

Bocio No Endémico en Niños y Adolescentes



Dr. Freddy Valdivia Fernandez Dávila *

RESUMEN.

Se presentan las causas de bocio no endémico en 116 niños y adolescentes; el 89.7% presentó bocio difuso, siendo la Tiroiditis Linfocítica crónica (Tiroiditis de Hashimoto) la principal causa de bocio difuso normofuncionante e hipofuncionante, y la enfermedad de Graves-Basedow, la de bocio difuso hiperfuncionante. El bocio nodular representó el 10.3% de los casos de bocio no endémico, de éstos, el 83.3% correspondió a patología benigna, y el 16.7% a patología maligna.

Palabras claves: Niños, Bocio, difuso, nodular, adolescentes.

NON ENDEMIC GOITER IN CHILDREN AND TEENAGERS

SUMMARY.

We present the causes of non-endemic goiter in 116 children and teenagers; 89.7% had diffuse goiter. The mayor cause of normofunctioning and hipofunctioning diffuse goiter was the chronic lymphocytic tiroiditis (Hashimoto's Tiroiditis) and that of the hyperfunctioning diffuse goiter composed 10.3% of non-endemic goiter cases, from them 83.3% had a benign disorder and 16.7% had a malignant disorder.

Key words: Children, goiter, diffuse, nodular, teenagers.

(*) Médico Asistente del Servicio de Endocrinología.
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú.

INTRODUCCION

La patología de la glándula tiroidea en niños y adolescentes es causa frecuente de consulta médica, y es la enfermedad endocrina más común en esta etapa de la vida.⁽¹⁾ Las alteraciones congénitas y adquiridas de la glándula tiroidea son diversas⁽²⁾, y dentro de la patología tiroidea es llamativa la presencia de bocio en áreas no deficientes de yodo. El crecimiento de la glándula tiroidea es referida como bocio, el cual se ha detectado en estudios poblacionales en 1 a 3% entre la población de 11 a 18 años de edad^(3, 9, 13).

En este trabajo reportamos la casuística de bocio en niños y adolescentes en un Hospital General de zona no deficiente de yodo para un mejor conocimiento de esta patología y compararlo con otras publicaciones.

MATERIAL Y METODOS

Del mes de Abril de 1988 a Marzo de 1994 (06 años) en el Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" se evaluó a 116 niños que consultaron por bocio difuso o nodular.

El estudio de estos pacientes se orientó de acuerdo al cuadro clínico, realizándose en casos de bocio difuso, estudio de Captación y Gammagrafía tiroidea, dosaje de T4 y TSH por RIA, y en 29 de 73 pacientes (39.7%) con bocio difuso normofuncionante se realizó la Biopsia Aspiración con Aguja Fina (BAAF) para determinar el diagnóstico etiológico (estos pacientes se tomaron como muestra representativa de los pacientes con bocio difuso normofuncionante (BDNF), no se realizó la determinación de anticuerpos antitiroideos por no estar implementada la técnica en nuestro Hospital. En el caso de bocio nodular, se realizó Ecografía y Gammagrafía tiroidea, BAAF, y se realizó cirugía de glándula tiroidea en todos los casos, excepto en un paciente que se perdió de la consulta. En el caso de BAAF negativo para neoplasia, la cirugía se realizó luego de no haber respuesta a tratamiento de supresión con hormona tiroidea.

RESULTADOS

Los 116 pacientes con bocio fueron divididos en 2 grupos: pacientes con bocio difuso y con bocio nodular (Tabla 1); de los pacientes con bocio difuso, el mayor porcentaje correspondió al BDNF, seguido del bocio difuso hiperfuncionante (BDHF), la frecuencia fue mayor en el sexo femenino que en el masculino, con una relación en el BDNF de 7/1, y en el BDHF de 3/1, siendo la edad media de presentación de alrededor de los 12 años

En el bocio nodular, (tabla 2) el 83% correspondió al sexo femenino, y fue más frecuente único que multinodular.

TABLA 1.- CARACTERISTICAS DEL BOCIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (Abril 88 - Marzo 94)

	FEME	MASC	TOTAL	%
Bocio difuso:	88	16	104	100.0
Normofuncionante	60	9	69	66
Hiperfuncionante	19	6	25	24
Hipofuncionante	9	1	10	10
Bocio nodular:	10	2	12	100.0
Unico	7	1	8	66.7
Múltiple	3	1	4	33.3
TOTAL	98	18	116	
%				100.0

TABLA 2.- CARACTERISTICAS DEL BOCIO DIFUSO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (Abril 88 - Marzo 94)

	FEME	MASC	TOTAL	%
Normofuncionante:	60	9	69	100.0
BAAF (24):				
T. Hashimoto	18	1	19	27.5
Bocio coloide	1	3	4	5.7
Infiltrado PMN	1	-	1	1.4
No BAAF	40	4	44	66.9
Tiroiditis aguda	-	1	1	1.4
Hiperfuncionante:	19	6	25	100.0
Graves - Basedow	17	6	23	64.0
T. Subaguda	2	-	2	24.0
Hipofuncionante:	9	1	10	100.0
BAAF ⁽⁶⁾				
T. Hashimoto	4	1	5	50.0
No BAAF	5	-	5	50.0
TOTAL	88	16	104	
%				100.0

PMN = Polimorfonucleares

Las causas de bocio difuso en 104 pacientes se muestran en la tabla 3, encontrándose en pacientes sometidos a BAAF el resultado compatible con el diagnóstico de Tiroiditis Hashimoto en un 80%, estos resultados pueden extenderse a pacientes con BDNF en quienes no se realizó BAAF, por haberse realizado la biopsia en una muestra de pacientes no seleccionados. Es importante mencionar que 5 pacientes en quienes se realizó BAAF (17.2%), y éste fue compatible con Tiroiditis de Hashimoto, en su evolución presentaron cuadro de hipotiroidismo.

En la Tabla 3 se muestran los diagnósticos en pacientes con bocio nodular, encontrándose 2/3 como nódulo único y 1/3 como bocio multinodular, y en ambos grupos se encontró un caso de malignidad, que representa el 16.7% del total de nódulos.

TABLA 3.- CARACTERISTICAS DEL BOCIO NODULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (Abril 88 - Marzo 94)

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Nódulo único:	7	1	8
Quiste Coloide	1	1	2
Adenoma Folicular	2	-	2
Q. Arco branquial	1	-	1
T. Hashimoto	1	-	1
Ca. medular (MEN IIb)	1	-	1
No diagnóstico	1	-	1
Multinodular:	3	1	4
Hiperplasia Adenomatosa	2	1	3
Ca. Folicular	1	-	1
TOTAL	10	2	12

DISCUSION:

La Tiromegalia o bocio se encuentra presente en 1 a 3% de niños y adolescentes (3,9,13), y en casos de bocio difuso normofuncionante se indica que su causa es mayoritariamente por Tiroiditis de Hashimoto (1,4,5,8,9), lo mismo que en casos de hipotiroidismo adquirido (1,8,9,13), a diferencia de la creencia de que estos bocios llamados "bocio juvenil", "bocio del adolescente" o "hiperplasia fisiológica" se resolvían espontáneamente y no ocasionaban ninguna morbilidad.

Nosotros encontramos que aproximadamente el 90% de bocios en niños y adolescentes son del tipo difuso, y en pacientes con BDNF la causa más frecuente es la Tiroiditis de Hashimoto, lo cual ya lo habíamos reportado previamente (5), igual que lo reportado en la Literatura (9), seguido en frecuencia por el bocio coloide, el cual se considera que representa una forma leve de enfermedad tiroidea autoinmune (1,3), y tomando como muestra los pacientes sometidos a BAAF, podemos concluir que en los pacientes que se presentan con BDNF la causa es exclusivamente de etiología autoinmune, y por lo cual requieren un seguimiento a largo plazo por la posibilidad de desarrollar hipotiroidismo, el cual se presentó en un grupo de nuestros pacientes durante la evolución. Asimismo la Literatura reporta la causa autoinmune como la más frecuente en hipotiroidismo espontáneo (1,3,4,6,8,9,13), lo cual es confirmado en nuestros pacientes.

En lo referente al BDHF, se encuentra un porcentaje muy elevado de la enfermedad de Graves - Basedow, de acuerdo a lo reportado (1,7,8,9,14), aunque en proporción diferente entre los sexos ya que nosotros encontramos 3/1 a favor del sexo femenino, a diferencia de lo reportado en la Literatura que es de 4-8/1 (14), probablemente esto se deba al número no muy grande de pacientes con hipertiroidismo que presentamos. Asimismo encontramos dos pacientes con tiroiditis subaguda, de presentación rara en otros estudios (7,8).

El bocio nodular se encontró en 10.3% de los pacientes, las causas benignas representaron el 83.3%, y el 16.7% restante presentó neoplasia maligna, un porcentaje semejante a lo reportado por algunos autores (11), pero inferior a lo reportado por otros (15); y haciendo notar la rareza y poca frecuencia del cáncer tiroideo en niños (10,12,15); habiendo un caso de cáncer folicular en una paciente con bocio multinodular, y un caso de cáncer medular de tiroides (como parte del síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo IIb) en nódulo único; de aquí la importancia de considerar el bocio nodular único o el multinodular en la posibilidad de albergar tejido neoplásico, los reportes de cáncer en bocio nodular en niños varían del 2 al 70%, pero la mayoría de autores considera entre 15 - 20% (1,4,7,8,11), lo cual es cercano a nuestros hallazgos.

CONCLUSIONES:

- El bocio difuso normofuncionante o hipofuncionante en niños y adolescentes en zonas no deficientes en yodo en nuestro medio, se deben en forma casi exclusiva a enfermedad tiroidea autoinmune, por lo cual estos pacientes deben de ser controlados a largo plazo.
- El bocio difuso hiperfuncionante es producido en niños y adolescentes en forma casi exclusiva por la Enfermedad de Graves - Basedow, la cual es una enfermedad

autoinmune de la glándula tiroides.

- En el bocio nodular se encontró carcinoma en el 16.7% de pacientes, un porcentaje más elevado que el encontrado en adultos, y no hubo distinción si el bocio nodular es único o múltiple.

Correspondencia:

*Freddy R. Valdivia Fernández - Dávila
Las Amatistas 378 Balconcillo - La Victoria*

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Fisher Delber. The Thyroid. En: Kaplan S. Clinical pediatric endocrinology. WB Saunders Company. 1990
- 2) Valdivia Freddy. Patología tiroidea en niños. Libro de resúmenes del III Congreso Internacional de Medicina Integral. Lima - Perú. Febrero 1991.
- 3) Foley Thomas. Goiter in adolescents. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. 22(3):593-606.1993.
- 4) Mahoney Patrick. Differential diagnosis of goiter. *Pediatr - Clinic - North Am.* 34(4) 889-904; 1987.
- 5) Valdivia Freddy. Biopsia aspiración en bocio difuso en niños y adolescentes. Libro de resúmenes del IV Congreso Peruano de Endocrinología. Lima - Perú. 1992
- 6) Alter CA. Moshang TJr. Diagnostic dilemma, The goiter. *Pediatr - Clinic - North - Am.* 30(3)567-578; 1991.
- 7) Frasier D. Goiter. En: Frasier D. ed. *Pediatric endocrinology.* Grune and Stratton. 1980
- 8) Lavin Norman. Thyroid disorders in children. En: *Manual of Endocrinology and metabolism.* Second edition. A little Brown an Company. 1994.
- 9) Jaksic J; Douic N; Filipovic B. and et. Thyroid diseases in a school population with thyromegaly. *Arch-Dis-Child.* 70(2):103-6. 1994.
- 10) Jochas A; Joppich I; Hecker W and et. Thyroid carcinoma in childhood: management and follow up of 11 cases. *Eur-J-Pediatr.* 153(1):17-22.1994.
- 11) Hung W; Anderson KD; Chandra Rs and et. Solitary Thyroid in 71 Children and adolescents. *J-Pediatr-Surg.* 27(11):1407-9. 1992
- 12) Martínez I; Pérez M; Roset S. y col. Thyroid cancer in childhood: reviuw of 7 cases. *An-Esp-Pediatr.* 38(3):229-31. 1993
- 13) Fisher DA. Acquired juvenile Hypothyroid. En: *Werner's The Thyroid. A Fundamental and clinic text.* Pag: 1404-11. Edited by Ingbar SH and Braverman LE. Fifth edition.
- 14) Hayles AB, Zimmerman D. Grave's disease in childhood. En: *Werner's The Thyroid. A fundamental and clinic text.* Pag: 1412-26. Edited by Ingbar SH and Braverman LE. Fifth edition.
- 15) Ridgway Ech. Clinical evaluación of solitary thyroid nodules. En: *Werner's The Thyroid. A fundamental and clinic text.* Pag: 1377-83. Edited by Ingbar SH and Braveman LE. Fifth edition.