

Utilidad de la biopsia de tiroides por punción en el diagnóstico de las enfermedades de esta glándula

Por los Dres.:

MANUEL GOMEZ ALZUGARAY,²⁵ MARINO PEREZ PAZ²⁶ y ANA NAVARRO LAUTEN²⁷

Gómez Alzugaray, M. y otros. *Utilidad de la biopsia de tiroides por punción en el diagnóstico de las enfermedades de esta glándula. Rev Cub Med 18: 4, 1979.*

Se analizan los resultados del estudio mediante biopsia por punción de tiroides hecho a 80 pacientes que presentaban aumento difuso de la glándula tiroides, y se encuentra que 35 (43,75%) presentaban tiroiditis crónica; 16 (20%), bocio coloide; en 6 pacientes se halló quiste tiroideo; y en 2 se tiene que destacar la presencia de un carcinoma folicular (2,5%), en edades de 37 y 46 años, respectivamente; en una de estas 2 pacientes, en la pieza obtenida mediante operación quirúrgica, se encontraron características histicas de tiroiditis crónica. En el resto de los pacientes se hallaron diferentes afecciones tiroideas, y en 8 (10%), la muestra obtenida no fue útil para el diagnóstico. Se considera que este es un proceder diagnóstico útil para determinar el origen de las enfermedades de la glándula tiroides.

INTRODUCCION

La biopsia de la glándula tiroides, tanto a cielo abierto como la realizada por punción utilizando el método de aguja, aún constituye uno de los auxiliares diagnósticos de mayor importancia en las enfermedades de la tiroides y, en especial, en la tiroiditis linfocítica crónica o enfermedad de Hashimoto.

Esto se señaló desde los trabajos de *Cryle* en 1951,¹ que preconizaba el uso de la biopsia por punción con aguja como método diagnóstico de la estruma linfomatoso y que él utilizó para poderlo diferenciar de la estruma de Riedel y de la tiroiditis subaguda. El valor de este proceder diagnóstico ha sido señalado también por otros autores.⁻⁷

En este trabajo presentamos los resultados obtenidos en la utilización de la biopsia de tiroides, por el método de aguja, en el diagnóstico de las enfermedades de la tiroides en 80 pacientes que acudieron al consultorio de endocrinología del hospital provincial docente clinicoquirúrgico "Saturnino Lora", de Stgo. de Cuba. Se eligió este método de biopsia en vez del método a cielo abierto debido a que resulta menos traumático, menos riesgoso y más económico.

²⁵ Especialista de I grado en endocrinología. Hospital provincial docente clinicoquirúrgico "Saturnino Lora", Stgo. de Cuba.

²⁶ Especialista de I grado en endocrinología. Jefe del servicio de endocrinología del hospital provincial docente clinicoquirúrgico "Saturnino Lora", Stgo. de Cuba.

²⁷ Especialista de I grado en endocrinología. Jefe del servicio de endocrinología del hospital Infantil Sur, Stgo. de Cuba.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 80 pacientes seleccionados al azar, quienes acudieron al consultorio de endocrinología del hospital provincial docente clinicoquirúrgico "Saturnino Lora", de Santiago de Cuba. Se exigió como requisito que presentaran aumento de volumen difuso de tiroides y que dicho aumento pasara del peso de 30 gramos. No se tomaron hipertiroideos clínicamente evidentes, a no ser que la glándula presentara características distintas a las descritas para esta enfermedad.

Previa asepsia de la región del cuello, con el paciente en decúbito supino y la cabeza en hiperextensión se procedió a poner paño hendido, se realizó infiltración local de la línea media, con procaína al 1%, para lo cual se utilizó aguja hipodérmica. Se hace una pequeña incisión en la piel, para introducir el trocar (*Vyn Siherman*), con el cual se llega a la glándula; se retira el mandril y se pasa la cuchilla hendida, la que se introduce con un golpe seco, se sostiene la cuchilla y se hace avanzar el trocar sobre ésta para realizar el corte de la muestra. Se retiran la cuchilla y el trocar y se hace compresión local con un vendaje.

El cilindro de tejido obtenido fue analizado por el patólogo en el departamento de anatomía patológica del hospital provincial docente clinicoquirúrgico "Saturnino Lora", de Santiago de Cuba, para el diagnóstico hístico. Se analizan los resultados obtenidos y se exponen en este trabajo.

RESULTADOS

En los pacientes estudiados predominaron los grupos de edad comprendidos entre 25 y 34 años con 24 pacientes (30%); y el grupo de 35 a 44 años con 22 pacientes (27,5%). Con más de 55 años, sólo se realizó biopsia en 6 pacientes (7,5%) (cuadro I). Se vio franco predominio en el sexo femenino con 78 pacientes (97,5%) y sólo 2 del sexo masculino (2,5%) (cuadro II).

CUADRO I GRUPOS DE EDAD

Edad	No.	%
15-24	13	16,25
25-34	24	30,00
35-44	22	27,50
45-54	15	18,75
+ 55	6	7,5
Total	80	100,00

CUADRO II

DISTRIBUCION SEGUN EL SEXO

Sexo	No.	%
Femenino	78	97,5
Masculino	2	2,5
Total	80	100,0

CUADRO III

TAMAÑO DEL BOCIO

Tamaño en gramos	No.	%
30-35	13	16,25
35-40	45	56,25
40-45	17	21,25
45-50	5	6,25
+ 50	—	—
Total	80	100,00

En cuanto al tamaño del bocio, dado su peso en gramos, el grupo mayor de pacientes (45) presentaron bocio entre 35 y 40 gramos, para el 56,25%; bocios entre 40 y 45 gramos en 17 pacientes (21,25%); y entre 30 y 35 gramos, 13 pacientes (16,25%). Con más de 50 gramos no tuvimos ninguno (cuadro III).

Cuando comparamos los resultados de las biopsias en cuanto a su utilidad con relación al tamaño del bocio, encontramos que todos los pacientes en que

nes el tejido obtenido no fue útil para el diagnóstico se encontraban entre los que presentaban bocio más pequeño; o sea, en los 13 pacientes con bocio que pesaba entre 30 y 35 gramos, donde se fracasó en 8 de ellos, lo que hace un 10% del total de casos. En el resto de los grupos siempre se obtuvo tejido suficiente para un diagnóstico desde el punto de vista histico (cuadro IV).

En cuanto a las afecciones encontradas, predominó la tiroiditis linfocítica crónica, que fue el diagnóstico en 35 pacientes como afección única, y en un caso asociada a un carcinoma folicular. Este último diagnóstico se hizo en otra paciente y hay que destacar que ambos presentaban un bocio difuso.

Después de la tiroiditis linfocítica crónica siguió en orden de frecuencia bocio coloide que se halló en 17 pacientes; en uno se encontró asociado a un quiste tiroideo. Además, se halló quiste tiroideo en otros 4 pacientes; bocio adenomatoso, en 6; histología normal, en 4; y fibrosis, tiroiditis subaguda y tiroiditis aguda fueron otros diagnósticos (cuadro V).

Hay que señalar que en aquellos pacientes donde se obtuvo el diagnóstico de carcinoma folicular, el bocio además de difuso, era de consistencia aumentada, desplazable, no adherido a planos profundos, sin cambios en la piel ni adenopatías, y el peso oscilaba entre los 40 y 45 gramos.

COMENTARIOS

En el diagnóstico de las enfermedades de la tiroides se han empleado múltiples métodos que estudian las alteraciones funcionales de ésta,^{8,11} así como otros inmunológicos¹² que tratan de establecer su origen, pero ninguno de ellos puede dar un diagnóstico más exacto que el estudio histico de la glándula. Este puede realizarse por el examen de la glándula, obtenida por tiroidectomía, biopsia a cielo abierto o utilizando el método de punción. Este último método fue introducido por *Cryle* (1951),¹ y des-

CUADRO IV
RESULTADOS DE LA BIOPSIA Y SU UTILIDAD CON
RELACION AL TAMAÑO DEL BOCIO

Tamaño del bocio	Muestra útil	Muestra no útil
30 ■ 35	3	10*
35 ■ 40	45	—
40 ■ 45	17	—
45 ■ 50	5	—
+ 50	—	—
Total	70	10

* Las muestras de tiroides no útiles representan el 10% del total de las biopsias realizadas.

CUADRO V DIAGNOSTICO

ANATOMOPATOLOGICO		
Diagnóstico	No.	%
<i>Tiroiditis</i>		
Linfocítica crónica	35	43,75
Subaguda	1	1,25
Aguda	1	1,25
Bocio coloide	16	20
Bocio coloide + quiste tiroideo	1	1,25
Bocio adenomatoso	6	7,5
Quistes tiroideos	4	5
Carcinoma folicular	1	1,25
Carcinoma folicular + tiroiditis linfocítica crónica	1	1,25
Histología normal	4	5
Fibrosis	2	2,5
No útil	8	10
Total	80	100,00

de esa época se viene utilizando, sobre todo, para el diagnóstico de la tiroiditis linfocítica crónica,¹³ aunque hay autores como *Williams*⁷ que plantean que las pruebas inmunológicas tienen el mismo valor diagnóstico en esta entidad.

Este método no sólo se ha utilizado en el diagnóstico de las tiroiditis, sino también para el seguimiento evolutivo de estos pacientes" y para poder conocer las alteraciones funcionales en esta entidad una vez conocida su presencia.^{4-ir} Tiene gran importancia para establecer el diagnóstico diferencial entre las diferentes tiroiditis, tanto crónica como subaguda.^{16,1}

Además, se ha utilizado para establecer el diagnóstico de otras entidades, como el bocio simple;¹³ también en aquellos pacientes que clínicamente se presentan como hipertiroideos y las características del bocio hace pensar en una tiroiditis linfocítica crónica,¹⁷ ya que en éstos nos ayuda a establecer un pronóstico y la elección del tratamiento.

También tiene utilidad para definir las alteraciones anatómicas en estas entidades^{18,19} y su posible relación con el agente causal.

Como se puede ver en nuestros resultados, el diagnóstico fue variable, aunque predominó la tiroiditis linfocítica crónica y el bocio coloide, lo cual concuerda con lo hallado en otros trabajos.^{1: >_1li}

Es importante destacar la presencia en 2 pacientes de carcinoma folicular, en quienes las características del bocio hacían pensar en tiroiditis linfocítica crónica. Si bien este hallazgo no es frecuente, ya que requiere que la muestra que se obtenga sea del área afectada, sí es importante por lo señalado en cuanto a la asociación de tiroiditis crónica y neoplasia del tiroides,^{20,1} aunque hay autores que no han encontrado con frecuencia esta asociación.¹⁵

La posibilidad de fracaso en la obtención de la muestra fue poca (10%), lo que concuerda

con otros autores,¹³ y es bueno destacar que todos los pacientes en quienes no se obtuvo tejido tiroideo, correspondieron con aquellos que tenían bocio pequeño (entre 30 y 35 gramos), lo que hace plantear que este método es más útil en aquellos pacientes cuyo bocio tenga un tamaño superior a los 35 gramos de peso. Es importante destacar que no tuvimos ninguna complicación en estos pacientes y que en los dos en quienes se diagnosticó el carcinoma folicular no se han presentado evidencias clínicas de siembras de células neoplásicas como se ha señalado, a pesar de tener más de 5 meses de evolución después del diagnóstico.

Creemos que por todo lo antes expuesto, se puede plantear que la biopsia por punción de la tiroides, utilizando el método de aguja, es un proceder auxiliar muy útil, sobre todo en aquellos casos en que tenemos dudas de su causa, y debe ser un complemento de la clínica y ser, además, analizado conjuntamente con los otros estudios de la función tiroidea para poder establecer un pronóstico y determinar la conducta terapéutica que debe seguirse

CONCLUSIONES

1. La biopsia por punción de la tiroides es un auxiliar diagnóstico útil en las enfermedades de esta glándula.
2. Debe realizarse en bocios difusos, cuyo peso sea superior a 35 gramos.
3. Se obtuvo un 90% de eficacia con este proceder.
4. La tiroiditis linfocítica crónica y el bocio coloide ocuparon los primeros diagnósticos.
5. En nuestra casuística no tuvimos complicaciones.
6. Es un método poco traumático, sencillo y económico.

SUMMARY

Gómez Alzugaray, M. et al. *The value of thyroid puncture biopsy in diagnosing thyroid diseases.* Rev Cub Med 18: 4, 1979.

The results of the study of 80 patients with a diffuse thyroid enlargement were analyzed, and it was found that 35 patients (43,75%) had a chronic thyroiditis; 16 (20%), colloid goiter; 6, a thyroid cyst; and the latter two (both women), follicular carcinoma (2,5%). The latter two were 37 and 46 years old; histic characteristics of chronic thyroiditis were evidenced in the sample removed from one out of the two patients. Different thyroid affections were found in the remaining patients; in 8 (10%), the sample removed was not useful to diagnostic purposes. This is a valuable diagnostic procedure for determining the origin of thyroid diseases.

RÉSUMÉ

Gómez Alzugaray, M. et al. *Utilité de la biopsie de la thyroïde par ponction dans le diagnostic des maladies de cette glande.* Rev Cub Med 18: 4, 1979

Les résultats de l'étude portant sur 80 patients qui présentaient augmentation diffuse de la thyroïde sont présentés. 35 patients (43,75%) présentaient thyroïdite chronique; 16 (20%), goitre colloïde; 6, kyste thyroïdien; et 2, carcinome folliculaire (2,5%). Ces deux dernières patientes étaient âgées de 37 et 46 ans respectivement, et chez l'une, la pièce obtenue au moyen d'une intervention chirurgicale, présentait des caractéristiques tissulaires de thyroïdite chronique. Chez le reste, on a trouvé différentes affections thyroïdiennes, et dans 8 cas (10%), l'échantillon obtenu n'a pas été utile pour le diagnostic. Ce procédé est utile pour déterminer l'origine des maladies du corps thyroïde.

BIBLIOGRAFIA

1. Crile, G.; Hazard, J. B. Classification of thyroiditis, with special reference to the use of needle biopsy. J Clin Endocrinol 11: 1123, 1951.
2. Gribetz, D. et al. Goiter due to lymphocytic thyroiditis (Hashimoto's Struma): Its occurrence in pre adolescent and adolescent girls. N Engl J Med 250: 255, 1954.
3. Hall, R. S. Study of the parents of patients with Hashimoto's disease. Lancet 11: 1291, 1962.
4. Hall, R. S. Immunologic aspects of thyroid function. N Engl J Med 266: 23, 1962.
5. Means, J. H. et al. Enfermedad de Hashimoto. Libro sobre enfermedades del tiroides. (3era. ed.). Pág. 443-49, 1966.
6. Vickery, A., Hemlin, E. Struma lymphomatosa (Hashimoto's thyroiditis). Observations on repeated biopsies in 16 patients. N Engl J Med 264: 226, 1961.
7. Williams, R. H. Enfermedad de Hashimoto. Tratado de Endocrinología (3ra. Ed.). Pág. 273, 1971.
8. Bastin, P. A. et al. Clinical and pathological significance of asymptomatic atrophic thyroiditis. Lancet 1: 915, 1967.
9. Koutras, D. A. et al. Studies of stable iodine metabolism as a guide to the interpretation of radio iodine test. Acta Endocrinol 37: 597, 1961.
10. Zieve, L. et al. Determination of protein bound. Radiiodine with an ion exchange resin. Clin Res Proc 3: 120, 1955.
11. Koutras, D. A. et al. Clinical aspects of iodine. Metabolism (Iera. ed.). Blackwell Scientific Publications. Oxford 230-36, 1964.
12. Boyden, S. V. The adsorption of protein on erythrocytes treated with tannic acid and subsequent haemagglutination by antiprotein sera. J Exp Med 93: 107, 1951.
13. Guerra, R. L.; Menchaca, J. R. Biopsia por punción del tiroides. Rev Cub Cir 6: 385, 1967.
14. Volpe, R. et al. Genetic factor in Hashimoto's struma. 5- Cancer Med Ass 88: 912, 1963.
15. Gómez, A. M. Enfermedad de Hashimoto. Estudio clínico y de laboratorio en 100 pacientes. Tesis de grado, 1975.
16. Backer, S. B. et al. Riedel's struma and struma lymphomatosa: two cases presenting microscopic finding of both disease combined. South Med J (Birmingham) 46: 1168, 1963.

17. *Pimstone, B. L. et al.* Hashimoto: Parallel assays of thyrotropin, L.A. T.S. and E.P.S. in endocrine. Exophthalmos and pretibial myxoedema. *J Clin Endocrinol* 24: 976, 1964.
18. *Sommers, S. C.; Meissner, W. A.* Basement Membrane. Changes in chronic thyroiditis and other thyroid disease. *Am Clin Pathol* 24: 434, 1959.
19. *Stuart, A. E.; Allan, W. S. A.* The significance of basement membrane changes in thyroid disease. *Lancet* 2: 1204, 1958
20. *Crile, G. Jr.; Hazard, J. B.* Incidence of cancer in struma lymphomatosa. *Surg Gynecol Obstet* 115: 101, 1962.
21. *Woolner, et al.* Classification and prognosis of thyroid. Carcinoma. A study of 885 cases observed in a thirty year period. *Am J Surg* 102: 354, 1964.