

Caracterización clínica y funcional en pacientes con diagnóstico inicial de tiroiditis de Hashimoto en el año 2007

Marelys Yanes Quesada^I; Silvia Turcios Tristán^{II}; Ernesto Alaves Martín^{III}; Jeddú Cruz Hernández^{IV}; Lisbet Rodríguez Fernández^V; Miguel Ángel Yanes Quesada^{VI}; Raúl Calderín Bouza^{VII}

^IEspecialista de I Grado en Medicina General Integral y Endocrinología. Asistente. Investigadora Agregada del INEN.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Endocrinología. Investigadora Agregada. INEN.

^{III}Especialista de II Grado en Endocrinología. Profesor Consultante. Investigador Titular. INEN.

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Endocrinología. Asistente. Hospital Ginecoobstétrico "América Arias".

^VEspecialista de I Grado en Endocrinología. INEN

^{VI}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

^{VII}Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: la tiroiditis de Hashimoto constituye una afección tiroidea autoinmune de lenta evolución, y es la primera causa de hipotiroidismo con bocio en zonas con adecuada ingesta de yodo.

OBJETIVO: identificar las características clínicas (edad, sexo, antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea y presencia de bocio), así como el estado de función tiroideo en el momento del diagnóstico de la tiroiditis de Hashimoto.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo y transversal con 41 pacientes con diagnóstico inicial de tiroiditis de Hashimoto durante el año 2007, a los cuales se les llenó un modelo de encuesta, y se les

hizo examen físico del tiroides, así como dosificación de hormona estimulante del tiroides y tiroxina total. Los datos se analizaron utilizando el método porcentual y se expusieron en tablas.

RESULTADOS: se obtuvo un predominio del sexo femenino con un 78 %, y según edad y sexo el grupo más frecuente ocurrió en las mujeres de 50 a 59 años con un 29,26 %. El 60,97 de los pacientes presentó antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea. Todos los pacientes presentaron bocio, y fue el más frecuente el grado 2, con un 60,97 %. El 58,53 de los pacientes estaba funcionalmente eutiroideo.

CONCLUSIONES: la tiroiditis de Hashimoto fue más frecuente en el sexo femenino y en la quinta década de la vida, la presencia de antecedentes patológicos personales fue muy frecuente, y todos los pacientes presentaron bocio en el momento del diagnóstico, más frecuente de grado 2. La mayoría de los casos tuvo una función tiroidea normal.

Palabras clave: Tiroiditis, Hashimoto.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del tiroides se sitúan entre las primeras causas de atención en endocrinología, y el mecanismo patogénico más frecuente es el desarrollo de autoanticuerpos contra la glándula tiroides. Dentro de este grupo, la tiroiditis crónica de Hashimoto (TH) ocupa un papel relevante, por ser la más frecuente y la primera causa de hipotiroidismo con bocio en zonas con adecuada ingesta de yodo.¹ Su incidencia se estima en un 3,5 y 0,8 por cada 1 000 hab por año, en mujeres y hombres respectivamente.² Entre el 80 y el 90 % de los pacientes que la padecen, tienen elevados títulos de autoanticuerpos, tales como: antiperoxidasa (TPOAb) y los antitiroglobulina (Tg Ab), y con menor frecuencia, los anticuerpos bloqueadores del receptor de hormonas tirotropas (TSH-Abs).³⁻⁵

En esta entidad existe infiltración importante de linfocitos que destruyen por completo la arquitectura tiroidea normal, así como, aparecen centros germinales y folículos linfoides. Las células foliculares epiteliales están crecidas y contienen citoplasma basófilo (células de Hurte). Todas estas características celulares hacen posible un diagnóstico citológico inequívoco.⁶

El conocimiento de las características clínicas y el estado funcional del tiroides en el momento del diagnóstico de la tiroiditis es de suma importancia para la evolución y el tratamiento ulterior de los pacientes, y no encontramos en la literatura revisada datos

nacionales publicados durante los últimos años relacionados que se refieran a estos aspectos, por lo que consideramos importante dar a conocer la información obtenida en este trabajo. Nuestra hipótesis: la tiroiditis de Hashimoto en el momento de su diagnóstico es más frecuente en mujeres de edad mediana, con antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea, presencia de bocio y estado funcional hipotiroideo. Nuestro objetivo: identificar las características clínicas (edad, sexo, antecedentes patológicos familiares y presencia de bocio), así como el estado de función tiroidea en el momento del diagnóstico de la tiroiditis de Hashimoto.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con 41 pacientes que fueron seleccionados de la consulta de citopunción del tiroides, después de realizado el diagnóstico histológico de tiroiditis de Hashimoto por primera vez, en el período comprendido desde enero de 2007 hasta diciembre de 2007 en el Instituto Nacional de Endocrinología.

Los casos seleccionados fueron citados a consulta, donde se les aplicó un modelo de encuesta para la recolección de los datos necesarios (edad, sexo y antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea). Se les realizó examen físico sobre las características de la glándula tiroidea, teniendo en cuenta la presencia de nódulo y/o bocio, así como también se precisó su grado. Se determinó niveles de hormona estimulante del tiroides (TSH) por ensayo inmunoradiométrico (IRMA) y de tiroxina total T_4 por radioinmunoensayo (RIA), métodos vigentes en el INEN. Los datos del examen físico y los resultados de los exámenes complementarios se añadieron a la encuesta realizada.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que se les realizara el diagnóstico por primera vez de tiroiditis de Hashimoto.
- Voluntariedad a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico previo de tiroiditis de Hashimoto y/o que tomaran algún tratamiento para enfermedad tiroidea.
- Antecedente de enfermedad tiroidea de cualquier tipo.
- Sujetos que no estuvieran de acuerdo con participar en el estudio.

Para definir los criterios de bocio, hipertiroidismo e hipotiroidismo, tanto clínico como subclínico, se tomaron los datos ofrecidos por el consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del tiroides del año 2004.⁷ Para el procesamiento de los datos se utilizó

una computadora PC Pentium IV. Los textos se procesaron con *Word XP*. Para el análisis de los resultados se utilizó el método porcentual y fueron expresados en tablas.

RESULTADOS

De los 41 pacientes estudiados con diagnóstico inicial de tiroiditis de Hashimoto, 32 fueron del sexo femenino para un 78,04 %; y según el grupo de edad, el más afectado fue el que incluye los pacientes del sexo femenino entre 50 a 59 años, con 12 mujeres para un 29,26 % y el grupo de 40 a 49 años formado por ambos sexos, también con un 29,26 % (tabla 1).

En la tabla 2 observamos la distribución de los pacientes según la presencia de antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea, y se observa que 25 pacientes para un 60,97 % refirieron tener antecedentes familiares de enfermedad tiroidea. En la tabla 3 se observa la presentación clínica de la enfermedad, y podemos apreciar que de los 41 pacientes estudiados, el 100 % presentaban bocio, predominando el grado 2 con un 60,97 %.

Cuando analizamos el estado funcional del tiroides (tabla 4) apreciamos que predominó el estado eutiroideo, con un 58,53 % de los pacientes, seguido del hipotiroidismo subclínico con un 24,39 % y del hipotiroidismo clínico con un 17,07 %. No encontramos ningún paciente con hiperfunción tiroidea.

DISCUSIÓN

La tiroiditis de Hashimoto constituye una afección tiroidea autoinmune de lenta evolución. En la literatura las edades de mayor incidencia y prevalencia se encuentran entre los 30 y 50 años, lo cual se debe a que el fallo tiroideo suele ocurrir a lo largo de la vida adulta, y por ello su prevalencia aumenta con la edad, con un pico máximo alrededor de los 50 años, para luego disminuir nuevamente en la senectud,⁸ lo cual se corresponde con los resultados de nuestra investigación; sin embargo, en un estudio realizado en nuestra institución se encontró que el rango de edad predominante fue entre 25 y 45 años (Gómez M. Enfermedad de Hashimoto. Estudio clínico y de laboratorio en 100 pacientes. Tesis para optar por el título de Especialista de I Grado en Endocrinología. INEN, 1975). En cuanto al sexo, la mayoría de los autores coinciden en que esta entidad es de 10 a 15 veces superior en las mujeres que en los hombres. Todos los trabajos revisados coinciden en este aspecto (Presencia de anticuerpos antitransglutaminasa en individuos con tiroiditis de Hashimoto. Tesis para optar por el título de Especialista de I Grado en Endocrinología. INEN, 2007).^{3,4,9} Estos resultados también se corresponden con los encontrados en nuestros pacientes.

En cuanto a la presencia de antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea, frecuente según los resultados de este estudio, se plantea en la literatura que existe una fuerte asociación de los antígenos de histocompatibilidad HLA-DR5 y HLA-B8, que respalda la predisposición genética y la frecuencia en varias personas de una misma familia, e incluso la posibilidad de asociarse con otras enfermedades autoinmunes.¹⁰ Otros autores han encontrado resultados similares.

La TH constituye la primera causa de hipotiroidismo con bocio en zonas con adecuada ingesta de yodo.¹ En los trabajos donde se ha explorado este aspecto, se concluye que la presencia de aumento de volumen del tiroides es muy frecuente, incluso constituye en muchos casos el motivo de consulta de los pacientes, por lo cual es un resultado esperado que todos nuestros pacientes tuviesen bocio en el momento del diagnóstico. Este se caracteriza, en la mayor parte de los casos, por ser de consistencia firme semejante a un guijarro y de tamaño mediano, lo cual se corresponde con nuestros resultados, en que la mayoría de los pacientes tenían bocio grado 2; no obstante, otros autores han reportado una forma rara de presentación sin bocio y con un nódulo único.¹¹ Nosotros no tuvimos ningún paciente con esas características.

Teniendo en cuenta el estado funcional de la glándula es conocido que la TH puede mostrar un amplio espectro de manifestaciones, que oscila desde el eutiroidismo hasta el mixedema franco. El hipotiroidismo es la forma de disfunción tiroidea más frecuente para algunos autores;⁹ sin embargo, otros investigadores han encontrado que en el momento del diagnóstico el 80 % de los pacientes se encuentran con un funcionamiento normal.¹² En el presente trabajo más de la mitad de los pacientes estaban eutiroideos, y en segundo lugar se encontró el hipotiroidismo subclínico, lo cual habla a favor de un diagnóstico precoz de la enfermedad en nuestro medio. Por otra parte, consideramos de gran importancia el diagnóstico temprano del hipotiroidismo subclínico, debido a su impacto sobre el sistema cardiovascular, los lípidos y la calidad de vida en general de los pacientes. Se cita en la literatura que un pequeño grupo de pacientes (de un 2 a un 4 %) desarrollan hipertiroidismo y muestran tirotoxicosis. Esto es debido a que en el suero de estos pacientes se detectaron inmunoglobulinas estimuladoras del tiroides, lo cual indica un parentesco con la enfermedad de Graves.¹⁰ En nuestro estudio no tuvimos ningún enfermo con hipertiroidismo, lo cual pensamos que se debe a 2 razones: en primer lugar, la hiperfunción se presenta en un por ciento reducido de los pacientes; y en segundo lugar, esta fase es breve y a menudo pasa inadvertida, por lo que el paciente no acude a consulta y la enfermedad no se diagnostica en ese momento.

En una investigación realizada en nuestro medio, se le da extrema importancia a emplear de manera habitual el estudio citológico en la tiroiditis autoinmune, y se plantea que los cambios en el estado de función tiroidea que se presentan durante la evolución de estas afecciones, dependen de modificaciones en la interrelación antígeno-anticuerpo al nivel de la célula folicular tiroidea.¹³

Consideramos que es de suma importancia conocer cuales son las características clínicas de los pacientes con TH, para identificarlas en la población y diagnosticar la enfermedad en pacientes de riesgo; además, debido a la repercusión de la disfunción tiroidea tanto clínica como subclínica en la calidad de vida de las personas, es de gran valor su identificación precoz en los pacientes con TH.

CONCLUSIONES

- 1- La TH fue más frecuente en el sexo femenino y en la quinta década de la vida.
- 2- La presencia de antecedentes patológicos familiares fue muy frecuente en los pacientes con TH.
- 3- Todos los pacientes con TH presentaron bocio en el momento del diagnóstico, y específicamente el más frecuente fue el grado 2.
- 4- La mayoría de los casos con diagnóstico inicial de TH tuvieron una función tiroidea normal, seguido del hipotiroidismo subclínico y del hipotiroidismo clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Szyper- Kravitz M, Marai I, Coexistence of thyroid autoimmunity with other autoimmunity diseases: Friend or foe? Additional aspects on the mosaic of autoimmunity. *Autoimmunity*. 2005;38:247-55.
2. Reed Larsen P, Davies T. Hipotiroidismo and tiroiditis. En: Wilson JD, Foster DW. *Williams Textbook of Endocrinology*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.927-36.
3. Pearce E, Farwel A, Braverman L. Thyroiditis. *N Engl J Med*. 2003; 348:2446-55.
4. Innocencio R, Romaldini J, Ward L. Thyroid autoantibodies in autoimmune disease. *Med*. 2004;64:227-30.
5. Gómez M, Alavés E, Pérez M. Trastornos enzimáticos en la tiroiditis autoinmune. *Rev Cubana Med*. 1980;19:137.
6. Greenspan F. Glándula tiroides. EN: Greenspan F. *Endocrinología básica y clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.225-98.

7. Colectivo de autores. Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del tiroides. Rev Cubana Endocrinol. 2004;15:50-72.
8. Boonar B, Colgan B, Smith D. Hipotiroidismo and aging: The Rosse's Survey. Thyroid. 2000;10-27.
9. Alavéz E, De la Cámara C. Enfermedad de Hashimoto. Correlación clínica y de laboratorio. Rev Cubana Med. 1969;2(8): 233-8.
10. Alaedani A, Green P. Narrative review: celiac disease: understanding a complex autoimmune disorders. Ann Intern Med. 2005;142:289-98.
11. Singer P. Tiroiditis. En: Lavin N, et al. Endocrinología y metabolismo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p.405-14.
12. Volta V, Ravaglia G, Granito A. Coeliac disease in patient with autoimmune thyroiditis. Dig. 2001;24:298-302.
13. Navarro D. Tiroiditis autoinmune: métodos diagnósticos y utilidad practica de su definición. Rev Cubana Endocrinol. 1996;1(7):12-5.

Recibido: 13 de marzo de 2008.

Aprobado: 3 de mayo de 2008.

Marelys Yanes Quesada. Instituto Nacional de Endocrinología. Calle Zapata esquina C, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: mangely@infomed.sld.cu

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%		
20-29	5	12,19	2	4,87	7	17,07
30-39	4	9,75	2	4,87	6	14,63
40-49	9	21,95	3	7,31	12	29,26
50-59	12	29,26	0	0	12	29,26
60 y más	2	4,87	2	4,87	4	9,75
Total	32	78,04	9	21,9	41	100

Tabla 2. Distribución de los pacientes según la presencia de antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea

APF de enfermedad tiroidea	N	%
Sí	25	60,97
No	16	39,02
Total	41	100

Tabla 3. Distribución de los pacientes según el grado del bocio

Grado del bocio	N	%
1 A	2	4,87
1 B	10	24,39
2	25	60,97
3	4	9,75
Total	41	100

Tabla 4. Distribución de los pacientes según el estado funcional de la glándula tiroides

Estado funcional del tiroides	N	%
Hipotiroidismo subclínico	10	24,39
Hipotiroidismo clínico	7	17,07
Eutiroidismo	24	58,53
Total	41	100