



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**CARRERA DE RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA**

**TÍTULO:**

**“CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDE , PRESENTACION DE UN CASO”**

**AUTOR:**

**TOALA PALADINES MILENA VALERIA**

**TUTOR:**

**LCDA. KARINA MORENO MEJÍA**

**Manta - Ecuador**

**Marzo - 2017**

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, TOALA PALADINES MILENA VALERIA , portador de la cedula No. 131649364-0 declaro que los resultados obtenidos en la presente investigación que presente como informe final, previo a la obtención del título de “Licenciado en radiología e imagenología” son originales y legítimos”.

Declaro que el contenido, propuesta y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de la investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi exclusiva responsabilidad legal y académica.

Toala Paladines Milena Valeria

CI: 131649364-0

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Análisis de Caso Clínico sobre: “**CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDE, PRESENTACION DE UN CASO** ” presentado por Toala Paladines Milena Valeria , de licenciatura en ciencias de la salud, Mención Radiología e Imagenología considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias médicas.

Manta, marzo del 2017

**TUTOR**

.....

Lcda. Karina Otita Moreno Mejía

C.I. 1308978533

## **APROBACION DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del tribunal examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema **“CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDE, PRESENTACION DE UN CASO”** de **TOALA PALADINES MILENA VALERIA**, para la licenciatura en Ciencias de la Salud, mención Radiología e Imagenología.

### **MIEMBROS DEL TRIBUNAL**

---

LCDO. SANTOS BRAVO LOOR

**Presidente del tribunal**

---

DRA. LILIAN ESCARIZ

**1° vocal**

---

DR. MICHELL CARDENAS

**2° vocal**

---

DR. YOVANNY PEREZ

**Suplente**

Manta – Ecuador

Marzo, 2017

# **CALIFICACIÓN TRABAJO DE GRADUACIÓN**

Calificación Trabajo Escrito

---

Calificación Sustentación de Estudio de caso

---

Nota Final de Trabajo de Graduación

---

**Manta - Ecuador**

**Marzo - 2017**

## **DEDICATORIA**

Con cariño dedico :

Mis padres.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento.

Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Es por cada uno de ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.

## **RESUMEN**

La región anterior del cuello es una zona anatómica con frecuente afectación patológica en la población general, la cual habitualmente manifiesta crecimiento nodulares o abultamiento en esta región, así como disfagia y disfonía .Por la localización de esta área anatómica, el ultrasonido.se ha convertido en el método diagnóstico de elección por su fácil accesibilidad, inocuidad y su utilidad para identificar lesiones de poco milímetros; lo que ha permitido que se descubran ciertos patrones morfológicos que son factores de riesgo de malignidad.

La presente investigación se enfocó en un caso clínico de una paciente femenina de 35 años de edad la cual presentó un abultamiento en la glándula tiroidea.

### **Palabras clave:**

Carcinoma de tiroide , ultrasonido , nódulo solitario

## **ABSTRACT**

The anterior region of the neck is an anatomic zone with frequent pathological involvement in the general population, which usually manifests nodular or bulging growth in this region, as well as dysphagia and dysphonia. Due to the location of this anatomical area, ultrasonido.se has become the Diagnostic method of choice for its easy accessibility, safety and its usefulness to identify lesions of a few millimeters; Which has allowed the discovery of certain morphological patterns that are risk factors for malignancy.

The present investigation focused on a clinical case of a female patient of 35 years of age who presented a bulge in the thyroid gland.

# Tabla de contenido

TRIBUNAL DE GRADUACION

CERTIFICACION

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

<b>Justificación</b> .....	1
<b>Definición del Caso</b> .....	3
2.1.1 Presentación del caso .....	4
2.1.2 Ámbitos de estudio .....	5
2.1.3 Actores implicados .....	5
2.1.4 Identificación del problema .....	6
<b>Metodología</b> .....	6
2.2.1. Listas de preguntas .....	6
2.2.2. Fuentes de información .....	6
2.2.3. Técnicas para la recolección de información .....	6
<b>Diagnóstico</b> .....	7
<b>Propuesta de Intervención</b> .....	8
3.1 Denominación de la propuesta .....	9
3.2 Objetivos de la propuesta .....	13
3.3 Fundamentación de la propuesta .....	13
<b>Bibliografía</b> .....	14
<b>Anexos</b> .....	16

## **INDICE DE ANEXO**

**Anexo 1:** Formulario de asistencia Medica.

**Anexo 2:** Informe patológico.

**Anexo 3:** Exámenes de Laboratorio.

**Anexo 4:** Estudios Ecográficos.

**Anexo 5:** informe Ecográfico.

**Anexo 6:** Encuestas.

# CAPÍTULO I

## 1. Justificación

El diagnóstico oportuno de las enfermedades de la tiroides tiene gran importancia en la clínica moderna, ya que la mayor parte de estas son susceptibles a manejo sea médico o quirúrgico.

El ultrasonido es la técnica de imagen más comúnmente utilizada para la evaluación de los nódulos tiroideos, actualmente se utilizan transductores de alta frecuencia (7-13hrz) con los que se pueden detectar nódulos solidos de hasta 3 mm y nódulos quísticos hasta 2mm de diámetro. Además de detectar los nódulos, el ultrasonido puede estimar el tamaño y la composición del mismo. Otra de las principales razones por las que el ultrasonido ha ganado popularidad se debe a que este examen no requiere previa preparación del paciente , no utiliza radiación y es relativamente fácil y rápido en personas de cualquier edad (ignacio, 2008)

Su incidencia se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas, en esta última se presentan nuevos desafíos en relación a el manejo y seguimiento de pacientes diagnosticados con esta enfermedad así también como las recurrencias. Como es común en todos los cánceres, se puede presentar una recurrencia incluso después de una terapia inicial satisfactoria, en el CDT se puedes presentar incluso tras años sin que reaparezca la enfermedad, por esto esta razón requieren de seguimientos prolongados una vez realizado la tiroidectomía total ,se define como recurrencia temprana de CDT a aquel paciente con tejido tumoral residual después, que hay recibido algún tratamiento establecido de acuerdo a la sintomatología clínica cómo terapia hormonal supresiva , ablación con yodo 131 , radiación (Elvia, 2015)

Aunque el Cáncer de Tiroides no representa más allá del 2% de los procesos malignos de toda la economía humana, constituye el 90% de cánceres del sistema endócrino y causa únicamente un 0.2% de las muertes por cáncer.

Su relación por sexos es de 6:1 a favor del género femenino.

Desde el punto de vista práctico, se han otorgado los mismos criterios para el diagnóstico de Neoplasias Tiroideas tanto en niños como en adultos, no teniendo una especificidad respecto a cada variable que delimite un diagnóstico exclusivo. Si bien la incidencia mundial de estos tumores. (Ignacio, 2008)

La detección de los nódulos no palpables se ha incrementado dramáticamente debido a la utilización del ultrasonido. Los estudios con ultrasonido han revelado que la prevalencia de los nódulos tiroideos en la población general está entre 19% y 46%. (Ignacio, 2008).

Los nódulos son tan frecuentes, con una prevalencia de nódulos tiroideos palpables en adultos americanos estimada en un 4-7% (9 millones de adultos en los EE.UU), con un ritmo de nueva aparición de 10,08% anual, de los que la mitad son nódulos solitarios. Aparecen nuevos nódulos a un ritmo de 0,1% al año, multiplicándose por 20 en casos de irradiación de cabeza, cuello o tórax.

Sin embargo, la verdadera prevalencia de nódulos tiroideos se ha demostrado muy superior. Cuando se consideran los datos de ultrasonografía o necropsia, las cifras son 10 veces superiores, con estudios en series de autopsias que revelan que el 50% de los adultos presentan dichos nódulos, si bien la mayoría de ellos son impalpables.

La mayoría de los nódulos tiroideos son benignos y el cáncer de tiroides es proporcionalmente raro, aunque constituye el cáncer endocrinológico más frecuente, con una incidencia de cerca de 4 casos/100.000 individuos/año, constituyendo sólo el 1% de todos los procesos malignos y el 0,5% de las muertes relacionadas con cáncer con predominio en el sexo femenino en relación 5-6:1, y con una proporción prácticamente constante tanto en estudios americanos como europeos. La incidencia en mujeres (5,5 x 100 000) que duplica la del masculino (2,4 x 100 000). Los nódulos tiroideos tienen una incidencia que aumenta con la edad. (Peralta, José Somocurcio, 2010)

Dentro de las características que sugieren malignidad de un nódulo están: hipocógenicidad, ausencia del halo, ausente o incompleto, márgenes irregulares, vascularidad intranodular, microcalcificaciones y afectación ganglionar cervical.

## CAPÍTULO II

### 2. Informe del caso

#### 2.1. Definición del caso

##### 2.1.1 Presentación del caso

Paciente femenina de 35 años de edad raza mestiza, presenta diabetes gestacional a las 30 semanas de embarazo por lo cual acude al endocrinólogo para realizar respectivo control, presenta valores de glucosa superiores a 120 mg/dl, se trata con dieta y actividad física respondiendo favorablemente manteniendo los niveles normales, no requiere uso de insulina.

En la siguiente consulta con el endocrinólogo presentado 32 semanas de gestación por prevención, se procede a realizar examen físico: palpación de cuello notando la presencia de un nódulo por lo cual se emite una orden de ultrasonido de cuello para realizarse el 15 de octubre del 2016 teniendo 2 semana de haberse realizado la cesárea.

El Ultrasonido determinó lo siguiente:

- Lóbulo tiroideo tópicos de morfología y contornos regulares.
- Parénquima con textura y ecogenicidad conservada.
- Lesión nodular sólida, hipoeocica de contornos y bordes parcialmente definidos, ovoidea, conteniendo micro calcificaciones, mide 4,7 x 5,7 x 5,4 mm, al Doppler no hay señal vascular en el interior.
- Un pequeño nódulo quístico en el lóbulo derecho y otro en el izquierdo miden 1,2 mm y 1,6 mm.
- Estructuras vasculares cervicales conservadas.
- No hay evidencia de nódulos en topografía de la paratiroides

Como conclusión se determina Nódulo tiroideo en itsmo sospechoso y nódulos quísticos coloides pequeños en ambos lóbulos.

Una vez revisadas las imágenes y el informe de la ecografía el Endocrinólogo solicita orden de punción, la cual se realiza el 20 de octubre del 2016 siendo el resultado de la PAAF el siguiente:

**Examen Microscópico:** La frotis muestra Material hemático y células foliculares atípicas, caracterizadas por núcleos con hendiduras nucleares y algunas con pseudoinclusiones, dispuestas confirmando grupos.

Siendo el diagnóstico definitivo: POSITIVO PARA CÉLULAS NEOPLASICAS MALIGNAS / CARCINOMA PAPILAR

Se realizó el respectivo traspaso del caso de la paciente al hospital oncológico “Julio Villacres Colmont” Solca Manabí. Una vez realizados los respectivos exámenes y citas médicas se programa cirugía de TIROIDECTOMIA TOTAL + LINFADENECTOMIA CENTRAL para el 8 de diciembre del 2016.

Paciente con buena evolución luego de cirugía, se procede a quitar dren a los 8 días y los puntos de sutura a los 12 días, sin novedades.

El 28 de diciembre del 2016 se recibe el respectivo resultado de la biopsia realizada a la Tiroides y a los ganglios, los cuales son:

**Examen Macroscópico:** Se recibe glándula tiroidea total. Lóbulo derecho que mide 5 x 2,7 x 1 cm color café, al corte homogéneo parduzco. Lóbulo izquierdo de 4 x 2x 1 cm café, al corte presenta en polo superior pequeña nodulación de 2mm. Istmo de 1cm con área nodular blanquecina de 0,8 cm. Se procesan cortes.

Tejido adiposo del que se aíslan 4 posibles ganglios que miden 0,2 y 0,3 cm. Se procesan.

## **Diagnostico Patológico**

### **Glándula tiroides:**

\* Lóbulo izquierdo con carcinoma papilar (mide 0,8 cm). Capsula libre de lesión.

\* Itsmo con carcinoma papilar (mide 0,2 cm). Capsula libre de lesión.

\* Lóbulo derecho de histología conservada

### **Disección ganglionar:**

\* Ganglio linfático (2) de histología conservada.

A la fecha paciente en espera de programar tratamiento con Yodo radioactivo.

### **2.1.2 Ámbitos de Estudio**

De acuerdo a la información obtenida a través del diagnóstico realizado, los ámbitos a intervenir en el presente estudio de caso son:

- Antecedentes familiares.
- Proceso emocional por las cuales pasa el paciente.
- Ayuda psicológica por parte de un profesional.
- Apoyo emocional de los familiares.
- Buena comunicación con el médico tratante.
- 

### **2.1.3 Actores implicados.**

Los actores implicados que se encuentran dentro de este caso clínico son:

- Paciente.
- Médico especialista: Endocrinólogo
- Médico especialista en Patología.
- Licenciado del Departamento de Imagenología.

## **2.1.4 Identificación del Problema**

Los procesos para la identificación del problema son:

- Control del médico tratante.
- Palpación de masa
- Estudios imagenológicos
- Biopsia

## **2.2 Metodología**

### **2.2.1 Lista de Preguntas.**

De acuerdo con la información adquirida del paciente se plantean las siguientes interrogantes:

¿Es la ecografía la técnica de elección ante la sospecha de nódulos tiroideos?

¿Por qué es importante conocer la sintomatología que puede presentarse en este tipo de patología?

¿Aumenta la radiación externa en el cuello la incidencia de carcinoma papilar de la tiroides?

¿Que tratamientos que se pueden emplear luego de ser diagnosticado el cáncer de tiroide?

### **2.2.2 Fuentes de Información.**

- Información brindada por parte del paciente y médico tratante.
- Recopilación de información científica media páginas web

### **2.2.3 Técnicas para la recolección de la información**

Para el desarrollo del presente estudio de caso se utilizó como técnicas para la recopilación de información

- Encuesta y entrevista a la paciente.

## 2.3. DIAGNÓSTICO

El problema del nódulo tiroideo. El diagnóstico del cáncer de tiroides sólo puede establecerse con certeza mediante el estudio anatomopatológico. Los datos clínicos que pueden orientarlo difieren según el tipo anatomoclínico de la neoplasia y el grado de diseminación local y a distancia. (Leonardo, 2012)

La forma de presentación clínica más habitual de las neoplasias tiroideas consiste en la aparición de un nódulo cervical anterior. Esta forma de presentación ocurre hasta en el 75% de los casos, aunque sólo el 10-15% de los nódulos tiroideos únicos sin antecedentes de irradiación y el 20-25% de los que han sido irradiados son malignos.

Por otra parte, nódulos tiroideos palpables pueden hallarse hasta en el 4-9% de la población adulta normal, y mediante estudios ecográficos se han identificado en casi el 50% de los individuos mayores de 50 años.

Todos estos hechos confieren especial importancia al problema del nódulo tiroideo, que siempre plantea la duda diagnóstica en cuanto a su posible malignidad.

Existe una serie de datos de la historia clínica y de la exploración física que resultan orientativos de malignidad, ante un nódulo tiroideo. (Leonardo, 2012)

La ecografía tiroidea, el método morfológico más sensible para el estudio de la glándula, no es en absoluto específica para diagnosticar benignidad o malignidad. Mediante su práctica se pueden diferenciar las lesiones quísticas de las sólidas, pero la valoración de los quistes tiroideos debe hacerse con reservas, ya que el 1-7% de ellos son malignos. La ecografía es útil también para diagnosticar la existencia de un bocio multinodular en el que la frecuencia de malignidad es menor que en los nódulos únicos.

## **CAPÍTULO III**

### **3. Propuesta de intervención.**

#### **3.1. Denominación de la propuesta**

La propuesta de intervención se desarrolla con la finalidad de ayudar a la detección temprana del carcinoma papilar de tiroides.

Se lo puede hacer, realizando capacitaciones educativas en los centros de salud y hospitales poniendo en consideración a la Imagenología como método de diagnóstico y prevención para mejorar la calidad de vida de las personas con probabilidad o riesgo de sufrir alguna alteración de la glándula tiroides. Tomando en cuenta que una vez diagnosticado algún proceso de malignidad se pueda someter al paciente a un tratamiento adecuado.

#### **TEMAS A TRATAR:**

- Definición de la glándula tiroides y sus funciones
- Definición del cáncer de tiroides y su clasificación
- Factores de riesgo(causa)
- Signos y síntomas
- Detección y diagnóstico
- Prevención
- Tratamiento

#### **1. DEFINICIÓN DE GLANDULA TIROIDE Y SUS FUNCIONES**

La glándula tiroides es una glándula hormonal en forma de mariposa localizada debajo de la laringe (caja vocal). Consiste de 2 lóbulos (izquierdo y derecho) que se envuelven alrededor de la tráquea. Como parte del sistema endócrino del cuerpo, la glándula tiroide funciona produciendo hormonas que regulan el crecimiento y metabolismo del cuerpo. [4](#) Las hormonas son mensajeros químicos producidos por las glándulas endócrinas que viajan a través del torrente sanguíneo hacia los órganos y tejidos. Afectan a casi todas las células en

el cuerpo y regulan numerosos procesos corporales como el crecimiento, metabolismo, reproducción, humor y más.

## **2. DEFINICION CANCER DE TIROIDE**

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Las células de casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo el cáncer de tiroides se origina en dicha glándula..

- Tipos de tumores tiroideos

Los tipos principales de cáncer de tiroides son:

- Diferenciados (incluyendo papilar, folicular y célula Hrtle)
- Medular
- Anaplásico (un agresivo tumor indiferenciado)

## **3. FACTORES DE RIESGO**

Mientras que ciertos tipos de cáncer a la tiroides han sido ligados con varias condiciones hereditarias, como las descritas a continuación, aún se desconoce la causa directa de la mayoría de los cánceres a la tiroides. La siguiente es una lista de algunos de los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de cáncer a la tiroides:

- Género y edad
- Bajo consumo de yodo
- Radiación
- Predisposición genética

**-Género y edad**

A pesar de que actualmente las razones no son claras, las mujeres son tres veces más propensas que los hombres a desarrollar cáncer a la tiroides. El cáncer a la tiroides puede ocurrir a cualquier edad, pero las mujeres tienden a desarrollarlo a edades más tempranas.

### **-Bajo consumo de yodo**

El yodo es un elemento requerido por el cuerpo para sintetizar hormonas de la tiroides importantes. La mayoría de las personas consumen cantidades suficientes de todo por el uso de sal yodada y otras comidas. Estudios indican que una ingesta inadecuada de yodo podría conducir a condiciones que promuevan el crecimiento de tumores en la tiroides. Entre tales condiciones se incluyen: un incremento de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), incremento de la proliferación de células de la tiroides, incremento en la angiogénesis (formación de vasos sanguíneos) y más.

### **-Radiación**

La glándula tiroides es unos órganos más sensibles a la radiación, especialmente en niños. La exposición a la radiación en edades tempranas, especialmente en la cabeza y cuello, incrementa el riesgo a desarrollar cáncer a la tiroides. Entre las fuentes médicas de exposición a radiación se incluyen: rayos-x, radioterapia, escaneo de tomografía computarizada (CT) y más.

### **-Predisposición genética**

Se cree que no muchos de los casos de cáncer a la tiroides se deban a susceptibilidades hereditarias. Sin embargo, ciertos tipos de cáncer a la tiroides están vinculados con condiciones médicas heredadas.

## **4. SIGNOS Y SINTOMAS**

Los cánceres de tiroides se tratan mejor en etapas tempranas, por lo que es importante que la persona acuda a un médico en caso de presentar estos síntomas. Sin embargo, a pesar de que los siguientes síntomas están asociados con el cáncer de tiroides, también pueden deberse a otra condiciones:

- Presencia de un abultamiento en el cuello
- Inflamación en el cuello
- Dolor en la parte frontal del cuello
- Ronquera persistente o cambios de voz

- Dificultades para tragar
- Tos persistente que no se debe a un resfriado.

## **5. DETECCION Y DIAGNOSTICO**

Si existe la sospecha de que una persona pueda tener cáncer de tiroides es necesario acudir con un oncólogo o endocrinólogo (un doctor especializado en el tratamiento de desórdenes endócrinos). El doctor revisará el historial familiar del paciente y con base en ello podrá solicitar exámenes adicionales. A continuación se listan algunos de los exámenes que podrían ser requeridos.<sup>1</sup>

### **-Exámenes Físicos**

Durante los exámenes físicos, el doctor deberá palpar al paciente en busca de abultamientos e indicadores de la presencia de cáncer de tiroides. Además, sentirán el tamaño y firmeza de la tiroides, así como también, la presencia de algún nudo linfático alargado en el cuello.

### **-Ultrasonido**

Un ultrasonido utiliza ondas de sonido para determinar si los nódulos de la tiroides son sólidos o están llenos de líquido. Es menos probable que los nódulos de la tiroides que están llenos de líquido sean cancerosos. Estos escáneres también pueden ayudar a determinar el número y tamaño de nódulos.

### **- Pruebas de Laboratorio**

A pesar de que los exámenes de sangre no pueden determinar si un nódulo linfático es canceroso o no, pueden proveer valiosa información referente a la función de la glándula tiroides y ayudar a determinar que tipo de imagenología utilizar. Estos exámenes de sangre pueden medir los niveles de: hormona estimulante de la tiroides (TSH), hormonas tiroideas T3 y T4, tiroglobulina, calcitonina, y antígeno carcinoembriónico (CEA)

## 6. PREVENCIÓN

A pesar de que aún se desconoce la causa directa para el desarrollo de cáncer de tiroides, ciertos factores pueden incrementar el riesgo de una persona a desarrollar cáncer de tiroides. Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a reducir estos riesgos.

- Evitar la exposición a radiación durante la infancia, a menos que esto sea absolutamente necesario.
- Remover la glándula tiroides en niños que han sido examinados y su resultado ha sido positivo para la mutación del gen asociado con el cáncer medular de tiroides familiar (FMTC).

## 7. TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento para el cáncer de tiroides dependen de la ubicación del tumor, el grado en que éste está afectando las funciones de la tiroides, y el historial familiar del paciente.

La mayoría de los cánceres son tratados con la extirpación de la glándula tiroides (una tiroidectomía), aunque los tumores pequeños que no se han propagado fuera de la glándula tiroides podrían ser tratados al remover solo el lado de la tiroides que contiene el tumor (lobectomía). Si los ganglios linfáticos están agrandados o muestran signos de propagación del cáncer, también serán extirpados.

El tratamiento después de la cirugía depende de la etapa del cáncer.

El yodo radiactivo se usa algunas veces después de la tiroidectomía para cánceres en etapa inicial (T1 o T2, N0, M0), aunque la tasa de curación con cirugía sola es excelente. Si el cáncer regresa, se puede seguir ofreciendo el tratamiento con yodo radiactivo.

A menudo la terapia RAI se emplea para los cánceres más avanzados, como los tumores T3 o T4, o cánceres que se han propagado a los ganglios linfáticos o a lugares distantes. El objetivo es destruir cualquier tejido de la tiroides remanente e intentar tratar cualquier cáncer remanente en el cuerpo.

Puede que sea necesario tratar las áreas de metástasis a distancia que no responden a la terapia RAI con radiación externa, terapia dirigida o quimioterapia.

Las personas que se han sometido a una tiroidectomía necesitarán tomar pastillas de hormona tiroidea (levotiroxina) diariamente. Si se planea administrar la terapia RAI, se debe retrasar el comienzo de la terapia con hormona tiroidea hasta que el tratamiento es completado (usualmente 6 semanas después de la cirugía)

### 3.2 Objetivos de la Propuesta.

#### General

- Informar al colectivo social sobre la importancia de la glándula tiroides y los problemas que se pueden presentar en ella.

#### Específico

- Dar a conocer los métodos para el diagnóstico del carcinoma papilar de tiroides
- Fomentar la autoevaluación sobre esta patología.
- Identificar el tratamiento a seguir según el proceso patológico que se encuentre en el paciente estudiado

### 3.3 Fundamentación de la propuesta.

El objetivo de la propuesta se debe a la carencia de información sobre los diferentes tipos de neoplasias que se encuentran en los paciente, principalmente en aquellos con carcinoma papilar de tiroides, por eso es de vital importancia dar a conocer mediante charlas educativas tanto para el personal de salud como para los pacientes que día a día acuden por consultas a los distintos unidades médicas.

### 3.4 Actividades y tareas.

Objetivo específico	Actividad vinculada	Tareas a desarrollar
Actividad vinculada con el desarrollo de informar a la comunidad sobre esta patología, el método de diagnóstico y tratamiento a seguir.	Charlas educativas sobre los diversos tipos de cáncer de tiroides las causas y las distintas formas de prevenir esta patología que serán dirigidas por parte del personal médico.	Taller de comprensión, dirigido a los asistentes basado en preguntas sobre el tema expuesto.

#### 4. BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. “Neoplasias Malignas de Tiroides”. 2009.
2. -ARROYO F, “Avances en el manejo del nódulo y cáncer tiroideo- Información para el desarrollo de la salud en América”. 2005
3. -ENRIQUEZ P. Bernardo, “Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Diferenciado de Tiroides”. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. 2010
4. ORTEGA, Romel, MORALES Luis, GARRIDO Hernán. “Normas de Diagnóstico y Manejo de Tumores Malignos”. 1era edición. Loja. 2001
5. FARRERAS-ROZMAN. (1996). Medicina Interna (Décimo tercera edición ed.). Editorial Harcourt Brace.
6. Lai SY, Mandel SJ, Weber RS. Management of thyroid neoplasms. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al, eds. *Cummings Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 123.
7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: thyroid carcinoma. Updated 2016. [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/thyroid.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/thyroid.pdf). Accessed March 17, 2016.
8. Schneider DF, Mazeh H, Lubner SJ, et al. Cancer of the endocrine system. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 71.
9. SPITALES LS, “Sensibilidad y Especificidad del PAAF de Tiroides”. Córdoba Argentina.

10. PEDROSA C, "Diagnóstico por imagen". 3ra Ed.
11. ROBBINS Y COTRAN, "Patología Estructural y Funcional". 7ma Ed.
12. Mazzaferri EL, Kloos RT .Current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 2001 86 ( 4 ) 1447-1463.
13. AACE MEDICAL/SURGICAL guidelines for clinical practice: Management of Thyroid carcinoma. Endocrine Practice
- 14.- Lope V, Pollán M. Epidemiología del cáncer diferenciado de tiroides. Monográfico Cáncer diferenciado de tiroides: actualizaciones y controversias. Endocrinol Nutr 2005;52
15. GUYTON M, "Tratado de Fisiología Médica", 9na Ed. Editorial Interamericana. 1998.

## 5. ANEXOS



### FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

Estimado Cliente:  
PARA ACILITAR SU PROCESO DE REEMBOLSO LE PEDIMOS POR FAVOR REVISAR QUE TODO EL FORMULARIO ESTE DEBIDAMENTE LLENADO POR PARTE DE SU MEDICO TRATANTE, ASI COMO QUE ADJUNTA TODOS LOS SOPORTES NECESARIOS, QUE ESTOS SON ORIGINALES Y CUMPLEN LOS REQUISITOS DE LEY.

**DATOS DEL RECLAMANTE**

1. NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR Frank Paladines Daniela

2. NOMBRE DEL BENEFICIARIO Frank Paladines Daniela

3. NOMBRE DE LA EMPRESA O N° DE CONTRATO \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

4. NOMBRE DEL PACIENTE: Frank Paladines Daniela SEXO M ( ) F (X)

5. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DÍA 13 MES Oct AÑO 1981

6. LA CONDICION ACTUAL DE PACIENTE SE DEBE A:  
 ENFERMEDAD  EMBARAZO  ACCIDENTE

7. MOTIVO DE CONSULTA Nódulo tiroideo.

8. SINTOMAS MÁS RELEVANTES Paciente con nódulo en cuello que noto crecimiento durante último embarazo, vino en evaluación ecográfica

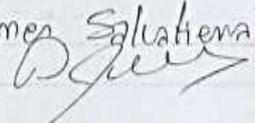
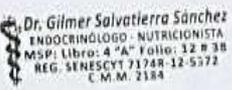
9. FECHA DE INICIO DE SINTOMAS DÍA 24 MES 08 AÑO 2016  
PARA ENFERMEDAD EL INICIO DE LOS SINTOMAS, ACCIDENTE DE LA FECHA DE LA LESION, EMBARAZO FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION

10. ¿SE HA HECHO TRATAR EL PACIENTE ANTES POR ESTA CONDICIÓN? SI ( ) NO ( )  
 EN CASO AFIRMATIVO, CUANDO? DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

11. ANTECEDENTES CLÍNICOS/ QUIRÚRGICOS PERSONALES Y HALLAZGOS IMPORTANTES:  
 \_\_\_\_\_

12. CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESION  
 1. Bocio multinodular no tóxico. E01.2.  
 OTROS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION ARRIBA DETALLADA HA SIDO REVISADA POR MI PERSONA Y SE ENCUENTRA RESPALDADA EN LA HISTORIA CLINICA DEL CLIENTE, ASI COMO EN LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO E IMAGEN.

13. NOMBRE DEL MÉDICO Gilmer Salvatierra  
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO    
 FECHA 19-Oct/16.

14. NUMERO TOTAL DE FACTURAS \_\_\_\_\_ VALOR TOTAL PRESENTADO \_\_\_\_\_

19-Oct/16 FIRMA DEL AFILIADO \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE \_\_\_\_\_



Realiza el cobro de tu factura en línea

Actualiza tus datos o consulta el estado de tu caso en [www.saludsa.com](http://www.saludsa.com) en la opción "Consulta pago y cobros" así como los cobros pendientes en línea y solicitar el día hábil.

Desde cualquier computadora con acceso a Internet con conexión a Internet SA y cualquier dispositivo para acceder a su información personal.

[www.saludsa.com](http://www.saludsa.com)



Anexo 1: Formulario de asistencia medica



Anexo 2: Informe patológico

**LABMANTA S.A.**  
 LABORATORIO - Calle 18 y Av. 24  
 + Teléfono: 2625111 - 2626254 - 2626130  
 BUENA VISTA: C.C. Torre de Torres Av. 4 de Septiembre y 2 15  
 + Teléfono: 3927250  
 Ciudad: Guayaquil - Dr. Jorge Sanguin Román

**LABMANTA**

**PACIENTE:** FRANK PALADINES, DANIELA MARÍA  
**MEDICO:** Dr. Salvatierra Sanchez Gilmer Javier

**Figura: 1 de 2**

Estados en PDF, verlos en pantalla completa o por internet en nuestro sitio web: www.labmanta.com.ec

123399	LABMANTA	SP/22	INVESTIGACION	18 años	Femenina
<b>BIOQUIMICOS</b>					
Glucosa Sérica	98	mg/dl	75 - 99	Para Interpretar: Diabetes: $\geq 126$ o mayor IGT: $\geq 7.7$ o $\geq 4.9$ (10T) Tolerancia de la Glucosa a 2 Horas	
H. Glucosado Sangre Total (HbA1c)	5.60	% HbA1c		Cambio de azúcar diabetes: Diabetes: mayor de 7% Sin diabetes: menor de 6% Categorías: normal, prediabetes y diabetes.	
Tercera: Hb C en transición (Fórmula de ion en Hb) (Hemoglobina Glycated Promedio en Hb) 3 meses	114	mg/dl			
Proteína	+ 281.00	Urea/L	107.00 - 351.00		
<b>HORMONAS</b>					
H. Triiodotiroxina (T3f)	1.7300	uU/ml	Sérum	Hada 2 años 0.36 - 0.80 3 - 5 años 0.32 - 0.70 6 - 8 años 0.24 - 0.60 9 - 12 años 0.15 - 0.40 Adulto 0.28 - 0.94	
T4 Libre	0.86	pg/dl	Sérum de 1 - 12 años 0.65 - 2.20 Adulto 0.76 - 1.26		
<b>INMUNOLOGICAS</b>					
Af. Anti - microscópica (TPO)	0.21	IU/ml	0.00 - 1.00		
Af. Anti - Tiroglobulina	2.48	IU/ml	0.00 - 4.11		

La confiabilidad de sus resultados está garantizada con nuestra participación en los Programas de Control de Calidad Externo Química, Hematología, Hormonas, Marcadores Tumoriales, y Microbiología

**LABORATORIO CLINICO INTERLAB**  
**LABMANTA S.A.**  
 LABORATORIO - Calle 18 y Av. 24  
 + Teléfono: 2625111 - 2626254 - 2626130  
 BUENA VISTA: C.C. Torre de Torres Av. 4 de Septiembre y 2 15  
 + Teléfono: 3927250  
 Ciudad: Guayaquil - Dr. Jorge Sanguin Román

**LABMANTA**

**PACIENTE:** FRANK PALADINES, DANIELA MARÍA  
**MEDICO:** Dr. Salvatierra Sanchez Gilmer Javier

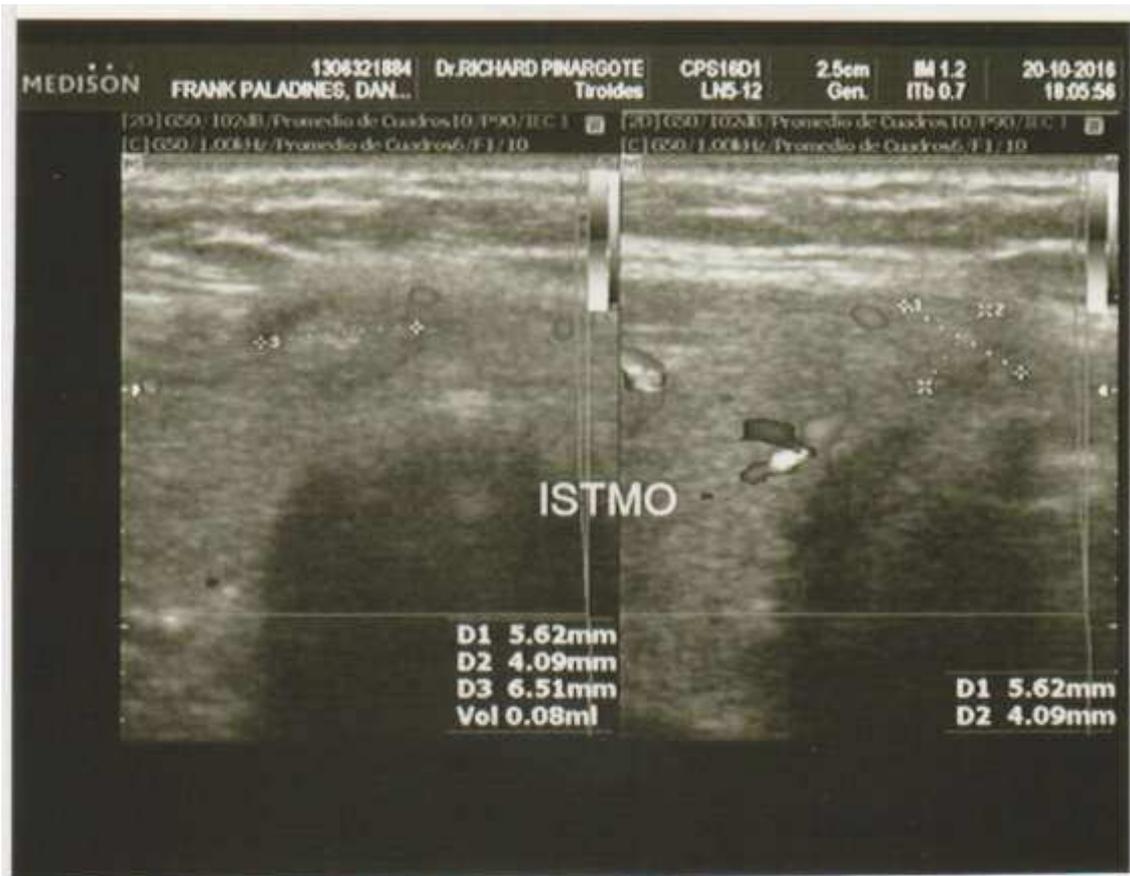
**Figura: 2 de 2**

Estados en PDF, verlos en pantalla completa o por internet en nuestro sitio web: www.labmanta.com.ec

123399	LABMANTA	SP/22	INVESTIGACION	18 años	Femenina
<b>Atenciones</b>					
Dr. Jorge Sanguin Román <b>DIRECTOR TECNICO</b> Reg. Prof. MSP (0994 4700264) (0994) 000					

La confiabilidad de sus resultados está garantizada con nuestra participación en los Programas de Control de Calidad Externo Química, Hematología, Hormonas, Marcadores Tumoriales, y Microbiología

Anexo 3: Examen de Laboratorio







## Anexo 4: Ecografías

  
**UNIMAGEN LOOR S.A**  
Dr. Agustín Loor G. - Tc. Tamara Plua M.  
Av. Realen Tamarindos a los lados de Plaza El Corte Inglés Teléfono: (2000) 202

**FECHA:** SÁBADO, 15 DE OCTUBRE DE 2016  
**PACIENTE:** DANIELA MARIA FRANK PALADINES  
**EDAD:** 34 AÑOS 8 MESES

---

**ECOGRAFIA DE TIROIDES.**

Lóbulos tiroideos tópicos de morfología y contornos regulares.  
Parénquima con textura y ecogenidad conservada.  
Lesión nodular sólida, hipoeocica de contornos y bordes parcialmente definidos, ovoides, conteniendo microcalcificaciones, mide 4,7 x 5,7 x 5,4 mm, al Doppler no hay señal vascular en el interior.  
Un pequeño nódulo quístico en el lóbulo derecho y otro en el izquierdo miden 1,2 mm y 1,6 mm.  
Estructuras vasculares cervicales conservadas.  
No hay adenomegalias cervicales.  
No hay evidencia de nódulos en topografía de la paratiroides.

**BIOMETRIA:**  
Lóbulo derecho: 48 x 14 x 15 mm, volumen de 5,9 cc.  
Lóbulo izquierdo: 16 x 47 x 12 mm, volumen de 4,8 cc.  
Istmo Normal de 20 x 2,3 x 6 mm, volumen de 0,21 cc.

**CONCLUSIONES:**

- Nódulo tiroideo en istmo sospechoso.
- Nódulos quísticos coloides pequeños en ambos lóbulos.

  
**Dr. Agustín Loor G.**  
VENCO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA  
Reg. MSP C.1000-12 P.1000 1997 N° 4000

## Anexo 5: Informe ecográfico

## Anexo 6: Encuesta

### ENCUESTA

- ¿Conoce usted sobre las patologías que se pueden presentar en la glándula tiroides?

SI

NO

- ¿Tiene usted conocimiento sobre el cáncer de tiroides?

SI

NO

- ¿Sabe usted cuales son los síntomas que se presentan en este tipo de patología?

SI

NO

- ¿Tiene conocimiento de cuáles son los factores que aumentan el riesgo de padecer nódulos tiroideos?

SI

NO

- ¿Sabe cuáles son las medidas de protección al momento de exponerse a la radiación?

SI

NO

- ¿Se ha realizado algún estudio imagenológico sin protección ante la radiación?

SI

NO

- ¿Sabe si alguien de su familia presenta alguna patología que comprometa la glándula tiroidea?

SI

NO