

Médica Sur

Volumen 12
Volume

Número 3
Number

Julio-Septiembre 2005
July-September

Artículo:

Caso 07-2005.

Hombre con nódulo tiroideo izquierdo

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

- 👉 [Contents of this number](#)
- 👉 [More journals](#)
- 👉 [Search](#)

Caso 07-2005.

Hombre con nódulo tiroideo izquierdo^s

Nilson Agustín Contreras Carreto,* Leonardo G Mancillas Adame,** Jorge Hernández Ortiz,*** Rafael Vidal Tamayo,** Raúl Pichardo Bahena,**** Javier Lizardi Cervera*****

Resumen

Es importante distinguir los diferentes tipos de cáncer de tiroides. Estas neoplasias tienen diferente epidemiología, factores de riesgo, historia natural y tratamiento. El carcinoma papilar es el más frecuente de los carcinomas tiroideos, el segundo en frecuencia, es el carcinoma folicular. Presentamos el caso de un paciente hombre con nódulo tiroideo izquierdo asintomático.

Palabras clave: Carcinoma tiroideo.

Abstract

It is important to distinguish from the different thyroid cancer types. These tumors have different epidemiology, risk factors, natural history, and treatment. The papillary carcinoma is the most frequently thyroid carcinoma, the second in frequency is the follicular carcinoma. We present a case of an old male patient with asymptomatic left thyroid nodule.

Key words: Thyroid carcinoma.

Caso clínico

Se trata de hombre de 43 años de edad, originario de la ciudad de Cuernavaca, Mor; y residente de Guadalajara, Jal. Con antecedentes en familiares de primer grado de adenocarcinoma gástrico, DM2 y EVC. No cuenta con antecedentes personales patológicos de importancia y refirió fractura de radio izquierdo en la infancia, migraña de 10 años de diagnóstico tratada con flunarizina y resección de Schwannoma a nivel de T4 en 1995. Inició su padecimiento actual en agosto de 2002 refiriendo cefalea hemisférica de predominio derecho de intensidad variable hasta ser de 10/10 sin respuesta a tratamiento farmacológico a base de aines y ergotamínicos, con intolerancia a la vía oral, foto y fonofobia severas, motivo por el cual acudió a valoración con médico facultativo quien realizó un Doppler carotídeo donde se documentó un nódulo tiroideo iz-

quierdo como hallazgo, refiriéndolo a Médica Sur donde se ingresa para estudio ya en fase asintomática, para valoración y tratamiento. Al interrogatorio dirigido negó disfagia, disfonía, temblor fino distal, alteraciones en hábito intestinal, pérdida de peso u otra sintomatología agregada. Signos vitales de ingreso: TA 110/70 mmHg, FC 69x', FR 21x', temperatura axilar 36.8° C. Peso 68 kg, Talla 165 cm y con un IMC de 24.97. Normocéfalo, orientado, alerta, cooperador, mucosas bien hidratadas, cuello asimétrico a nivel base de cuello, con ligera desviación traqueal a la derecha, presencia de nódulo bien delimitado, de consistencia blanda, no doloroso, desplazable, localizado a nivel de lóbulo superior izquierdo de la glándula tiroides, de aproximadamente 1.5 x 2.0 cm. No se auscultan soplos y los pulsos carotídeos son homócronos y sincrónicos. No se detectan adenomegalias en el resto de la exploración de cuello, tórax normolíneo con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, con exploración cardiopulmonar y abdominal sin datos patológicos que comentar. No se advirtió temblor fino distal. Los laboratorios con: Hb 15.4 g/dL, Hto 48.8%, VGM 89.6, CMH 32.3, leucocitos 7,800 mm³, neutrófilos 69%, linfocitos 14.9%, monocitos 8.1%, neutrófilos absolutos 8.5, monocitos absolutos 0.2, plaq 277,000 mm³, glucosa 86 mg/dL, BUN 8 mg/dL, Crea 0.7 mg/dL, AU 2.71 mg/dL, K 4.0 meq/L, Na 135 meq/L, Cl 112 meq/L, BT 0.91 mg/dL, TGP 19 UI, TGO 28 UI, FA 82 UI, GGT 32, TP 10.4 seg, INR 1.2, albúmina de 4.7 mg/dL, T₃: 55 (51-

^s Este caso fue presentado en Sesión General de Caso Clínico Cerrado el día 19 de julio de 2005.

* Departamento de Medicina Interna.

** Departamento de Endocrinología.

*** Departamento de Radiología e Imagen.

**** Departamento de Anatomía Patológica.

***** Subdirección Académica.

Fundación Clínica Médica Sur, México, D.F.

165), T_4 : 4.1 (4.5-12-5), TSH: 1.3 (0.35-5.0), colesterol: 261 mg/dL, HDL: 45 mg/dL, LDL: 164 mg/dL, triglicéridos: 260 mg/dL. Los estudios radiográficos mostraron desviación de la columna aérea traqueal a la derecha a nivel del opérculo.

Comentario Dr. Leonardo Mancillas Adame

Se trata de un paciente hombre de 43 años de edad con los antecedentes antes mencionados, con biometría hemática, química sanguínea y pruebas de funcionamiento hepático normales. El perfil tiroideo es normal en lo global, aunque para los niveles de albúmina del paciente esperaría tener una mayor T_4 total. Contando con una dislipidemia caracterizada por niveles de colesterol de 261, LDL de 164 y triglicéridos de 260. En base a lo anterior podemos hacer una lista de problemas que se enunciarán a continuación:

Listado de problemas

- Activos
 - 1. Nódulo tiroideo
 - 2. Dislipidemia
 - 3. Cefalea vascular
- Inactivos
 - 1. Historia de Schwannoma

Nódulo tiroideo: El paciente se encuentra asintomático, no hay datos clínicos de compresión, sin evidencia de enfermedad a distancia, no hay involucro de nervios laríngeos recurrentes y no se encontraron adenopatías a la exploración física.

Proponemos el siguiente abordaje diagnóstico:

- Abordaje inicial
 - Determinar si el paciente está eutiroideo.

Siguiente paso:

- ¿Gammagrama?
 - Ventajas
- Puede descubrir un adenoma que suprima la función tiroidea normal sin causar hipertiroidismo.
- BAAD:
 - Primer paso diagnóstico.
 - 15% no son diagnósticos.
 - ¿USG?
 - Nódulos menores de 1.5 cm.

Posibilidades diagnósticas:

- Esperar reporte de BAAF y malignidad.
- Probablemente se trate de neoplasia tiroidea izquierda.

Datos adicionales que pudieran ser de utilidad:

- Historia de exposición a radiación.
- Historia familiar de cáncer de tiroides o neoplasias endocrinas.
- Calcio, fósforo.
- Anticuerpos antiperoxidasa.
- Anticuerpos anti-tiroglobulina (si es un CDT).

En cuanto a la dislipidemia:

- No tiene sobrepeso.
- No hay una enfermedad concomitante que explique la hiperlipidemia.
- No hipotiroidismo o colestasis.
- Probablemente poligénica.
- Apo B.
- Descartar hiperlipidemia familiar combinada

Los objetivos de tratamiento en cuanto a la dislipidemia:

- Objetivos de tratamiento.
- Triglicéridos < 150.
- Dieta.

Comentario Dr. Jorge Hernández Ortíz

En la radiografía de cuello (*Figura 1*), se observa desviación traqueal a la derecha a expensas de crecimiento tiroideo izquierdo. No se observaron otros datos radiológicos de importancia.

Comentario Dr. Rafael Vidal Tamayo

En el Gammagrama tiroideo realizado con Tc99m (*Figura 2*) se advirtió un nódulo hipocaptante (frío) de grandes dimensiones.

Comentario moderador

Se realizó durante su estancia intrahospitalaria una biopsia por aspiración con aguja delgada (BAAD) reportando tumor papilar, por este motivo fue llevado a hemitiroidectomía izquierda con los resultados reportados por el Departamento de Anatomía Patológica que se comentan a continuación.

Comentario Dr. Raúl Pichardo Bahena

En el Departamento de Anatomía Patológica se recibió producto de hemitiroidectomía de aproximadamente 2.0 x 2.5 cm. Al estudio microscópico se observó un

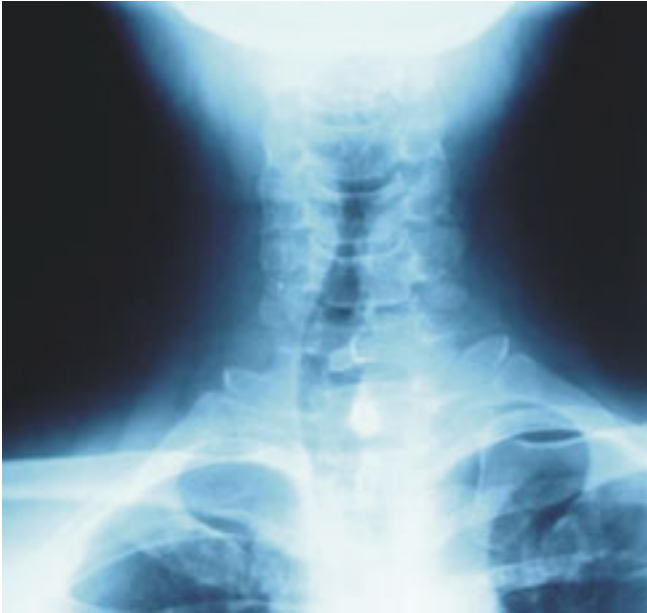


Figura 1. Radiografía de cuello.

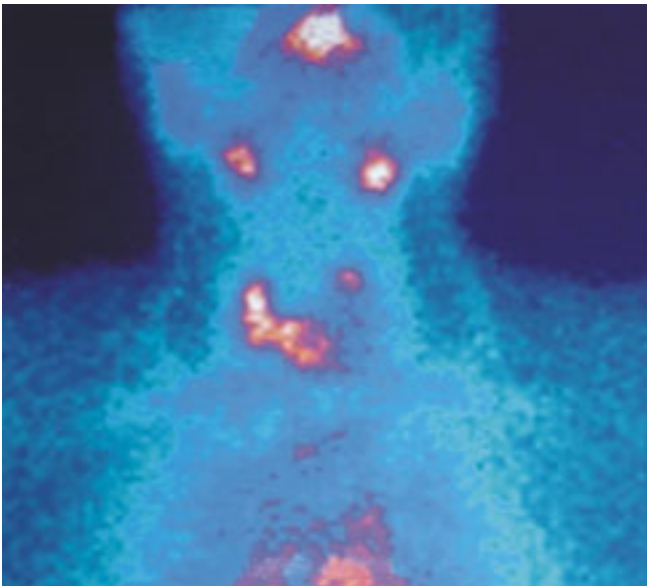


Figura 2. Gammagrama tiroideo Tc99m.

carcinoma folicular con cambios oxifílicos, sin neoplasia en planos de sección y con abundante infiltrado linfoplasmocitario. La tiroides no neoplásica con cambios de bocio coloide (*Figuras 3, 4 y 5*).

Conclusión diagnóstica final

Carcinoma folicular de tiroides.

Comentario bibliográfico

Carcinoma folicular de tiroides

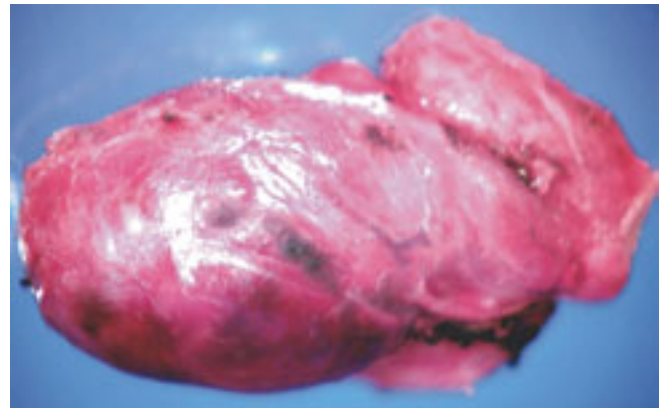


Figura 3. En el aspecto externo la glándula tiroides los vasos están congestivos y dilatados.

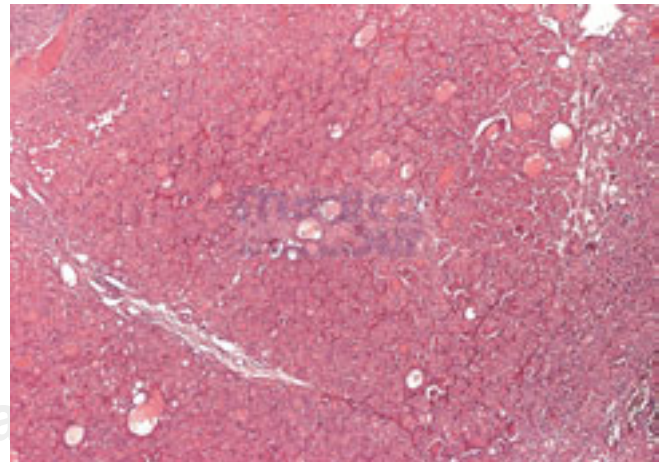


Figura 4. El patrón de crecimiento de la neoplasia es predominante de tipo folicular; que alterna con extensas zonas microfoliculares que pueden darle un aspecto sólido a bajos aumentos (H&E, 4x).

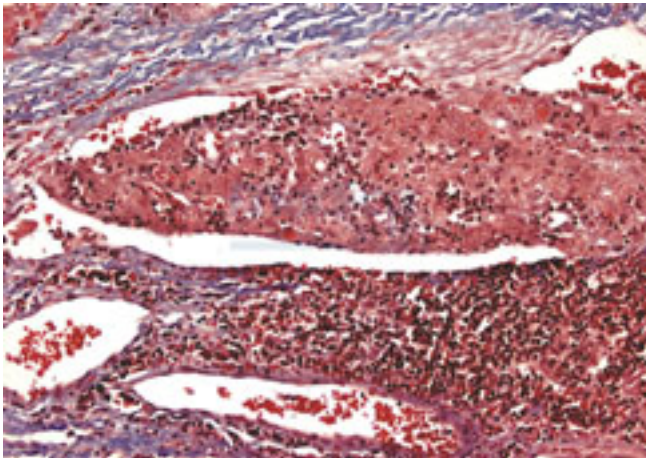


Figura 5. Al centro se identifica un vaso con presencia de células neoplásicas en la porción luminal revestidas por células endoteliales, lo construye uno de los aspectos morfológicos más importantes para categorizar a una neoplasia tiroidea folicular como maligna, la permeación vascular (H&E, 40x).

Tabla I. Clasificación de neoplasias tiroideas.

- Carcinoma papilar.
 - Carcinoma papilar/folicular.
- Carcinoma folicular.
 - Carcinoma de células de Hurthle.
- Carcinoma medular.
- Carcinoma anaplásico.
 - Carcinoma de células pequeñas.
 - Carcinoma de células gigantes.
- Otros:
 - Linfoma.
 - Sarcoma.
 - Carcinosarcoma.

LiVolsi VA. En Thyroid disease: endocrinology, surgery, nuclear medicine, and radiotherapy. 1997, pp 127-175.

El carcinoma de la glándula tiroides es un cáncer poco común sin embargo, es la neoplasia maligna más frecuente del sistema endocrino. Se divide en carcinoma papilar (más frecuente), carcinoma folicular (2º en orden de frecuencia) y medular y anaplásico (Tabla I).

Afecta con mayor frecuencia a las mujeres y la mayoría de los casos se presenta entre los 25 y 65 años de edad. Algunos de los pacientes tienen historia de radiación en cabeza y cuello. Se ha estimado que el tiempo entre la exposición y desarrollo de la neoplasia es de 5 a 20. Los principales factores de riesgo se enumeran en la tabla II.

Tabla II. Factores de riesgo.

- Historia de radiación en cabeza y cuello.
- Tiempo entre la exposición y desarrollo de la neoplasia: 5-20 años.
- Bocio.
- Historia familiar de enfermedad tiroidea.
- Mujer.
- Asiáticos.

Fraker DL En: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 6th ed. 2001, pp 1740-1762
Iribarren C. Int J Cancer 2001;93:745-750

Tabla III. Clasificación TNM.

Tumor primario (T):

- TX: El tumor primario no puede ser evaluado.
- T0: No hay evidencia de tumor primario.
- T1: Tumor de 1 cm o menos en su dimensión mayor, limitado a la tiroides.
- T2: Tumor de más de 1 cm pero no más de 4 cm en su dimensión mayor, limitado a la tiroides.
- T3: Tumor de más de 4 cm en su dimensión mayor, limitado a la tiroides.
- T4: Tumor de cualquier tamaño que se extiende fuera de la cápsula tiroidea.

Ganglios linfáticos regionales (N):

- Los ganglios linfáticos regionales son los ganglios cervicales y los mediastínicos superiores.
- NX: Ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.
- N0: No hay metástasis ganglionar linfática regional.
- N1: Metástasis a los ganglios linfáticos regionales.
- N1a: Metástasis a ganglio (s) linfático (s) cervical (es) ipsilateral (es).
- N1b: Metástasis a ganglio (s) linfático (s) mediastínico (s) o cervical (es) bilateral (es), de línea media o contralateral (es).

Metástasis a distancia (M):

- MX: Metástasis a distancia no puede ser evaluada.
- M0: No hay metástasis a distancia.
- M1: Metástasis a distancia.

Thyroid Gland. In: American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Manual. 5th ed. 1997, pp 59-64

Durante los últimos años, se han establecido diversas clasificaciones dentro de las cuales se encuentra la clasificación TNM y la clasificación por etapas del American Joint Committee on Cancer, con importantes implicaciones clínicas y pronósticas para el paciente (Tablas III y IV).^{2,5,6,8}

Aspectos generales del tratamiento^{3,6,7,8}

- Carcinoma folicular en etapa I

Tabla IV. American Joint Committee on Cancer Clasificación por etapas

Papilar o folicular

- Menores de 45 años:
 - Etapa I: Cualquier T, Cualquier N, MO.
 - Etapa II: Cualquier T, Cualquier N, M1.
- 45 años o más:
 - Etapa I: T1, NO, MO.
- Etapa II:
 - T2, NO, MO.
 - T3, NO, MO.
- Etapa III:
 - T4, NO, MO.
 - Cualquier T, N1, MO.
- Etapa IV: Cualquier T, Cualquier N, M1

Thyroid Gland. In: American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Manual. 5th ed. 1997, pp 59-64

El carcinoma folicular en etapa I se localiza en la glándula tiroides. Aunque tienen buen pronóstico, es menos favorable que el del carcinoma papilar. La supervivencia reportada a 10 años de los pacientes con carcinoma folicular sin invasión vascular es mejor que la de los pacientes con invasión vascular.

• *Carcinoma folicular en etapa II*

El carcinoma folicular en etapa II se define ya sea como tumor que se ha diseminado a sitios distantes en los pacientes < 45 años de edad o como tumor de más de 1 centímetro de tamaño, limitado a la glándula tiroides en los pacientes > 45 años de edad. La presencia de metástasis a los ganglios linfáticos no empeora el pronóstico.

• *Carcinoma folicular en etapa III*

La etapa III es el carcinoma folicular en los pacientes > 45 años de edad con invasión cervical local o con ganglios linfáticos positivos. El carcinoma folicular que invade tejido cervical tiene peor pronóstico que el de los tumores limitados a la glándula tiroides. La presencia de invasión vascular es otro factor más de mal pronóstico. La metástasis a los ganglios linfáticos no empeora el pronóstico.

• *Carcinoma folicular en etapa IV*

La etapa IV es el carcinoma folicular en los pacientes > 45 años de edad con metástasis a distancia. Pul-

món y hueso son los sitios más frecuentes de metástasis y generalmente se realiza por vía hematógena. El pronóstico generalmente es malo.

Tratamiento quirúrgico^{4,7,8}

La cirugía es la terapia preferida para todas las lesiones primarias. Las opciones quirúrgicas son la tiroidectomía total y lobectomía. Siendo la edad del paciente y el tamaño de los ganglios los principales factores que influirán en la selección del procedimiento quirúrgico.

La supervivencia puede ser similar para ambas opciones; la diferencia reside en las tasas de complicaciones quirúrgicas y de recurrencias locales.

Tiroidectomía total: Se recomienda a causa de la alta incidencia de complicación multicéntrica de ambos lóbulos glandulares. Está relacionada con una incidencia mayor de hipoparatiroidismo, dicha complicación puede reducirse cuando queda una pequeña cantidad del tejido en el lado contralateral. Esta estrategia facilita la gammagrafía de seguimiento del carcinoma tiroideo.

Lobectomía: Presenta menor incidencia de complicaciones. Entre el 5% al 10% de los pacientes tendrá una recurrencia en la tiroides después de la lobectomía. Después de la cirugía, deben recibir tratamiento postoperatorio con hormonas tiroideas en dosis suficientes para suprimir la hormona estimulante de la tiroides, ya que así se reduce la recidiva. Un curso posoperatorio de dosis terapéuticas (ablativas) de I¹³¹ reduce la tasa de recurrencia de los carcinomas papilares y foliculares.

Tiroidectomía total más extirpación de ganglios linfáticos afectados o de otros sitios de enfermedad fuera de la tiroides: Ablación con I¹³¹ después de tiroidectomía total si el tumor muestra absorción de este isótopo. Se utiliza irradiación con haz externo cuando la absorción de I¹³¹ es mínima.

Tratamiento para metástasis^{1,9}

El tratamiento para la metástasis distante puede ser paliativo.

I¹³¹: Metástasis que muestran absorción de este isótopo pueden ser tratadas por dosis terapéuticas de I¹³¹.

Irradiación con haz externo para los pacientes con lesiones localizadas que no responden al I¹³¹

La supresión de la TSH con T4 es eficaz en muchas de las lesiones que no son sensibles al I¹³¹.

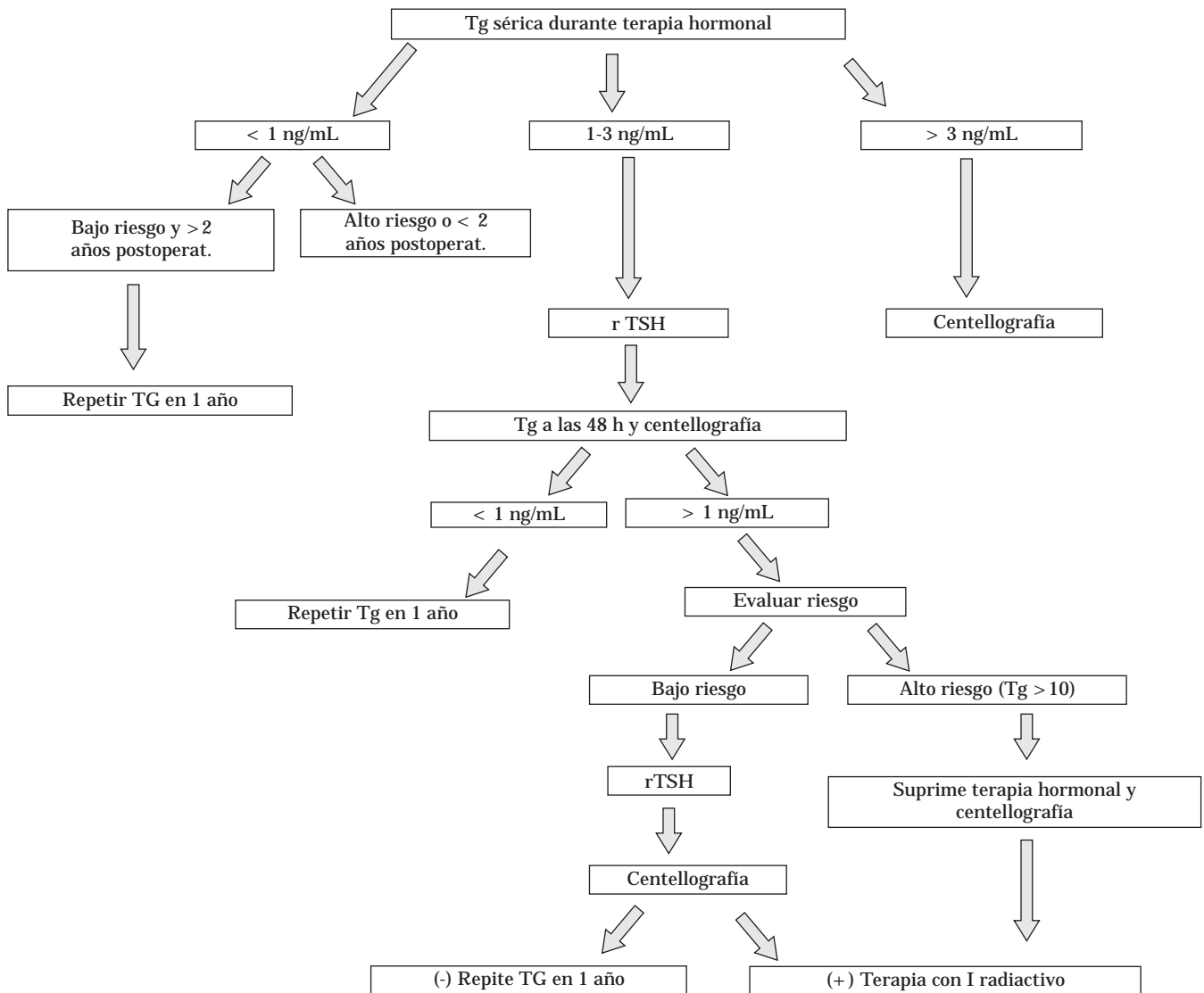


Figura 6. Seguimiento.

Opciones de tratamiento bajo evaluación clínica^{1,7,9}

La quimioterapia produce respuestas completas ocasionales de larga duración.

Seguimiento^{1,7,9}

Para un adecuado seguimiento es necesario realizar un detallado examen físico. Los niveles de tiroglobulina son el principal marcador de seguimiento en este tipo de pacientes (Figura 6). Entre 10 y 30% de los pacientes que se piensa que están libres de la enferme-

dad después del tratamiento inicial padecerán recurrencia y/o metástasis.

De los pacientes que presentan recidiva, 80% tienen enfermedad recurrente en el cuello y 20% metástasis a distancia. El sitio más común de metástasis a distancia es el pulmón.

Aquellos pacientes que recurren con tumor local o regional detectado solamente con gammagrafía de I¹³¹ tienen mejor pronóstico. La cirugía acompañada de ablación con I¹³¹ no es útil para controlar recurrencias locales o metástasis ganglionares regionales.

Hasta un 25% de las recidivas y metástasis de cáncer bien diferenciado de la tiroides puede ser que no muestren captación de I^{131} . Para estos casos pueden ser de valor las imágenes con talio²⁰¹, imágenes por resonancia magnética y ácido dimercaptosuccínico pentavalente.

Referencias

1. Giuliani C, Cotellesse R, Cino M, Angelucci D, Monari F, Napolitano G, Monaco F, Francomano F. Metastasis as presenting feature of thyroid follicular carcinoma; report of a patient thyroidectomized for benign multinodular nontoxic goiter. *Thyroid* 2005; 15(6): 624-6.
2. Wang JD, Deng XC, Jin XJ, Zhou C, Zhang C, Xie M, Zhou JQ, Qian MF. [Clinical research on 2228 cases of thyroid gland tumors]. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2005; 40(4): 295-9.
3. Romanchishen AF, Iakovlev PN. [Special surgical treatment of patients with nodular tumors of the thyroid gland against the background of diffuse toxic goiter]. *Vestn Khir Im I I Grek* 2005; 164(1): 21-4.
4. Russian PR, Mincione A, Destito D, Mola M, Righini S, Assi A, Dottorini M. Surgery of thyroid cancer: twelve years' personal experience. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2004; 24(6): 348-53.
5. Burningham AR, Krishnan J, Davidson BJ, Ringel MD, Burman KD. Papillary and follicular variant of papillary carcinoma of the thyroid: Initial presentation and response to therapy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 132(6): 840-4.
6. Miyakawa M, Onoda N, Etoh M, Fukuda I, Takano K, Okamoto T, Obara T. Diagnosis of thyroid follicular carcinoma by the vascular pattern and velocimetric parameters using high resolution pulsed and power Doppler ultrasonography. *Endocr J* 2005; 52(2): 207-12.
7. Machens A, Holzhausen HJ, Dralle H. The prognostic value of primary tumor size in papillary and follicular thyroid carcinoma. *Cancer* 2005; 103(11): 2269-73.
8. Tamaki H. [Thyroid carcinoma]. *Gan To Kagaku Ryoho* 2005; 32(4): 561-5.
9. Kumar PV, Monabati A, Tabei SZ, Ramzy M, Hussein SV, Khajeh F. Metastatic follicular thyroid carcinoma diagnosed by fine needle aspiration cytology: a report of 3 cases. *Acta Cytol* 2005; 49(2): 177-80.

Correspondencia:
Dr. Javier Lizardi Cervera
Subdirección Académica.
Tercer Piso del Hospital.
Puente de Piedra Núm. 150
Col. Toriello Guerra.
Tlalpan. México, D.F.

