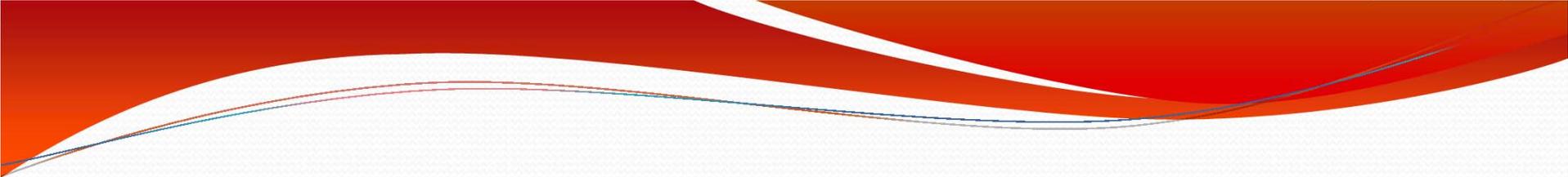


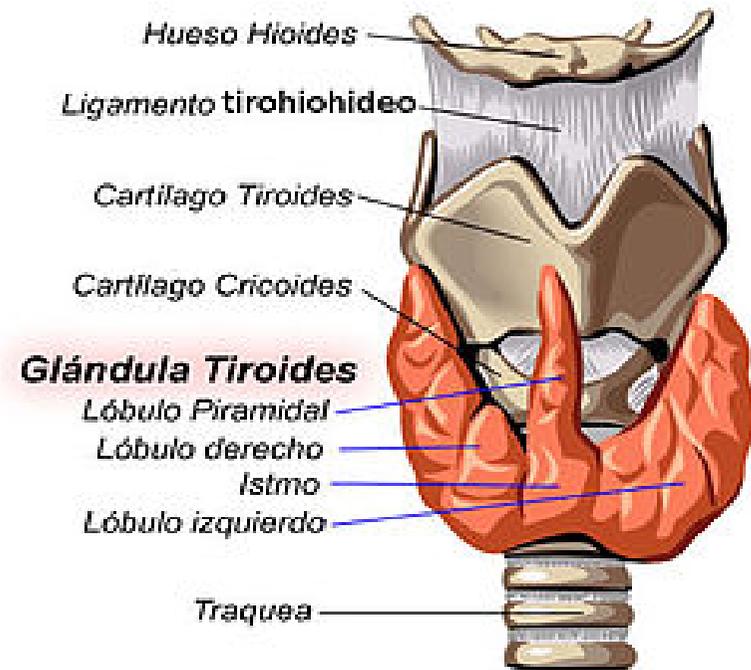
A PROPÓSITO DE ...

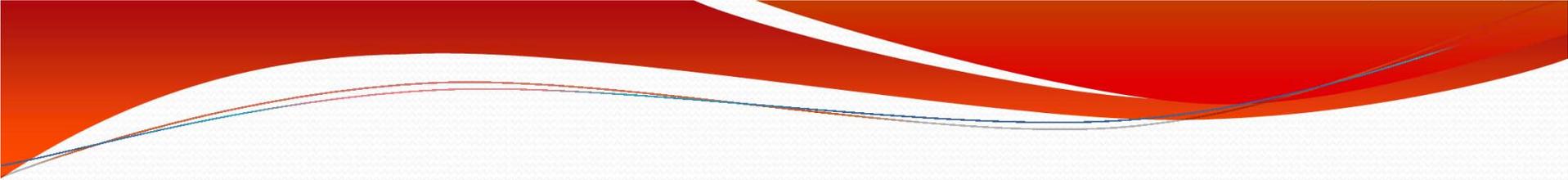






- 
- Mujer 37 años.
 - No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos.
 - No antecedentes personales de interés.
 - Antecedentes familiares:
 - abuela
 - hermano: hipotiroidismo primario
 - No tratamiento habitual.



- 
- Analítica: TSH < 0.01; T₄I 1.7 ng/dl; T₃I 6.2 pg/ML; Ac. Antiperoxidasa (TPO) 43 U/ml.
 - Ecografía: “LTD: imagen quística de 5 mm sugestiva de quiste simple. LTI: quiste sólido con contenido heterogéneo que ocupa la totalidad del lóbulo”.

PROTOCOLO ESTUDIO FUNCIÓN TIROIDEA Y ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA EN ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA LA CORUÑA

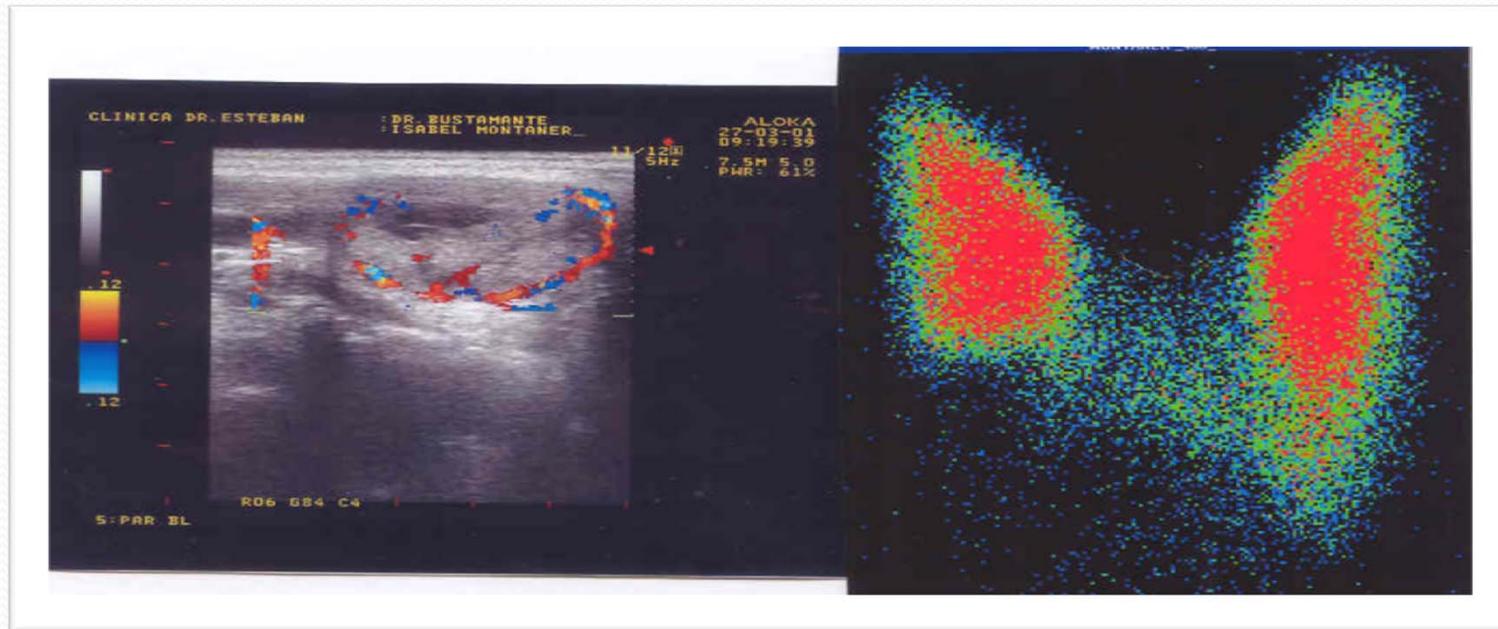
- Nódulo/s palpable/s o hallazgo casual nódulos en otra prueba de imagen → HC, EF, TSH ...
- ¡No solicite más pruebas! Específicamente NO SOLICITE ECOGRAFÍA TIROIDEA porque:
 1. NO SIEMPRE ESTÁ INDICADA.
 2. Aún cuando esté indicada tiene demora.
 3. El endocrino decidirá si debe solicitarse, se hace en el mismo acto de punción o si se deben hacer otras pruebas antes.

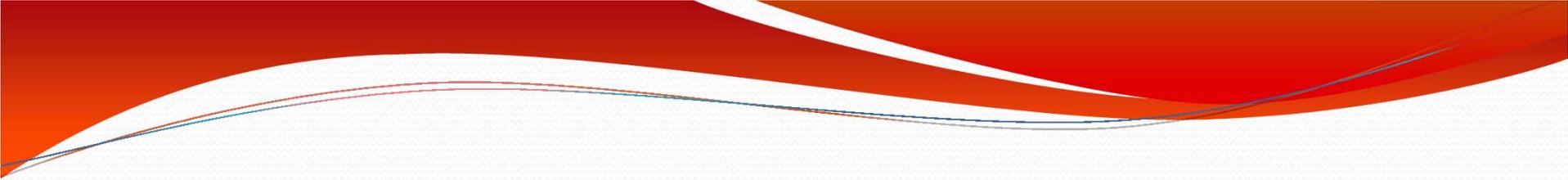
Actitud recomendada en el seguimiento de nódulos tiroideos

- Repetir ecografía (a los 12-18 meses):
 1. No aumento significativo tamaño* ni cambio características ecográficas → repetir ecografía en 3-5 años → No aumento significativo de tamaño ni cambio características ecográficas → seguimiento clínico (fx tiroidea).
 2. Aumento significativo tamaño o cambio caract ecográficas → Endocrinología.

*aumento del vl >50% o aumento en al menos dos dimensiones > 20%.

- IC Endocrinología: gammagrafía tiroidea → nódulo hipofuncionante/frío izquierdo.
- IC ORL.



- 
- Mayo/15: *Hemitiroidectomía izquierda + Ismectomía*
(anatomía patológica: “**microcarcinoma papilar de 0.1 cm** de diámetro de arquitectura folicular y citomorfología clásica ...”).
 - Diciembre/15: PAAF nódulo LTD (extendidos no diagnósticos/insatisfactorios: celularidad insuficiente. Categoría I de Bethesda).

- Febrero/16: *Hemitiroidectomía derecha* (totalización).
- Marzo/16: Levotiroxina 100 mcg/24 horas.



CÁNCER DE TIROIDES

Diferenciados:

- Papilar (PTC)
- Folicular (FTC)

Poco diferenciados:

- Anaplásico
- Medular

PTC

- Más frecuente. 70-90%.
- Incidencia → eco y PAAF.
- Frecuencia 2:1

Factores de riesgo:

- Edad <20 años ó > 45 años.
- Sexo femenino.
- Nódulo =/> 4 cm.
- Invasión local o ganglionar y/o metastásica.
- Exposición a radiación en la infancia.
- Hª familiar de cáncer tiroideo.

Diagnóstico:

- *EF* (de sospecha).
- *Ecografía tiroidea.*

Criterios ecográficos de malignidad:

- nódulo sólido asociado a hipoecogenicidad.
- microcalcificaciones.
- halo incompleto.
- bordes irregulares/mal definidos.
- vascularización de predominio central.
- adenopatías.

Diagnóstico:

- *PAAF* → nódulo > 1 cm hipofuncionante.

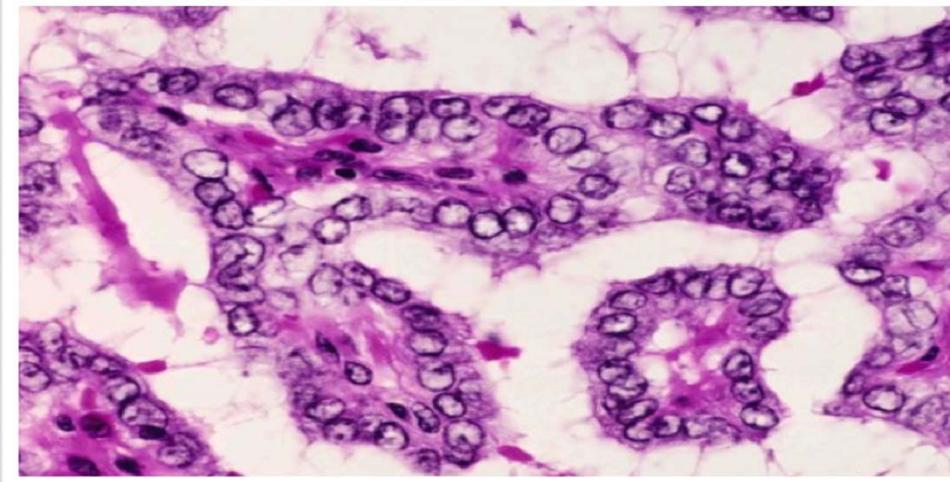
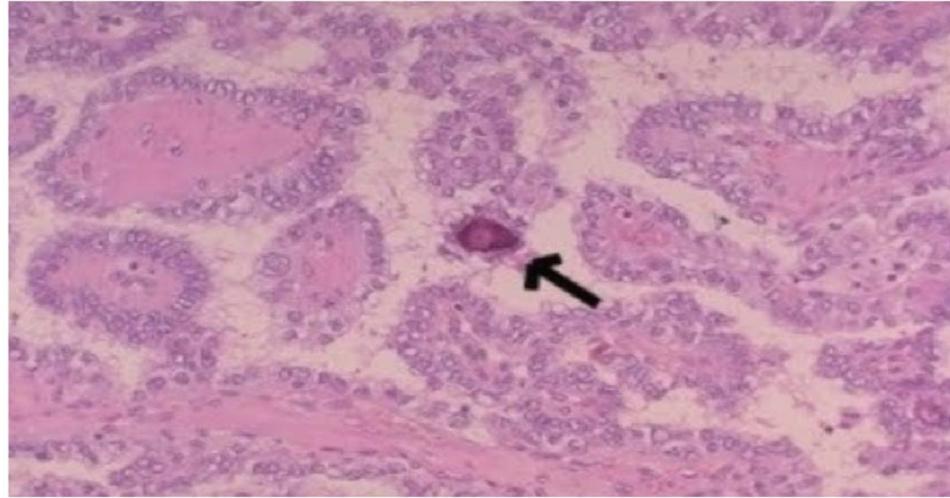
Tabla 2. Clasificación citológica de la PAAF

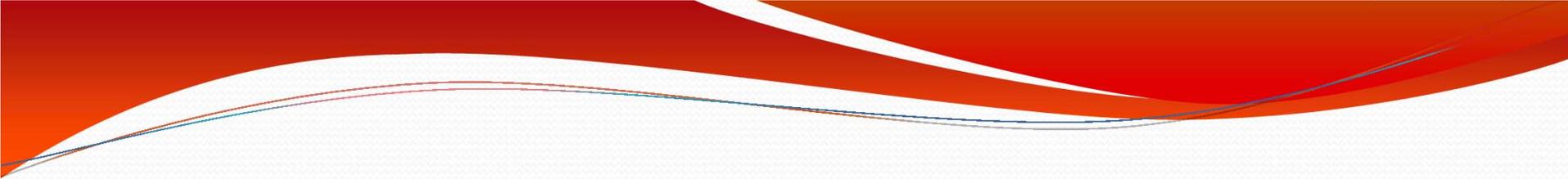
| Resultado de PAAF | Significado | Riesgo malignidad |
|--|--|-------------------|
| No diagnóstica | No recoge criterios histológicos válidos para muestra adecuada* | |
| Benigna | Nódulos macrofoliculares o adenomatosos/hiperplásicos, adenomas coloides y la tiroiditis de Hashimoto | <1% |
| Lesión folicular o atipia de significación indeterminada | Lesiones con atipia nuclear leve, o nódulos mixtos macro y microfoliculares, o lesiones con extensos cambios oncocíticos (células de Hürtle); o muestras que se fijan pobremente, o sanguinolentas | 5-32% |
| Neoplasia folicular | Nódulos microfoliculares | 15-25% |
| Sospecha malignidad | Aspirados con algunas características de cáncer papilar de tiroides, pero no concluyentes | 0-75% |
| Malignidad | Cáncer papilar, anaplásico, medular, linfoma tiroideo y metástasis | >95% |

Diagnóstico:

- *Estudio histológico de la pieza quirúrgica:* no capsulado, quístico, procede del epitelio folicular: estructuras papilares y foliculares. Cuerpos de Psamoma. “Ojos de anita la huerfanita”.
- TC, RM o PET.

- Subtipos:
 - folicular.
 - células-tall.
 - otros.



- 
- Multifocal.
 - Invasión local tiroides y extensión a estructuras adyacentes.
 - Diseminación linfática.

| Estadio | Papilar o Folicular | |
|---------|------------------------------|---|
| | Paciente menor de 45 años | Paciente mayor de 45 años |
| I | Cualquier T, Cualquier N, M0 | T1a, T1b, N0, M0 |
| II | Cualquier T, Cualquier N, M1 | T2, N0, M0 |
| III | | T3, N0, M0 T1, N1a, M0 T2, N1a, M0 T3, N1a, M0 |
| IVa | | T4a N0, M0 T4a, N1a, M0 T1, N1b, M0 T2, N1b, M0 T3, N1b, M0 T4a, N1b, M0 |
| IVb | | T4b, Cualquier N, M0 |
| IVc | | Cualquier T y/o N, M1 |

- “Sistema de estadificación del American Joint Committee on Cancer para los cánceres de tiroides utilizando la clasificación TNM”

Pronóstico:

- Estadio I o II (> 80%) ± supervivencia prevista.
- Estadio IV (1%).

Tasas de supervivencia:

- PTC: 93% a los 10 años.
- FTC: 85%.
- MTC: 75%.
- ATC: 14%.

Cáncer papilar, cohorte de 1851 pacientes. I, 1107 (60%); II, 408 (22%); III, 312 (17%); IV, 24 (1%), n=1185. Adaptada de PR Larsen et al: William's Textbook of Endocrinology, 9th ed, JD Wilson et al (eds.). Philadelphia Saunders, 1998).

FTC

- 10%. Más frecuente en regiones con déficit de yodo.
- Diagnóstico: PAAF? (invasión cápsula o vasos)
-capsulado, derivado del epitelio folicular.
- Diseminación hematológica.
- > tasa de mortalidad → > % estadio IV.

TRATAMIENTO

1. CIRUGÍA → Tiroidectomía total si:

- tumor primario \geq 1 cm.
- extensión extratiroidea del tumor.
- metástasis.
- h^a radiación de cabeza y cuello.
- h^a familiar de cáncer tiroideo.

Complicaciones quirúrgicas:

- Hipotiroidismo iatrogénico.
- < 2% parálisis nervios laríngeos.
- < 2% hipoparatiroidismo primario a los 3 meses (33% período postquirúrgico).

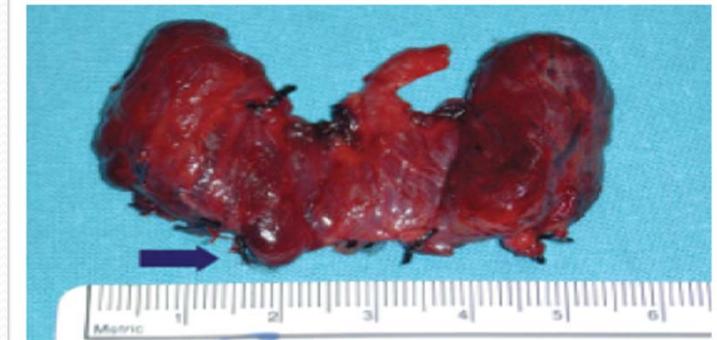


Figura 5. Pieza definitiva del tiroides donde se observa macroscópicamente un pequeño nódulo en el lóbulo derecho.
Figure 5. Definitive thyroid specimen. Small nodule can be viewed macroscopically on right lobe.

2. ABLACIÓN CON I₁₃₁ → eliminar el tiroides normal restante, tratar las células tumorales residuales, y para facilitar el seguimiento mediante gammagrafía.

Indicado:

-PTC > 4 cm sin FR o > 1 cm con FR.

-diseminación linfática.

-metástasis a distancia.

-FTC.

NO INDICACIÓN:

Tumor unifocal =/< 1cm sin FR

Tumor multifocal (focos =/< 1cm) sin FR

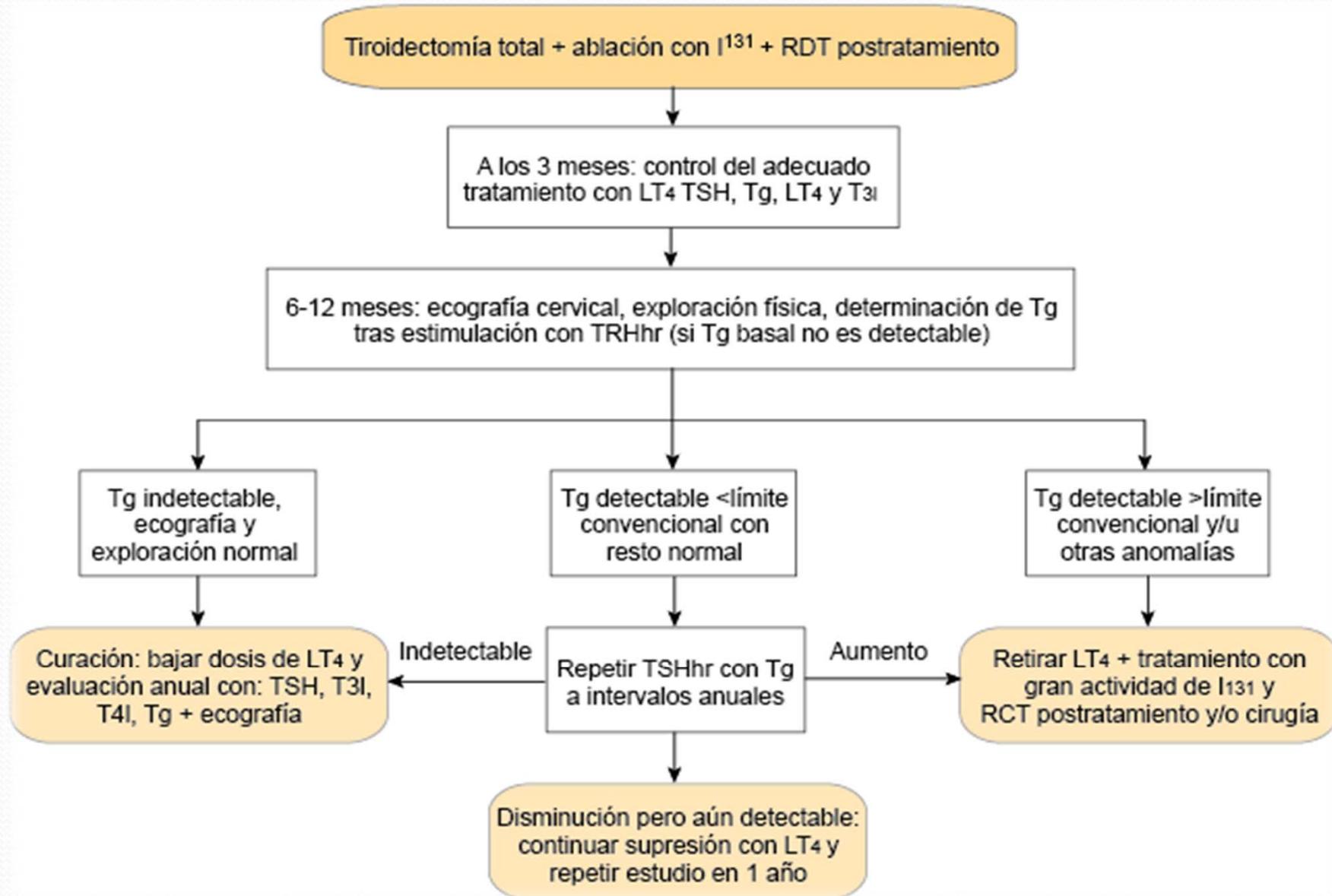
3. SUPRESIÓN TSH → Levotiroxina.

-bajo R de recivida → TSH (0.1-0.5 mU/L)

-alto R/enfermedad metastásica → TSH < 0.1 mU/L

Seguimiento

- EF.
- Analítica (Tiroglobulina sérica).
- Ecografía tiroidea.





Lidia Ferreiro Vigo
MIR IV-C. S. Elviña
29 Abril 2016