

ARTICULO ORIGINAL

Tiroiditis de Hashimoto en niños y adolescentes con bocio

Hashimoto's thyroiditis in children and adolescents with goiter

Drs.: Juan Pablo Hayes Dorado*, Walter Montero Justiniano*

Resumen

Objetivo: analizar la evaluación diagnóstica y tratamiento aplicado en pacientes pediátricos con bocio por tiroiditis de Hashimoto.

Material y métodos: trabajo prospectivo y descriptivo. Se estudiaron los pacientes menores de 15 años atendidos en el consultorio de endocrinología pediátrica del "Hospital Santa Cruz", con el diagnóstico de bocio, durante el período de tres años. Variables investigadas: Edad, sexo, antecedentes familiares de tiropatías, grado de bocio, hallazgos ecográficos tiroideos, niveles séricos de TSH, T4L, T3, T4 y anti TPO. Pacientes excluidos: Los que no cumplieron el seguimiento clínico -laboratorial.

Resultados: se atendieron 86 pacientes con bocio. Se estudiaron a 67 (19 fueron excluidos). El 91% de los pacientes tenía una edad de 12 a 14 años; el 76% era del sexo femenino y el 87%, eutiroides; se inició la terapia con levotiroxina a los hipotiroideos al 13%. Se diagnosticó tiroiditis de Hashimoto en el 36% de los pacientes (con anticuerpos anti TPO positivos y hallazgos ecográficos típicos de la enfermedad).

Conclusión: la tiroiditis de Hashimoto es una causa frecuente de bocio en pacientes pediátricos; generalmente afecta a púberes, eutiroides y de sexo femenino.

Palabras claves:

Rev Soc Bol Ped 2006; 45 (2): 95-7: bocio, tiroiditis de Hashimoto, hipotiroidismo, levotiroxina.

Introducción

Se denomina bocio al aumento de tamaño de la glándula tiroidea, que da lugar a un abultamiento en la región anterior del cuello, el agrandamiento de los lóbulos laterales de la tiroides debe ser superior al tamaño de la falange distal del dedo pulgar del paciente. La tiroiditis de Hashimoto es la inflamación crónica de la tiroides de origen autoinmunitario¹; cursa con bocio y puede provocar hipotiroidismo

Abstract

Objective: to analyse diagnostic assessment and treatment applied to pediatric patients with goiter of Hashimoto's thyroiditis.

Materials and methods: prospective and descriptive work. There were studied patients under 15 years old which have been seen at the pediatric endocrinology room of "Hospital Santa Cruz", with diagnosis of goiter, during a period of three years. Researched variables: Age, sex, familiar antecedents of thyroidopathy, goiter degree, thyroid ultrasonographic discovery, plasmatic level of TSH, T4L, T3, T4 and anti TPO. Excluded patients: who didn't fulfill lab the clinical and laboratorial follow-up.

Results: 86 patients with goiter were attended. 67 were studied (19 were excluded). The 91% of the patients were 12 to 14 years old; the 76% were female sex and the 87% were euthyroid; it began a therapy with levotiroxin to the hypothyroid patients in 13%. Hashimoto's thyroiditis was diagnosed on the 36% of the patients (with antibody anti TPO positive, as well as typical ultrasonographic discoveries of the disease).

Conclusions: the Hashimoto's thyroiditis is a frequent cause of goiter in pediatric patients; generally affects puberty, euthyroid and female sex.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2006; 45 (2): 95-7: goiter, Hashimoto's thyroiditis, hypothyroidism, levotiroxin.

permanente. Se la considera la causa más frecuente de bocio en adolescentes, sobre todo en áreas no endémicas². En esta enfermedad, el bocio es de crecimiento lento, simétrico, no doloroso y difuso³. La tiroiditis de Hashimoto predomina en el sexo femenino y se encuentra fuerte predisposición familiar⁴. En el 90 a 95 % de los pacientes se detectan anticuerpos anti-tiroperoxidasa (anti-TPO) y los niños generalmente son eutiroides, pero cuando

* Médico pediatra. "Hospital Santa Cruz" – Caja Petrolera de Salud. Santa Cruz de la Sierra - Bolivia

existe un hipotiroidismo, este se desarrolla en forma paulatina. El tratamiento del paciente hipotiroideo consiste en la administración de levotiroxina⁵.

Material y métodos

Se estudiaron en forma prospectiva y descriptiva, a pacientes menores de 15 años que fueron atendidos por el diagnóstico de bocio, en el consultorio de endocrinología pediátrica del “Hospital Santa Cruz” de la Caja Petrolera de Salud; durante el período de tres años, de enero del 2003 a diciembre del 2005.

Las variables investigadas fueron: edad; sexo; antecedentes familiares de tiroidopatías; grado de bocio encontrado que se clasificó en: “bocio 1-a” aquel bocio palpable y pero no visible, “bocio 1-b” aquel bocio visible con el cuello en extensión; “bocio 2” aquel bocio visible con el cuello en posición normal; hallazgos ecográficos tiroideos; niveles séricos de TSH, T4 libre, T3, T4 y anticuerpos anti-TPO.

Fueron excluidos todos los pacientes que no cumplieron el seguimiento clínico o realización de exámenes auxiliares ya descritos anteriormente.

Resultados

Fueron atendidos en el consultorio de endocrinología 86 pacientes menores de 15 años de edad con el diagnóstico de bocio. Se estudiaron a 67 de ellos, 19 fueron excluidos por no cumplir el seguimiento clínico o laboratorio.

El 76% de los pacientes fueron del sexo femenino, cuadro # 1.

Cuadro # 1. Distribución por sexo en los 67 pacientes estudiados con bocio

Sexo	Número de pacientes	Porcentaje
Femenino	51	76
Masculino	16	24

La edad de los pacientes estudiados se detalla en el cuadro # 2 y el 91% de ellos tuvieron una edad comprendida entre los 12 y 14 años.

En el 54% de los casos se detectaron antecedentes familiares positivos para tiroidopatías.

En cuanto al grado de bocio detectado, se encontró que el 63% tuvieron un bocio clasificado como grado 1, cuadro # 3.

Cuadro # 2. Distribución por edades de los 67 pacientes estudiados

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
14 años	22	33
13 años	29	43
12 años	10	15
11 años	1	1
10 años	2	3
9 años	2	3
8 años	0	0
7 años	0	0
6 años	1	1

Cuadro # 3. Grado de bocio encontrado en el estudio

Grado de bocio	Número de pacientes	Porcentaje
Bocio 1 a	42	63
Bocio 1 b	22	33
Bocio 2	3	4a

Al analizar el perfil tiroideo, se encontró que 58 pacientes (87%) fueron eutiroides y se indicó terapia sustitutiva con levotiroxina a 9 pacientes con hipotiroidismo, que representaron el 13% del total de pacientes estudiados, cuadro # 4.

Cuadro # 4. Evaluación de la función tiroidea de los 67 pacientes con bocio

Función tiroidea	Número de pacientes	Porcentaje
Eutiroidismo	58	87
Hipotiroidismo subclínico	4	6
Hipotiroidismo	5	7

Se diagnosticó tiroiditis de Hashimoto a 24 pacientes que representó el 36% del total de niños estudiados con bocio y en todos ellos se encontró anticuerpos anti-TPO positivos y hallazgos ecográficos típicos de la enfermedad caracterizada por parénquima heterogéneo con micronódulos hipoecogénicos, cuadro # 5.

Cuadro # 5. Diagnóstico de los 67 pacientes con bocio

Estudio complementario	Número de pacientes	Porcentaje
Ac anti TPO positivos (tiroiditis de Hashimoto)	24	36
Ac anti TPO negativos	43	64
Ecografía “típica” – Tiroiditis de Hashimoto	24	36

Discusión

La tiroiditis de Hashimoto o tiroiditis crónica autoinmunitaria o tiroiditis linfocítica crónica, es la causa más común de hipotiroidismo en personas que viven en áreas con suficiente aporte de yodo⁶. No se conoce el mecanismo de producción pero se sabe que es una enfermedad autoinmune organo-específica, con un componente genético en la inmunidad humoral y celular⁷, las cuales desempeñan un papel importante en su desarrollo². Los factores precipitantes para la enfermedad son las infecciones, estrés y esteroides sexuales³.

La tiroiditis suele cursar con bocio que se desarrolla en forma gradual; el bocio es moderado en tamaño y firme en consistencia, la superficie es lisa o ligeramente lobulillada y su palpación no es dolorosa.

Las manifestaciones de hipotiroidismo pueden desarrollarse luego de varios años; en raras ocasiones se presentan formas atípicas como bocio asimétrico o con "hashitoxicosis", en la cual coexisten hiperfunción tiroidea e histología de tiroiditis de Hashimoto⁸.

En relación al laboratorio de hormonas tiroideas, los valores de tiroxina libre son normales en la mayoría de los casos. Algunos pacientes pueden presentar hipotiroidismo subclínico con TSH aumentada y T4 libre normal o franco con T4 libre disminuida⁹.

El diagnóstico se confirma por elevación de anticuerpos dirigidos contra diversos componentes de la tiroides normal, casi todos los pacientes presentan elevación de los anticuerpos anti TPO.

La gammagrafía suele ser normal; el ultrasonido no es específico, pero en forma habitual se observa un parénquima heterogéneo con micronódulos hipoecogénicos¹⁰.

La citología tiroidea por aspiración es definitiva para el diagnóstico de la enfermedad, pero sólo debe indicarse si existe un nódulo sospechoso o un crecimiento rápido del bocio⁶; los cambios histopatológicos consisten en infiltración linfocitaria

difusa con formación de centros germinales y fibrosis¹¹.

En la fase de hipotiroidismo, el tratamiento con levotiroxina es indispensable; T3, T4 libre y TSH deben normalizarse y el paciente estar asintomático; con el tiempo, el tratamiento con levotiroxina disminuye el tamaño del bocio⁵.

En el presente trabajo se observó que aproximadamente la tercera parte de los pacientes pediátricos con bocio presentaron tiroiditis de Hashimoto. La enfermedad fue más frecuente en adolescentes del sexo femenino y la mayoría de los pacientes se encontraron eutiroides.

Referencias

1. Somers EC, et al. Autoimmune diseases co-occurring within individuals and within families: a systematic review. *Epidemiology* 2006;17:202-17.
2. Kakourou T, et al. Increased prevalence of chronic autoimmune (Hashimoto's) thyroiditis in children and adolescents with vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:220-3.
3. Brzozowska M, et al. Current views on the etiopathogenesis of goiter in children. *Endocrinol Diabetol* 2006;12:35-43.
4. Aust G, et al. Graves' disease and Hashimoto's thyroiditis in monozygotic twins: case study as well as transcriptomic and immunohistological analysis of thyroid tissues. *Eur J Endocrinol* 2006;154:13-20.
5. Mann K. Subclinical hypothyroidism--what level of TSH is an indication for substitution? *MMW Fortschr Med* 2006;148:26-9.
6. Zak T, et al. Chronic autoimmune thyroid disease in children and adolescents in the years 1999-2004 in Lower Silesia, Poland. *Hormones* 2005;4:45-8.
7. Ban Y, et al. Genetic susceptibility in thyroid autoimmunity. *Pediatr Endocrinol Rev* 2005;3:20-32.
8. Ohye H, et al. Four cases of Graves' disease which developed after painful Hashimoto's thyroiditis. *Intern Med* 2006;45:385-9.
9. Polak M. Hypothyroidism in child. *Rev Prat.* 2005;55:2173-80.
10. Wiesner W, et al. Sonography of the thyroid. *Schweiz Med Prax* 2006;95:575-80.
11. Penna-Martinez M, et al. Isolation of thyroid cells obtained by fine-needle aspiration biopsy. *Thyroid* 2005;15:989-95.