RESULTADOS DE LA REUNIÓN DE CONSENSO SOBRE EL MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO

EN LOS SERVICIOS DE CABEZA Y CUELLO DE LOS HOSPITALES ONCOLÓGICOS DE VENEZUELA

MIGUEL RUIZ

COORDINADOR DE LA MESA DE TRABAJO SOBRE EL MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO

El pasado de 5 de abril de 2003, se realizó el Primer Encuentro de los Servicios de Cabeza y Cuello de los Hospitales Oncológicos del país (Instituto de Oncología Luis Razetti, Hospital Oncológico Padre Machado, de Caracas y, el Instituto de Oncología Miguel Pérez Carreño, de Valencia).

En el marco de ese encuentro se realizó una primera discusión de consenso sobre el Manejo del Nódulo Tiroideo. Los panelistas fueron: el Dr. Edgar Brito, del Instituto de Oncología Luis Razetti, el Dr. Juan Liuzzi, del Hospital Oncológico Padre Machado, y el Dr. Manuel Scarton, del Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño de Valencia.

Luego de visto el video de la conferencia del Dr. Ashok R. Shaha, (*Memorial Sloan Kettering Cancer*, Nueva York, EE.UU), presentado en el II Congreso Mundial de Sociedades de Cabeza y Cuello, realizado en la ciudad de Río de Janeiro en noviembre del 2002, se inició la discusión, la cual, se enfocó desde dos puntos de vista: el diagnóstico del nódulo y el tratamiento del mismo.

Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico la conclusión fue la de realizar una historia clínica completa que nos permita establecer y orientar el caso, siendo importante a destacar los antecedentes y el examen físico del cuello.

En lo relacionado con los exámenes complementarios a solicitar, y basados en la relación costo beneficio, se estuvo de acuerdo en la utilización de la citología por aspiración con aguja fina (PAAF) y, la determinación de TSH ultrasensible de tercera generación, como las exploraciones mínimas necesarias.

El valor de la TSH nos revelará si estamos en presencia de un cuadro de eutiroidismo, hipotiroidismo o hipertiroidismo y, nos confirmará la impresión clínica inicial del paciente.

Para la realización de la citología por aspiración, si es factible, inicialmente debe ser realizada mediante la palpación del nódulo; en caso contrario, se utilizará el ecosonograma de la glándula tiroides y la punción se hará dirigida por el ecosonograma. De igual modo, se realizará la citología por aspiración dirigida por ecosonograma en aquellos casos en los cuales

la punción realizada, en una primera instancia, no fuese concluyente. Se hizo énfasis tanto en la técnica del ecosonograma así como de la punción y la interpretación por parte de anatomía patológica.

Otros exámenes complementarios: captación y gammagrama de tiroides, TAC de cuello, se indicarán si el caso lo amerita, en especial la captación y gammagrama cuando estemos en presencia de un hipertiroidismo.

Tratamiento

La decisión del tratamiento fue basada por el examen clínico realizado así como por los resultados obtenidos mediante la punción con aguja fina.

Dichos resultados se pueden expresar de cuatro formas diferentes, a saber:

1. Insuficiente o inadecuada
2. Benigna
3. Neoplasia folicular
4. Maligna

Citología insuficiente

- a. Si estamos en presencia de una lesión quística, la cual fue drenada mediante la punción, eso explicaría la ausencia de células foliculares por lo que en esos casos la conducta sería mantener al paciente bajo observación.
- b. Si por el contrario se trata de una lesión sólida, deberá realizarse como fue mencionado anteriormente, una nueva citología y en base al resultado decidir la conducta.

Citología benigna

Se planteó la discusión sobre la utilidad y duración del tratamiento mediante la administración de la terapia supresiva con hormona tiroidea.

Si bien es cierto que los trabajos publicados revelan que el beneficio de la misma para la eliminación del nódulo tiroideo, es menor del 30 % de los casos, se plantea el tratamiento para evitar el crecimiento del mismo y la aparición de nuevos nódulos que de acuerdo a las publicaciones es de un 50 %.

Se estableció que la terapia supresiva estaría planteada por un lapso de 6 meses a 1 año y una reevaluación posterior que incluya un ecosonograma de control y considerar la realización de una nueva punción con aguja fina.

Citología neoplasia folicular

Dado el hecho de ser reportada como una lesión folicular y no obstante que el 80 % de dichos nódulos corresponden al final, a un adenoma folicular, se indicará el tratamiento quirúrgico.

Se consideró que el tratamiento de elección en estos casos sería una lobectomía y la realización de un corte congelado.

Si este es reportado como maligno se procederá a la realización de una tiroidectomía total.

En aquellos casos donde el reporte sea diferido o bien se mantenga el criterio de una neoplasia folicular se terminará el acto quirúrgico y se esperara por el diagnóstico definitivo de anatomía patológica.

Citología maligna

La opinión de la mesa estuvo a favor de realizar una tiroidectomía total.