



Enfermedad nodular tiroidea

E. Anda^{*,a,b}, J. Pineda^{a,b}, M. Toni^{b,c} y J.C. Galofré^{b,d}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España. ^bInstituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona. Navarra. España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra. España. ^dDepartamento de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Palabras Clave:

- Nódulo tiroideo
- Ecografía tiroidea
- Bocio nodular
- Citología tiroidea

Keywords:

- Thyroid nodule
- Thyroid ultrasonography
- Nodular goitre
- Thyroid cytology

Resumen

Introducción. La patología nodular tiroidea es muy frecuente y, en la mayoría de los casos (más del 85%), se trata de nódulos benignos.

Manifestaciones clínicas. La mayor parte de los pacientes con enfermedad nodular tiroidea están asintomáticos. El objetivo principal del estudio del nódulo tiroideo es descartar o diagnosticar malignidad, sin olvidarnos de la función tiroidea y de la posibilidad de compresión de estructuras cervicales vecinas.

Diagnóstico. La historia clínica, la determinación de TSH y la ecografía cervical son los estudios iniciales que hay que realizar en todos los pacientes. La ecografía tiroidea es el mejor método de imagen para estudiar esta patología, porque además de los datos anatómicos nos proporciona características que se asocian con el riesgo de malignidad. Esto, junto con el tamaño de los nódulos, nos permitirá seleccionar aquellos en los que está indicado el estudio citológico. La citología es el método de elección para diagnosticar el nódulo tiroideo. También se pueden realizar estudios moleculares para ayudar al diagnóstico.

Tratamiento. Según el resultado citológico, el paciente será remitido a cirugía o únicamente vigilado sin necesidad de tratamiento; si el estudio no es concluyente deberemos repetir la punción.

Abstract

Thyroid nodular disease

Introduction. Thyroid nodules are very frequent in our clinical practice and most of them are benign (85%).

History and clinical examination. Thyroid nodules are usually asymptomatic. The clinical importance of nodular thyroid disease is related to the possibility of malignancy. Their study should always include thyroid function test and the evaluation of compressive or structural symptoms.

Evaluation. In all patients with a thyroid nodule, a complete history and physical examination, a serum TSH measurement and a cervical ultrasonography should be performed. Thyroid ultrasonography should evaluate the location and sonographic characteristics of all nodules. The nodule size and the pattern of sonographic features confer the risk of malignancy and aid decision-making process about whether fine needle aspiration (FNA) is indicated. The FNA technique is the most accurate method for evaluating thyroid nodules. Some molecular markers may be considered to improve diagnostic accuracy.

Treatment. According to the cytology results the nodules will be considered for surgical excision or for conservative follow-up.

*Correspondencia

Correo electrónico: emma.andapinariz@cfnavarra.es

Introducción

Un nódulo tiroideo es una lesión bien diferenciada en la glándula tiroidea, radiológicamente distinta del parénquima tiroideo circundante¹.

La inmensa mayoría de los nódulos tiroideos son benignos, pero un 7-15% de ellos son cánceres de tiroides, principalmente carcinomas diferenciados de tiroides con un excelente pronóstico.

No siempre la sospecha por palpación de un nódulo tiroideo se confirma y, en ocasiones, se debe a una alteración no tiroidea o no se confirma radiológicamente. Por tanto, para poder realizar correctamente el diagnóstico ante una sospecha de nódulo tiroideo se precisa, por definición, una prueba de imagen. El diagnóstico diferencial de un posible nódulo tiroideo incluye, sobre todo, patología tiroidea benigna, pero también patología maligna o de origen no tiroideo que simula un nódulo a dicho nivel (tabla 1).

Epidemiología

Es una patología muy frecuente y se calcula que, en zonas yodosuficientes, aproximadamente el 1% de los varones y el 5% de las mujeres presentan nódulos tiroideos a la palpación. Lógicamente, esta prevalencia aumenta si el método de detección es la ecografía cervical de alta resolución, con cifras que alcanzan desde el 19 al 68%, siendo especialmente frecuente en mujeres y en edades más avanzadas². Los estudios realizados en autopsias corroboran estos datos ecográficos, encontrándose nódulos tiroideos en aproximadamente el 50% de los casos³.

Sabemos, además, que si realizamos una ecografía tiroidea a aquellos pacientes con un nódulo tiroideo palpable, el 50% de ellos tendrá más de un nódulo⁴ por lo que, en realidad, estamos hablando de enfermedad nodular tiroidea. Esto ocurre porque la palpación por sí sola tiene una baja sensibilidad en cuanto al número y tamaño de los nódulos, especialmente en aquellos menores de un centímetro o localizados en la parte posterior del tiroides.

Por todo ello, desde hace unos años, la ecografía tiroidea se ha convertido en una herramienta indispensable en el estudio de la enfermedad nodular tiroidea y es obligatorio conocer los datos ecográficos (tamaño, posición, características) para poder tomar las decisiones clínicas adecuadas. No hay ninguna otra técnica funcional o radiológica, a día de hoy, que pueda aportarnos tanta información sobre el nódulo tiroideo. Nuestra opinión personal es que quien la realice, ya sea el clínico o el radiólogo, debe conocer bien esta patología para poder ser lo más eficaz posible. De ello dependerá, en buena parte, el seguimiento posterior.

Etiopatogenia

La prevalencia de bocio multinodular (BMN) depende mucho de la situación de yodo suficiencia de la población. En zonas yodo-deficientes, la presencia de un BMN es el resultado de un aumento progresivo del bocio desde la infancia. En estas áreas se encuentra bocio en más del 5% de los niños entre 6-12 años de esa población (bocio endémico), mientras que en zonas yodo-suficientes esta incidencia baja al 1-4% (bocio esporádico)⁵. Los nódulos de estos bocios son policlonales y no conocemos totalmente cómo se forman. Entre los factores etiológicos del BMN hay alteraciones genéticas a nivel germinal que conocemos por casos de bocio familiar que presentan un patrón de herencia autosómico dominante por un defecto genético poligénico. Se han estudiado varios genes candidatos como el gen del receptor de la hormona estimulante del tiroides o tirotropina (TSH), el gen de la peroxidasa y el gen de la tiroglobulina, entre otros⁶. También se han descrito mutaciones somáticas en el receptor de la TSH, tanto en adenomas tóxicos únicos como en BMN tóxicos. Pero, además, existen otros factores que estimulan el crecimiento y/o la función de la célula tiroidea como con la yodo-deficiencia, elementos bociógenos naturales, disruptores ambientales, la elevación de la TSH, el tabaco, el género femenino o el factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF1). Probablemente la causa de la aparición de bocio se deba a la confluencia de factores exógenos con ciertas alteraciones genéticas.

Manifestaciones clínicas

Formas de presentación

La enfermedad nodular tiroidea es más frecuente en mujeres, en personas de edad avanzada, en zonas yodo-deficientes, tras la exposición a radiación cervical y en algunos síndromes genéticos familiares.

No está indicado realizar cribado poblacional de enfermedad nodular tiroidea. Tampoco se ha realizado cribado en familiares de pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides familiar y, por tanto, no hay evidencia que demuestre que se reduce la morbimortalidad con un diagnóstico precoz⁷.

En la mayoría de los casos, los pacientes con enfermedad nodular tiroidea se encuentran asintomáticos y los nódulos

TABLA 1

Diagnóstico diferencial de un posible nódulo tiroideo

Patología tiroidea	Patología no tiroidea
Bocio nodular benigno	Patología no tiroidea
Quiste tiroideo simple	Enfermedades infiltrativas (tuberculosis, hemocromatosis, sarcoidosis,...)
Hemorragia intranodular	Metástasis de tumor no tiroideo
Adenoma folicular	Quiste paratiroideo
Tiroiditis linfocítica crónica	Lipoma
Tiroiditis subaguda	Paraganglioma
Tiroiditis aguda	
Tiroiditis de Riedel	
Carcinoma diferenciado de tiroides (papilar/folicular)	
Carcinoma medular de tiroides	
Linfoma tiroideo y otros tumores como sarcoma, teratoma,...	
Carcinoma anaplásico	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805040>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805040>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)