



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**“Tiroiditis de Hashimoto: Factor Pronóstico en Pacientes con  
Carcinoma Papilar en Tiroides en el Hospital Solca de Guayaquil,  
2014 - 2018”**

**AUTOR (ES):**

**Andrade Vélez, Dayanna Michelle**

**Velasco Castro, Jamilex Michelle**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Huamán Garaicoa, Fuad Olmedo**

**Guayaquil, Ecuador**

**1 de mayo del 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Andrade Vélez, Dayanna Michelle**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

**TUTOR**

Dr. Fuad O. Huamán Garaicoa  
ESPECIALISTA EN  
ANATOMIA PATOLÓGICA  
MSP: 0919663831

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Huamán Garaicoa, Fuad Olmedo**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs**

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Velasco Castro, Jamilex Michelle**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

**TUTOR (A)**

Dr. Fuad O. Huamán Garaicoa  
ESPECIALISTA EN  
ANATOMÍA PATOLÓGICA  
MSP: 0919663831

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Huamán Garaicoa, Fuad Olmedo**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs**

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Andrade Vélez, Dayanna Michelle**

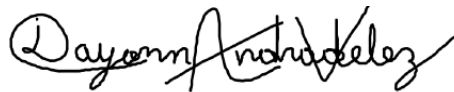
**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Tiroiditis de Hashimoto: factor pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides en el Hospital Solca de Guayaquil, 2014 - 2018**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**

**LA AUTORA**

f. 

**Andrade Vélez, Dayanna Michelle**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Velasco Castro, Jamilex Michelle**


**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Tiroiditis de Hashimoto: factor pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides en el Hospital Solca de Guayaquil, 2014 - 2018**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**

**EL AUTOR**

f.  \_\_\_\_\_

**Velasco Castro, Jamilex Michelle**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Andrade Vélez, Dayanna Michelle**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Tiroiditis de Hashimoto: factor pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides en el Hospital Solca de Guayaquil, 2014 - 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**

**LA AUTORA:**

f. 

**Andrade Vélez, Dayanna Michelle**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Velasco Castro, Jamilex Michelle**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Tiroiditis de Hashimoto: factor pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides en el Hospital Solca de Guayaquil, 2014 - 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

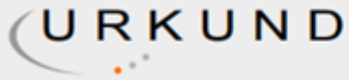
**Guayaquil, 01 de mayo del año 2021**

**EL AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_

**Velasco Castro, Jamilex Michelle**

## REPORTE URKUND



### Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** MANUSCRITO FINAL ANDRADE-VELASCO FAF.docx (D101199523)  
**Submitted:** 4/10/2021 5:21:00 PM  
**Submitted By:** fuadhuamangaraicoa@gmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Dr. Fuad O. Huamán Garaicoa  
ESPECIALISTA EN  
ANATOMIA PATOLÓGICA  
MSP: 0919663831

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Fuad".



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi mamá y papá por siempre estar conmigo y apoyarme en mis momentos más críticos a lo largo de la carrera. A mis hermanas Niurka, Briana y Valentina quienes me hicieron reír en mis momentos más tristes. A mi perra, Lele.

Agradezco a mis amigas quienes entre risas, llantos y bromas supieron apoyarme durante cada paso que di durante la carrera. Al Dr. Fuad Huamán, tutor de tesis, quien supo guiarme durante esta etapa. Y, por último, pero no menos importante me agradezco a mí misma por todo el esfuerzo que he puesto para llegar tan lejos.

Dayanna Andrade Vélez

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar, a Dios, por guiarme, sostenerme e impulsarme, en cada paso de este largo y zigzagueante camino, para alcanzar el primer escalón de mi tan anhelada meta.

Asimismo, agradezco a mi familia por su apoyo incondicional, motivación y aliento que ha sido fundamental para poder alcanzar este objetivo.

A mis amigos que han caminado junto a mí todos estos años, formando parte de mi crecimiento personal. Al Dr. Fuad Huamán quien como tutor de este trabajo supo orientarnos en el enfoque de estudio.

Jamilex Velasco Castro

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico a Yanina Vélez, mi madre, quien me decía “estudia, estudia, estudia”, quien me también, me recordaba que las cosas que más queremos en la vida son las que más cuestan.

Así mismo, se lo dedico, a Cesar Andrade, mi padre, quien me hizo reír cuando más lo necesitaba diciéndome que mis ojos le recordaban a un chícharo.

Dayanna Andrade Vélez

## DEDICATORIA

A todas aquellas personas que han padecido o padecen de Cáncer, que luchan día a día por ganarle un pulso a la vida.

A mi hermano, mi ser de luz, por su apoyo constante, por su fuerza y lucha personal que me inspira y ha permitido ser fuerte a mí también.

A mi madre, la persona que siempre me dijo: “lograrás todo lo que te propongas, pero propóntelo, y sobre todo cúmplelo”.

A mi familia, sin su apoyo esto jamás hubiera sido posible, sé que el “gracias” no es suficiente, y sólo resta decir que dedicaré mi vida a hacerlos sentir orgullosos.

Jamilex Velasco Castro



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs.**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

OPONENTE

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
DESARROLLO	3
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	3
HIPÓTESIS	3
JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
TIROIDITIS DE HASHIMOTO	5
<b>Epidemiología</b>	5
<b>Etiología y patogenia</b>	5
<b>Signos y Síntomas</b>	5
<b>Diagnóstico y tratamiento</b>	6
<b>Complicaciones</b>	6
CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	7
CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES	7
<b>Variantes histológicas</b>	8
Diagnóstico de carcinoma papilar y sus variantes	11
<b>Estadio de carcinoma diferenciado de tiroides</b>	11
<b>Tratamiento</b>	12
<b>Recidivas y mortalidad</b>	13
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	14
MATERIALES Y MÉTODOS	14
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	16
METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADO	16
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	17
RESULTADOS	17
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variantes histológicas de carcinoma papilar de tiroides (CPT) .....	8
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	15
Tabla 3. Pacientes de los grupos A y B, según periodo de estudio .....	17
Tabla 4. Distribución de pacientes de los grupos A (CPT+TH) y B (CPT-) .....	22

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de los pacientes, según grupo.....	18
Gráfico 2. Tipos histológicos de Carcinoma papilar .....	19
Gráfico 3. Estadios TNM en los pacientes con Carcinoma papilar.....	19
Gráfico 4. Distribución de los pacientes según el tipo de cirugía .....	20
Gráfico 5. Distribución de los pacientes según recidiva .....	21

## RESUMEN

**Introducción:** La tiroiditis de Hashimoto (TH) es una enfermedad autoinmune que provoca inflamación en la glándula tiroides. Debido a la inflamación crónica se ha vinculado a la aparición de carcinoma papilar de tiroides (CPT). **Objetivo:** Determinar si la Tiroiditis de Hashimoto es un factor de mal pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides, atendidos en el Hospital SOLCA, Guayaquil, 2014-2018.

**Materiales y métodos:** El estudio es retrospectivo, relacional y analítico. **Resultados:** Analizamos dos grupos, el primero (A) constituido por pacientes con CPT y TH con un total 94 pacientes, en donde las edades comprendidas están entre 12 - 85 años, con una media de 48, y el segundo (B) conformado sólo por CPT con 122 pacientes, la edad media es 39 (rango 12-76). En ambos grupos se evidenció que el CPT prevalece en el sexo femenino, así mismo, se encontró que la variante histológica del CPT más frecuente es la variante clásica o convencional (grupo A 74,5%; grupo B 83,6%), seguido de la variante folicular (grupo A 14,9%; grupo B 11,5%). Se presentaron 3 recidivas dentro del grupo CPT+TH y 25 recidivas en el grupo que sólo padecía CPT.

**Conclusiones:** Concluimos que la presencia de TH no es un factor de mal pronóstico para CPT. Al contrario, podría funcionar como un factor relacionado a una mejor evolución frente al CPT, puesto que las tasas de recidiva fueron menores en ellos en comparación con quienes tenían únicamente CPT.

**Palabras clave:** Tiroiditis Hashimoto, carcinoma papilar de tiroides, tiroiditis linfocítica crónica, factor pronóstico.



## ABSTRACT

**Introduction:** Hashimoto's thyroiditis (HT) is an autoimmune disease that causes inflammation in the thyroid gland. Due to chronic inflammation, it has been linked to the development of papillary thyroid carcinoma (PTC). **Objective:** Determine if Hashimoto's thyroiditis is a poor prognostic factor in patients with papillary thyroid carcinoma, treated at the SOLCA Hospital, Guayaquil, 2014-2018. **Materials and methods:** The study is retrospective, relational and analytical. **Results:** We analyzed two groups, the first (A) constituted by patients with PTC and HT with a total of 94 patients, where the ages were between 12 - 85 years, with an average of 48, and the second (B) formed only by PTC with 122 patients, the mean age was 39 (range 12-76). In both groups it was evidenced that PTC prevails in the female sex, likewise, it was found that the most frequent histological variant of PTC is the classic or conventional variant (group A 74.5%; group B 83.6%), followed of the follicular variant (group A 14.9%; group B 11.5%). There were 3 relapses within the PTC + TH group and 25 relapses in the group that only suffered from PTC. **Conclusions:** We conclude that the presence of TH is not a poor prognostic factor for PTC. On the contrary, it could function as a factor related to a better evolution compared to PTC, since the recurrence rates were lower in them compared to those who had only PTC.

**Key words:** Hashimoto's thyroiditis, papillary thyroid carcinoma, chronic lymphocytic thyroiditis, prognostic factor.

## INTRODUCCIÓN

La tiroiditis de Hashimoto (TH) o también llamada tiroiditis linfocítica crónica, es una enfermedad autoinmune que provoca un constante estado inflamatorio en la glándula tiroides (1). Debido a la inflamación crónica que causa TH se ha vinculado a la aparición de cáncer de tiroides (CT). A escala mundial, un 2 % de los casos diagnosticados de cáncer de tiroides, fallece por lo mismo, de ahí la importancia social de su estudio (2). En vista de que, el cáncer de tiroides es la neoplasia maligna más común del sistema endocrino, se obtuvieron datos estadísticos donde se estimó que durante el año 2019 “se diagnosticara cáncer de tiroides a 52,070 adultos (14,260 hombres y 37,810 mujeres) en los Estados Unidos” (3). En Maryland, Estados Unidos, se estableció que la infiltración linfocítica de la tiroiditis de Hashimoto se asocia frecuentemente con cáncer papilar de tiroides y, de hecho, puede ser un factor de riesgo para desarrollar este tipo de cáncer (4).

En América Latina, se han realizado estudios sobre la tiroiditis de Hashimoto y su relación con el cáncer de tiroides. En Brasil, indica que la tiroiditis de Hashimoto se asocia con un riesgo significativamente mayor de desarrollar carcinoma de tiroides, especialmente micro carcinoma de tiroides (5). En la Habana, Cuba, se llevó a cabo un estudio con 71 pacientes con TH, “a 12 se les diagnosticó carcinoma de tiroides en algún momento de su evolución, lo que representa 16,9 % de los pacientes, todos del sexo femenino”(6). Además, mientras mayor es el tiempo de evolución de la tiroiditis de Hashimoto mayor probabilidad de que aparezca un nódulo de tiroides y de adquirir un cáncer de tiroides (6).

En la República de Ecuador, se realizó un estudio en el hospital de SOLCA, Guayaquil, acerca de la incidencia de cáncer, se encontró que el cáncer de tiroides es el tercero en frecuencia en mujeres (5), correspondiente a un 11,5% de las pacientes, datos que han aumentado exponencialmente según dicho estudio. Otra investigación realizada, en la ciudad de Quito, Ecuador, establece que “Las tasas de incidencia de cáncer de tiroides tuvieron grandes diferencias en magnitud entre hombres y mujeres, que se acentuaron en el tiempo. Inicialmente se observó una relación de 1:2 y en el último la relación fue de 1:5” (7). A partir de estos datos estadísticos, se observa la alta incidencia de CT, sobre todo en mujeres.

## **DESARROLLO**

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La tiroiditis de Hashimoto y el carcinoma papilar de tiroides, son patologías que incrementan en frecuencia cada año, siendo el CPT el sexto cáncer más común en mujeres. La tiroiditis linfocítica crónica tiene mayor predisposición a desarrollar CPT. Consideramos relevante, el estudio que realizaremos en el hospital SOLCA, Guayaquil, ya que nos servirá para determinar si la tiroiditis de Hashimoto es un factor de mal pronóstico en aquellos pacientes con carcinoma papilar de tiroides.

#### **OBJETIVOS**

##### **Objetivo general**

Determinar si la Tiroiditis de Hashimoto es un factor de mal pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides, atendidos en el Hospital SOLCA de Guayaquil, durante el periodo 2014-2018.

##### **Objetivo Específicos**

- Determinar la variante histopatológica más frecuente de carcinoma papilar de tiroides encontrada en pacientes que cursan con tiroiditis de Hashimoto concomitante.
- Establecer la prevalencia de recidiva según la variante de carcinoma papilar de tiroides.
- Definir la asociación entre el estadio de los pacientes con carcinoma papilar y la aparición de recidivas.

#### **HIPÓTESIS**

La tiroiditis de Hashimoto es un factor de mal pronóstico en los pacientes con carcinoma papilar de tiroides, atendidos en el Hospital de SOLCA de Guayaquil, 2014-2018.

## **JUSTIFICACIÓN**

La alta prevalencia de ambas patologías tiroideas hace necesario reconocer si la tiroiditis linfocitaria crónica de Hashimoto (TH) es un factor de mal pronóstico con relación al cáncer de tiroides. La importancia del estudio recae en identificar el antecedente de tiroiditis de Hashimoto, ya que este puede ayudar a reconocer de manera temprana el desarrollo de neoplasias tiroideas. Como en todo cáncer, el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno aumenta la probabilidad de supervivencia, de esto nace la importancia de identificar a la TH como factor de riesgo en el carcinoma de tiroides y permitirá establecer a futuro medidas de prevención secundaria que faciliten el diagnóstico precoz de cáncer de tiroides.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **1. TIROIDITIS DE HASHIMOTO**

#### **Epidemiología**

La tiroiditis de Hashimoto (TH) es una enfermedad autoinmune de origen desconocido, caracterizada por la destrucción de las células foliculares tiroideas, mediada por anticuerpos. Su aparición es de predominio femenino, con una relación de 10:1 con respecto a los hombres, siendo diagnosticadas principalmente entre los 30 y 50 años de edad (8).

En países desarrollados es la causa más común de hipotiroidismo, habiendo en Estados Unidos cinco afectados de cada 100 personas (9). La prevalencia de tiroiditis linfocítica crónica es mayor en pacientes con déficit de yodo, comparado con quienes tienen una ingesta apropiada de yodo, así mismo, se ha observado que el número de anticuerpos es mayor según la raza y con la edad avanzada, sin embargo, el nivel de anticuerpos disminuye en fumadores activos (10).

#### **Etiología y patogenia**

Se desconoce su etiología, sin embargo, su fisiopatología se caracteriza por el daño causado al tejido tiroideo promoviendo la fibrosis del mismo; la injuria es producida por los anticuerpos En países (anti-TPO), En países (anti-Tg) y anticuerpos bloqueadores del receptor de TSH, siendo los primeros los más comunes, originando la disminución de tiroxina libre (fT4) y el aumento de la hormona tiro-estimulante como mecanismo de compensación. Dentro de la histopatología encontramos infiltración linfocítica, células tiroideas con cambios oxifílicos y formación de células de Hürthle (8). Así, se puede apreciar en el microscopio un infiltrado denso de linfocitos que daña totalmente la estructura tiroidea normal, observándose folículos linfoides y centros germinales. Además, las células epiteliales foliculares por lo general están agrandadas y contienen un citoplasma eosinofílico cargado con lo que se conoce como células de Hürthle.

#### **Signos y Síntomas**

Los signos y síntomas de esta patología tiroidea varían dependiendo de la etapa en la que se encuentre. En las primeras fases de la enfermedad, la persona puede presentarse con sintomatología hipertiroidea, donde el paciente suele percibir palpitations, nerviosismo e intolerancia al calor (11), ya que la destrucción inicial de la glándula tiroidea conlleva a la liberación excesiva de hormonas tiroideas por el tejido

sano como mecanismo compensatorio. Al progresar la patología pasa por un periodo subclínico, en donde los niveles de hormonas tiroideas se encuentran en rangos normales, sin embargo, los títulos de anticuerpos antitiroideos están elevados. Eventualmente, el tejido afectado será mayor que el parénquima sano, produciendo los signos y síntomas de hipotiroidismo como, mixedema, piel seca, alopecia, fatiga, intolerancia al ejercicio y frío, bradicardia, depresión, dolor articular, menorragia, aumento de la presión arterial, bocio, estreñimiento, entre otros (8). Todos los síntomas mencionados surgen después de que la función tiroidea inicial se encontrara normal y posteriormente y de forma progresiva se llega al compromiso descrito.

### **Diagnóstico y tratamiento**

Su diagnóstico se basa en la relación existente entre los síntomas y signos y los resultados de laboratorio, es decir, la clínica es mandataria. El funcionamiento de la glándula se valora midiendo la concentración de las hormonas tiroideas tiroxina (T4), triyodotironina (T3), de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y los niveles de anticuerpos antitiroideos. Al ser una patología mediada por anticuerpos anti TPO, anticuerpos anti-Tg y/o TRAb, se van a encontrar en concentraciones elevadas en el organismo de los individuos que la padecen (12)

Otro de los hallazgos, encontrados de forma general es la TSH elevada sin embargo esto no es una verdad universal, puesto que el daño tiroideo al momento del diagnóstico no es igual en todos los pacientes, aproximadamente el 44% de los pacientes presentan hipotiroidismo subclínico o clínico, el 52% eutiroidismo y un pequeño porcentaje (4%) hipertiroidismo clínico o subclínico (12).

El tratamiento requiere que el paciente evite el consumo de yodo y se suministre levotiroxina en dosis de 1.6 - 1.8 mcg/kg por día de por vida (8), siempre que presente sintomatología como bocio o hipotiroidismo primario; para que la terapéutica sea óptima se deben medir los niveles de TSH cada 6 u 8 semanas con el fin de establecer la dosis correcta (13).

### **Complicaciones**

La principal complicación de la TH es el hipotiroidismo progresivo que aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades autoinmunes como síndrome de Addison, enfermedad de Graves, diabetes mellitus 1, lupus eritematoso sistémico, entre otros. Un síndrome con enfermedades autoinmunitarias múltiples no resulta infrecuente. Otra complicación importante de esta patología es la posibilidad de desarrollar cáncer de tiroides, sobre todo linfoma tiroideo, y carcinoma papilar de tiroides (14).

## **2. CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES**

Se trata de una proliferación anormal de células de la glándula tiroides que son de origen maligno. El carcinoma tiroideo representa el 1%, de las neoplasias endocrinas, siendo el mismo el más frecuente (5). En el año 2019 “se diagnosticó cáncer de tiroides a 52,070 adultos (14,260 hombres y 37,810 mujeres) en los Estados Unidos (3).

El carcinoma diferenciado de tiroides (CDT), incluye al carcinoma papilar y folicular, ambos representan el 90% de CDT y en la mayoría de casos se manifiestan como nódulo tiroideo, no doloroso, móvil y asintomático. Estos se clasifican carcinoma tiroideo papilar, folicular, anaplásico y medular.

### **CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES**

El carcinoma papilar es la neoplasia tiroidea maligna más frecuente (>85 % de los cánceres de tiroides) y la de mejor pronóstico (5). Se presenta con mayor frecuencia mujeres, raza asiática, en áreas ricas en yodo y tiene un pico de aparición a los 20 años y otro entre los 40-50 años. Se caracteriza por tener un crecimiento lento, presentar invasión de la cápsula tiroidea y diseminación hasta en el 80% de los pacientes. La diseminación hematógena es infrecuente. La mayoría es de tipo multicéntrico y los otros casos son bilaterales.

Los principales factores de riesgo incluyen ser mujer, tener antecedentes de bocio (tiroides agrandada) o nódulos tiroideos, antecedentes familiares de cáncer de tiroides y exposición a la radiación en una etapa temprana de la vida (p. ej., durante el tratamiento del cáncer). Otros factores a considerar son el exceso de peso corporal y ciertas enfermedades genéticas raras, síndromes como poliposis adenomatosa familiar. Es necesario tomar en cuenta a aquellos pacientes con una mutación en el RET gen, ya que causa una forma hereditaria de cáncer de tiroides (carcinoma de tiroides medular familiar) (15).

En la anatomía patológica es característica la presencia de núcleos pálidos grandes y estructuras papilares recubiertas de células epiteliales. Los cuerpos de psamoma (pequeñas calcificaciones) aparecen en el 40 % de los casos y son patognomónicos. En la mayoría de los casos el pronóstico del carcinoma papilar es bueno (8).

Aunque el pronóstico de este carcinoma es expresamente mejor que otros, su incidencia se ha visto relacionada con tiroiditis linfocítica crónica, según varios

estudios, la asociación entre ambas patologías aun esta discusión sobre si la concomitancia de TH y carcinoma papilar de tiroides es un factor de buen pronóstico o no, pues existen múltiples ensayos y pruebas que niegan lo que realizó algún estudio en competencia con el suyo (16).

### **Variantes histológicas**

**Tabla 1. Variantes histológicas de carcinoma papilar de tiroides (CPT)**

A. Variante clásica o convencional
B. Variante folicular
C. Microcarcinoma papilar
D. Células altas
E. Oncótico o de células de Hürthle
F. Células columnares
G. Esclerosante difuso
H. Sólido
I. Células claras
J. Morular cribiforme
K. Macrofolicular
L. CPT con células en tachuela
M. CPT con estroma similar a fascitis nodular

#### **A. Carcinoma papilar convencional**

El *carcinoma papilar convencional* como su nombre indica es el papilar propiamente, con su arquitectura papilar y los cambios nucleares típicos. Las papilas están conformadas por un tallo fibrovascular, de longitud y espesor variable, cubierto por células neoplásicas. Puede observarse infiltrado inflamatorio y cuerpos de psamoma (calcificaciones laminares concéntricas derivadas de células neoplásicas necróticas) (17).



## **B. Carcinoma papilar variante folicular**

Es una de las variantes más comunes, seguida de la variante convencional o clásica. Se caracteriza por presentar folículos de mediano y pequeño tamaño, con núcleos ovalados e inclusiones intranucleares (17).

## **C. Células altas**

Es una variante histológica del carcinoma papilar, se caracteriza por presentar el 30% o más de células, por lo menos dos veces más altas que anchas, con citoplasma eosinofílico y se distingue el núcleo en forma de vidrio esmerilado, además, de presentar figuras mitóticas que indican un patrón de crecimiento agresivo (18).

## **D. Microcarcinoma papilar**

El microcarcinoma papilar, es otra variante del carcinoma papilar, se caracterizan por medir menos de 1 cm de diámetro, al ser tan pequeños son difíciles de diagnosticar a tiempo, por ende, suelen ser diagnosticados cuando ya hay metástasis linfática cervical (17).

## **E. Variante oncótica o de células de Hürthle**

El carcinoma papilar variante oncótica o de células de Hürthle, se caracteriza por tener un café parduzco en su visualización anatómica. Histológicamente, presenta características tanto del carcinoma papilar y/o folicular, con células de abundante citoplasma, bordes definidos, y un macronúcleo en posición central (17). Dentro de este existe un subtipo llamado *Warthin-like* el cual está asociado a tiroiditis de Hashimoto.

## **F. Células columnares**

Es una de las variantes más raras y agresivas, histológicamente, las células tienen apariencia de tranvía o cola, con citoplasma eosinofílico, suelen tener vacuolas citoplasmáticas supranucleares y subnucleares, su crecimiento puede ser de tipo papilar, folicular o cribiforme (17).

## **G. Esclerosante difuso**

Este tipo de CPT tiene una mayor frecuencia de metástasis ganglionares y a distancia, sobre todo pulmonares, y está asociado a peor pronóstico que la variante clásica del CPT. Ocurre normalmente en pacientes jóvenes, y se caracteriza por afectar a uno o ambos lóbulos tiroideos y sin formar una masa dominante (19).

## **H. Sólido**

Este tumor es agresivo y es común en niños y mujeres con antecedentes de exposición a radiación. Se distingue por tener láminas de células tumorales donde más del 50% son sólidas con crecimiento folicular, invasión vascular y extensión extratiroidea (17).

## **I. Células claras**

Consiste mayoritariamente en células claras y características de carcinoma papilar clásico. Es de difícil diagnóstico ya que otros órganos como el riñón o colon pueden haber realizado metástasis a la tiroides, causando confusión de donde se originó el mismo (20). Se puede confundir con la variante oncocítica, por lo que es necesario realizar inmunotinción TTF.1 y tiroglobulina para poder diferenciar estos tumores.

## **J. Cribiforme morular**

Este tumor presenta un patrón cribiforme prominente con áreas de células fusiformes y formación escamosa morular, núcleos pseudoestratificados, hiper cromático y con pseudoinclusiones. Afecta ambos lóbulos tiroideos. Es una variante rara, y está asociada con poliposis adenomatosa familiar y síndrome de Gardner (17).

## **K. Macrofolicular**

Es la variante menos común. Se distingue por presentar extensas áreas de macro folículos, los cuales pueden llegar a confundirse con nódulos coloides, más características del CPT clásico. Generalmente, se encuentra metástasis en los nódulos linfáticos (17).

## **L. CPT con células en tachuela**

Variante histológica de mal pronóstico, suele aparecer entre los 50 - 60 años de edad, es un carcinoma agresivo con altas tasas de metástasis y angioinvasión. Se caracteriza histológicamente por presentar papilas, pérdida de relación núcleo-citoplasma y localización apical del núcleo (21).

## **M. CPT con estroma similar a fascitis**

Es otra variante extraña del carcinoma papilar y está asociada a un estroma similar a la fascitis o fibromatosis, esta fibrosis hace que la formación de células neoplásicas

sea separada (22). Se puede confundir con el carcinoma anaplásico.

### **Diagnóstico de carcinoma papilar y sus variantes**

El diagnóstico de carcinoma papilar se realiza por aspiración con aguja fina de un nódulo tiroideo y este puede ser determinado con certeza una vez que el nódulo es removido mediante cirugía. También, se usan marcadores de inmunohistoquímica como TTF-1 y tiroglobulina, los cuales ayudan a confirmar el CPT sobre todo si ya existe metástasis. Se usan ambos marcadores ya que el TTF-1 puede salir positivo para cáncer de pulmón. Marcadores como HBME-1 y CITED-1 son usados en caso de dificultad para identificar un CPT de nódulos adenomatosos. Otra forma, es el uso de marcadores moleculares, como el *BRAF*, *RET/PTC*, *TRK* y *RAS* (17).

### **Estadio de carcinoma diferenciado de tiroides**

Si es menor de 55 años:

1. Estadio I: este estadio describe un tumor (cualquier T) con o sin diseminación a los ganglios linfáticos (cualquier N) y sin metástasis distante (M0).
2. Estadio II: este estadio describe un tumor (cualquier T) con cualquier metástasis (M1) independientemente de si se ha diseminado o no a los ganglios linfáticos (cualquier N) (23).

Si es mayor de 55 años:

1. Estadio I: este estadio describe un tumor pequeño (T1) sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).
2. Estadio II: este estadio describe un tumor grande, no invasivo (T2), sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0).
3. Estadio III: este estadio describe un tumor que mide más de 4 cm, pero contenido en la tiroides (T3), sin diseminación a los ganglios linfáticos (N0) ni metástasis (M0). O cualquier tumor localizado (T1, T2 o T3) con diseminación al compartimiento central de los ganglios linfáticos (N1a) sin diseminación distante (M0).
4. Estadio IVA: este estadio describe un tumor que se ha diseminado a las estructuras cercanas (T4a), independientemente de si se ha diseminado a los

ganglios linfáticos (cualquier N), pero no se ha diseminado a lugares distantes (M0). O describe un tumor localizado (T1, T2 o T3) con diseminación a los ganglios linfáticos más allá del compartimiento central (N1b) pero sin diseminación distante (M0).

5. Estadio IVB: este estadio describe un tumor que se ha diseminado más allá de las estructuras cercanas (T4b), independientemente de si se ha diseminado a los ganglios linfáticos (cualquier N), pero sin diseminación distante (M0).
6. Estadio IVC: este estadio describe cualquier tumor (cualquier T, cualquier N) cuando hay evidencia de metástasis (M1) (23).

### **Tratamiento**

En todos los casos el tratamiento es quirúrgico, donde se puede realizar cirugía conservadora o radical. El tipo de cirugía depende de la edad del paciente, si es mayor o menor a 45 años, tumor es menor o igual 4 cm, factores de riesgo y estadio en el que se encuentra.

- Si está limitado a un lóbulo (bajo riesgo, menores de 45 años, T1, T2, N0, M0) se puede indicar hemitiroidectomía más istmectomía o tiroidectomía subtotal o tiroidectomía total.
- Si es multifocal (afecta a ambos lóbulos), o pobremente diferenciado o paciente de alto riesgo (estadio II, III, IV) se indica tiroidectomía total.
- Sí metástasis ganglionar: Tiroidectomía total más cirugía radical modificada de cuello; funcional o radical clásica según indicación.

Una de las cirugías realizadas es la *tiroidectomía subtotal* que consiste en la resección del lóbulo afectado, en grupos de paciente con bajo riesgo. Este ofrece ventajas como evitar el uso de terapia sustitutiva hormonal y la disminución de complicaciones postquirúrgicas (24). Otra cirugía, es la *tiroidectomía total*, es la más utilizada, se extirpa por completo a la glándula, y posteriormente se procede a dar una dosis de yodo radiactivo para eliminar los restantes tejidos funcionante que pudiese estar oculto (24).

Se debe realizar un seguimiento semestral basado en: examen físico de cuello, US, TSH y PAAF si es necesario en el caso de la cirugía conservadora o preservadora. En el caso de la tiroidectomía total, se indicará gammagrama al mes, si existe

presencia de área captante, se indicará tratamiento con yodo radiactivo. Posteriormente se indica el gammagrama cada 6 meses durante 2 años, después anual de por vida. Además, se indicará: TSH, calcio, fósforo, PTH y determinación de tiroglobulina. El paciente debe tomar levotiroxina para evitar el hipotiroidismo causado por la resección de la glándula tiroides (24).

### **Recidivas y mortalidad**

Por lo general, la sobrevida del carcinoma de tiroides es alta cercana al 90 %, la esperanza de vida alcanza los 10 años en la mayoría de casos, pero es importante mencionar lo que puede ocurrir con el 10% restante dado que formas agresivas implican la muerte. Tal como menciona Mijares et al. en la literatura la probabilidad de recurrencia es del 30% de los casos (25). En este tipo de carcinoma pueden existir tres tipos de recidiva:

- Recidiva local: es la neoplasia confirmada por histopatología que afecta al lecho tiroideo (o sus alrededores) restante luego de la tiroidectomía.
- Metástasis ganglionares.
- Metástasis a distancia. 5-9% presenta metástasis a distancia, con una tasa de sobrevida a 10 años de un 26% (25).

Existen factores diversos que influyen sobre la recurrencia en estos casos como: metástasis inicial, tumor primario de mayor tamaño, edad avanzada del paciente, presencia de invasión extra tiroidea y el grado histopatológico, entre otros (25).

## CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

### MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es retrospectivo, relacional y analítico, se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con cáncer de tiroides en el Hospital de SOLCA de Guayaquil, entre los años 2014 a 2018.

El hospital entregó una base de datos conformada por 1810 historias clínicas, en las cuales se obtuvieron los datos pertinentes para el estudio, entre estos, exámenes de laboratorio, evoluciones, procedimientos realizados, controles, estudios histopatológicos, entre otros, de estos se seleccionó aquellas que cumplían los criterios de inclusión desde el año 2014 al 2018, dándonos un total de 216 pacientes para incluir en el presente estudio (N= 216).

Este estudio comparó dos cohortes de pacientes: el grupo A incluye los pacientes con CPT asociado a TH (CPT+TH), mientras que el grupo B incluye pacientes con CPT exclusivamente (CPT-). Se hallaron 216 pacientes con CPT que cumplían los criterios del estudio, de los cuales 94 tuvieron además un diagnóstico de TH, por lo cual se los registró en el primer grupo (A), mientras en el segundo (B) se incluyeron 122 pacientes.

- ***Criterios de inclusión:***

- Diagnóstico de tiroiditis de Hashimoto con exámenes de laboratorio pertinentes.
- Diagnóstico histopatológico de carcinoma papilar de tiroides obtenido en el hospital de SOLCA.
- Pacientes atendidos durante los años 2014 hasta 2018.

- ***Criterios de exclusión:***

- Ausencia de información pertinente en la historia clínica.
- Asociación de otros tipos de cáncer.
- Asociación de otras patologías autoinmunes.

**Tabla 2. Operacionalización de variables**

<b>Variables</b>	<b>Definición de la variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Resultado</b>
Tiroiditis de Hashimoto	Destrucción autoinmune de glándula tiroides	Cualitativa nominal dicotómica	Anti TPO positivo/ negativo Anti TG positivo/ negativo
Carcinoma papilar de tiroides	Variante histológica de carcinoma papilar tiroideo	Cualitativa nominal politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Variante convencional o clásico</li> <li>● Variante folicular</li> <li>● Microcarcinoma papilar</li> <li>● Células altas oncocítica o de células de Hürthle</li> <li>● Células columnares</li> <li>● Esclerosante difuso</li> <li>● Sólido</li> <li>● Células claras</li> <li>● Morular cribiforme</li> <li>● Macrofolicular</li> <li>● Células en tachuela</li> <li>● Con estroma similar a fascitis nodular</li> </ul>
Sexo	Fenotipo	Categórica nominal dicotómica	Masculino Femenino
Edad	Periodo de tiempo desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico	Numérica discreta	Años
Estadio	Extensión de la lesión tumoral	Cualitativa nominal policotómica	Menor de 45 años <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estadio I: cualquier T, cualquier N, Mo</li> <li>● Estadio II: cualquier T, cualquier N, M1</li> </ul> Mayor de 45 años <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estadio I: T1, N0, M0</li> <li>● Estadio II: T2, N0, M0, T3, N0, M0</li> <li>● Estadio III: T4, N0, M0, cualquier T, N1, M0</li> <li>● Estadio IV: cualquier T y cualquier N-M1</li> </ul>

Recurrencia del cáncer tiroideo	Neoplasia que reaparece después del tratamiento y periodo indetectable	Cualitativa dicotómica	Sí No
Número de cirugías	Intervenciones quirúrgicas realizadas hasta resolución de neoplasia tiroidea	Numérica discreta	Números racionales positivos
Tratamiento	Procedimiento realizado para la resolución de la neoplasia	Categórica nominal	Cirugía Yodo radiactivo
Yodoterapia	Dosis acumulada de Tratamiento con Yodo radioactivo	Numérica discreta	Números racionales positivos

## CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Este trabajo de investigación fue aprobado por la Comisión Académica de la carrera de Medicina de la UCSG, y por el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital de SOLCA, Guayaquil. En todo momento se manejó con absoluta reserva la información personal de los pacientes, con el fin de respetar los principios éticos de confidencialidad y beneficencia.

## METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADO

Los datos recopilados fueron clasificados en una hoja de cálculo de Excel conteniendo la cual contenía las variables seleccionadas, después dichos datos fueron transferidos al programa estadístico SPSS para procesar la información. Se hizo un estudio con estadística detallada, y se estableció relación entre variables con Chi cuadrado y T de Student según fueran variables cualitativas o cuantitativas respectivamente. Se consideró una p menor a 0.05 como estadísticamente significativa.



## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### RESULTADOS

De los 216 pacientes, 94 constituyeron el grupo A (Carcinoma papilar de tiroides y Tiroiditis de Hashimoto; CPT+TH) y 122 pacientes el grupo B (sólo Carcinoma papilar de tiroides; CPT-) (Tabla 3).

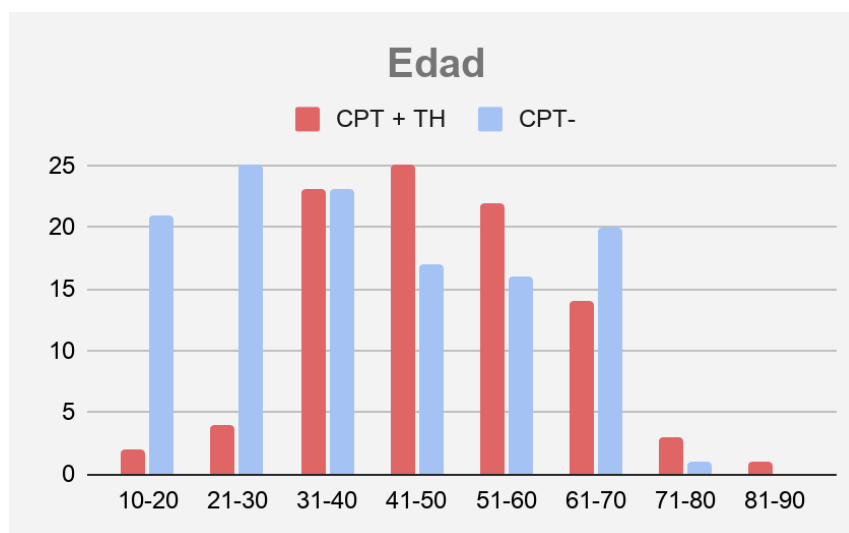
**Tabla 3. Pacientes de los grupos A y B, según periodo de estudio**

Año de estudio	Grupo A (CPT + TH)	Grupo B (CPT-)	TOTAL
2014	10	24	34
2015	16	22	38
2016	17	22	39
2017	22	26	48
2018	29	28	57
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>122</b>	<b>216</b>

CPT = Carcinoma papilar de tiroides; TH= Tiroiditis de Hashimoto

El CPT tiene su mayor presencia en mujeres con un 85,6% (185 casos). Sólo hubieron 31 (14,4%) varones que presentaron esta patología. Del grupo A, un total de 83 pacientes fueron de sexo femenino (88,3%) y 11 varones (11,7%); mientras que del grupo B, fueron 102 (83,6%) y 20 (16,7%), respectivamente. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en esta variable.

En relación a la edad, la media fue 48 (12-85) años en el grupo A y de 39 (12-76) años en el grupo B. El grupo etario más afectado corresponde entre los 41 - 50 años (26,6%) para aquellos que tenían como coexistencia la enfermedad de Hashimoto; sin embargo, para aquellos que presentaron CPT aislado, el grupo etario con mayor incidencia fue entre los 21-30 años de edad (20,3%), con diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ) (Gráfico 1).

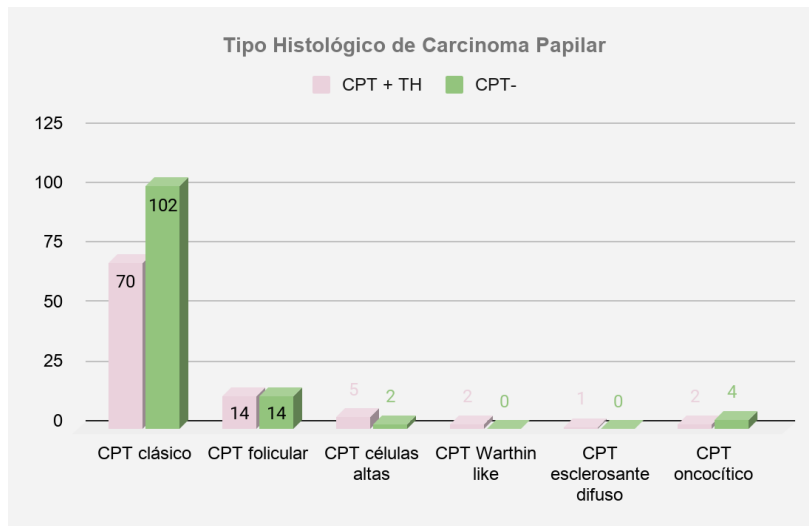


**Gráfico 1. Edad de los pacientes, según grupo**

CPT = Carcinoma papilar de tiroides; TH= Tiroiditis de Hashimoto

El tamaño tumoral fue una de las variables estudiadas. Se presentó un total de 208 pacientes, donde 91 pacientes (96,8%) correspondientes al grupo A y 117 (95,9%) del grupo B tuvieron un diámetro menor a 5 cm; mientras que las 3 (3,2%) personas restantes del grupo A y las 5 (4,1%) personas faltantes del grupo B presentaron un diámetro mayor o igual a 5 cm. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en esta variable.

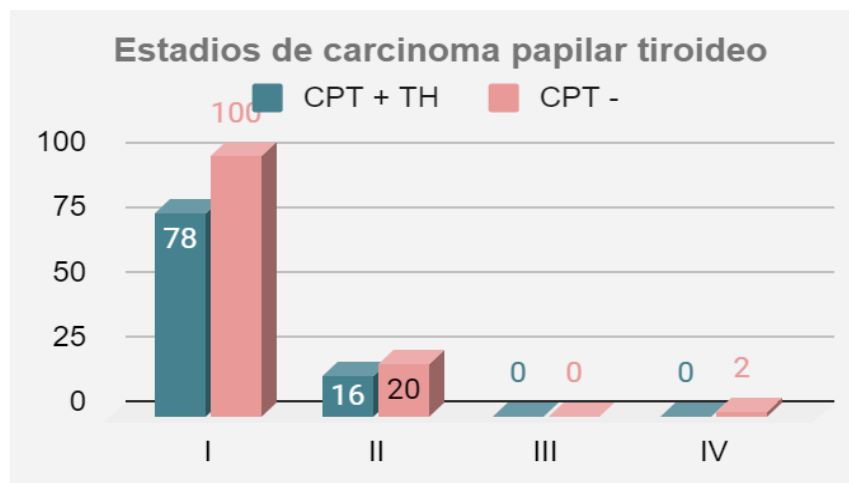
Con respecto al tipo histológico de CPT, en los casos totales se registraron patrón clásico (79,6%), variante folicular (13,0%), esclerosante difuso (3,2%), de células altas (2,8%), Warthin-like (0,9%), y oncocítico (0,5%). El carcinoma papilar variante clásica es el de mayor frecuencia en ambos grupos con un total de 70 (74,5%) pacientes en el grupo A, y 102 (83,6%) en el grupo B. Seguidamente, se encuentra la variante folicular, que presenta un total de 14 (grupo A: 14,9%; grupo B: 11,5%) pacientes en ambas cohortes. El resto de las variantes fueron, carcinoma papilar variante células altas (grupo A: 5; 5,3%; grupo B: 2; 1,6%), variante oncocítica (grupo A: 2; 2,1%; grupo B: 4; 3,3%), y variantes Warthin-like y esclerosante difusa, estas últimas presentes sólo en el grupo A (2 y 1 casos, respectivamente) (Gráfico 2). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación a esta variable.



**Gráfico 2. Tipos histológicos de Carcinoma papilar**

CPT = Carcinoma papilar de tiroides; TH= Tiroiditis de Hashimoto

En relación al estadio TNM, en el grupo A el estadio I cuenta con 78 pacientes, y el estadio II con 16 casos, no hallándose casos en estadios III ni IV. Del grupo B, 100 pacientes estuvieron en estadio I, 20 en estadio II, y 2 en el estadio IV. No se encontraron casos en el estadio III en este grupo ( $p > 0.05$ ) (Gráfico 3).

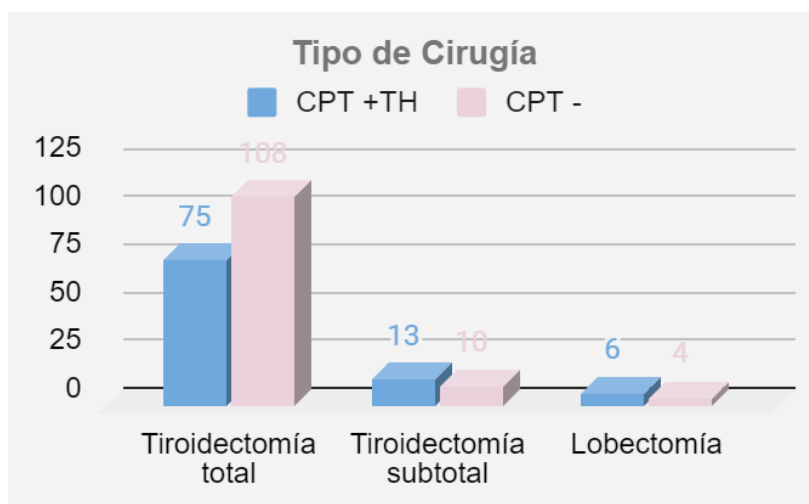


**Gráfico 3. Estadios TNM en los pacientes con Carcinoma papilar**

CPT = Carcinoma papilar de tiroides; TH= Tiroiditis de Hashimoto

En el grupo A, la cirugía tiroidea realizada con mayor frecuencia fue la tiroidectomía total con 75 (79,8%) pacientes, seguido de tiroidectomía subtotal (13; 13,8%) y por último lobectomía (6; 6,4%). La linfadenectomía fue realizada en 27

(28,7%) pacientes; los 67 (71,3%) pacientes restantes no fueron sometidos a esta intervención quirúrgica. En el grupo B hubo 108 tiroidectomías totales, 10 tiroidectomías subtotales y 4 lobectomías, que representan 88,5, 8,2 y 3,3% respectivamente (Gráfico 4). Se realizó linfadenectomía en 36 casos (29,5%), la cantidad restante de pacientes (86; 70,5%) no se realizaron este tipo de intervención quirúrgica.

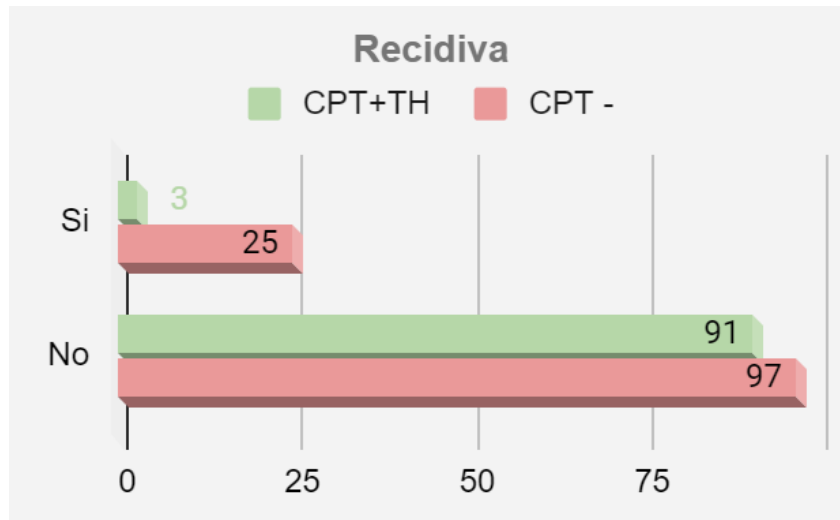


**Gráfico 4. Distribución de los pacientes según el tipo de cirugía**

CPT = Carcinoma papilar de tiroides; TH= Tiroiditis de Hashimoto

En cuanto al número de cirugías realizadas en ambos grupos de pacientes, cabe mencionar que en el grupo A y B, la mayor parte de los pacientes sólo fueron intervenidos una vez para el manejo de la patología, 85 pacientes (90,4%) vs 108 pacientes (88,5%) respectivamente. En el grupo con coexistencia de TH (grupo A) se requirió una segunda intervención quirúrgica en 8 pacientes (8,5%), mientras que en el grupo B fue necesaria en 13 individuos (1,1%). En ambos grupos el máximo número de cirugías empleadas fueron 3, que se realizaron en 1 individuo de cada grupo (1,1% y 0,8% respectivamente). No hubo diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las variables quirúrgicas.

En relación a la yodoterapia (I-131), en el grupo A la recibieron 88 (93,6%) pacientes, de los cuales 85 (90,4%) recibieron una sola dosis y 3 (3,2%) dos dosis; mientras que en el grupo B, 121 (98,3%) la recibieron, siendo 99 con monodosis (81,1%), 20 con dos dosis (16,3%), y 2 pacientes con 3 dosis de I-131 (1,6%). Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas con esta variable ( $p < 0.05$ ).



**Gráfico 5. Distribución de los pacientes según recidiva**

CPT = Carcinoma papilar de tiroides; TH= Tiroiditis de Hashimoto

Con respecto a la relación entre el estadio y la recidiva, se ha encontrado que en el grupo A, tuvieron 3 (3,3%) pacientes con recidivas (Gráfico 5), de los cuales 2 presentaron estadio I (66,7%) y 1 estadio II (33,3%). Por otro lado, en el grupo B (CPT-), hubo 25 casos de recidiva, de estos 17 (68,0%), 6 (24,0%), 2 (8,0%) pacientes manifestaron estadio I, II y IV respectivamente. No se hallaron recidivas en el grupo B con estadio III. En el grupo A, los pacientes con recurrencia del carcinoma papilar de tiroides, fueron todos variante clásica o convencional. En relación al grupo B, 25 (20,5%) pacientes tuvieron recidiva (21 variante clásica, 2 variante folicular y 2 variante de células altas) ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 4. Distribución de pacientes de los grupos A (CPT+TH) y B (CPT-)**

Variable		Total (n=216)	CPT + TH (n=94)	CPT- (n=122)	P
Sexo	Femenino (f, %)	185	83 (88,3)	102 (83,6)	NS
	Masculino (f, %)	31	11 (11,7)	20 (16,4)	
Edad en años (media; rango)		43 (12 - 85)	48 (12 - 85)	39 (12 - 79)	<0.01
Variante histológica de carcinoma papilar de tiroides	Clásica (f, %)	172	70 (74,5)	102 (83,6)	NS
	Folicular (f, %)	28	14 (14,9)	14 (11,5)	
	Células altas (f, %)	7	5 (5,3)	2 (1,6)	
	Warthin-like (f, %)	2	2 (2,1)	0 (0)	
	Oncocítico (f, %)	6	2 (2,1)	4 (3,3)	
	Esclerosante difuso (f, %)	1	1 (1,1)	0 (0)	
Tiroidectomía total (f, %)		183	75 (79,8)	108 (88,5)	NS
Tiroidectomía subtotal (f, %)		23	13 (13,8)	10 (8,2)	
Lobectomía (f, %)		10	6 (6,4)	4 (3,3)	
Linfadenectomía (f, %)		63	27 (28,7)	36 (29,5)	NS
Yodoterapia (f, %)		208	88 (93,6)	121 (98,3)	<0.05
Recidiva (f, %)		28	3 (3,2)	25 (20,5)	<0.01
Estadio (f, %)	I	178	78	100	NS
	II	36	16	20	
	III	0	0	0	
	IV	2	0	2	

CPT = Carcinoma papilar de tiroides; TH= Tiroiditis de Hashimoto; f= frecuencia

Si bien la media de tiempo transcurrido en presentar la recidiva en el grupo A fue 7 (rango: 2-12) meses; mientras que en el grupo B, fue 16 (rango: 3 - 48) meses, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.06$ ) entre ambos grupos.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

La coexistencia entre tiroiditis de Hashimoto (TH) y carcinoma papilar de tiroides (CPT) es un tema debatido debido a la cantidad de trabajos ya sea afirmando su relación o negando la misma. Debido a la dificultad del diagnóstico de TH, en nuestro estudio se consideró a pacientes con diagnóstico de TH basado en el registro clínico (criterio serológico e histopatológico); en la mayoría de nuestros pacientes el diagnóstico de TH fue posterior a la cirugía, por lo cual no se puede identificar si la TH fue la causante del CPT o si fue el tumor maligno en el proceso de carcinogénesis el que incita el cambio autoinmune y produce la linfocitosis autoinmune crónica, como sugiere Dobrinja et al. (16).

Según varios estudios encontrados (6,16), la TH está relacionada con la presencia de CPT, más que con tumores benignos de la glándula tiroidea. En nuestro estudio hemos decidido abarcar pacientes con CPT en busca de asociar a la tiroiditis de Hashimoto como un factor pronóstico negativo, en esta patología carcinogénica. Obtuvimos que casi la mitad de los casos de CPT tenían además TH (43,5%), resultado muy semejante al reportado por Dobrinja et al., donde se encontró un 44% (16), por lo que se confirma que hay relación entre ambas patologías.

La CPT tiene mayor frecuencia de aparición en mujeres con un 85,6% (185 mujeres) en la totalidad de nuestro estudio (n=216). El grupo etario más afectado corresponde a las edades comprendidas entre los 41 - 50 años (26,6%) para aquellos que tenían como coexistencia la enfermedad de Hashimoto; sin embargo, para aquellos que presentaron CPT exclusivamente, el grupo etario con mayor incidencia fue entre los 21-30 años de edad (20,3%). Según, investigaciones realizadas por Covo et al. el grupo etario más afectado fue el de promedio de edad 45,8 años con una varianza de 14,9 años (26), mientras que en nuestro estudio la varianza fue de 13,8 años para el grupo A y de 17,2 años para el grupo B. No obstante, otros trabajos comunican que estas neoplasias son raras en niños y adolescentes, pues su incidencia aumenta con la edad y alcanzan su pico entre los 45 y 50 años (6). Nosotros tuvimos una media de edad de diagnóstico de CPT de 48 y 39 años según tuviera o no TH, respectivamente; datos similares a los de la literatura (26). Pudimos determinar diferencias estadísticamente altamente significativas entre ambos grupos de estudio, con aparición del CPT casi 10 años más tarde en el grupo con TH asociada ( $p < 0.01$ ).

El CPT se caracteriza por tener diversas variantes, en el presente estudio la de mayor incidencia fue la variante clásica con un 74,5% (grupo A) y 83,6% (grupo B), seguida por la variante folicular 14,9% y 11,5% (CPT+TH y CPT- respectivamente). Otros trabajos reportan frecuencia del subtipo clásico en 57,1% y del subtipo folicular 42,9% en el grupo con TH asociada, mientras en el grupo con CPT aislado detectaron 68,8% y 31,2% respectivamente, (26). En nuestro estudio adicionalmente encontramos otras variantes como la de células altas, *Warthin-like* y esclerosante difusa.

El estudio realizado por Dobrinja et al., anuncia que otras variantes más agresivas aparecieron en el grupo con CPT en un 7,8% vs 5,7% del grupo CPT con TH asociada (16); En nuestro estudio las variantes agresivas aparecieron en el grupo A (CPT+TH) teniendo 1 caso de células altas y 5 de esclerosante difuso (1,1% y 5,3% respectivamente) versus los dos casos (1,6%) de variante de células altas que se manifestó en el grupo B (CPT-). A pesar de que el grupo A tiene mayor número de variantes histológicas consideradas más agresivas, su pronóstico resulta mejor en relación a recurrencias comparado con el grupo B.

Dentro de nuestro estudio se obtuvieron datos del tipo cirugía realizado a estos pacientes, donde la más común fue la tiroidectomía total, seguida de tiroidectomía subtotal y por último lobectomía, en ambos grupos (grupo A, 75; 79,8%, 13; 13,6%, 6; 6,4%; vs. grupo B, 108; 88,5%, 10; 8,2%, 4; 3,3%). Comparado con la literatura reportada, un estudio (16) presentó 85 pacientes que se sometieron a tiroidectomía total y 5 pacientes con lobectomía en el grupo CPT, mientras que fueron 68 pacientes intervenidos con tiroidectomía total y 2 lobectomías en aquellos con TH asociada (16).

Así mismo fue realizada linfadenectomía en 36 pacientes (29,5%) en el grupo CPT-, y 27 (28,7%) en el grupo CPT+TH, similar al estudio de Dobrinja et al., en el cual se realizó linfadenectomía en 25 pacientes (27,8%) el grupo CPT- y en 35 pacientes (35,7%) en el grupo CPT+TH (16). En ambos estudios se comprueba que en el grupo CPT con TH concomitante hubo menor necesidad de procedimientos quirúrgicos comparados con aquellos con CPT aislado, sin embargo, no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en esta variable.

Además de la cirugía, otro tratamiento clave es la yodoterapia (I131). En nuestro estudio la mayoría de personas sólo necesitaron de esta terapia en una ocasión, en el grupo A un 9,6% de pacientes se sometieron a una segunda dosis de



I131 en comparación con el grupo B en el cual un 17,9% de pacientes recibió dos e incluso tres dosis de I131 (16,3% y 1,6%, respectivamente). Tal como lo muestra el estudio de Jeong JS et al. en el grupo de CPT+TH un 1,5% pacientes requirieron una segunda sesión con yodo en comparación al 5% del grupo con solo CPT (27). En el estudio realizado en el hospital de SOLCA al menos un 8,3% más de pacientes sin coexistencia de TH requirieron terapia adicional en comparación al grupo A, a diferencia del estudio realizado en el Hospital de la Universidad de Yonsei en el que solo el 3,5% requirieron otra dosis de I131. Se comprueba estadísticamente una mejor evolución de la enfermedad oncológica con la coexistencia de TH ( $p < 0.05$ ).

En relación a la posible asociación entre el estadio de CPT y la posibilidad de recidivas. Dentro de nuestro estudio en el grupo A (CPT+TH) se obtuvieron 83% y 17% de pacientes en estadio I y II respectivamente, mientras que el grupo B (CPT-) 82%, 16,4% y 1,6% en los estadios I, II y IV, siendo en ambos grupos la mayor incidencia de recidivas en los primeros dos estadios. Obtuvimos el mayor número de recidivas en el grupo B (CPT-) en comparación con el A (CPT+TH) (20,5% vs. 3,2%), con diferencia estadísticamente altamente significativa entre ambas variables ( $P < 0.01$ ), a diferencia de Xiaoyun Liu, et al. (28) quien reporta que la existencia de TH no está relacionada con los estadios del CPT. Otros trabajos han reportado resultados similares a los nuestros, relacionando a la TH como un factor que asociado a CPT genera una progresión y cronología menos agresiva de la enfermedad tumoral (26).

El tiempo de recidiva, también juega un papel importante, puesto que se presentó en 3 pacientes del grupo A (CPT+TH), 2 (2,1%) de ellos recayeron antes de los 12 meses y 1 (1,1%) después de los 12 meses, cada uno de ellos presentó recidiva a los 2, 8 y 12 meses respectivamente; a diferencia del grupo B (CPT-), quienes presentaron 25 (20,5%) casos de recidivas en total, 15 (12,2%) personas manifestaron CPT de nuevo en un tiempo mayor de 12 meses y 10 (8,1%) en menos de 12 meses. En comparación con otros estudios, en el grupo sin TH la nueva aparición de CPT se dio en 5 pacientes, a los 8, 37, 48, 58 y 60 meses, a diferencia de aquellos con TH concomitante, en el cual 2 pacientes presentaron recidiva a los 37 y 48 meses después de la cirugía (16). De esta manera, nuestros resultados muestran que las recidivas se presentan más frecuentemente en el grupo de CPT exclusivo frente al grupo con TH ( $p < 0.05$ ), dándole un mejor pronóstico a aquellos pacientes que presentan la enfermedad autoinmune. En un metaanálisis de 71 estudios retrospectivos (44,034 pacientes), donde se incluyeron 11,132 casos con TH, se sugirió que aquellos

pacientes con CPT asociado a TH exhibieron mejor pronóstico, puesto que tuvieron menor extensión extratiroidea, metástasis ganglionar y recurrencia, que los pacientes que manifestaron CPT solamente (29).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La frecuencia del carcinoma papilar de tiroides (CPT) es mayor en mujeres, con o sin Tiroiditis de Hashimoto (TH) asociada. La variante histológica clásica o convencional del carcinoma papilar de tiroides es la que se presenta con mayor frecuencia en ambos grupos, seguido de la variante folicular. Otras variantes fueron más raras en su aparición.

Si bien el grupo B, cuenta con pacientes en estadios más avanzados al momento del diagnóstico, mayor número de cirugías, y mayor cantidad de pacientes con recidiva a más temprana edad, no se pudo establecer diferencias estadísticamente significativas.

La edad de aparición del CPT fue mayor por casi una década en el grupo A (CPT+TH) en comparación con el grupo B (CPT solo). A pesar que se observó menor número de variantes histológicas de mal pronóstico en el grupo B (sin TH concomitante), este grupo tuvo mayor número de recidivas y requirió mayores dosis de I131 que el grupo A (con TH), por lo cual la TH sería un factor protector más que de mal pronóstico durante la evolución de la enfermedad tumoral.

Debido a la baja capacidad proliferativa de este tipo de cáncer, creemos que se debería continuar la línea de investigación con seguimiento evolutivo de los pacientes para establecer variables adicionales relacionadas a recurrencias como extensión extratiroidea, metástasis ganglionar, y compromiso extraganglionar.

## REFERENCIAS

1. Enfermedad de Hashimoto - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hashimotos-disease/symptoms-causes/syc-20351855>
2. Domínguez YR, Vela RÁM, Núñez ER, Cardona LD. Cáncer de tiroides en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo. Rev Inf Científica. 2018;97(2):235-43.
3. Cáncer de tiroides: Estadísticas | Cancer.Net [Internet]. [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-tiroides/estadisticas>
4. Frontiers | Association between Hashimoto’s Thyroiditis and Thyroid Cancer in 64,628 Patients | Oncology [Internet]. [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2017.00053/full>
5. Uhliarova B, Hajtman A. Hashimoto’s thyroiditis - an independent risk factor for papillary carcinoma. Braz J Otorhinolaryngol. diciembre de 2018;84(6):729-35.
6. Brito Sosa G, Guerra Mesa JL, Cassola Santana JR. Cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (2006 - 2010). Rev Cuba Cir. septiembre de 2015;54(3):0-0.
7. Noureldine SI, Tufano RP. Association of Hashimoto’s thyroiditis and thyroid cancer. Curr Opin Oncol. Enero de 2015;27(1):21-5.
8. Mincer DL, Jialal I. Hashimoto Thyroiditis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459262/>
9. Enfermedad de Hashimoto | NIDDK [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [citado 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-endocrinas/enfermedad-de-hashimoto>
10. Ragusa F, Fallahi P, Elia G, Gonnella D, Paparo SR, Giusti C, et al. Hashimotos’ thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 1 de diciembre de 2019;33(6):101367.
11. Tiroiditis de Hashimoto - Trastornos hormonales y metabólicos [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 30 de septiembre de 2020]. Disponible

- en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-hormonales-y-metabolicos/trastornos-de-la-glandula-tiroidea/tiroiditis-de-hashimoto>
12. Toda LI, Salas MVM. Actualización en patología tiroidea. :14.
  13. Tiroiditis de Hashimoto [Internet]. American Thyroid Association. [citado 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.thyroid.org/tiroiditis-de-hashimoto/>
  14. Hashimoto's Thyroiditis Complications [Internet]. EndocrineWeb. [citado 15 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.endocrineweb.com/conditions/hashimotos-thyroiditis/hashimotos-thyroiditis-complications>
  15. Cancer Facts & Figures 2020 | American Cancer Society [Internet]. [citado 30 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2020.html>
  16. Dobrinja C, Makovac P, Pastoricchio M, Cipolat Mis T, Bernardi S, Fabris B, et al. Coexistence of chronic lymphocytic thyroiditis and papillary thyroid carcinoma. Impact on presentation, management, and outcome. *Int J Surg*. 1 de abril de 2016;28: S70-4.
  17. Canberk S, Montezuma D, Ince U, Tastekin E, Soares P, Bongiovanni M, et al. Variants of Papillary Thyroid Carcinoma: An Algorithmic Cytomorphology-Based Approach to Cytology Specimens. *Acta Cytol*. 2020;64(4):288-98.
  18. Mintegui G, Del Pozo E, Mendoza B. Carcinoma papilar de tiroides, variante de células altas. Reporte de caso [Internet]. Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. 2020 [citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: [http://revistasoched.cl/3\\_2020/index-3-2020.html](http://revistasoched.cl/3_2020/index-3-2020.html)
  19. Manrique Franco K, Domínguez Fernández R, Lara Capellán JI, Renedo Pascual G, Rovira Loscos A. Carcinoma papilar de tiroides, variante esclerosante difusa. *Endocrinol Nutr*. 1 de diciembre de 2010;57(10):500-2.
  20. González FJG. Cáncer diferenciado de tiroides. Tratamiento quirúrgico. Asignación de grupos de riesgo y análisis de supervivencia (Estudio uni y multivariante). :313.
  21. Monsalve C, Duque S, Gil C. Carcinoma Papilar De Tiroides Variante De Células En Tachuela: Reporte De Caso Y Revisión De La Literatura [Internet]. Asociación Colombiana de Patología. 2019 [citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Maria-Murillo-Salas->

- 2/publication/345914444\_Colecistitis\_eosinofilica\_reporte\_del\_primer\_caso\_en\_Colombia\_y\_revision\_de\_la\_literatura/links/5fb1d6b1a6fdcc9ae0581434/Colecistitis-eosinofilica-report-de-del-primer-caso-en-Colombia-y-revision-de-la-literatura.pdf#page=37
22. Valdez AMC. Aspectos Histológicos del Cáncer Diferenciado de la Tiroides. 2009;11.
  23. Etapas del cáncer de tiroides [Internet]. [citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-tiroides/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html>
  24. Repositorio Universidad de Guayaquil: Evolución y tratamiento en pacientes con cáncer de tiroides [Internet]. [citado 3 de abril de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31130>
  25. Briñez AM, León A, Suárez CM, Bracamontes A. Factores predictivos y de riesgo en el microcarcinoma papilar tiroideo. *Rev Venez Oncol.* 2019;31(4):239-45.
  26. Covo CO, Barrera JB, Castro JM, Meza ZA, Castellar DB, Sáenz FH, et al. Características anatomopatológicas del carcinoma papilar de tiroides en especímenes con y sin tiroiditis linfocítica crónica. *Rev Cienc Bioméd.* 2019;8(2):32-9.
  27. Jeong JS, Kim HK, Lee CR, Park S, Park JH, Kang SW, Jeong JJ, Nam KH, Chung WY, Park CS. Coexistence of chronic lymphocytic thyroiditis with papillary thyroid carcinoma: clinical manifestation and prognostic outcome. *J Korean Med Sci.* 2012 Aug;27(8):883-9. doi: 10.3346/jkms.2012.27.8.883.
  28. Coexistence of Histologically Confirmed Hashimoto's Thyroiditis with Different Stages of Papillary Thyroid Carcinoma in a Consecutive Chinese Cohort [Internet]. [citado 19 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ije/2014/769294/>
  29. Moon S, Chung HS, Yu JM, Yoo HJ, Park JH, Kim DS, et al. Associations between Hashimoto Thyroiditis and Clinical Outcomes of Papillary Thyroid Cancer: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Endocrinol Metab.* diciembre de 2018;33(4):473.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

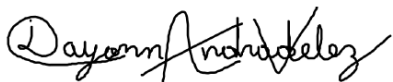
## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrade Vélez, Dayanna Michelle**, con C.C: # **0923450688** autora del trabajo de titulación: **Tiroiditis de Hashimoto: factor pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides en el Hospital Solca de Guayaquil, 2014 - 2018**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **1 de mayo del 2021**

f. 

Nombre: **Andrade Vélez, Dayanna Michelle**  
C.C: **0923450688**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Velasco Castro, Jamilex Michelle**, con C.C: # **0924998776** autor del trabajo de titulación: **Tiroiditis de Hashimoto: factor pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides en el Hospital Solca de Guayaquil, 2014 - 2018**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 1 de **mayo** del **2021**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Velasco Castro, Jamilex Michelle**

C.C: **0924998776**





## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Tiroiditis de Hashimoto: factor pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides en el hospital SOLCA de Guayaquil, 2014 - 2018"		
AUTOR(ES)	Andrade Vélez, Dayanna Michelle Velasco Castro, Jamilex Michelle		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Huamán Garaicoa, Fuad Olmedo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2021	No. DE PÁGINAS:	30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Oncología - Endocrinología - Anatomía Patológica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Tiroiditis Hashimoto, Carcinoma Papilar de Tiroides, Tiroiditis Linfocítica Crónica, Estudio de Cohorte, Estadios Tumorales, Variantes Histológicas, Factor Pronóstico.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p><b>Introducción:</b> La tiroiditis de Hashimoto (TH) es una enfermedad autoinmune que provoca inflamación en la glándula tiroides. Debido a la inflamación crónica se ha vinculado a la aparición de cáncer de tiroides (CT). <b>Objetivo:</b> Determinar si la Tiroiditis de Hashimoto es un factor de mal pronóstico en pacientes con carcinoma papilar de tiroides, atendidos en el Hospital SOLCA, Guayaquil, 2014-2018. <b>Materiales y métodos:</b> El estudio es retrospectivo, relacional y analítico. <b>Resultados:</b> Analizando dos cohortes, la primera cohorte consiste en pacientes con TH y CPT con un total 94 pacientes, en donde las edades comprendidas están entre 12 - 85 años, con una media de 48, y la cohorte CPT con una cantidad de 122 pacientes, la media de edades es 39 (rango 12-76). En ambos grupos se evidenció que el carcinoma papilar de tiroides prevalece en el sexo femenino, así mismo, además, se encontró que la variante histológica del CPT que se encuentra con mayor frecuencia es la variante clásica o convencional (grupo A 74,5%; grupo B 83,6%), seguido de la variante folicular (grupo A 14,9%; grupo B 11,5%). Se presentaron 3 recidivas dentro del grupo CPT+TH y 25 recidivas en el grupo que solo padecía CPT. <b>Conclusiones:</b> Concluimos que la presencia de tiroiditis de Hashimoto no es un factor de mal pronóstico para CPT. Al contrario, podría funcionar como un factor protector frente al carcinoma papilar de tiroides, puesto que las tasas de recidiva fueron menores en grupo de estudio A en comparación con nuestro grupo B.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-999394223 +593-967759486	E-mail: <a href="mailto:andradedayanna9277@gmail.com">andradedayanna9277@gmail.com</a> <a href="mailto:jamilexvc@gmail.com">jamilexvc@gmail.com</a>	
	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

**CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN  
(COORDINADOR DEL PROCESO  
UTE):**

Teléfono: +593997572784

E-mail: [andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec](mailto:andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec)

**SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

**Nº. DE REGISTRO (en base a datos):**

**Nº. DE CLASIFICACIÓN:**

**DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**