



Clínica cotidiana

¿Será malo el nódulo, doctor?

Julio Antonio Heras Hitos^a, Vanesa de la Cuesta Esteban^b

^aC.L. Villamanrique de Tajo (EAP Villarejo de Salvanes)

^bServicio de Urgencias. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Correspondencia: Email: julio.heras@gmail.com

INFORMACION DEL ARTICULO

On-line el 15 d Octubre de 2020

Palabras clave:

Nódulo Tiroideo, TI-RADS, Ecografía.

RESUMEN

El nódulo tiroideo es una lesión intratiroidea radiológicamente distinta al resto del parénquima tiroideo. En la mayoría de los casos es una alteración benigna, pero se debe descartar un proceso neoplásico subyacente, según características clínicas y ecográficas. La ecografía diagnóstica y facilita el seguimiento de los nódulos tiroideos, incluso se podría valorar pronóstico mediante escalas como El Sistema de Catalogación de Nódulos Tiroideos TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System). La Ecografía es accesible en Atención Primaria; es imperativo adquirir destrezas en la interpretación de hallazgos en la patología tiroidea que puedan mejorar el manejo y el discernimiento diagnóstico.

©Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
 Publicado por Ecosemg Galicia.

Doctor, Is the nodule bad?

ABSTRACT

Keywords:

Thyroid Nodule, TI-RADS, Ultrasound.

The thyroid nodule is an intrathyroid lesion radiologically different from the rest of the thyroid parenchyma. In most cases it is a benign alteration, but an underlying neoplastic process must be ruled out, according to clinical and echographic characteristics. Diagnostic ultrasound and facilitates the monitoring of thyroid nodules, even prognosis could be assessed using scales such as the Thyroid Imaging Reporting and Data System (TI-RADS Thyroid Nodule Cataloging System). Ultrasound is accessible in Primary Care; It is imperative to acquire skills in the interpretation of findings in thyroid disease that can improve management and diagnostic discernment.

Mujer de 53 años, con molestias en región cervical anterior alta de 3 meses de evolución, que inicialmente se atribuyeron a problemas odontogénicos. Progresivamente fue ampliando-

se la sintomatología, con tos y leves molestias con la deglución de líquidos y sólidos. Refería anorexia, astenia y pérdida de peso de 8 kilos en 3 meses, con insomnio que se asoció a una posi-

ble depresión reactiva por el reciente fallecimiento de su marido por un cáncer de esófago.

La paciente, sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, presentaba como antecedentes personales hipertensión arterial, dislipemia, migraña y taquicardia supraventricular en seguimiento por cardiología. Estaba en tratamiento con atenolol 50 mg, atorvastatina 60 mg, bromazepam 1,5 mg, rizatriptán 10 mg, sertralina 100 mg, tramadol/paracetamol, tryptizol 10 mg y zolpidem 10 mg. Destacaba a la exploración la aparición de adenopatías laterocervicales que en la última semana habían presentado aumento de tamaño, llegando a palpase adenopatías dolorosas de aproximadamente 1 cm de diámetro en regiones submandibular y laterocervical superior, de características móviles y consistencia dura.

Finalmente se apreció a la exploración un aumento del tamaño del lóbulo tiroideo izquierdo.

Como pruebas complementarias se solicitaron una analítica de sangre, que presentaba elevación del colesterol total (259 mg/dl) y LDL-colesterol (175 mg/dl) como únicos datos alterados. El perfil tiroideo se encontraba dentro de los valores normales. (TSH 3.01 mU/l), y una radiografía de tórax sin hallazgos significativos.

Como parte del estudio inicial del cuadro que presentaba la paciente se realizó ecografía cervical en Atención Primaria, en la cual se visualizaba heterogeneidad del parénquima tiroideo, con el hallazgo de un nódulo sólido de 3 cm con centro necrótico en el lóbulo tiroideo derecho (figura 1).

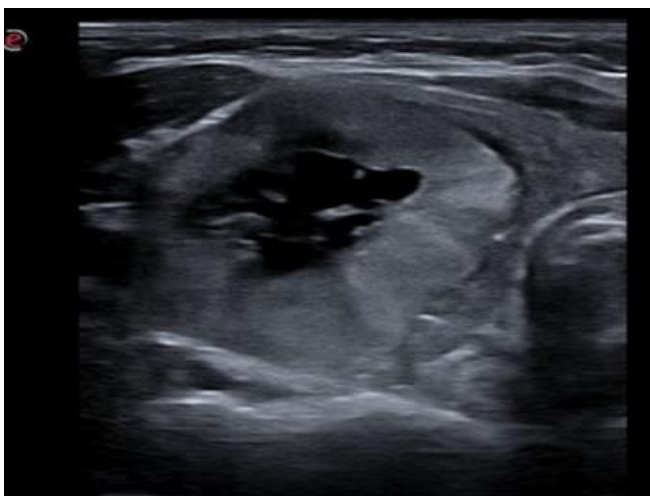


Figura 1. Nódulo sólido con centro necrótico en lóbulo tiroideo derecho

Se tomaron medidas de este nódulo siendo de 32x31x26 mm (figura 2), presentando captación vascular periférica. (figura 3)

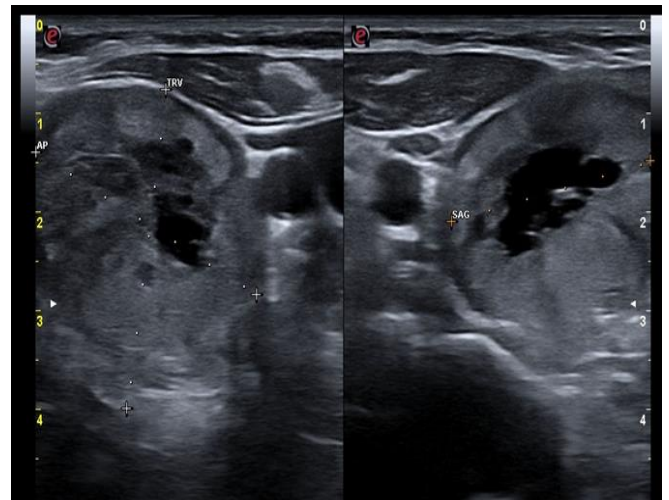


Figura 2. Medidas del nódulo tiroideo

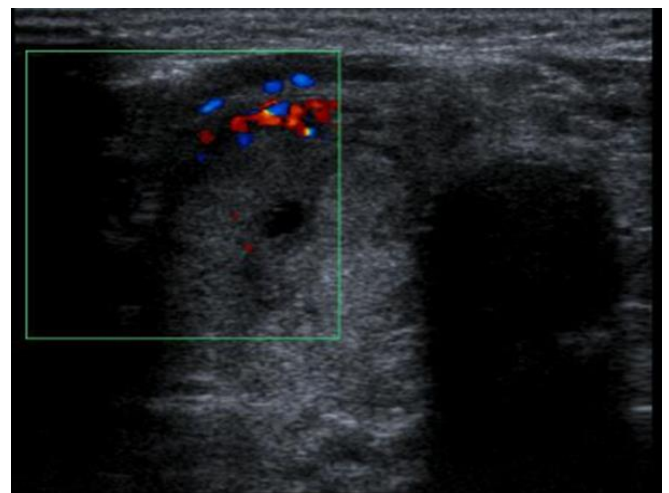


Figura 3. Captación vascular periférica

Por las características de este nódulo –nódulo sólido, con un centro necrótico, de tamaño mayor de 1 centímetro en un tiroides con visualización ecográfica de parénquima heterogéneo-, y el rápido crecimiento que refería la paciente, fue derivada de modo preferente a consultas para la realización de punción eco-guiada de la lesión (PAAF), la cual dio el siguiente resultado anatómo-patológico:

“Extendidos de fondo hemorrágico con células foliculares en grupos y placas, la mayor parte de hábito oncocítico (células de Hürthle) sin atípicas destacables, escaso coloide y leve cantidad de linfocitos maduros. Diagnóstico de atipia de significado indeterminado (categoría III de Bethesda)”.

Finalmente, tras el resultado de la PAAF, fue valorada por el servicio de endocrinología, que recomienda observación, con nuevo control analítico y ecográfico a los 6 meses.

COMENTARIO

La ecografía es una prueba accesible e incruenta que cada vez se realiza más, no sólo en Atención Primaria, sino también en los servicios de Urgencias, y a la cual debemos estar familiarizados tanto en la realización como en la interpretación de los resultados.

Cuando efectuamos una ecografía cervical debemos tener en cuenta una serie de datos:

- Parénquima tiroideo (homo o heterogéneo),
- Tamaño de la glándula tiroidea,
- Localización, tamaño y características de los nódulos (si es sólido o quístico, ver los márgenes, si hay calcificaciones, vascularización del nódulo y ver si es más alto que ancho),
- Presencia o no de ganglios cervicales.

Como se ha visto en este caso, la presencia de un nódulo tiroideo con determinadas características, tiene que hacernos sospechar malignidad del proceso, siendo estas las siguientes:

- Nódulo totalmente sólido,
- Hipoecoico respecto al parénquima tiroideo que lo rodea,
- Con microcalcificaciones, o calcificaciones en anillo con componente hipoecoico extrusivo en tejidos blandos,
- El diámetro mayor del nódulo es el vertical,
- Halo periférico grueso,
- Margen irregular, espiculado,
- Presencia de adenopatías cervicales patológicas.

A nuestra paciente tras la visualización ecográfica del nódulo se decidió realizar una PAAF. Aunque no se va a llevar a cabo desde Atención Primaria, deberíamos conocer las indicaciones de la misma para una mejor información y acompañamiento de nuestros pacientes.

La American Thyroid Association recomienda hacer una PAAF:

- Ante cualquier nódulo tiroideo, independientemente del tamaño que tenga – aunque los menores de 5 mm consideran que presentan mucha dificultad técnica para la biopsia-, que mediante la ecografía se vea:
 - o Localización subcapsular adyacente al nervio recurrente laríngeo o a la tráquea,
 - o Extensión extra-tiroidea,
 - o Calcificaciones espiculadas en el borde del nódulo,
 - o Asociado a nódulos linfáticos anómalos.
- En los nódulos de tamaño mayor de 1 cm que sean sólidos e hipoecoicos o que presenten algunas de las siguientes características ecográficas (estos casos presentan un riesgo estimado de malignidad del 70 al 90%):
 - o Bordes irregulares,
 - o Microcalcificaciones,
 - o Su mayor diámetro sea el vertical,
 - o Calcificaciones del borde.
- Si presentan algún criterio sugerente de bajo riesgo, como ser isoecoico, hiperecoico, o quístico-mixto, sin características sospechosas en el componente sólido, se realiza PAAF si su tamaño es mayor de 1,5 cm por su bajo riesgo estimado de malignidad, de 5-10%.
- A los nódulos espongiiformes si su tamaño es mayor de 2 cm.
- Sin embargo, los nódulos quísticos, no requieren PAAF.

Puesto que tras la PAAF, nuestra paciente recibió el siguiente resultado anatomo-patológico:

“Extendidos de fondo hemorrágico con células foliculares en grupos y placas, la mayor parte de hábito oncocítico (células de Hürthle) sin atípicas destacables, escaso coloide y leve cantidad de linfocitos maduros. Diagnóstico de atipia de significado indeterminado (categoría III de Bethesda)”,

debemos tener en cuenta lo que eso significa y su implicación.

La clasificación de Bethesda va a estar determinada por el resultado de la anatomía patológica:

- Bethesda I. Citología no diagnóstica, por ser una muestra inadecuada o insuficiente.
- Bethesda II. Citología benigna. Se suele hacer un seguimiento ecográfico cada 12 o 24 meses según el patrón ecográfico,
- Bethesda III. Citología con atipia o lesión folicular de significado incierto (ASI - LFSI). se puede optar por repetir la PAAF o complementar la evaluación del riesgo de malignidad con estudios moleculares,
- Bethesda IV. Citología con neoplasia folicular o sospecha de neoplasia folicular. En este grupo hay o bien conjuntos de células foliculares dispuestas en un patrón arquitectural alterado (apiñamiento celular y/o formación de microfóliculos) pero sin las características nucleares de carcinoma papilar, o bien compuestos casi exclusivamente de células oncocíticas (Hürthle). En este grupo se suele recomendar tiroidectomía diagnóstica,
- Bethesda V. Citología sospechosa de malignidad. Es indicación de cirugía,
- Bethesda VI. Citología maligna. Es un tumor primario o metastásico.^{1,2,3}

En nuestro caso, con el resultado de Bethesda III, decidieron observación y nuevo control a los 6 meses, pero, ¿es lo que se suele hacer?:

Los estudios indican que en la clasificación Bethesda, el grado III conlleva una mortalidad del 5-15%, y que la actitud es:

- Observación y seguimiento
- Volver a realizar la PAAF. En estos casos, un 20-25% de estas lesiones se volverán a clasificar en una segunda punción como AUS (atipia de significado incierto)/FLUS (lesión folicular de significado indeterminado), con riesgo de ser una lesión maligna de un 5-10%
- Cirugía.

En este supuesto (Bethesda III), la American

Thyroid Association no da una recomendación clara, sugiere ampliar la investigación con marcadores tumorales. Otros estudios, sin embargo, indican que serían las características clínicas y ecográficas de los nódulos, junto con los antecedentes familiares de cáncer tiroideo, lo que establecería la recomendación de cirugía como primera opción.^{4,5}

Así, además de la completa anamnesis realizada en nuestras consultas, podríamos valorar la utilización de una escala pronóstica de malignidad según los resultados ecográficos. Existen varias escalas validadas en el momento actual que, mediante la puntuación obtenida, clasifica los nódulos según su riesgo de malignidad.

Una de estas escalas es la TI-RADS, que, aunque tiene una baja sensibilidad, puede permitir diferenciar a los pacientes susceptibles de PAAF.^{6,7}

En esta escala, se otorga un punto por:

- Hipoecogenicidad,
- Microcalcificaciones,
- Nódulo parcialmente quístico con localización excéntrica del componente líquido y lobulación del componente sólido,
- Bordes irregulares
- Invasión del parénquima tiroideo perinodular,
- Nódulo más alto que ancho,
- Vascularización intranodal.

Se otorga un punto extra más, si hay ganglios linfáticos cervicales sospechosos.^{8,9,10}

De este modo, se obtendría un riesgo de malignidad:

PUNTOS	RIESGO DE MALIGNIDAD
1	10%
2	48%
3-4	85%
5 o más	100%

Así, se puede clasificar a los pacientes acorde a esta escala en:

- TI-RADS 1: Tiroides normal. Ninguna lesión nodular.
- TI-RADS 2: Patrón notoriamente benigno.

Nódulos benignos. Quistes simples, nódulos espongiiformes, macrocalcificaciones aisladas o hiperplasia nodular.

- TI-RADS 3: Nódulos probablemente benignos. No presenta signos ecográficos de alta sospecha. Nódulo parcialmente encapsulado con vascularización periférica.
- TI-RADS 4:
 - o 4a: Nódulos de identidad incierta. Sin signos de alta sospecha. Nódulos encapsulados parcialmente hipoecoicos.
 - o 4b: Nódulos sospechosos, con forma irregular, más altos que anchos, bordes irregulares, microcalcificaciones, hipoecoicos. 1 o 2 de los signos de la escala y sin que hay presencia de adenopatías sospechosas.
- TI-RADS 5: Nódulos probablemente malignos. Nódulos irregulares, más altos que anchos, bordes irregulares, microcalcificaciones, hipoecoicos. Más de 3 de los signos de la escala y/o con adenopatías sospechosas
- TI-RADS 6: Malignidad ya detectada por biopsia o punción^{12,13,14}

Los nódulos tiroideos que por ellos mismos no son ninguna enfermedad, sino la expresión de alguna de las patologías tiroideas- en muchas ocasiones son detectados de un modo fortuito, otras veces, a causa del tamaño o la localización, pueden provocar síntomas con frecuencia inespecíficos. Esto nos obliga a realizar un diagnóstico diferencial amplio y tener una alta sospecha para detectarlos.

En Atención Primaria disponemos de la ecografía para ayudarnos en este diagnóstico diferencial, lo que conlleva la responsabilidad del conocimiento de la interpretación ecográfica y estar familiarizados con los criterios de malignidad, con las clasificaciones existentes y con los diagnósticos anatómo-patológicos para informar a nuestros pacientes, y, de esta forma, aliviar la incertidumbre de esos momentos hasta el diagnóstico y tratamiento definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Riobó Serván P. (coord.) Guías de práctica clínica. American Thyroid Association. Volumen 5. 2016.
2. Montoro MA, García Pagán JC (editores). Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª edición. Jarpyo Editores S.A., 2012: 3-16.
3. Barrio Fernández L, Gutiérrez Sainz J, López Mallavia L, García Bada P et al. 160/1871. Una odinofagia poco común. Semergen. 2015; 41 (Espec Congr): 776
4. Poblete R, Morell L, Glacamán P, Saldías F. Evaluación del paciente que consulta por odinofagia en la unidad de emergencia. Revista chilena de medicina Intensiva. 2008; Vol 23 (1): 37-42
5. Trillo Fernández C (coord.). Guía Samfyc de ecografía en Atención Primaria SAMFyC 2013
6. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26(1):1.
7. Tang AL, Falciglia M, Yang H, Mark JR, Steward DL Validation of American Thyroid Association Ultrasound Risk Assessment of Thyroid Nodules Selected for Ultrasound Fine-Needle Aspiration. Thyroid. 2017;27(8):1077. Epub 2017 Jul 18
8. Rosmarin M, Urrutia MA, Blanc E, Macías M, Vera MI, Gómez M et al . Análisis de características clínicas y ecográficas de nódulos tiroideos con citología Bethesda III y su evolución. Rev. argent. endocrinol. metab. [Internet]. 2015 Mar [citado 2018 Ago 26] ; 52(1): 14-21. Disponible en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342015000100003&lng=es.
9. Cibas ES, Ali SZ. The Bethesda System for

- Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid* 19:1159-1165, 2009
10. American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer; Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, Mazzaferri EL, McIver B, Pacini F, Schlumberger M, Sherman SI, Steward DL, Tuttle RM. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 19:1167-1214, 2009
 11. Fernández Sánchez J. Clasificación TI-RADS de los nódulos tiroideos en base a una escala de puntuación modificada con respecto a los criterios ecográficos de malignidad. *Rev Argent Radiol.* 2014;78(3):138--148
 12. Franco Uliaque C, Pardo Berdún FJ, Laborada Herrero R, Pérez Lórenz C. Utilidad de la ecografía en la evaluación de los nódulos tiroideos. *Radiología.* 2016;58(5):380---388
 13. García-Moncó Fernández C, Serrano-Moreno, Donnay-Candil S, Carrero-Alvaro J. Estudio de correlación de los resultados histológicos con los hallazgos ecográficos en nódulos tiroideos. Clasificación TI-RADS. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018;65(4):206-212
 14. Wu M. Correlation Study between Combined Thyroid Imaging Report and Data System (TI-RADS) and Bethesda System for Thyroid Nodules - An Interventional Cytopathologist's Experience. *Journal of the American Society of Cytopathology*, Volume 6 (5):67 - S68