

CIRUGÍA

MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO

Natalia Garita Hernández*
Marlena Gutiérrez Naranjo**

SUMMARY

The thyroid nodule it's a very common pathology, which are usually benign. The principal management of a thyroid nodule is to differentiate between benign and malignant. The doctor will have different diagnostic studies as: US, thyroid scintigraphy and the most important fine needle aspiration all this for the correct management of this pathology.

INTRODUCCIÓN

Se define el nódulo tiroideo como una lesión intratiroidea radiológicamente distinta al parénquima que la rodea. En

la mayoría de los casos es una alteración benigna, pero se debe descartar un proceso neoplásico subyacente en algunos pacientes, según las características clínicas y ecográficas.⁽¹⁰⁾ Esta condición clínica es muy frecuente, con una prevalencia estimada de 4 a 7% por palpación en la población adulta, mientras que en la infancia y adolescencia su incidencia varía entre 0,5 y un 1,8%. Dicha variabilidad puede relacionarse con diversos hechos: el sexo, siendo más frecuente en mujeres (3 a 6:1), la edad, aumentando linealmente con la misma y los antecedentes familiares de ciertas patologías

tiroideas. En los estudios de ultrasonido, la incidencia del nódulo tiroideo varía entre 19 al 40%. Esta prevalencia está causada por nódulos tiroideos que no son detectados a la palpación y son un hallazgo incidental en la ecografía.^(2,5,6)

EVALUACIÓN CLÍNICA

Si bien la mayoría de los nódulos tiroideos son de naturaleza benigna, por lo cual, no se requiere de cirugía y su tratamiento puede ser conservador y de vigilancia continua, es fundamental descartar la posibilidad de malignidad ya

* Médico general.

** Médico general.

que la misma se presenta en el 5 al 10% de los casos.⁽⁹⁾ Al detectarse un nódulo tiroideo por palpación o por estudio de imágenes, se debe realizar una historia clínica y un examen físico cuidadoso enfocado especialmente en cuello, con el fin de describir las características del nódulo. Se debe interrogar el tiempo de aparición, patrón de crecimiento, presencia de dolor, disfonía, disfagia, disnea, adenopatías cervicales, embarazos recientes, antecedentes de radiación en cabeza y cuello, así como antecedentes familiares de cáncer de tiroides y neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2), todos estos, factores de riesgo de enfermedad tiroidea maligna.⁽¹¹⁾ Un nódulo de más de 1 cm de diámetro por lo general es palpable, sin embargo; esto dependerá mucho de su localización, el tipo de cuello de paciente, la experiencia del examinador.⁽⁶⁾ En la exploración física del nódulo tiroideo hay datos que nos orientarán a la posible benignidad del cuadro como son la movilidad, la no adherencia a planos profundos, que sean solitarios y no dolorosos y la ausencia de adenopatías.⁽⁴⁾

EXÁMENES DE LABORATORIO

Son esenciales en la evaluación de nódulo tiroideo. Los estudios de laboratorio más frecuentemente

usados son: la TSH, T4L, T3L, Tiroglobulina, anticuerpos antitiroglobulina, velocidad de eritrosedimentación y calcitonina. Este último es un buen predictor de neoplasia maligna. Se debe obtener un cuadro hemático completo, con VES en hallazgos clínicos de inflamación o tiroiditis infecciosa. Los anticuerpos antitiroideos son útiles en el diagnóstico de la tiroiditis de Hashimoto, diagnóstico que no excluye la presencia de procesos malignos, de hecho, existe el hecho de que se presente en estos pacientes por lo que debe ser excluida.⁽⁸⁾

ESTUDIOS IMAGINOLÓGICOS

Ultrasonido

La ecografía es la técnica más exacta en la aproximación de los nódulos tiroideos, es más barata, no invasiva, fácil de realizar, muy sensible y forma parte de la mayoría de los protocolos clínicos. Supera con creces a la palpación física ya que detecta hasta 5 veces más nódulos que esta.⁽⁷⁾ El ultrasonido permite visualizar nódulos de 1 mm de diámetro. Por otra parte la ecografía puede reconocer las características del nódulo (solido, quístico o mixto), su localización intra o extratiroidea, así como la existencia o no de anomalías en las estructuras vecinas. En

ocasiones, la ecografía permite guiar la técnica de PAAF del nódulo, así mismo, controlar su volumen durante en tratamiento con levotiroxina. Teniendo un gran poder de resolución, con una alta sensibilidad pero escasa especificidad. Los patrones de benignidad lo constituyen el hallazgo de un gran componente quístico, un halo hipoeocogénico rodeando al nódulo y presencia de calcificaciones periféricas. Por otro lado, los nódulos malignos son más irregulares e hipogénicos. Por ello, el aspecto sólido de un nódulo sugiere mayor riesgo de malignidad. No obstante aunque potencialmente las formas quísticas tienen menor riesgo de ser malignas, entre el 1 y el 7% de los nódulos quísticos o malignos.⁽⁵⁾

Gammagrafía

El gammagrama tiroideo es más costoso y menos específico que el ultrasonido en la detección de lesiones malignas. Según la ATA solo se recomienda la gammagrafía en caso de TSH suprimida para confirmar la presencia de nódulo hiperfuncionante; éstos nódulos calientes representan el 8% de los casos, y entre el 1-5% pueden ser malignos. Los nódulos hipocaptantes o fríos representan el 80- 85% de los nódulos tiroideos, resultando malignos del 10-15% de los

mismos. La gammagrafía tiroidea se utiliza además para descartar tejido tiroideo ectópico, bocio retroesternal o metástasis, ya que es el único estudio que permite la evaluación de la función tiroidea residual y la detección de áreas de tejido tiroideo funcionalmente autónomo.⁽¹¹⁾

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA

La introducción y el desarrollo de la PAAF como proceder de diagnóstico etiológico preoperatorio del nódulo tiroideo ha logrado alcanzar en algunos centros hasta el 95% de certeza diagnóstica, ha determinado que algunos investigadores duden de la necesidad de realizar la biopsia por congelación de forma rutinaria y la realizan sólo en determinadas situaciones.⁽¹⁾ La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es un método simple, rápido y económico para efectuar biopsias de tumores superficiales en la práctica clínica. Es bien aceptada por el paciente y sus complicaciones son mínimas. La BAAF es un método mínimamente invasivo con el que se obtiene material citológico que permite diferenciar en un gran porcentaje de casos una lesión neoplásica de otra que no lo es. Constituye la prueba de elección para valorar la naturaleza del nódulo

tiroideo. Elimina la necesidad de remoción quirúrgica de un nódulo al hacer un diagnóstico citológico, reduciendo el número de operaciones diagnósticas a menos del 50%. La BAAF debe ser realizada por personal entrenado y con aguja calibre 23-25 para evitar hemorragias y la obtención de muestras excesivamente hemorrágicas. En el 70% de los casos son benignas, en 10% resultan sospechosas y en 5% malignas. La BAAF detecta entidades malignas como cáncer papilar, cáncer medular, anaplásico, linfoma tiroideo y metástasis en el tiroides. No se puede detectar el cáncer folicular ni el de células de Hürthle.⁽³⁾

METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

Posterior a realizar una buena Historia Clínica y Examen Físico, así como exámenes de laboratorio e imágenes se seguirá el siguiente algoritmo.

CONCLUSIÓN

Los nódulos tiroideos son una patología frecuente en la población general, es importante tomar en cuenta que la mayoría son benignos, pero existe el riesgo de que aproximadamente el 5% sean malignos, en estos últimos el tratamiento inicial es la resección del tumor. Siendo de suma importancia la PAAF en la actualidad ya que permite establecer un diagnóstico citológico de la muestra para su adecuado manejo.

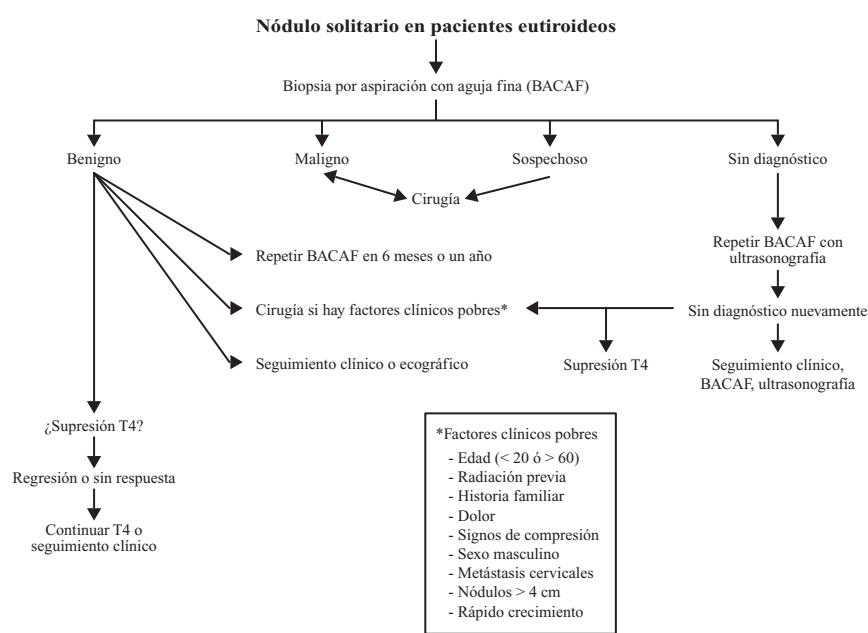


Fig1. Algoritmo de manejo de los pacientes con nódulo tiroideo, según el resultado de la BACAF (8)

RESUMEN

El nódulo tiroideo solitario es una entidad común siendo la mayoría benigno. Su principal manejo incluye descartar cuales son malignos y cuales benignos. El médico tendrá a su disposición distintos estudios diagnósticos entre ellos: la ecografía, gammagrafía y principalmente la biopsia por aspiración por aguja fina para su adecuando manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez, Martin Ernesto et al. Resultados de la Biopsia con aguja fina y de la biopsia por congelación en el diagnóstico del nódulo tiroideo informe preliminar. Rev Cubana Endocrinol 2000; 11(1):7-10.
2. Chala, Andres. Criterios ecográficos diagnósticos de neoplasia maligna en el nódulo tiroideo: correlación con la punción por aspiración con aguja fina y la anatomía patológica. Rev Colomb Cir. 2013;28:15-23.
3. Corena-Reyes et al. Biopsia por aspiración con aguja fina en nódulo tiroideo. Rev Med Hosp Gen Mex 2001; 64 (2): 76-80.
4. Fernández, Santiago et al. Caso Clínico Nódulo tiroideo en el niño: A propósito de un caso. BOL PEDIATR 2002; 42: 253-256.
5. Garagorri, J.M. Actitud ante los nódulos tiroideos. An Esp Pediatr 2002; 56 [Supl 4]: 62-67.
6. Hurtado, López Luis et al. Prevalencia de nódulo tiroideo en el valle de Mexico. Cir Cir 2011;79:114-117.
7. Lopez, Jose. El diagnóstico histológico de la patología tiroidea en biopsias guiadas por control ecográfico. REV ESP PATOL 2009; Vol 42, n.º 2: 97-106.
8. Pedroza, Audel. Manejo del nódulo tiroideo: revisión de la literatura. Rev Colomb Cir 2008;23(2):100-111.
9. Obregon, Guerrero Gabriela et al. Factores Asociados con malignidad en nódulos tiroideos. Cir Cir 2010;78:482-487.
10. Roman, Gonzalez Alejandro et al. Nódulo tiroideo, enfoque y manejo. Revisión de la literatura. Iatreia Vol. 26 (2): 197-206, abril-junio 2013.
11. Yajaira, Zerpa Maria et al. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo. Rev Venez Endocrinol Metab 2013; 11(2): 95-101.