



Atención Dra. Luz Arcelia Campos Navarro  
Director-Editor  
Revista Anales de Otorrinolaringología Mexicana

Me permito hacer llegar la presente carta al editor con objeto de comentar el artículo de Pineda-Cázares F y colaboradores: “Comportamiento de las concentraciones séricas de TSH en el carcinoma tiroideo”, publicado en An Orl Mex 2020; 65 (2): 59-63. El objetivo de éste es correlacionar las cifras de TSH con el diagnóstico de cáncer, la conclusión de los autores es que en pacientes con nódulos tiroideos con citología Bethesda I a 4 y concentraciones de TSH mayores a 2.1 mUI/mL la cirugía tiroidea está indicada, debido a que en esta serie de 86 pacientes hubo una correlación significativa entre la elevación de TSH y carcinoma.

Es menester precisar que si bien las cifras de TSH elevadas se asocian con mayor posibilidad de cáncer y con una neoplasia localmente avanzada, se considera que existe elevación cuando las concentraciones están por arriba del rango normal o, bien, en el límite superior; en esta serie los autores no precisan el rango de referencia y toman a 2.1 como el límite; sin embargo, ésta es una cifra normal y está muy por debajo del límite mayor, que es entre 4.7 y 5 según el laboratorio.

Para poder concluir que la TSH tiene un valor diagnóstico independiente a la clasificación Bethesda, debió hacerse una correlación entre ésta, las cifras de TSH y el resultado histológico

definitivo, lo que no se hace en el manuscrito, de tal manera que no puede concluirse que las cifras séricas de TSH tienen un valor independiente ni a la citología ni a la clasificación TIRADS.

En un nódulo tiroideo es el ultrasonido y la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) guiada por ultrasonido el estándar diagnóstico según ATA<sup>1</sup> y las guías nacionales de cáncer tiroideo;<sup>2</sup> independientemente del resultado citológico la TSH sérica no tiene valor para indicar o no un procedimiento quirúrgico, la conducta terapéutica depende de las clasificaciones TIRADS y Bethesda y no del análisis serológico.

En este estudio poco más de la mitad de los pacientes (58%) tuvieron concentraciones séricas de TSH mayores a 2.1 mUI/mL y cáncer tiroideo; sin embargo, una cuarta parte de ellos (25.5%) tuvieron cifras menores a 2.1 y tuvieron algún tipo de carcinoma, de manera que en ellos, guiar la conducta terapéutica solo basados en la cifra de TSH hubiese evitado establecer el diagnóstico de cáncer y, por otro lado, 42% de los pacientes de la serie tuvieron cirugía innecesaria si se hubiese basado la decisión solo en este análisis serológico.

Los autores mencionan que la citología puede asociarse con falsos negativos, lo que es cierto; sin embargo, esto depende de la experiencia del radiólogo intervencionista y del citopatólogo; la evaluación clínica, ultrasonográfica (TIRADS) y citológica es la que nos permite disminuir esta tasa y tomar la decisión terapéutica adecuada,



por el contrario, la tasa de falsos negativos de la TSH tomando como límite 2.1 mUI/mL es de 42% en esta serie.

Me permito concluir que si bien la TSH elevada (en límite superior o por arriba de él) se asocia con carcinoma tiroideo o a enfermedad avanzada como ATA estipula, no es considerado hasta el momento un estudio decisivo para ofrecer cirugía en pacientes con un nódulo tiroideo en los que la evaluación ultrasonográfica, citológica o ambas no lo indique.

El estándar diagnóstico de los tumores de la glándula tiroides es la evaluación clínica, la imagen ultrasonográfica efectuada por un experto radiólogo y la citología obtenida por BAAF guiada por ultrasonido.

## REFERENCIAS

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association. Management Guidelines For Adult Patients With Thyroid Nodules And Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 2016; 26: 1-133. <https://doi.org/10.1089/thy.2015.0020>
2. Granados-García M, Gallegos-Hernández JF, Gurrola-Machuca H, Flores-Hernández L, Pacheco-Bravo I, Villa-vicencio-Quejeiro MA y cols. Guía de manejo del nódulo tiroideo y del cáncer diferenciado de tiroides de la Sociedad Mexicana de Oncología. *GAMO* 2018; 17 (Supl): 5-31. DOI: 10.24875/j.gamo.M18000102

José Francisco Gallegos-Hernández

Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello,  
Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional  
Siglo XXI, IMSS, Ciudad de México.

gal61@prodigy.net.mx