

Carcinoma Papilífero da Tireoide Associado à Tireoidite de Hashimoto: uma Série de Casos

Hashimoto Disease Linked to Thyroid Papillary Carcinoma: a Number of Cases
Carcinoma Papilar Tiroideo Asociado con la Tiroiditis de Hashimoto: una Serie de Casos

Marcos Pedro Guedes Camandaroba¹, Lucas Sampaio Mata², Leonardo Brito de Almeida², Júlia Souto Miranda³, Murilo Pedreira Neves⁴

Resumo

Estudo que teve como objetivo quantificar a coexistência da tireoidite de Hashimoto no carcinoma papilífero da tireoide, correlacionando-a com os dados demográficos, informações clínicas e diagnósticos anatomopatológicos prévios. Realizou-se um estudo de série de 347 casos de pacientes com diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilífero da tireoide no serviço de Anatomia Patológica e Citopatologia do Hospital São Rafael, de janeiro de 2000 a dezembro de 2007. Foram feitas aplicações de formulários aos casos, visando a coletar os dados demográficos e as informações clínicas; os exames anatomopatológicos foram diagnosticados pelos dois patologistas deste estudo. O estudo apresentou uma coexistência de 31,4% de tireoidite de Hashimoto em pacientes com carcinoma papilífero da tireoide. No sexo feminino houve um total de 96 casos (88,1%), o que demonstra maior frequência quando comparado com os casos sem a coexistência. A série de casos apresentada mostrou uma frequência de 31,4% de tireoidite de Hashimoto nos casos de carcinoma papilífero da tireoide, sugerindo uma associação não apenas casual, mas que levanta a possibilidade de uma relação de causa e efeito entre a tireoidite e o desenvolvimento do carcinoma. No entanto, necessita-se de mais estudos, seccionais ou de coorte, para essa comprovação.

Palavras-chave: Glândula Tireoide/Patologia; Tireoidite; Doença de Hashimoto; Carcinoma; Dados Demográficos; Pesquisa Biomédica; Diagnóstico Clínico; Análise Quantitativa

¹Acadêmico de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

³Médica Patologista do Hospital São Rafael, Salvador, Bahia.

⁴Mestre em Medicina, Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Trabalho realizado no Serviço de Anatomia Patológica e Citopatologia do Hospital São Rafael.

Endereço para correspondência: Murilo Pedreira Neves. Av. São Rafael, 2.152 - São Marcos - Salvador (BH), Brasil. E-mail: murilo.neves@hsr.com.br

INTRODUÇÃO

O carcinoma papilífero é a forma mais comum de câncer da tireoide e apresenta o melhor prognóstico dentre as demais neoplasias malignas tireoidianas^{1,2,3}. São mais frequentes na população dos 20 aos 40 anos, ocorrendo numa prevalência duas vezes e meia maior em mulheres do que em homens; em crianças, o carcinoma papilífero corresponde a 90% dos casos de câncer da tireoide^{1,3,4,5,6}.

A incidência de carcinoma papilífero da tireoide vem aumentando em todo o mundo^{7,8}. No Brasil, esses números são proporcionais, ocorrendo 66 novos casos em cada 100.000 habitantes por ano⁹.

Fatores ambientais, em especial a deficiência de iodo, têm importante papel na patogênese desse tumor^{2,9}. Outros fatores, como a radioterapia externa na infância e adolescência, exposição à radiação ionizante, doença tiroideana preexistente e fatores genéticos, entre eles mutação de *RAS*, proteína *ERK* e rearranjos do *RET/PTC* estão associados com o aumento do desenvolvimento do carcinoma papilífero^{1,10}.

A tireoidite de Hashimoto ou tireoidite linfocítica crônica é uma doença autoimune caracterizada por infiltrado linfo-plasmocitário no parênquima tireoidiano, elevação do hormônio tireoide-estimulante, e diminuição dos hormônios tireoidianos (T3 e T4)^{4,5,11,12,13}.

Essa desordem é mais prevalente entre os 45 a 60 anos de idade e é mais comum em mulheres com uma predominância de dez a 20 casos femininos para um masculino; apesar de ser uma doença de "mulheres maduras", é a principal causa de bócio e hipotireoidismo adquirido em crianças e adolescentes em áreas não endêmicas^{5,14}.

A tireoidite de Hashimoto resulta da incapacidade dos linfócitos T supressores em destruir clones de linfócitos sensibilizados por antígenos tireoidianos, com consequente citotoxicidade mediada por células *natural killer* e interação de linfócitos T auxiliares com linfócitos B, produzindo anticorpos contra componentes tireoidianos^{11,12}. Células da tireoide de pacientes com tireoidite de Hashimoto não são individualmente normais, expressam alterações de genes, entre eles: *ET/PTC*, *RAS* e *FAS*; este, implicado como mediador da morte das células apoptóticas, levando à depleção dos folículos, ao hipotireoidismo e ao processo destrutivo^{11,13,14}.

A associação entre a tireoidite de Hashimoto e carcinoma papilífero da tireoide parece intrigante, pois compartilham em diversos aspectos morfológicos, imuno-histoquímicos e biomoleculares^{15,16}.

Os carcinomas papilíferos expressam frequentemente rearranjos genéticos durante a transformação maligna,

exibindo expressão do *RET/PTC* e fusão de proteínas, sendo que, também, podem ser encontrados no tecido da tireoide dos pacientes com a doença inflamatória crônica como a tireoidite de Hashimoto^{2,17,18,19}. A observação da coexistência de infiltração de linfócitos na tireoide com o carcinoma papilífero sugere que antígenos expressados por células do tumor sejam responsáveis por induzir uma resposta imune antitumoral^{4,17,18}. Um fato muito relevante é que em pacientes que foram expostos à radiação atômica, como a que foi observada em *Chernobyl*, desenvolveram não somente *RET/PTC* com carcinoma papilífero, mais também tireoidite de Hashimoto²⁰.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi quantificar a coexistência da tireoidite de Hashimoto no carcinoma papilífero da tireoide, diagnosticado no serviço de Anatomia Patológica e Citopatologia do Hospital São Rafael, correlacionando-os com os dados demográficos, informações clínicas e diagnósticos anatomopatológicos prévios.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo de série de casos, aprovado no Conselho de Ética do Hospital São Rafael (protocolo de nº 128/06), de pacientes com carcinoma papilífero da tireoide, em material histopatológico diagnosticado no Serviço de Anatomia Patológica e Citopatologia do Hospital São Rafael de janeiro de 2000 a dezembro de 2007. Foram selecionados todos os casos com carcinoma papilífero da tireoide com e sem tireoidite de Hashimoto. Os critérios de exclusão foram aqueles com dados perdidos ou incompletos.

O estudo baseou-se na aplicação de um formulário aos casos de carcinoma papilífero da tireoide, visando a coletar os dados demográficos: idade, sexo, data do diagnóstico; informações clínicas, diagnóstico anatomopatológico. Em relação às informações clínicas, foram consideradas como nódulos as lesões menores que 2,0cm e como tumor os casos com diagnóstico de carcinoma papilífero da tireoide e lesões maiores que 2,0cm.

Em uma segunda etapa, as lâminas dos exames anatomopatológicos foram revisadas pelos dois patologistas deste estudo, em microscópio *Nikon Eclipse E-200*.

Os resultados dos formulários aplicados aos casos foram analisados após confecção do banco de dados no *software* SPSS versão 9. Foi procedida à análise descritiva de todas as variáveis, com o estudo do qui-quadrado, tendo como comparação significativa o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

No período de 2000 a 2007, foram realizadas 1.142 tireoidectomias no Centro Cirúrgico do Hospital São Rafael. Destes casos, foram selecionados aqueles com diagnóstico de carcinoma papilífero, perfazendo um total de 347. Foram excluídos três casos de doença metastática para a tireoide. Destes, 238 casos não apresentavam coexistência de carcinoma papilífero da tireoide e tireoidite de Hashimoto (68,6%), enquanto 109 casos apresentavam a referida coexistência (31,4%) Gráfico 1.

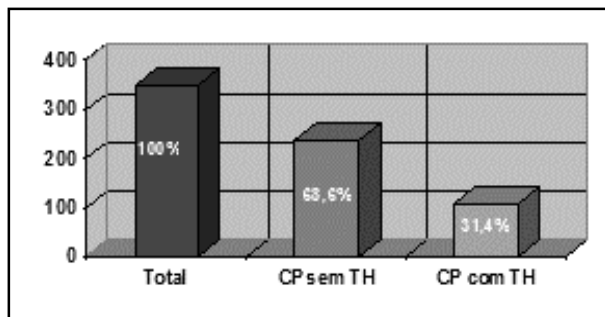


Gráfico 1. Frequência de tireoidite de Hashimoto (TH) no carcinoma papilífero

Total de Pacientes com Carcinoma Papilífero

CP sem TH - Carcinoma Papilífero da Tireoide sem Tireoidite de Hashimoto

CP com TH - Carcinoma Papilífero da Tireoide com Carcinoma Papilífero

Com relação aos dados demográficos presentes nos 347 prontuários de pacientes com carcinoma papilífero da tireoide, 288 (83%) casos eram do sexo feminino e 59 (17%) casos do sexo masculino. Dos casos sem a coexistência do carcinoma papilífero da tireoide e tireoidite de Hashimoto, foram encontrados 192 (80,6%) do sexo feminino e 46 (19,3%) do sexo masculino; e, nos casos com coexistência, foram encontrados 96 (88,1%) do sexo feminino e 13 (11,9%) do sexo masculino (Tabela 1). Mostrando que não há significância estatística ($p=0,21$), através do estudo do qui-quadrado da variável sexo, no carcinoma papilífero com e sem a tireoidite de Hashimoto (Tabela 1).

A média de idade dos casos de carcinoma papilífero foi de 42,5 anos. Nos casos com a coexistência, a média foi de 42,8 anos e nos casos sem a coexistência, a média foi de 41,7 anos. A idade mínima foi de 18 anos e máxima de 77 anos.

Com relação aos dados de informação clínica pré-operatória presentes nos prontuários que caracterizavam os casos de carcinoma papilífero da tireoide, observou-se um total de 220 casos com nódulo; destes, 151 (68,4%) foram encontrados nos casos de carcinoma papilífero sem tireoidite de Hashimoto e 69 (31,3%) nos casos com tireoidite de Hashimoto (Tabela 2). Os casos de bócio adenomatoso corresponderam a um total de 62 dos casos, sendo que 41 (66,1%) foram encontrados nos casos de carcinoma papilífero sem tireoidite de Hashimoto e 21 (33,9%) nos casos com tireoidite de Hashimoto (Tabela 2).

Em relação aos casos já diagnosticados definitivamente como tumor, foi encontrado um total de 41 casos; destes, 31 (75,6%) surgiram nos casos de carcinoma papilífero sem a coexistência da tireoidite de Hashimoto e dez (24,4%) nos casos com a coexistência de tireoidite de Hashimoto (Tabela 2).

Entre os 347 casos de carcinoma papilífero da tireoide, 24 deles não apresentavam registro de informações clínicas, sendo que em 15 (6,3%) não havia a coexistência e em 9 (3,7%) havia a coexistência (Tabela 2). Não houve significado estatístico ($p=0,96$), através do estudo do qui-quadrado das informações clínicas avaliadas no grupo do carcinoma papilífero com e sem a tireoidite de Hashimoto.

DISCUSSÃO

Relatos da primeira coexistência de carcinoma papilífero da tireoide com a tireoidite de Hashimoto remontam desde a década de 1980 com o trabalho de Strauss (1983). Posteriormente, houve novos trabalhos que indicavam a existência de associação como Replinger (2008), Cipolla (2005), e um dos poucos trabalhos brasileiros com o artigo de Roberti (2006)^{4,15,21,22}. O presente estudo mostrou uma

Tabela 1. Distribuição dos casos de carcinoma papilífero em relação ao gênero

Carcinoma papilífero da tireoide					
	Sem tireoidite de Hashimoto		Com tireoidite de Hashimoto		Total
		(%)		(%)	
Sexo masculino	46	19,3	13	11,9	59
Sexo feminino	192	80,6	96	88,1	288
Total	238		109		347

$p=0,22$

Tabela 2. Distribuição dos casos de carcinoma papilífero em relação às informações clínicas

Carcinoma papilífero da tireoide					
	Sem tireoidite de Hashimoto		Com tireoidite de Hashimoto		Total
		(%)		(%)	
Nódulo	151	63,4	69	63,3	220
Bócio Adenomatoso	41	17,2	21	19,3	62
Tumor	31	13,1	10	9,2	41
Sem informações clínicas	15	6,3	9	8,2	24
Total	238		109		347

coexistência de 31,4% de tireoidite de Hashimoto em casos de pacientes com carcinoma papilífero da tireoide (Gráfico 1), confirmando resultados já previamente estabelecidos por outros artigos. A fisiopatologia possível para explicar esses achados inclui: o mecanismo molecular patológico do *RET/PTC* que ainda não foi totalmente desvendado, conquanto o *RET/PTC* resulta de rearranjo cromossômico caracterizado pela fusão do *RET-tirosina quinase* na região 5'-terminal de genes heterogêneos^{2,19}. Esse rearranjo é marcador útil para ativação oncogênica das células folicular tireoidiana^{5,19}. Esse também pode ser encontrado no tecido da tireoide dos pacientes com tireoidite de Hashimoto em 68% das vezes, relatado no estudo Rhoden (2006)^{5,21,23}. O *RET/PTC* leva à expressão de *RP3* no tecido da tireoide fornecendo antígenos e estimulando a quimiotaxia para que os monócitos e os linfócitos infiltrem o tecido, evocando uma forte resposta imunológica^{2,17}. Assim, a expressão de *RP3* no tecido da tireoide dos pacientes com doença neoplásica suporta um modelo de autoimunidade, por meio do qual a imunogenicidade do órgão é uma consequência da transformação oncogênica, tendo por resultado o desenvolvimento da inflamação crônica; além disso, as células da tireoide que expressam *RP3* secretam um número grande de citocinas inflamatórias e induzem a transformação com contorno irregular do núcleo da célula, como também do citoesqueleto^{19,22,23}.

A coexistência observada na nossa série de casos sugere uma relação não apenas casual, mas possivelmente a presença de um processo inflamatório crônico com ativação de genes relacionados à multiplicação celular poderia ser mais um fator para a transformação maligna, como se observam em outros tumores malignos precedidos por inflamação crônica, tais como o câncer gástrico e os tumores de cólon associados às doenças inflamatórias intestinais crônicas.

As diferenças entre as médias de idade encontradas nos casos com e sem a coexistência da tireoidite de

Hashimoto não foram significativas, muito próximo do que foi visto na maioria dos dados da literatura, nos quais variou dos 20 a 50 anos. Pode ter havido mudança no valor real desse dado, pois neste trabalho não foram acrescentados os pacientes menores de 18 anos, tendo em vista que a relação entre o carcinoma papilífero da tireoide e a tireoidite de Hashimoto se mostra totalmente diferente dos casos em adultos e desse modo poderia interferir nas outras variáveis pesquisadas.

Em relação à distribuição demográfica nos casos de carcinoma papilífero da tireoide com e sem tireoidite de Hashimoto, foi observada uma predominância do sexo feminino, o que está de acordo com os dados consultados da literatura. Dos 109 casos observados com a presença da coexistência de carcinoma papilífero e tireoidite de Hashimoto no sexo feminino, houve um total de 96 (88,1%) casos, o que não tem significância estatística $p=0,21$ quando comparados com os casos sem coexistência (238 casos) e, destes, 192 (80,6%) foram do sexo feminino; porém, do ponto de vista clínico, a frequência maior em mulheres pode ser explicada por uma série de fatores; entre eles, os carcinomas da tireoide, as doenças autoimunes (incluído aqui a tireoidite de Hashimoto), que são mais frequentes no sexo feminino, contribuindo para esse aumento de casos na coexistência. E isso, pode-se dever à associação de fatores genéticos, ambientais, e fatores endógenos; entre eles, as flutuações hormonais e a gravidez^{24,25}. Sabe-se que, durante a gravidez, pode ocorrer acúmulo de células fetais na tireoide materna e essas podem estar envolvidas no desencadear do processo autoimune²⁵. Foi também observada uma frequência três vezes maior em mulheres de carcinoma papilífero da tireoide que está compatível com dados da literatura; porém houve sete vezes mais prevalência em mulheres nos casos com a coexistência de tireoidite de Hashimoto. O que reforça a ideia de uma relação entre doença autoimune, inflamatória, e

o desenvolvimento de neoplasia maligna epitelial. Essa inferência não pode ser confirmada, pois ainda não existem dados suficientes para elucidar se há ou não fatores genéticos, ambientais, hormonais e associações ainda não descritos.

Dos dados de informações clínicas obtidos nos prontuários não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,96$), tanto nos casos de nódulo, bócio adenomatoso e tumor quando comparados com indivíduos com tireoidite e sem tireoidite de Hashimoto. Esses dados, no entanto, confirmam um maior número de casos com diagnóstico de nódulo (220 dos 347 casos avaliados), muito parecidos com dados encontrados no meio científico.

A presença de nódulo tireoideo na população geral é um achado bastante comum, principalmente no sexo feminino (aproximadamente seis mulheres para cada homem) e é um fator que aumenta com a idade^{1,2}. Constitui um desafio para o clínico, pois pode representar desde uma alteração totalmente benigna, sem repercussão para o seu portador, até um câncer agressivo e fatal. O diagnóstico precoce é fundamental para o resultado final do tratamento, pois quando descoberto em fase inicial o carcinoma papilífero apresenta elevado índice de cura. Isso leva à necessidade de investigação através da ultrassonografia, punção aspirativa por agulha fina, cintilografia, lobectomia ou tireoidectomia, para que se possam prevenir casos mais graves com complicações a distancia.

Ainda não está claro se a coexistência da tireoidite de Hashimoto denota pior prognóstico da neoplasia tireoidiana e estudos posteriores devem ser realizados, visando a determinar a evolução da doença que, a princípio, poderia ter sido desencadeada pela inflamação crônica da tireoide^{4,15}.

CONCLUSÃO

A série de casos apresentada mostrou uma frequência de 31,4% de tireoidite de Hashimoto nos casos de carcinoma papilífero da tireoide, sugerindo uma associação não apenas casual e que levanta a possibilidade de uma relação de causa e efeito entre a tireoidite de o desenvolvimento do carcinoma. Em relação à associação aos fatores epidemiológicos e informações clínicas, foram observados: maior frequência de casos no sexo feminino; maior número de nódulos na população estudada, no entanto sem significância estatística. Ainda, necessita-se de mais estudos, seccionais ou de coorte, para essa comprovação.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Coeli CM, et al. Incidência e mortalidade por câncer de tireoide no Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2005;4: 503-9.
2. Cotran, RS, Kumar V, Abbas F. O sistema endócrino. In: Robbins SL, Cotran RS, Kumar V, Abbas F. *Patologia: bases patológicas das doenças*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1011-47.
3. Enewold L, Zhu K, Ron E, Marrogi AJ, Stojadinovic A, Peoples GE. Rising thyroid cancer incidence in the united states by demographic and tumor characteristics. 1980-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009 Feb 24.
4. Repplinger D, Bargren A, Zhang YW, Adler JT, Haymart M, Chen H. Is Hashimoto's thyroiditis a risk factor for papillary thyroid cancer? *J Surg Res* 2008 nov;150(1):49-52. Epub 2007 Oct 29.
5. Rosai JMD. Thyroid gland. In: Rosai JMD, Ackerman LV. *Surgical pathology*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2004. v. 1. p.515-94
6. Stein K, Smith T, Kim Y, Mehta CC, Stafford J, Spillers RL, Baker F. The American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. *Cancer Nurs* 2006;29:83-5.
7. He H, Jazdzewski K, Li W, Liyanarachchi S, Nagy R, Calin GA, Liu CG, Franssila K, Suster S, Kloos RT, Croce CM, Chapelle A. The role of microRNA genes in papillary thyroid carcinoma. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2005;27:19075-80.
8. Leboulleux S, Rubino C, Baudin E, Caillou B, Hartl DM, Bidart JM, Travagli JP, Schlumberger M. Prognostic factors for persistent or recurrent disease of papillary thyroid carcinoma with neck lymph node metastases and/or tumor extension beyond the thyroid capsule at initial diagnosis. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:5723-9.
9. Golbert L, Wajner SM, Rocha AP, Maia AL, Gross JL. Carcinoma diferenciado de tireoide: avaliação inicial e acompanhamento. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2005;49: 701-10.
10. Kang DY, Kim KH, Kim JM, Kim SH, Kim JY, Baik HW, ET.al. High prevalence of RET, RAS, and ERK expression in Hashimoto's thyroiditis and in papillary thyroid carcinoma in the Korean population. *Thyroid* 2007 Nov;17(11):1031-8.
11. Harii N, Lewis CJ, Vasko V, McCall K, Benavides-Peralta U, Sun X, Ringel MD, Saji M, Giuliani C, Napolitano G, Goetz DJ, Kohn LD. Thyrocytes express a functional toll-like receptor 3: overexpression can be induced by viral infection and reversed by phenylmethimazole and is associated with Hashimoto's autoimmune thyroiditis. *Mol Endocrinol* 2005;19:1231-50.
12. Szeliga DVM, et al. Tireoidite de Hashimoto na infância e na adolescência, estudo retrospectivo de 43 Casos. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002;46: 150-4.

13. WEI W.Z. Concurrent induction of antitumor immunity and autoimmune thyroiditis in CD4+ CD25+ regulatory T cell-depleted mice. *Cancer Res* 2005;65: 8471-8.
14. Zhang ZL, Lin B, Yu LY, Guo LH. CMV-hFasL transgenic mice prevent from experimental autoimmune thyroiditis. *Chin Med J* 2005;118:1087-92.
15. Cipolla C, Sandonato L, Graceffa G, Fricano S, Torcivia A, Vieni S, Latteri S, Latteri MA. Hashimoto thyroiditis coexistent with papillary thyroid carcinoma. *Am Surg* 2005;71:874-8.
16. Benvenega S. Update on thyroid cancer. *Horm Metab Res* 2008 May;40(5):323-8.
17. Fusco A, Santoro M. 20 years of RET/PTC in thyroid cancer: clinico-pathological correlations. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2007 Jul;51(5):731-5.
18. Del RP, et al. The association between papillary carcinoma and chronic lymphocytic thyroiditis: does it modify the prognosis of cancer?. *Minerva Endocrinol.* 2008 Mar;33(1):1-5.
19. Nikiforov YE. RET/PTC Rearrangement--a link between Hashimoto's thyroiditis and thyroid cancer...or not. *J Clin Endocrinol Metab* 2006 Jun; 91(6):2040-2.
20. Lima J, et.al. BRAF Mutations Are Not a Major Event in Post-Chernobyl Childhood Thyroid Carcinomas. *J Clin Endocrinol Metab* Sep 2004; 89: 4267 -71.
21. Roberti A, Andrade SJ, Denardin OVP, Rapoport A. Concomitance of Hashimoto's thyroiditis and differentiated thyroid cancer. *Revista do Cole'gio Brasileiro de Cirurgio-es* 2006;33(6): 345-9.
22. Strauss M, Laurian N, Antebi E. Coexistent carcinoma of the thyroid gland and Hashimoto's thyroiditis. *Surg Gynecol Obstet* 1983;157(3):228-32.
23. Rhoden K, Unger K, Salvatore G, Yilmaz Y, Vovk V, Chiappetta G, et.al. RET/Papillary Thyroid Cancer Rearrangement in Nonneoplastic Thyrocytes: Follicular Cells of Hashimoto's Thyroiditis Share Low-Level Recombination Events with a Subset of Papillary Carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* Jun 2006; 91: 2414 - 23.
24. Steiner M. Women's mental health: what don't we know?. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005;27(Supl II):S41-2.
25. Miguel M. Tireoidites Auto-imunes. *Acta Med Port* 2006;19: 387-94.

Abstract

This study had the objective of quantify the coexistence of Hashimoto's thyroiditis and papillary carcinoma thyroid, correlating with demographic data, and previous clinical presentation and pathological anatomy diagnosis. A case series study of 347 reports patients with thyroid papillary carcinoma diagnosed at Pathology Anatomy and Cytopathology department at São Rafael Hospital from January 2000 to December 2007. Forms were filled on the cases in order to collect demographic and clinical data. The pathological anatomy examinations were diagnosed by both pathologists of the present study. The present study showed a coexistence of 31.4% of Hashimoto's thyroiditis in reports of patients with papillary thyroid carcinoma. In females, there was a total of 96 (88.1%) cases with coexistence, which shows higher prevalence when compared with cases without coexistence. The case series studied presented a frequency of 31.4% of Hashimoto's thyroiditis in cases with papillary thyroid carcinoma suggesting an association not just coincidental and that raises the possibility of a relation of cause and effect between the thyroiditis of the development of carcinoma. But further cross sectional or cohort studies are necessary to confirm this information.

Key words: Thyroid Gland/Pathology; Thyroiditis; Hashimoto Disease; Carcinoma; Demographic Data; Biomedical Research; Diagnosis, Clinical; Quantitative Analysis

Resumen

El objetivo del estudio fue cuantificar la coexistencia de la tiroiditis de Hashimoto en el carcinoma papilar de tiroides, en correlación con los datos demográficos, informaciones clínicas y diagnósticos anatomopatológicos previos. Se llevó a cabo un estudio de serie de 347 casos de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar de tiroides, en el servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital San Rafael, de enero de 2000 a diciembre de 2007. Se hicieron aplicaciones de formularios para los casos, para recoger los datos demográficos e informaciones clínicas, los exámenes anatomopatológicos fueron diagnosticados por los dos patólogos de este estudio. El estudio presentó una coexistencia de 31,4% de tiroiditis de Hashimoto en pacientes con carcinoma papilar de tiroides. Para el sexo femenino se obtuvo un total de 96 casos (88,1%), lo que demuestra una mayor frecuencia en comparación con los casos sin coexistencia. La serie de casos presentada manifestó una frecuencia de 31,4% de tiroiditis de Hashimoto en los casos de carcinoma papilar de tiroides, lo que sugiere una asociación no sólo ocasional, sino que plantea la posibilidad de una relación de causa y efecto entre la tiroiditis y el desarrollo del carcinoma. Sin embargo, hacen falta más estudios, de sección o de cohorte, para esta comprobación.

Palabras clave: Glándula Tiróides/Patología; Tiroiditis; Enfermedad de Hashimoto; Carcinoma; Datos Demográficos; Investigación Biomédica; Diagnóstico Clínico; Análisis Cuantitativo