

Revisión de la patología quirúrgica de la glándula tiroidea en el hospital Alberto Sabogal Sologuren: 190 casos

JUAN ORÉ ACEVEDO¹, MARCO OTÁROLA MALPARTIDA²

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer frecuencia de la patología tiroidea según resultados anatomopatológicos en el Hospital Alberto Sabogal del Callao y determinar la distribución según edad, sexo y hallazgos clínicos de la patología tiroidea. **DISEÑO:** Estudio descriptivo retrospectivo. **MÉTODOS:** Se revisó todas las intervenciones quirúrgicas de la glándula tiroidea en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS) entre enero del 2000 y diciembre del 2002. **RESULTADOS:** Se intervinieron 190 tiroideas y se revisaron 182 casos: 91,0%, mujeres y 8,9%, varones. Sólo el 19,2% fue catalogado, en el preoperatorio, como neoplasia maligna tiroidea. Dentro de la clínica asociada predominó bocio (74,5%) de los casos, seguido del dolor (8,2%), disfagia (5,3%) y disfonía (4,5%). En el sexo masculino, el 76,5% de los casos se encontró entre los 40 y 59 años; mientras que, en el sexo femenino los grupos etarios con mayor frecuencia fueron el de 30 a 49 años y el de 60 a 69 años, con 39,4% y 21,8%, respectivamente. Sin considerar la distribución por sexo, entre los 60 y 69 años está el 23,63% de las patologías y entre los 40 y 49 años, el 19,23%. Los hallazgos de anatomía patológica fueron adenoma pleomórfico (29%), carcinoma papilar (15,50%) y bocio coloide simple (12%).

PALABRASCLAVE: Patología quirúrgica; Tiroides; Bocio; Cáncer.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To study the thyroid pathology frequency in the Hospital Alberto Sabogal from Callao. Find out the distribution according to age and sex and the clinics associated for all the thyroid pathology. **DESIGN:** A retrospective and descriptive study. **METHODS:** The clinical histories and surgical interventions for the thyroid gland were reviewed in the Alberto Sabogal Sologuren National Hospital (HNASS) between January 2000 to December 2002. **RESULTS:** 190 thyroid glands were operated and 182 cases were studied. 91,05% were females and 8,9%, males. Only a 19,2% were operated as malignant thyroid neoplasms. The associated clinics demonstrated goiter as the most common symptom in 74,5% of the cases, followed by pain (8,23%), dysphagia (5,35%) and dysphonia (4,53%). In the male sex, 76,4% of the cases were on the 40 to 59 years; meanwhile, for the females the most frequent ages were from 30 to 49 years and from 60 to 69 years with 39,4% and 21,8%, respectively. Without any age distribution, we have between 60 and 69 years the 23,6% of the pathologies and between 40 and 49 years the 19,23% ones. The pathology results were pleomorphic adenoma (29%), papillary carcinoma (15,50%) and simple colloid goiter (12%).

KEY WORDS: Surgical thyroid pathology; Goiter; Cancer.

INTRODUCCIÓN

El de la glándula tiroidea puede ser regular (bocio) o irregular (nódulo) y es descubierto al examen físico. Todas estas patologías pueden ser hiperfuncionantes, hipofuncionantes o encontrarse dentro de lo normal en cuanto a su función hormonal. Los nódulos tiroideos son frecuentes en lugares con deficiencia de yodo en la dieta.^(4,6)

Pacientes expuestos a radiación en la región cervical, pueden desarrollar en un 25% enfermedad tiroidea, incluyendo carcinoma tiroideo. Siendo en otros sólo un nódulo adenomatoso o coloide. Entre otras patologías se incluyen quistes, tiroiditis y metástasis.⁽⁵⁾

PATOLOGÍA BENIGNA

Nódulo tiroideo

Los nódulos tiroideos se encuentran cerca del 4% entre las personas entre 30 y 50 años. Son encontrados en aproximadamente el 1,5% de niños y adolescentes y 5% en personas

1. Médico Seruista de La Marina De Guerra del Perú.
Av. Paseo la Castellana 620, dpto. 102, Surco, Lima, Perú.
juancoore@yahoo.com

2. Jefe del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Alberto Sabogal Sologuren
Jr. López de Ayala 193, San Borja, Lima, Perú. Maoma@viabcp.com



con promedio de 60 años.^(2,3) Predominan en la población femenina, ya que existe en el 7% de ellas; aunque, es en varones donde la mayor cantidad de los nódulos son malignos.⁽¹⁰⁾

Se caracterizan por un nódulo único asintomático, comúnmente encontrado en el examen físico. Aunque pueden llegar a ser hiperfuncionantes, catalogándose así como bocio nodular tóxico o enfermedad de Plummer, frecuente en lugares de bocio endémico. La clínica en este caso es la descrita para el hipertiroidismo.⁽⁴⁾

La mayoría de los nódulos tiroideos corresponden a adenomas simples.^(2,6) Los adenomas son estructuras encapsuladas que comprimen el tejido vecino. Son de tres tipos papilar, folicular y de células Hürtle. Los adenomas foliculares son los más frecuentes y los que mejor simulan el tejido tiroideo normal, pueden ser suficientes para producir tirotoxicosis.^(3,6)

Este tipo de adenomas suele ser unifocal y se manifiesta como un nódulo tiroideo de crecimiento lento e indoloro. Sólo se presenta dolor si ocurre una necrosis hemorrágica dentro del adenoma.^(3,5,6)

Aunque los nódulos hiperfuncionantes son raras veces lugar de origen de un carcinoma, una de las ventajas de la extirpación quirúrgica es la obtención de un diagnóstico histológico definitivo.⁽⁵⁾

Quistes tiroideos

Representan el 15 al 25% de todos los nódulos tiroideos. Los quistes verdaderos con epitelio son raros. Muchos quistes son macronodulares, los cuales sufren degeneración con acumulación de fluido seroso, sangre o una sustancia coloide.⁽⁶⁾

Bocio

Los bocios pueden ser difusos o nodulares (y estos, uninodulares o multinodulares); a su vez, tóxicos (enfermedad de Graves) o no tóxicos; siendo éstos últimos por deficiencia dietética.⁽⁷⁾ Aproximadamente cerca del 5% de la población mundial presenta bocio; y de ésta, cerca del 75% presenta deficiencia en la dieta de yodo. La frecuencia es de hasta 6 veces más en las mujeres.^(3,4,6)

El bocio nodular tóxico fue descrito con anterioridad como enfermedad de Plummer. El bocio multiendémico es definido como el agrandamiento generalizado o localizado de la tiroides en más del 10% de la población, por deficiencia dietética de yodo. El bocio esporádico se presenta en áreas no endémicas. Se considera bocio multinodular a una etapa tardía de un bocio difuso, debido a la atrofia o necrosis de áreas glandulares, hipertrofiándose el tejido remanente como compensación.^(1,3,6)

La enfermedad de Graves se caracteriza por hipertiroidismo con bocio difuso, oftalmopatía y dermopatía en forma de mixe-dema localizado. No es necesario la presencia de las tres a la vez: una o dos de ellas pueden no aparecer o seguir una evolución independiente entre sí.

La edad pico de presentación es entre 20 y 40 años.^(3,4,6) La manifestación más importante de la patología bociógena es el aumento de volumen.⁽⁶⁾

Los bocios endotorácicos son usualmente asintomáticos, pero pueden llegar a causar compresión traqueal, distrés respiratorio, disfagia, síndrome de compresión de vena cava superior, parálisis del nervio recurrente uni o bilateral, hemorragia por várices esofágicas o síndrome de Horner. La incidencia de malignidad es de menos del 1%.

Tiroiditis

Pueden ser tumoraciones dolorosas en su forma aguda o indoloras en su forma crónica la forma aguda más frecuente es infecciosa. Las etiologías neoplásicas son tres:

Crónica linfocítica o de Hashimoto

Es la más frecuente de las tiroiditis. De origen autoinmune, con un intenso infiltrado linfocítico, debido a autoanticuerpos bloqueantes de la TSH, antiperoxidasa y antitiroglobulina.^(2,4,6)

La edad de presentación es entre 30 y 50 años en las mujeres y entre 40 y 50 años en los varones.

La relación en niños es el doble para mujeres que para varones; en adultos predomina en un 90% en mujeres.⁽⁴⁾

Su frecuencia aumenta por suplementos de yodo en la dieta. Ciertas drogas como interleuquina-2, amiodarona, interferón alfa o factor estimulante de colonias granulocítica pueden inducir autoanticuerpos antitiroideos.^(6,8)

La tiroides presenta un crecimiento difuso, firme e indoloro. Cerca del 10% de los casos es atrófico y la glándula se vuelve fibrótica, particularmente en mujeres de la tercera edad. Durante la destrucción glandular, se libera grandes cantidades de hormona tiroidea, que dan lugar a una tirotoxicosis. La tiroiditis crónica linfocítica a menudo progresa a hipotiroidismo, que regresa en el 5% de casos aproximadamente. Las manifestaciones clínicas están relacionadas con los niveles circulantes en sangre de hormona tiroidea. Al momento del diagnóstico, se encuentra un 20% de hipotiroidismo y 80% de eutiroidismo. Pero, en el 30% puede haber xerostomía o queratoconjuntivitis o instalarse un síndrome de Sjögren o asociarse a un síndrome miasténico o de lupus eritematoso sistémico. La tiroiditis subclínica es muy común llegando en series a un 40% en mujeres y en 20% en varones.^(1,2,5,6,8)



Subaguda (tiroiditis de D^r Quervain, tiroiditis granulomatosa o de células gigantes)

Se manifiesta luego de una infección de las vías respiratorias altas debida a un virus.^(2,5,8)

Existe un predominio en las mujeres a razón de 3-5 a 1.^(1,4,5)

La enfermedad se ha reportado en todas las edades, pero se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y quinta década.

La descripción de la clínica es trifásica, con la secuencia de hipertiroidismo, hipotiroidismo y la última eutiroides. Además presenta aumento del volumen de la tiroides al doble o triple de lo normal de consistencia indurada, con dolor localizado en la región cervical, particularmente en la zona de la tiroides, con disfagia o fiebre. Las manifestaciones pueden durar semanas o meses y asociarse a tirotoxicosis y malestar general. La gammagrafía muestra una captación baja, diferenciándola de la enfermedad de Graves.^(2,6,8)

Tiroiditis de Riedel o tiroiditis fibrosa

Usualmente causa hipotiroidismo, es la formas más infrecuente de las tiroiditis y encontrada con mayor frecuencia en mujeres adultas y de tercera edad. El crecimiento es asimétrico, la glándula es firme y de consistencia dura y adherente, causando disfagia, disnea. Puede deberse a una enfermedad sistémica fibrosa esclerosante.^(1,2,5,8)

PATOLOGÍA MALIGNA: CÁNCER DE TIROIDES

La patología maligna de la tiroides es menor al 1% de todos los cánceres en general y al 0,4% de la mortalidad por cáncer. En la población en general, un nódulo solitario es maligno en el 5 a 12% y los nódulos múltiples, en el 3%.^{12,31} Los carcinomas diferenciados corresponden al 90 a 95% de los carcinomas primarios,⁴¹ dentro de la patología maligna de la glándula tiroides, son, de lejos, los más frecuentes. Entre ellos tenemos:

Carcinoma papilar

Es el más frecuente de todos los carcinomas tiroideos, representa el 76 a 80% de ellos. Es el principal tipo de carcinoma tiroideo en niños (75%) y en expuestos a radiación (80 a 90%). En cifras generales, solo son el 1,5% de todos los cánceres en adultos y el 3% de todos los cánceres en niños.^(1,2,4,5)

Usualmente es un nódulo solitario indoloro, pero puede presentarse también como bocio multinodular. Aunque puede involucrar a ambos lóbulos tiroideos en un 30%.⁽⁵⁾

La edad promedio es de 30 a 40 años, aunque el 10% de ellos se desarrollan en menores de 20 años. Presenta una relación de 3 a 1 en mujeres frente a varones.^(2,3,6,8)

Es el menos agresivo, la mayoría de pacientes son eutiroides y presentan un tumor indoloro de crecimiento lento. Con una enfermedad avanzada pueden llegar a producir disfagia, disnea o ronquera. No manifiesta signos de hipertiroidismo o hipotiroidismo. Los carcinomas detectables clínicamente miden de 1 a 4 cm y son menos del 1%. Pero los microcarcinomas pueden ser encontrados hasta en un 35% en autopsias.^(2,4,8)

Los carcinomas detectables clínicamente son menos del 1%. Pero los microcarcinomas pueden ser encontrados hasta en un 35% en autopsias.⁽⁴⁾

Al momento del diagnóstico, 10 a 15% de los pacientes tienen metástasis a los huesos y los pulmones.^(1,3,4,8) Los valores de recurrencia están entre el 15 y 25% de los pacientes; sin embargo, el pronóstico es alentador, 90% a los 20 años. Son de buen pronóstico, la mortalidad es 0,73% a 25,3 años.⁽³⁾

Carcinoma folicular

Corresponde al 10% de las neoplasias malignas tiroideas; pero, es más agresivo que el carcinoma papilar.^(1,2,4,5)

La presentación es en promedio en la quinta década de vida. Predomina también en mujeres con una relación de 3 a 1.^(5,14,16)

Se presenta como nódulos solitarios y pueden ser de larga evolución o de crecimiento rápido, casi siempre indoloros. Con poca frecuencia producen suficiente tiroxina para causar tirotoxicosis, debido a que se presenta con mayor frecuencia en lugares con deficiencia de yodo en la dieta; pero si se presenta tirotoxicosis es menor al 1% de los casos. Las metástasis ganglionares son menores al 10%.^(1,4) La propagación es más hematogena que linfática y habitualmente va a huesos y pulmones.^(1,4,6)

Una variante aquí es el carcinoma de células Hürtle, derivado de las células oxífilas de la tiroides, las cuales tienen receptores para TSH y producen tiroglobulina. Representan el 3% de las neoplasias malignas tiroideas. Son más multifocales o bilaterales y rara vez captan yodo y el 25% ya tiene metástasis al diagnóstico. De los todos los carcinomas diferenciados es el más agresivo y con baja afinidad por el I¹³¹.⁽³⁻⁵⁾

Carcinoma medular

Representa el 4 a 5% de los carcinomas de tiroides. Surgen de las células parafoliculares de la tiroides, las cuales son productoras de calcitonina; por eso, se localizan en la parte media a superior de los lóbulos tiroideos.^(1,2,4,8)

No hay diferencia significativa en la distribución por sexos, siendo la relación mujer/varón de 1,5 a 1.^(3,4) Cerca del 33% corresponde a familiares, y el porcentaje restante esporádicamente.



co. En ambas situaciones, pueden estar asociados a la neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (NEM-2).⁽³⁻⁶⁾

La edad típica de presentación en la forma esporádica es entre 50 y 60 años y en la forma asociada a la NEM-2, entre 20 y 30 años.^(4,13) Son unilaterales en un 75% y la mayoría es dolorosa, con disfonía, disfagia o disnea. Se asocia también baja de peso, letargia y dolores óseos.^(4,8)

Pueden presentarse como síndromes paraneoplásicos, como síndrome carcinoide o un síndrome de Cushing, y el 30% presenta palpitations, *flushing* y diarrea.

Al igual que el carcinoma de células Hürtle no es sensible al yodo radioactivo.⁽³⁻⁵⁾

Carcinoma anaplásico

Corresponde al 1% de los carcinomas tiroideos. La mayoría de ellos se origina de un tumor diferenciado.^(2,4,5)

Al igual que el carcinoma medular, la proporción según mujeres y varones es de 1,5 a 1. El grupo etario con mayor incidencia es el de entre 60 y 80 años.^(6,8)

Es un tumor de crecimiento rápido, indurado, lo que lo hace el más agresivo de todos los carcinomas. Es frecuente el compromiso local y se encuentra disfonía, disfagia o disnea. Además, presenta metástasis cercanas y a distancia.^(4,5,8)

Al igual que el carcinoma medular, tampoco concentra yodo, para el tratamiento postoperatorio.

Al diagnóstico, del 50% al 69% de los pacientes tiene ya adenopatías evidentes.^(2,6,12)

Linfoma no Hodgkin de células B

Representa cerca del 1% de las neoplasias malignas tiroideas. De ellos, la mayoría es de células B no Hodgkin. A la microscopía se puede confundir con tiroiditis, ya que un buen porcentaje se presenta luego o durante la tiroiditis de Hashimoto.^(1,2,4)

Es más frecuente en las mujeres que en los varones y entre los 55 y 75 años. Se presenta como bocio multinodular o difuso de crecimiento rápido, doloroso. La supervivencia a 5 años es del 89% si la enfermedad es precoz y 5% si tiene la forma diseminada.^(6,8)

Metástasis

Las metástasis tiroideas son infrecuentes, y son manifestación tardía de un cáncer no primario de la glándula. El tumor metastásico más frecuente es el hipernefoma, seguido por el 3% de los carcinomas broncogénicos que es la causa de hasta el 20% de las metástasis a esta glándula.^(2,4)

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisó todas las historias clínicas y los reportes operatorios de los pacientes sometidos a cirugía electiva de la glándula tiroides, en el registro de altas del servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello en el período comprendido entre enero del 2000 y diciembre 2002 del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS) de EsSalud, en el Callao, Perú.

Se incluyeron todos los pacientes intervenidos con cirugía electiva de la glándula tiroides y con resultados anatomopatológicos en los cuales la pieza quirúrgica fue la glándula tiroides en su totalidad o en forma parcial.

Se excluyeron aquellos pacientes sometidos a cirugía tiroidea, con historias clínicas con datos incompletos, perdidos o inconsistentes. Solo hubo 8 casos en exclusión.

Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, síntomas de ingreso, signos clínicos durante la exploración física, diagnóstico preoperatorio, hallazgos ecográficos y por biopsia, operación realizada, complicaciones y resultado del informe anatomopatológico, entre otras.

La organización, estuvo basada en la identificación de las historias clínicas de las pacientes, se confeccionó un documento base para revisar las historias clínicas en el servicio de admisión y archivo del HNASS, siendo el levantamiento de datos llenado mediante el cuestionario en forma manual, se elaboró una hoja de recolección de datos para los resultados obtenidos, siendo procesados con el programa estadístico.

RESULTADOS

Se intervinieron 190 glándulas tiroideas en el lapso de 3 años; 173 (8,9%) fueron en mujeres y 17 (91,1%) en varones. Se excluyó 8 casos por tener una información incompleta y son presentados los 182 casos revisados.

Como diagnósticos preoperatorios, fueron catalogados como neoplasias malignas tiroideas un 19,2%, mientras que el resto de pacientes (80,7%) fueron intervenidos como neoplasias benignas tiroideas. Tabla 1.

En cuanto a la clínica asociada, el aumento del volumen glandular fue el predominante en 181 casos (74,5%), luego el dolor local en 20 casos, la disfagia 13 casos y disfonía 11 casos. Presentándose el resto de clínica en menor cantidad (7,4%). (Tabla 2).

Cuando la distribución de patologías según grupos etarios, para el sexo masculino, el 4,4% se encuentra entre los 40 y 59 años de edad. Para el sexo femenino la mayor incidencia



Tabla 1. Distribución del diagnóstico prequirúrgico

Diagnóstico preoperatorio	N	%
• Nódulo tiroideo	108	59,3
• Bocio difuso	9	4,9
• Bocio multinodular	27	14,8
• Bocio endotorácico	1	0,5
• Cáncer de tiroides	23	12,6
• Cáncer de tiroides recurrente	2	1,1
• Cáncer de tiroides metastásico	9	4,9
• Cáncer de tiroides metastásico recurrente	1	0,5
• Tiroiditis	1	0,5
• Tiroides ectópica	1	0,5
Total	182	100,0

Tabla 4. Distribución de casos según sexo y grupos etarios

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
• < 20 años	0	0,0	2	1,1	2	1,1
• 20 a 29 años	0	0,0	14	7,7	14	7,7
• 30 a 39 años	0	0,0	32	17,6	32	17,5
• 40 a 49 años	2	1,1	33	18,1	35	19,2
• 50 a 59 años	6	3,3	28	15,4	34	18,6
• 60 a 69 años	7	3,8	36	19,8	43	23,6
• 70 a 79 años	1	0,5	19	10,4	20	10,9
• > 79 años	1	0,5	1	0,5	2	1,1
Total	17	9,3	165	90,7	182	100,0

está entre los 30 y 69 años (70,9%); dentro de ella, entre 30 y 49 años y entre 60 y 69 años encontramos la mayor frecuencia, 35,7% y 11,8%, respectivamente. En forma general, las edades con mayor presentación de patologías están entre 60 y 69 años (23,6%), luego 40 y 49 años (19,2%). (Tabla 3).

Según los resultados del estudio anatomopatológico, el adenoma folicular es la causa más frecuente de las neoplasias tiroideas, con el 29% de los casos, seguida del carcinoma

papilar de tiroides con 15,5% y el bocio coloide simple con 12%. (Tabla 4).

Tabla 5. Distribución de la patología encontrada

Anatomía patológica	N	%
• Adenoma folicular	58	29,0
• Cáncer papilar de tiroides	31	15,5
• Bocio coloide simple	24	12,0
• Tiroiditis linfocítica de hashimoto	18	9,0
• Bocio multinodular	11	5,5
• Bocio adenomatoso	10	5,0
• Bocio coloide degenerado	8	4,0
• Cáncer papilar metastásico de tiroides	8	4,0
• Adenoma microfolicular	6	3,0
• Tiroiditis crónica folicular	6	3,0
• Cáncer folicular de tiroides	4	2,0
• Quiste coloide	4	2,0
• Degeneración quística	2	1,0
• Tiroiditis crónica fibrosada	2	1,0
• Tiroiditis crónica inespecífica	2	1,0
• Cáncer medular de tiroides	2	1,0
• Adenoma quístico	1	0,5
• Adenoma oncocítico	1	0,5
• Adenoma a células Hurthle	1	0,5
• Tiroiditis subaguda inespecífica	1	0,5
• Linfoma a células medianas a grandes más metaplasia oncocítica	1	0,5
Total	200	100,0

Tabla 2. Distribución de la clínica asociada

Clínica	N	%
• Tumor	181	74,5
• Dolor	20	8,2
• Disfagia	13	5,3
• Disfonía	11	4,5
• Taquicardia	6	2,4
• Diaforesis	3	1,2
• Hipotiroidismo	3	1,2
• Parestesias	2	0,8
• Otagia	1	0,4
• Xerostomía	1	0,4
• Exoftalmos	1	0,4
• Cefalea	1	0,4
Total	243	100,0



DISCUSIÓN

Al revisar el total casos intervenidos por tumoraciones tiroideas, tenemos que el sexo femenino es el que predomina con gran diferencia para neoplasias tiroideas en razón de 10 a 1. Ya con los casos excluidos, este predominio continúa siendo evidente con una relación de 9,7/1.

Los pacientes fueron estudiados, teniendo como instrumentos, la historia y el examen clínico, y diversas ecografías, gamagrafías y biopsias aspiración con aguja fina (BAAF). Se catalogaron con el diagnóstico respectivo, obteniendo una presunción preoperatoria de malignidad cercana al 19,2%, del cual el 0,5% (1/182) era una recurrencia de un carcinoma papilar de tiroides.

Una gran cantidad de pacientes, fue intervenida como neoplasias benignas el 80,7% (147/182), 108 casos intervenidos fueron diagnosticados como nódulos tiroideos.

El aumento del volumen glandular fue el hallazgo clínico más frecuente y manifestado por los pacientes, 181 pacientes de 182 casos (99,5%). Entre los demás síntomas en orden de frecuencia, tenemos al dolor, disfagia y disfonía; los cuales, se presentaron en más de 10 casos cada uno. Reportándose en la literatura como síntomas asociados no infrecuentes.

Es poca la presentación de casos en el sexo masculino en comparación al sexo femenino; de los casos encontrados, la mayor cantidad de casos 13 de 17 (76,5%), se encontraron entre los 50 y 69 años.

En el sexo femenino, no hay década predominante, presentándose las neoplasias en general entre los 30 y 69 años, todos ellos con más del 15% de casos para cada decenio y 10,9% en mayores de 70 años. Cifras cercanas tenemos en ambos sexos en general, debido a la gran cantidad pacientes femeninos.

Hubieron resultados mixtos, haciendo un total de 200 resultados anatomopatológicos en total. La patología predominante fue el adenoma folicular con 29% (58/200), es seguida del carcinoma papilar de tiroides con 15,5% (31/200) y el bocio coloide simple 12% (24/200).

AGRADECIMIENTOS

- A la gerencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren por haber permitido la realización del presente estudio.
- Al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del hospital en mención, por otorgar el apoyo necesario durante la investigación.
- Al personal del departamento de admisión y de patología del HNASS, sin los cuales no se hubiera podido llevar a cabo este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotran R, Kumar V, Robbins SL. Patología Estructural y Funcional. 5ª Edición. Editorial McGraw-Hill. Madrid, España. 1990.
2. Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldhan KT. Head and Neck. In: Surgery: Scientific Principles and Practice. 3rd Edition. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. EUA. 2001
3. Romero-Torres R. Tratado de Cirugía. 3ª Edición. Editorial Medicina Moderna. Lima, Perú. 2000
4. Swarthz S. Principios de Cirugía. 7ª Edición. Editorial McGraw-Hill. México. 2000
5. Way LV, Doherty GM. Current Surgical Diagnosis & Treatment. 11th Edition. Editorial Lange. EUA. 2003
6. Fauci A, Martin J, Braunwald E, Kasper D. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Editorial McGraw-Hill. 1998
7. Niederhuber JE. Fundamentals of Surgery. 1st Edition. Editorial Lange. EUA. 1998
8. Fauci AS, Braunwal E, Isselbacher KJ. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª Edición. Editorial McGraw-Hill. Madrid, España. 1998
9. Braverman LE, Utiger RD, Hermus AR, Huysmans DA. Clinical Manifestations And Treatment Of Nontoxic Diffuse And Nodular Goiter. Werner & Ingbar's The Thyroid. Editorial Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, EUA. 2000
10. Myers EN, Suen JY. Cancer of the Head and Neck. 2nd Edition. Churchill Livingstone Inc. Editorial. USA. 1989
11. Novelli JL, Piazza MV, Sánchez A. Patología Quirúrgica de la Glándula Tiroideas. 1ª Edición. Editorial UNR. Rosario, Argentina. 1997
12. Ariyan S. Cancer of the Head and Neck. 1st Edition. Mosby Editorial. St. Louis, EUA. 1987
13. Dworkin HJ, Meier DA, Kaplan M. Advances in the management of patients with thyroid disease. Semin Nucl Med 1995; 25(3): 205-20.
14. Feld S, Garcia M. AACE Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. 1996.
15. Harvey HK. Diagnosis and Management of the thyroid nodule. An overview. Otolaryngol Clin N Am 1990; 23(2): 303-37.
16. Campbell JP, Pillsbury HC 3rd. Management of the thyroid nodule. Head Neck 1989; 11(5): 414-25.
17. Ashcraft MW, Van Herle AJ. Management of thyroid nodules. Head Neck Surg 1981; 3(3): 216-30.
18. Correa P, Chen YW. Endocrine gland cancer. Cancer 1995; 75 (1 Suppl): 338-52.