

Nódulo Tiroideo - ¿Cuándo sospechar malignidad?

Dr. Francisco Guarda V. – Residente 2do año Medicina Interna

I. DEFINICIÓN: se define nódulo tiroideo (NT) como lesiones discretas dentro del parénquima tiroideo, radiológicamente distintas del parénquima circundante.

II. EPIDEMIOLOGÍA: es un problema frecuente en la práctica clínica del internista. Su incidencia varía según el método de pesquisa: por palpación, se describe alrededor de un 3-7% (cerca de un 50% de estos tienen otro nódulo por imagenología), mientras que por otros métodos, como ecografía tiroidea, se alcanza alrededor de un 76%. Este último valor es similar al descrito en estudios con necropsias, en que incidentalmente se evidencian nódulos en el parénquima tiroideo de pacientes fallecidos por otras causas. Es importante establecer que la incidencia de nódulos de etiología maligna en pacientes en que se encuentran nódulos por métodos como la ecografía es de alrededor de un 5%. Los NT son más comunes en personas de mayor edad, en mujeres, en aquellos expuestos a radiación y, excepcionalmente, en aquellos con déficit de yodo en su dieta habitual. La importancia de su búsqueda es la pesquisa de tumores malignos, los cuales tienen una incidencia que ha aumentado en los últimos 50 años, alcanzando un valor de alrededor de 17 por 100.000 mujeres (con una relación mujer:hombre de 3:1). La mortalidad por cáncer tiroideo es de alrededor de 0.5 por 100.000 personas, con una letalidad mayor en hombres.

III. ETIOLOGÍAS: son múltiples las patologías que pueden causar NT. Su pesquisa puede hacerse por múltiples vías, ya sea por el examen físico, como por imágenes solicitadas para estudio de otras patologías (Ecografías, CT cervicales, RM, PET-CT, RxTx, etc). Se pueden distinguir dos grupos:

BENIGNAS	MALIGNAS
Bocio Multinodular	Carcinoma Papilar
Tiroiditis Crónica	Carcinoma Folicular
Quistes coloideos	Carcinoma de Células de Hürthle
Adenomas foliculares	Carcinoma Anaplásico
Tiroiditis subagudas	Carcinoma Medular
	Linfoma primario de Tiroides
	Sarcomas, teratomas, otros
	Metástasis

IV. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS: El estudio de un NT debe incluir varios elementos.

- **ANAMNESIS:** son factores de riesgo las edades extremas (<14 o >70 años), sexo masculino, historia familiar de enfermedad tiroidea, haber recibido RT en cabeza y cuello, tasa de crecimiento de la lesión (especialmente lentas y progresivas), síntomas compresivos (raros en patología benigna: disfonía, disfagia, disnea). Se debe establecer si hay presencia de síntomas de hiper o hipofunción tiroidea y el uso de drogas o suplementos yodados que puedan explicar la aparición de las lesiones.
- **EXAMEN FÍSICO:** a pesar de su bajo rendimiento, las características del NT pueden aportar algunos datos, como su localización, consistencia, tamaño, grado de sensibilidad y si hay presencia de adenopatías.
- **LABORATORIO:** es importante determinar si hay hiper o hipofunción de la glándula. El uso de anticuerpos antitiroglobulina o niveles de tiroglobulina NO ayudan al diagnóstico, como tampoco la calcitonina, debido a la baja incidencia de carcinomas medulares (sólo solicitar si sospecha es alta).
- **IMÁGENES:**
 - Cintigrafía: en NT con TSH suprimida

- Elastografía: mide retracción elástica de los nódulos, siendo mayor el riesgo de aquellos con mayor consistencia
- Ecografía tiroidea: es el test más sensible y permite tanto diagnóstico como seguimiento. Es operador dependiente, por lo que es importante su realización por personal experimentado. La suma de características de malignidad son las que permiten determinar el mejor estudio a seguir. Existen algunos patrones ecográficos sugerentes de benignidad, como el esponjiforme, quístico o “en cáscara de huevo”. La presencia de alteraciones parenquimatosas compatibles con tiroiditis crónica no descartan que las lesiones puedan ser malignas.
- PUNCIÓN CON AGUJA FINA (PAAF): es un procedimiento de bajo riesgo que permite obtener muestras celulares que ayudan a la decisión terapéutica. Se sugiere en:
 - NT mayores de 1 cm
 - Cualquier tamaño con historia con factores de riesgo o con calcitonina elevada
 - Menores de 1 cm con signos ultrasonográficos de malignidad.
- ESTUDIO GENÉTICO: aún no disponible en forma extendida en nuestro país. Existen marcadores que permiten establecer la agresividad de las lesiones, como el gen BRAF.

Figura 1. Características ultrasonográficas del NT

Table 1 Thyroid nodule malignancy risk as assessed by ultrasound criteria		
Features	Low risk	High risk
Margins	Well defined	Poorly defined, extracapsular extension
Shape	Regular	Irregular
Microcalcifications	Absent	Present
Echogenicity	Isoechoic or hyperechoic, inhomogeneous	Hypoechoic
Structure	Cystic, spongiform or mixed	Solid
Color Doppler flow	Peripheral	Intranodular, chaotic
Pathologic lymph nodes	Absent	Present

V. TRATAMIENTO: Existen controversias sobre el tratamiento óptimo de algunas lesiones. Según los hallazgos de PAAF:

- Clase 1: no diagnóstico. Obliga a repuncionar para obtener suficiente muestra.
- Clase 2: benigno. Se puede realizar seguimiento y/o nueva PAAF en caso de crecimiento
- Clase 3: neoplasia folicular
- Clase 4: sospechoso
- Clase 5: positivo para células malignas

Tiroidectomía y Biopsia

Dentro del seguimiento, aunque no es avalado por las guías clínicas, el uso de levotiroxina en dosis bajas puede ser recomendado en pacientes jóvenes sin comorbilidades, con controles cada 6 o 12 meses para observar el comportamiento de las lesiones.

VI. CONCLUSIONES: Los NT son hallazgos frecuentes en la práctica clínica del Internista, por lo que su estudio y manejo debe ser conocido por todos. Como se puede apreciar en la figura 2, el estudio sigue un orden establecido, que permite minimizar el riesgo de subdiagnóstico de patologías graves.

VII. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

- CAMPUSANO C ET COLS. **Consenso de diagnóstico y manejo de los nódulos tiroideos no palpables.** Rev Méd Chile 2004; 132: 1249-1255
- POPOVENIUC G ET COLS. **Thyroid Nodules.** Med Clin N Am. 2012;96:329-349.
- COOPER DS. **Revised ATA management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer.** Thyroid. 2009;19(11):1167-1214

Figura 2. Algoritmo de estudio y manejo de NT.

