



Protocolo de manejo clínico del nódulo tiroideo

E. Anda^{*,a,b} y A. Ernaga^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

^bInstituto de Salud de Navarra (IdiSNA). Pamplona. Navarra. España.

Palabras Clave:

- Nódulo tiroideo
- Carcinoma de tiroides
- Ecografía tiroidea
- Punción aspiración

Keywords:

- Thyroid nodule
- Thyroid carcinoma
- Thyroid ultrasound
- Fine-needle aspiration

Resumen

Introducción. El nódulo tiroideo es una patología frecuente en la población general, que se puede diagnosticar de forma casual en la exploración física o ser referido por el paciente, o de manera incidental tras una prueba de imagen realizada por otro motivo.

Etiología. Pueden aparecer por diferentes causas, la mayoría de ellas benignas, pero debemos descartar la presencia de un carcinoma de tiroides que ocurre entre el 7-15% de los casos.

Diagnóstico. La primera aproximación diagnóstica se debe realizar mediante la historia clínica, un análisis de función tiroidea y la realización de una ecografía cervical. Con estos datos, podemos ya decidir el siguiente paso que es la indicación, o no, de realizar una punción aspiración con aguja fina, que es la técnica de elección para el estudio del nódulo tiroideo. Con el resultado citológico, podemos estratificar el riesgo de malignidad del nódulo, para un adecuado abordaje terapéutico.

Abstract

Clinical management protocol for thyroid nodule

Introduction. Thyroid nodules are a common condition in the general population, which can be diagnosed on physical examination, be reported by the patient, or incidentally discovered after an imaging test performed for other reasons.

Aetiology. Thyroid nodules may occur for different causes. The majority are benign. However malignancy, which occurs in 7-15% of the cases, should always be ruled out.

Management. The first diagnostic approach should be performed by clinical history, thyroid function test, and a neck ultrasound. These investigations provide the necessary information to decide further analysis, in especial the whether fine-needle aspiration (FNA) is needed. FNA is the test of choice for evaluating thyroid nodules. The cytological results stratify the risk of malignancy of the nodule and indicate the appropriate therapeutic approach.

Introducción

El nódulo tiroideo es un motivo habitual de consulta porque es una entidad clínica frecuente, con una prevalencia de nódulos palpables del 4-7% de la población. Si la detección se realiza por ecografía, esta prevalencia aumenta hasta un

19-68%, variando estos datos según la población estudiada (mayor en mujeres, en personas de edad avanzada y en zonas con yodo-deficiencia)¹.

La importancia de la evaluación de los nódulos tiroideos se relaciona con la necesidad de excluir un carcinoma de tiroides, que ocurre en un 7-15% de los casos, dependiendo de la edad, el sexo, los antecedentes de radiación en la infancia, antecedentes familiares y otros factores. La incidencia anual de cáncer de tiroides se ha triplicado en los últimos 40 años, por lo que la prevalencia de cáncer entre los nódulos tiroideos también está aumentando, pero esto no se ha acompañado de un aumento de la mortalidad por esta causa².

*Correspondencia

Correo electrónico: emma.andapinariz@cfnavarra.es

Evaluación diagnóstica

Anamnesis y exploración

Tras el diagnóstico de un nódulo tiroideo, se debe realizar una historia clínica y exploración física a todos los pacientes. Los factores clínicos que pueden hacernos sospechar que el nódulo sea maligno son: los antecedentes de radiación de cabeza y cuello en la infancia, como irradiación corporal total para un trasplante de médula ósea o la exposición en la infancia a radiación ionizante tras un accidente nuclear, la existencia de carcinoma de tiroides familiar o de otros síndromes asociados a carcinoma de tiroides en familiares de primer grado (síndrome Cowden, poliposis adenomatosa familiar, complejo de Carney, síndrome de Werner, síndrome DICER1 o MEN tipo 2), el crecimiento rápido del nódulo y la disfonía.

En la exploración física, los datos que sugieren malignidad son: la parálisis de cuerda vocal, los síntomas obstructivos como el estridor laríngeo o la disfagia, la presencia de adenopatías cervicales, la consistencia elevada del nódulo a la palpación y la adherencia a planos profundos.

Laboratorio

Se deben medir los niveles de tirotrópina (TSH) a todo paciente con nódulo tiroideo. Dependiendo de este resultado se podría completar el estudio con la medición de T3 libre y T4 libre. Si los niveles de TSH están disminuidos podría tratarse de un nódulo hiperfuncionante, por lo que inicialmente deberíamos realizar una gammagrafía tiroidea. Si el nódulo tiroideo muestra aumento de captación ya está descartada su malignidad. Si los niveles de TSH están elevados podemos sospechar una tiroiditis de Hashimoto y solicitar la determinación de anticuerpos antitiroides.

No se recomienda la medición de niveles de tiroglobulina tras el diagnóstico de un nódulo, ya que es un marcador poco sensible y poco específico, siendo válido solo como seguimiento del carcinoma diferenciado de tiroides. No hay una recomendación a favor ni en contra de la medición de los niveles de calcitonina en el estudio inicial de un nódulo tiroideo, aunque podría tener valor en los casos en los que se sospeche la presencia de un carcinoma medular, o en citologías sospechosas de malignidad distintas al carcinoma papilar³.

Estudios de imagen

Ecografía

Se debe realizar a todos los pacientes con sospecha clínica de bocio nodular, lo que permite confirmar que se trata de uno o varios nódulos tiroideos y descartar otras patologías cervicales. También hay que realizar una ecografía tras el hallazgo de un nódulo en otra prueba de imagen, ya que es la prueba de imagen que más información aporta. Sirve, por tanto, para confirmar la presencia de nódulos, determinar el tama-

ño, identificar características sospechosas, valorar la presencia de adenopatías cervicales y seleccionar el nódulo que se debe estudiar en bocios multinodulares. Por otro lado, permite la realización de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) de nódulos pequeños o de localización posterior que no son accesibles para una PAAF directa.

Las características ecográficas que sugieren malignidad son la consistencia sólida, hipocogenicidad, mala delimitación, ausencia de halo, vascularización intranodal, presencia de microcalcificaciones y diámetro anteroposterior mayor que lateral⁴.

Gammagrafía

La exploración del tiroides con I^{123} o Tc^{99} permite realizar el estudio morfofuncional de la glándula. Está indicada en los pacientes con nódulos que al hacer el diagnóstico presentan TSH baja, ya que en pacientes con nódulos hiperfuncionantes se puede prescindir de realizar punción ante la alta probabilidad de que se trate de un nódulo benigno.

Tomografía computadorizada

No está recomendada el empleo de esta técnica ante el diagnóstico de un nódulo. Se podría utilizar en nódulos intratorácicos no accesibles ecográficamente o si se sospecha la presencia de adenopatías mediastínicas patológicas.

Tomografía por emisión de positrones

No se recomienda la realización de rutinaria de una tomografía por emisión de positrones (PET) a los pacientes con un nódulo tiroideo. Sin embargo, si el diagnóstico del nódulo se realiza tras el hallazgo incidental de captación en una PET, se recomienda el estudio ecográfico y citológico de dicho nódulo, ya que la probabilidad de malignidad está aumentada (35% de riesgo).

Estudio citológico

La PAAF es la técnica de elección para la evaluación del nódulo tiroideo y la selección de candidatos para el tratamiento quirúrgico. Se puede realizar de forma directa o guiada por ecografía, que está especialmente indicada en nódulos no palpables, en los predominantemente quísticos y en los de localización posterior. Una de las decisiones más importantes que hay que tomar cuando vemos un paciente con un nódulo tiroideo es la indicación o no de realizar la PAAF. Lo decidiremos con los datos clínicos, el tamaño y el grado de sospecha ecográfico, como queda expuesto en la figura 1.

Para determinar el grado de sospecha de un nódulo mediante ecografía, recientemente se han determinado patrones ecográficos teniendo en cuenta el número de características sospechosas del nódulo³. En el caso de adenopatías cervicales sospechosas, está indicada la realización de una PAAF y la medición de los niveles de tiroglobulina en la muestra del aspirado.

Un buen diagnóstico citológico es fundamental y desde hace unos años existe consenso general en utilizar el sistema de Bethesda⁵ que define seis categorías diagnósticas con diferente grado de malignidad (tabla 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805044>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805044>

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