



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-067 - PREVALENCIA DE LESIONES NEOPLÁSICAS EN LA TIROIDITIS DE HASHIMOTO

*González de Miguel, Melania; Barrios Treviño, Borja; Expósito Rodríguez, Amaia; Etxebarria Beitia, Eider; García Herrero, Silvia; Vázquez Melero, Alba; Gómez Palacios, Ángel; Méndez Martín, Jaime*

*Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.*

### Resumen

**Introducción:** La tiroiditis de Hashimoto o crónica autoinmune es la causa más frecuente de hipotiroidismo en áreas sin déficit de yodo. Puede cursar con o sin bocio nodular. Casi todos los pacientes presentan niveles elevados de anticuerpos antitiroideos (anti-TPO, anti-TG), infiltrado linfocitario difuso, destrucción folicular y nódulos de regeneración. Existe controversia sobre la asociación entre la tiroiditis de Hashimoto y las neoplasias tiroideas, especialmente con el carcinoma. Parece que las cifras elevadas de TSH incrementan su incidencia y se describe que, cuando aparecen los carcinomas, son de menor tamaño y tienen una menor tasa de recurrencia. Presentamos nuestros pacientes con diagnóstico histológico de tiroiditis de Hashimoto para analizar la prevalencia y el tipo de neoplasias desarrolladas en ellos.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado con los 1.526 pacientes intervenidos quirúrgicamente entre 1998-2014 en nuestro servicio. Fueron seleccionados un total de 96 pacientes, 27 de ellos con diagnóstico histológico principal de tiroiditis de Hashimoto tras tiroidectomía y otros 69 en los que, siendo otro el diagnóstico histológico principal, el de tiroiditis de Hashimoto figuraba asociado como problema de base. Se evalúan el sexo, la edad, el diagnóstico clínico, la indicación quirúrgica, el tipo de tiroidectomía y la prevalencia de lesiones neoplásicas.

**Resultados:** La tiroiditis de Hashimoto apareció en el 6,3% (96/1.536). Solo 5 pacientes fueron varones, con edad media de 62,4 años (dt 11,01) (rango 50-79) y el resto fueron 91 mujeres (94,75%) con una edad media de 50,72 años (dt 14,80) (rango 12-81). La presentación clínica fue: nódulo tiroideo solitario (31), BMN (32), carcinoma (20), Enfermedad de Basedow (1) y tiroiditis de Hashimoto (10). La indicación quirúrgica vino dada por: síndrome compresivo en 21 pacientes, prolongación endotorácica en 3, crecimiento rápido en 7, 39 por sospecha de neoplasia, 13 por confirmación de carcinoma papilar mediante BAG y otros 13 pacientes por causas como disfunción tiroidea o decisión del endocrinólogo o paciente. En cuanto a la técnica quirúrgica, se practicaron 78 tiroidectomías totales, 13 lobectomías e istmectomías, 3 lobectomías totalizadoras, 1 Dunhill y 1 tiroidectomía subtotal bilateral. El estudio anatomopatológico tras la tiroidectomía puso de manifiesto: 32 hiperplasias nodulares, 11 adenomas foliculares, 4 adenomas de Hürthle, 21 carcinomas papilares y 1 carcinoma folicular, siendo la prevalencia de las lesiones benignas y malignas del 22,91% y 42,7% respectivamente. Además, aparecieron incidentalmente otros 18 carcinomas papilares y 1 carcinoma folicular, siendo la prevalencia del carcinoma incidental del

19,8%. De los 96 pacientes 27 tuvieron diagnóstico histológico principal de tiroiditis de Hashimoto, siendo la prevalencia de carcinomas sospechados e incidentales del 25,92% y 7,40% respectivamente.

**Conclusiones:** 1. Un 95,7% de las tiroiditis de Hashimoto se dieron en mujeres (12 años, de media, más jóvenes que los varones). 2. La prevalencia del carcinoma de tiroides en la tiroiditis de Hashimoto fue del 42,70%, la de los adenomas 22,91% y la del carcinoma incidental del 19,8%. 3. La tiroiditis de Hashimoto parece ser una afección altamente oncogénica.