

17..GUYTON, A. C.*Tratado de Fisiología Médica.*7ma.edición.Nueva Editorial Interamericana.Mexico D.F. 1997.

18.-HINES, James y WINCHESTER,David.*Total Lobectomy and Total Thyroidectomy in the Management of Thyroid Lesions.Arch Sury.*Vol 128.Pág 1060-1063.Septermber 1993.

19.-KINSTON,Gary y Colb.*Role of Frozen Section and Clinical Parameters in Distinguishing Bening form Malignant Follicular Neoplasmas of the Thyroid .The American Journal of Surgery.*Vol 164.Pág 603-605. December 1992.

20.-KRAUSZ, Yodphat y Colb. *Recurrence-Associated Mortality in the Patients with Differentiated Thyroid Carcinoma. Journal of Surgical Oncology*. Vol 52. Pág 52. Pág 164-168. 1993.

21.-LANGMAN, J. *Embriología Médica*. 6ta. edición. Editorial Médico Panamericana. S.A. Argentina 1999

22.-LORE, *Cirugía de Cabeza y Cuello. Atlas*. Editorial Panamericana. 3ra edición, 1990..

23.-MARCA BUENO, Luis. *Comparación de las Complicaciones Postoperatorias y Estancia Hospitalaria de los pacientes sometidos a Cirugía Tiroidea en el Hospital Regional Honorio Delgado entre los periodos 1986-1992 y 1993-1999*. Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina. UNSA, Arequipa 2000.

24.-MARTOS MARTINEZ J. *Hipoparatiroidismo Postquirúrgico. Cirugía Española*. Vol 63, No 1, Enero 1998.

25.-MAZAFERRI, M.D. Ernest, L. *Management of a Solitary Thyroid Nodule. Current Concepts*. Vol 328. No 8 Pág 553-559. 1993

26.-MICHANS, j y Colb . *Patología Quirúrgica*.5ta. edición. Editorial El Ateneo.Buenos Aires.Argentina 1987.

27.-MOULTON BARRET,R. *Complications of Thyroid Surgery INTERNATIONAL SURGERY* 82(1) 63-6.1997.Enero-Marzo.

28.-MULDER, Jean *Thyroid Diseases in Women*.MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA.Vol 82, No1.Enero 1998.

29.-O'BRIEN,T y Colb. *Treatmen of Toxic Solitary Thyroid Nodules:Surgery versus Radiactive Iodine.Surgery*.112:1166-1170.1992.

30.-OUOBA,Sano . *Complications of Thyroid Surgery apropos of 104 Thyroidectomies at Ougadougou University Hospitol Center*.DAKAR MEDICAL.43(1):122-5,1998.

31.-ROBBINS,Stanley. *Patología Estructural Y Funcional*.5ta.edición.Editorial Interamericana.Madrid 1998.

32.-ROMERO TORRES,Raúl. *TRATADO DE CIRUGIA*.3ra edición.Editorial Interamericana.México D.F. 2000

33.-ROSEN,Irving. *Surgical Treatment for Thyroid Diseases*.Thyroid Foundation of Canada home page 1996

34.-RUEDA CHIMENO,J. *Cirugia Tiroidea con criterios de Corta Estancia*.CIRUGIA ESPAÑOLA. Vol 64, No6.Diciembre 1998.

35.-SABINSTON,David. *TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA*.15ta edición.1995.Vol II.

36.-SALEM,L.E. *Cáncer de la Glándula Tiroides*.Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina.UPCH. Prgrama Académico de Medicina.Lima 1973

37.-SCHNEIDER,A. *Radiation Induced Thyroid Tumors* *Endocrinology.Metab.Clinics of North America* 1990:19

38.-SCHWARTZ ,Seymour. *PRINCIPIOS DE CIRUGIA*. 7ma edición.Nueva Editorial Interamericna.México D.F. 1995

39.-SHAHA,ASHOK R. y Colb:*Completion Thyroidectomy:A Critical Appraisal.Surgery*.112:1148-1153.1992.

40.-SODEMAN,W. SODEMAN W.J.R.*Fisiopatología Clínica*.5ta.edición.Editorial Interamericana.México 1978

41.-SUAREZ CUEVA,Yanyne.*CIRUGIA DE TIROIDES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL*.1983-12993.UNSA AREQUIPA 1994

42.-SUGENOYA,A.Masuda H. y Colb *Adenomatous Voitre:Therapeutic Strategy,Popsoperative Outcome and Study of Epidermal Growwth,and Study of Epidemial Growth Factor Receptor*.The British Journal of Surgery.Vol 79.No5.Pág 404-406.May 1992.

43.-TESTUT,L. JACOB, O.*Tratado de Anatomía Topográfica*.Tomo Primero.9va.edición.Editores Salvat S.A. Impreso en España.1986

44-TESTUT,L LATARJET A. *Tratado de Anatomía Humana*.Tomo III.10ma. Edición.Editores Salvat S.A..Impreso en España 1986

45.-WAY,Laurence.CURRENT.*Surgicakl Diagnosis and Treatment*.Thenth Edition 1994 by Appleton & Lange Medical Publication.

# **ANEXOS**

ANEXO No.1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

IDENTIFICACION

Número.....

Paciente.....

HCL.....Fecha.....

1.-ANAMNESIS

Nombre .....

Edad .....

Sexo .....

Procedencia .....

2..HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Tiempo de Enfermedad .....

Manifestaciones Clínicas .....

Localización del Tumor .....

3.-DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO.....

4.-TRATAMIENTO QUIRURGICO .....

5.-COMPLICACIONES

Intraoperatorias .....

Postoperatorias .....

6.-ESTANCIA HOSPITALARIA

Días .....

7.-SEGUIMIENTO DEL PACIENTE .....