

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento del Nódulo Tiroideo

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-354-09**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

E04.1 Nódulo Tiroideo Solitario No Tóxico

GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Nódulo Tiroideo en Adultos

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Nódulo tiroideo, se refiere a la presencia de una o más lesiones focales que sean palpables o visibles en estudio de imagen y que difieren de la estructura del parénquima tiroideo.

DIAGNÓSTICO

El abordaje diagnóstico inicial de un nódulo tiroideo está destinado a descartar la posibilidad de lesión maligna.

El primer paso tras el descubrimiento de un nódulo tiroideo es realizar la historia clínica y examen físico. Las edades extremas de la vida hacen más posible la presencia de un cáncer. Otros factores que pueden orientar a proceso maligno son: antecedente familiar de cáncer tiroideo, NEM 2, radiación de cabeza y cuello, crecimiento rápido, fijo, presencia de adenopatías cervicales.

LABORATORIO Y GABINETE.

El mínimo necesario requerido es la medición de TSH sérica. La TSH alta o baja se asocia a mayor riesgo de malignidad. La presencia de un nódulo en contexto de un hipertiroidismo puede corresponder a un adenoma tóxico pero en el caso de la Enfermedad de Graves, la posibilidad de alojar un cáncer es mayor.

El ultrasonido representa una herramienta útil en la evaluación diagnóstica; ante la presencia de al menos dos criterios sonográficos "sospechosos" de malignidad como microcalcificaciones, hipervascularidad central o bordes irregulares, se deberá someter a la biopsia con aguja fina.

La centellografía tiroidea se limita para aquellos casos con TSH baja o suprimida, lo cual permitirá encontrar nódulos hiperfuncionantes (autónomos) que disminuyen, pero no descartan la posibilidad de cáncer. Otros estudios de imagen como Tomografía axial computada o resonancia magnética no se utilizan de manera rutinaria, sólo en casos excepcionales como en bocio intratorácico.

PUNCIÓN BIÓPSICA CON AGUJA FINA

Representa el estudio más importante en la evaluación y debe realizarse en todo nódulo > 1 cm o ≤ 1 cm si existen elementos clínicos de alta sospecha de malignidad. Útil para dilucidar naturaleza de la lesión. Es la prueba diagnóstica de primera elección para el diagnóstico diferencial, aunque tiene limitaciones inherentes a una muestra inadecuada (los mínimos necesarios para establecer una muestra como adecuada y se pueda evaluar correctamente son: tener al menos 6 grupos de células epiteliales foliculares, de 10 o más células

cada uno en 2 preparaciones consecutivas) y la sensibilidad del método depende en gran medida de la experiencia del citólogo. La punción puede realizarse a “ciegas” en caso de un nódulo palpable sin embargo, se recomienda hacerlo guiado por ultrasonido. La inmunoquímica con presuntos marcadores de la neoplasia no es suficientemente sensible ni específica, ejemplo de estos son la galectina-3, telomerasa, HBME-3, incluso más recientemente las mutaciones del gen BRAF que se ha utilizado para estratificación de riesgo, predicción de recurrencia, agresividad y a metástasis.

El diagnóstico correcto sólo puede obtenerse mediante la histología

TRATAMIENTO

La supresión de TSH con levotiroxina es una opción terapéutica controversial para reducir el tamaño de la glándula, volumen del nódulo o evitar el crecimiento de nuevos nódulos. La eficacia en disminuir >50% el volumen, se logra en 20% de los casos. Debe tenerse en cuenta los efectos adversos propios de la hormona tiroidea, cuando se prolonga la supresión, principalmente la presencia de arritmias y en el caso de mujeres postmenopáusicas, la disminución de la densidad ósea.

La cirugía debe realizarse en todos los casos con reporte por biopsia de cáncer o “sospechosos”, y debe ser realizada por cirujanos expertos en cabeza y cuello o cirujano oncólogo.

El tratamiento con radioyodo se limitará a los casos con hipertirodismo y nódulo inferior a los 3 cm. El objetivo inicial en estos casos es lograr el eutirodismo clínico y bioquímico.

Solo en casos en que la cirugía este contraindicada, se plantea como alternativa la inyección percutánea con etanol.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Para aquellos nódulos con reporte de benignidad se limitará la vigilancia del mismo mediante clínica y ultrasonido por el endocrinólogo de 2º. Nivel, evaluando asimismo función tiroidea con determinación de TSH sérica. En caso de resolución quirúrgica en Hospital de 3er nivel de atención por servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello se llevará a cabo el seguimiento teniendo en cuenta que las posibilidades de complicaciones son muy bajas. El tratamiento con radioyodo sólo debe aplicarse en centros adecuadamente equipados para este fin. El objetivo de la ablación tiroidea es destruir todo residuo de tiroides en el lecho tiroideo y se aplicará en los casos indicados de acuerdo al grupo de riesgo. Sin complicaciones, se vigilará la función tiroidea y en los casos sin enfermedad residual, se enviará a su Hospital de Zona para seguimiento tanto por el servicio de Cirugía General como por Endocrinología. Para aquellos casos de “incidentalomas” se evaluará cada 6-12 meses, en casos de ausencia de factores de riesgo para malignidad, en el transcurso del tiempo, si hay crecimiento o datos sugestivos o sospechosos de malignidad por ultrasonido se someterá a biopsia con aguja fina y posterior resolución quirúrgica de ser necesario

ALGORITMO

