

# NÓDULO TIROIDEO



**Dra. Aida Miranda G.**  
**Endocrinología**

# PREVALENCIA

- Nódulo tiroideo palpable es de aprox. un 5% en la mujer y 1% en los hombres
- La ecografía puede detectar nódulos tiroideos en el 19 a 67%, en individuos aleatorios, aumenta en >60 años a 50 – 70%
- El 90 – 95% de los NT son benignos y asintomáticos
- El cáncer tiroideo tiene una prevalencia del 5 – 10 %



Se sugiere buscar NT en quienes tienen antecedentes de:

- ✓ Exposición a radiación ionizante
- ✓ Historia de cáncer papilar de tiroides familiar
- ✓ Familiares con neoplasia endocrina múltiple (NEM2)
- ✓ Estudio genético compatible con formas hereditarias de cáncer medular de tiroides
- ✓ Historia de poliposis colónica familiar
- ✓ Síndrome de Cowden
- ✓ Síntomas de aumento de volumen cervical, disfonía, disfagia, asociado al hallazgo de uno o más NT al examen físico.



# FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MAYOR MALIGNIDAD CON NÓDULOS TIROIDEOS

- Antecedentes familiares de cáncer medular de tiroides NEM 2 o cáncer papilar de tiroides familiar
- Nódulo de crecimiento rápido, firme o adherido a tejidos vecinos
- Parálisis de cuerdas vocales
- Presencia de una adenopatía regional o de metástasis a distancia
- Edad de presentación < 20 años o > 70 años
- Hombres
- Antecedente de irradiación cervical o presencia de síntomas locales (disfagia, disfonía, tos, disnea)



# ROL DE LA ECOGRAFÍA EN EL ESTUDIO Y MANEJO DEL NÓDULO TIROIDEO

- El principal método de diagnóstico imagenológico para el estudio de la glándula tiroides es en la actualidad la ***Ecografía***
- La ecografía permite visualizar una gran variedad de NT palpables y no palpables, y su objetivo es detectar aquellos nódulos que pudieran ser malignos.



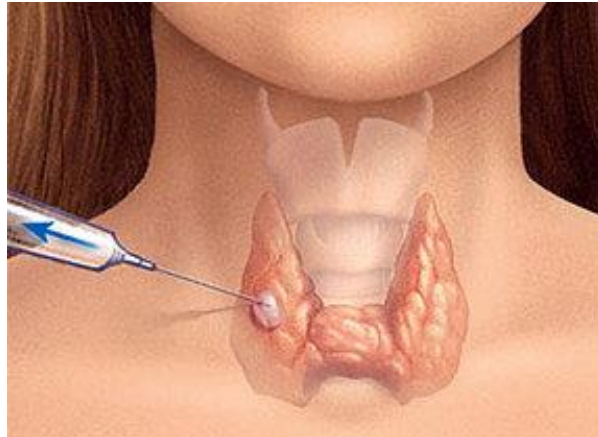
# CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA PUNCIÓN DE NÓDULO TIROIDEO

- Factores de riesgo individual y familiar.
- Características ecográficas dudosas o sospechosas:
  - ❖ Nódulo sólido marcadamente hipoecogénico, de bordes espiculados, o polilobulados
  - ❖ Diámetro anteroposterior mayor
  - ❖ Micro y macro calcificaciones
  - ❖ Irrigación caótica intranodular
  - ❖ Extensión extracapsular



# CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA PUNCIÓN DE NÓDULO TIROIDEO

- Nódulo en quiste del conducto tirogloso



# TAMAÑO DE LOS NÓDULOS

- Nódulos sospechosos e incluso  $< 1$  cm. en pacientes con antecedentes familiares de CDT o irradiación en la infancia o 2 o más signos ecográficos de malignidad.
- Nódulos sólidos hipoecogénicos ( $\geq 1$  cm.)
- Nódulos iso e hiperecogénicos ( $\geq 1.5$  cm)
- Nódulos mixtos sólidos – quísticos indeterminados ( $\geq 1.5$  cm.)
- Nódulos mixtos sólido – quísticos no sospechosos y espongiiformes ( $\geq 2$  cm.).
- Calcificaciones grandes.
- Irregularidades del nódulo.
- Adenopatias satélites ipsilaterales.
- TAMAÑO NODULAR CADA DIA MENOR IMPORTANCIA(CARACTERISTICAS)





# NO SE RECOMIENDA PAAF

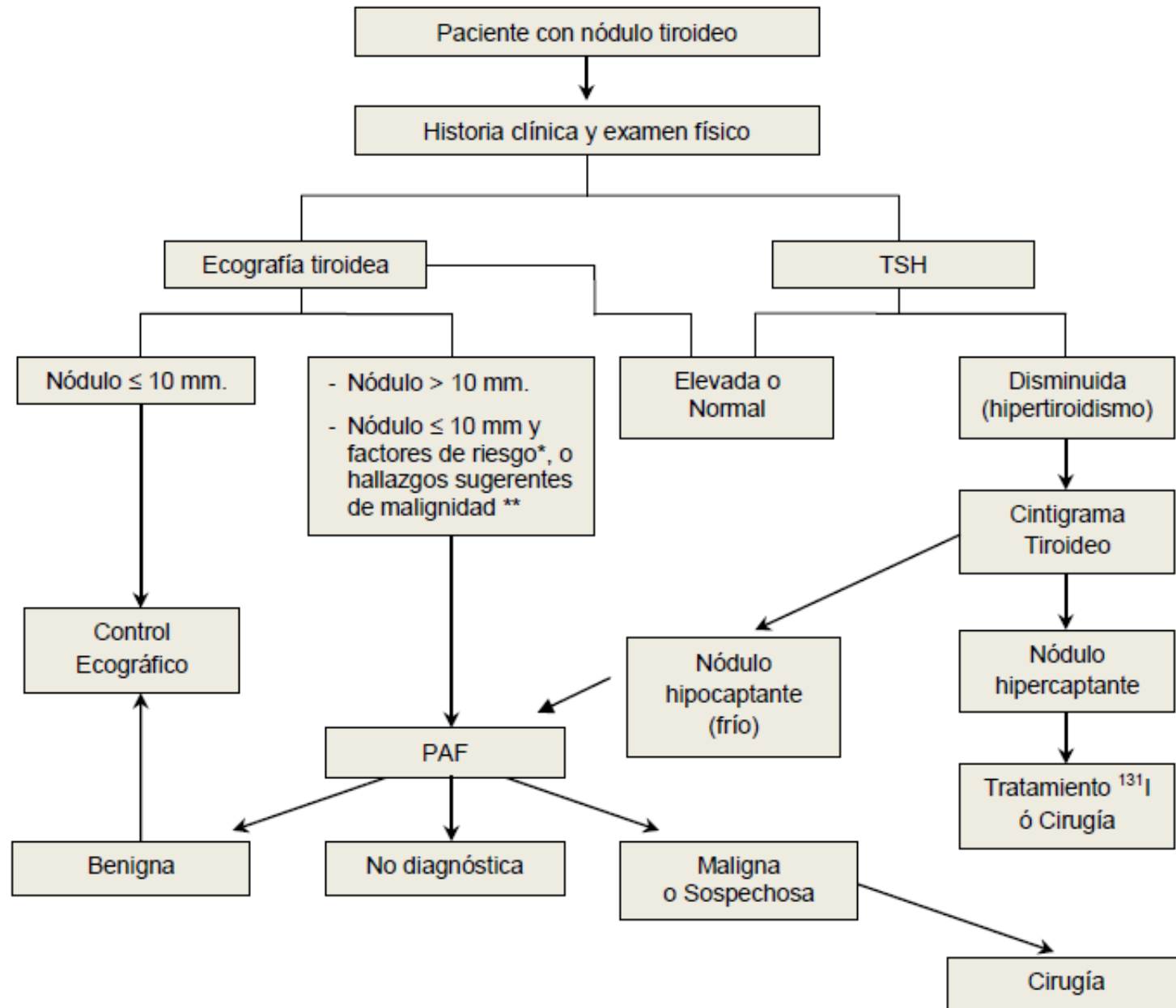
- Nódulos quísticos puros.
- Pseudonódulos ecogénicos – hiperecogénicos en tiroiditis (presencia de células de Hürthle)
- Nódulo sospechoso o indeterminado (sólido, hipoecogénico, de contornos irregulares con calcificaciones), pero con estudios previos que muestran disminución progresiva de un nódulo coloideo
- Áreas hipoecogénicas de bordes difuminados que corresponden a focos inflamatorios en tiroiditis subaguda de De Quervain.
- Nódulo menos de 1 cm si no tiene adenopatías.
- Mayor de 40 años, con un nódulo menor a 1cm sin adenopatías.
- Con informe de PAAF Bethesda II en dos PAAF no continuar control.
- Bethesda III según patrón ecográfico, debe considerarse la opinión del paciente, cuidado CON LA CANCEROFIA.



- Los nódulos tiroideos benignos deben ser seguidos con intervalos entres 6 y 18 meses, ya que existe un 5% de falsos negativos.
- El crecimiento de nódulo NO es signo de malignidad, pero debe repetirse la punción tiroidea



## Flujograma de Atención del Paciente con Nódulo Tiroideo



*Muchas  
Gracias!*

