



Nódulos tiroideos

Pautas para su detección, diagnóstico y tratamiento.



Dra. Estefanía Boyer Duck

Texto: Dra. Estefanía Boyer Duck
Directora General de Tiroides México
Cirugía laparoscópica | Cirujana de cabeza y cuello

¿Qué es la Tiroides?

Se trata de una glándula en forma de mariposa, se encuentra en la parte delantera del cuello, frente a la tráquea. Su trabajo es formar hormonas tiroideas, llevarlas a todos los tejidos del cuerpo, ya que dependen de éstas para su adecuado funcionamiento. Las hormonas ayudan al cuerpo a utilizar energía, mantener la temperatura corporal y a que el cerebro, corazón, músculos y otros órganos funcionen con normalidad.

¿Qué es un Nódulo Tiroideo?

Se refiere a cualquier crecimiento anormal de las células tiroideas que forman un tumor dentro de la tiroides. Aunque la gran mayoría de éstos son benignos (no cancerosos), una pequeña proporción sí contienen células malignas. La mayoría requieren de evaluación profunda para diagnosticar y clasificarlos para poder tratar el cáncer de tiroides en los estadios más tempranos.

¿Causa algún Síntoma?

Normalmente son asintomáticos; se pueden descubrir durante la exploración física de tu médico, al verse en el espejo, al ver fotografías, ver que las camisas o corbatas ya no les quedan; en estudios de forma incidental (por otras causas) como en ultrasonidos o tomografías. Puede realizarse un perfil tiroideo; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, éste saldrá normal; pero en otras, pueden causar elevación o disminución de la hormona estimulante de tiroides (TSH). Cuando el nódulo es muy grande, puede causar síntomas de compresión como sería dificultad al deglutir los alimentos, ya sean sólidos o líquidos; cambios en la voz y al momento de presentar éste síntoma hay que tener alta sospecha de malignidad por invasión al nervio laríngeo recurrente (cuerdas vocales).

¿Cuál es la causa de los Nódulos Tiroideos?

Hasta el 60% de la población tiene nódulos, al realizarse estudios de imagen (ultrasonido, tomografía, etc), pero solamente el 5% de éstos nódulos llegan a ser malignos. El riesgo de tener nódulos aumenta con la edad (mayores de 40 años).

Evaluación inicial

Es necesario un ultrasonido de cuello y evaluación de factores de riesgos (radiación durante la infancia o adolescencia, historia familiar de cáncer de tiroides o síndromes familiares con predisposición a éste cáncer), explorar las características del tumor, por ejemplo: si éste es de crecimiento rápido, si se encuentra fijo a los tejidos del cuello, si es de consistencia dura, así como si presenta crecimiento de ganglios linfáticos; son focos rojos que requieren de un análisis.

Ultrasonido de Cuello

Éste estudio, no necesita ningún tipo de preparación y es indoloro. La glándula se encuentra superficial en el cuello, por lo que se pueden obtener imágenes de calidad para estudiar el nódulo y estimar su riesgo de malignidad. Se clasifica de acuerdo a un sistema llamado "TIRADS" que evalúa las características morfológicas del nódulo.

ACT TI-RADS

Tabla para clasificación del nódulo por medio de ultrasonido. Dependiendo de la suma de puntos que resulte, se indicará o no proceder con la realización de una biopsia.



¿Cómo es la Biopsia de Tiroides?

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), es el estudio a seguir después de una imagen sospechosa en tiroides (conforme a la clasificación de TIRADS). Se coloca anestesia local y posteriormente, se realiza una punción guiada por ultrasonido con una aguja muy delgada dirigida al nódulo sospechoso. El tejido obtenido es revisado al momento por un patólogo, para evaluar que la muestra sea suficiente para un diagnóstico que se obtendrá a las 72 horas. Para tu preparación deberás evitar el consumo de anticoagulantes (enoxaparina o warfarina), analgésicos (ketorolaco, diclofenaco o naproxeno) o aspirina durante una semana previa, ya que estos, aumentan el riesgo de sangrado. En caso de presentar dolor de algún tipo antes de la biopsia, podrías tomar paracetamol. Posterior a la biopsia, si presentas dolor, puedes colocar hielo sobre la zona y tomar paracetamol, aunque en la mayoría de las ocasiones no es necesario y podrás reanudar tus actividades. El procedimiento se realiza en el consultorio, es de muy bajo riesgo y se realiza por la doctora (experta en el área) con duración de dos horas.

¿Qué esperar de la Biopsia?

Durante la anestesia local, sentirás un pequeño piquete al introducir la aguja y al momento de administrar la anestesia se siente un ligero ardor. Durante la biopsia habrá palpación indolora. Es esperado que se haga un pequeño moretón en la zona de la punción al día siguiente. No es necesario el ayuno, ni asistir con acompañante; únicamente, no debes realizar esfuerzos los dos días siguientes de la biopsia.

BETHESDA	RIESGO DE CÁNCER	CONDUCTA
I: No Diagnóstica o insatisfactoria	1-4%	Repetir la BAAF
II: Benigna	0-3%	Seguimiento
III: Lesión folicular o de significado incierto	5-15%	Repetir BAAF / estudio molecular / hemitiroidectomía
IV: Neoplasia folicular	15-30%	Repetir BAAF / estudio molecular / hemitiroidectomía
V: Sospecha de malignidad	60-75%	Tiroidectomía
VI: Malignidad	97-99%	Tiroidectomía

¿Cuál es el tratamiento?

Depende de qué resultado de Bethesda obtengas:

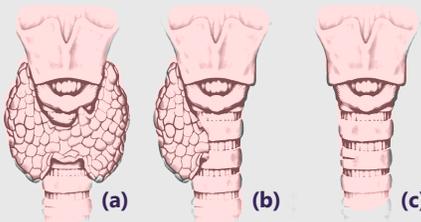
Bethesda I: se debe repetir la biopsia hasta obtener material suficiente para su estudio.

Bethesda II: se requiere seguimiento y realizar otro ultrasonido en seis meses para evaluar el nódulo, de seguir igual, se puede valorar el alta.

Bethesda III o IV: sin nódulos en el otro lado de la tiroides, se realiza hemitiroidectomía, eso significa quitar solo el lado enfermo de la tiroides, **(b)**, se envía a estudio transoperatorio, el patólogo lo revisa mientras estamos en la cirugía, si es benigno y no encuentra cáncer en la muestra de tiroides se termina la cirugía y no es necesario retirar la otra mitad; si durante la revisión del patólogo encuentra células sospechosas de cáncer se opta por retirar la otra mitad de la tiroides, o tiroidectomía total **(c)**.

Bethesda V: se debe realizar cirugía, tiroidectomía total **(c)**.

Bethesda VI: se debe realizar cirugía, tiroidectomía total **(c)**. La extensión de la cirugía depende de si hay o no ganglios con actividad tumoral o no.



Si en el ultrasonido previo a la cirugía se encuentra afección a ganglios linfáticos del cuello, se tendrán que retirar los ganglios del lado afectado, ya sea el lado derecho, izquierdo, ambos o nivel central.

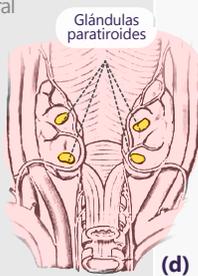
¿Existen Complicaciones de la Cirugía?

• **Hipoparatiroidismo transitorio o permanente:** detrás de la tiroides se encuentran las cuatro glándulas paratiroides **(d)** (dos de cada lado), encargadas de regular el calcio en el organismo. Al momento de realizar la tiroidectomía o hemitiroidectomía, éstas glándulas se respetan y se despegan de la tiroides, dejándolas en su lugar. Posterior a la cirugía, el paciente puede presentar datos de descenso del calcio de forma clínica al presentar calambres en la boca, manos, pies o puede ser únicamente notable en laboratorio, ya que se toman controles posterior a la cirugía. Dependiendo de las cifras se requerirá reponer de forma oral o intravenosa el calcio. Esto puede ser temporal y rara vez de forma permanente. Para evitar esta complicación se identifican las cuatro paratiroides durante la resección.

- **Disfonía:** Para evitar esto, se utiliza neuromonitoreo, el cual ayuda a identificar la cercanía del nervio y su integridad, al igual que durante toda la cirugía se ve de forma directa el nervio.

- **Infección de herida quirúrgica:** para evitar esto se utiliza antibiótico.

- **Sangrado:** se utilizan aparatos especiales para realizar el sellado de los vasos sanguíneos y se valora al paciente, previo a la cirugía, para entrar en las condiciones óptimas.



¿Qué pasa al retirar toda la Tiroides?

Existen pastillas que sustituyen la función de la tiroides y se toman todos los días. Se debe tener un control y seguimiento para llegar a la dosis adecuada. La cicatriz se realiza en un pliegue natural del cuello, si cuidas la herida y sigues las indicaciones, la cicatriz puede ser casi imperceptible.

Tipos de Cirugía

- **Hemitiroidectomía:** consiste en resecar solamente media glandula. Dependiendo de cada caso, se puede dar o no sustitución hormonal con medicamento posterior a la cirugía.

- **Tiroidectomía total:** se reseca toda la glandula tiroides. Posterior al procedimiento, se requiere sustitución hormonal con medicamento.

Tipos de Cicatriz

- **Visible (e):** aproximadamente de cinco centímetros en un pliegue del cuello, posterior a realizar la incisión en piel se separa la grasa y los músculos delante de la tiroides. Se identifican las glándulas paratiroides, las cuales se respetan y se dejan en su lugar. Con un aparato especial se realiza un corte y sellado de los vasos sanguíneos, mientras se identifica el nervio laríngeo recurrente a través de visión directa y mediante el dispositivo de "neuromonitoreo"; se identifica también el nervio laríngeo superior, se continúa con la disección de la glándula del lado afectado o la totalidad de ella; una vez fuera la glándula, se corrobora la integridad de ambos nervios, se corrobora que no exista sangrado y se procede a cerrar. Se retira la sutura al día siete.

- **No visible / cirugía transoral (f):** se realizan 3 incisiones, (de 1cm, y de 0.5cm) por dentro de la boca, en el labio inferior, se infla con CO2 el cuello, para generar espacio, se realiza incisión de los músculos delante de la tiroides y posteriormente, se utiliza el neuromonitoreo para identificar el nervio laríngeo recurrente y laríngeo superior, se identifican y respetan las paratiroides y se procede a diseccionar y extraer la tiroides, se introduce en una bolsa de grado médico, y se extrae por la incisión de 1cm, se verifica que no exista sangrado y se cierran los músculos que estan delante de la tiroides. Se saca el gas y se cierra la parte interna del labio con sutura autoabsorbente. Se requiere el uso de una mentonera por una semana para generar presión y ayudar a que se "adhieran" los tejidos. Mantener una adecuada higiene bucal y utilizar enjuague. Habrá moretones temporales en la primer semana.

***Nota: Se evalúa previamente si el paciente es candidato a cirugía transoral. Enfermedad benigna o microcarcinoma (tumor maligno menor a un centímetro), tumor benigno menor de seis centímetros. No son candidatos pacientes que hayan recibido radiación en el cuello, requieran disección de niveles ganglionares, tumor maligno mayor a un centímetro, tumor maligno que no sea del tipo papilar.

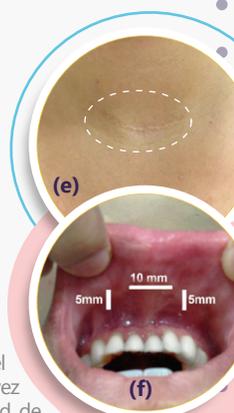
Cuidados posteriores a la Cirugía

- No exponer la herida al sol y nada de esfuerzo físico, principalmente la parte superior del cuello.

- Tomar analgésicos los siguientes cinco días. Se realizará un control de laboratorio para valorar los niveles de calcio (tiroidectomía total).

- Realizar ejercicios respiratorios, también mantener la movilidad de la cabeza hacia los lados para no causar contractura muscular.

- Se hará revisión y retiro de puntos en siete días.



Descarga éste y más contenido sobre nuestros servicios médicos



@draboyer
(+52) 56.27.35.95.44
(+55) 55.68.00.20

Hospital Ángeles Pedregal.

Camino a Santa Teresa 1055, Consultorio PB 03. Torre de Consultorios. Colonia Héroes de Padierna, Alcaldía Magdalena Contreras. C.P. 10700, CDMX, México.

Hospital Médica Sur.

Puente de Piedra 150, Torre 2, Consultorio 217. Colonia Toriello Guerra, Alcaldía Tlalpan C.P. 14050, CDMX, México.

consulta@tiroides-mexico.com
tiroides.mexico@gmail.com
estefaniaboyerduck@gmail.com

www.tiroides-mexico.com

