

Nódulos tiroideos

¿Qué son los nódulos tiroideos y cuáles son las causas de su formación?

La tiroides es un órgano de pequeño tamaño localizado en la base del cuello y compuesto por dos lóbulos conectados por el istmo. Es responsable de la producción y liberación de dos hormonas —la triyodotironina (T3) y la tiroxina (T4)— que regulan la función de la mayoría de los tejidos del organismo e influyen en el metabolismo y la termogénesis (producción de calor). La función tiroidea es controlada por la glándula hipófisis, la cual libera la hormona tirotrópica (TSH), que estimula la tiroides para producir las hormonas T3 y T4.

Los nódulos tiroideos son lesiones sólidas (llenas de células) o llenas de líquido (quistes) en la tiroides que son palpables en la exploración del cuello. Muchas de las lesiones focales detectadas en la ecografía no son palpables en la exploración física del cuello. Entonces el médico no llamará a estas lesiones "nódulos". La causa definitiva de la formación de nódulos tiroideos es desconocida. A veces se detectan en miembros de una misma familia, por lo que el desarrollo de nódulos puede estar determinado genéticamente. Entre otras causas de la formación de nódulos tiroideos se enumeran:

- carencia de yodo en la dieta (...)
- enfermedad de Hashimoto (detalles: Enfermedad de Hashimoto).

¿Con qué frecuencia se presentan?

Los nódulos tiroideos son una patología de la tiroides diagnosticada frecuentemente, y el problema más común por el que el paciente acude al endocrinólogo. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y aumenta con la edad. Se estima que en los países con aporte suficiente de yodo la frecuencia de nódulos tiroideos es de un 6 % en mujeres y de un 1 % en hombres. La frecuencia de lesiones focales detectadas mediante ecografía es incluso mayor.

La gran mayoría de los nódulos son de carácter benigno. Un pequeño porcentaje de nódulos son cáncer de tiroides.

¿Cómo se manifiestan?

Por lo general, los síntomas de los nódulos tiroideos pueden dividirse en locales (relacionados con el tamaño de los nódulos y de la tiroides) y asociados a las alteraciones de la producción de hormonas tiroideas. La mayoría de los nódulos tiroideos son lo suficientemente pequeños para no causar ningunos síntomas locales; habitualmente se detectan durante un examen médico de rutina. Además, las lesiones focales en la tiroides a menudo se detectan de forma accidental en la ecografía. Si el nódulo o el bocio nodular aumentan significativamente su tamaño, pueden aparecer problemas al tragar por compresión del esófago o problemas al respirar por compresión de la traquea. Esporádicamente, puede aparecer un dolor en la zona tiroidea que se irradia hacia las orejas o ronquera.

En algunos pacientes los nódulos tiroideos empiezan a producir una cantidad excesiva de hormonas tiroideas, lo que conduce a la aparición de síntomas del hipertiroidismo. Si los nódulos se formaron en el transcurso de la enfermedad de Hashimoto, el síntoma principal puede ser el hipotiroidismo.

¿Cómo actuar ante los síntomas?

Aunque la mayoría de los nódulos tiroideos son de carácter benigno y no

provocan molestias, cuando el paciente se observe cualquier cambio en la zona tiroidea, debe acudir al médico para que pueda tomar decisiones al respecto. El enfermo con un nódulo tiroideo debe consultar al médico especialista de forma urgente en los siguientes casos:

- el nódulo o la circunferencia del cuello han aumentado de tamaño en poco tiempo,
- el dolor de cuello aparece espontáneamente en la zona tiroidea,
- los ganglios linfáticos cervicales también aumentan de tamaño,
- aparecen problemas al tragar o al respirar,
- se presenta ronquera (especialmente si el laringólogo descartó laringitis),
- se presentan síntomas de hipertiroidismo (detalles: Hipertiroidismo),
- existen antecedentes familiares de cáncer de tiroides,
- en el pasado el enfermo estuvo expuesto a irradiación en la zona de cuello.

¿Cómo se establece el diagnóstico?

El médico tratará de responder a dos preguntas principales:

- ¿El nódulo tiroideo es una neoplasia maligna y cuál es la causa de su formación?
- ¿Se observan trastornos de la función tiroidea en el enfermo?

Con este propósito, el médico primero realizará una exploración (anamnesis y exploración física), prestando atención a los síntomas de hipo/hipertiroidismo, los factores de riesgo de una neoplasia tiroidea y otras posibles causas de la formación del nódulo. En la exploración física se valora, entre otros, el tamaño de la lesión, su dureza, si se presentan otros nódulos (p. ej. en el otro lóbulo de la tiroides), si los ganglios linfáticos están aumentados de tamaño.

Para evaluar la función tiroidea es necesario realizar pruebas hormonales. El médico de cabecera puede indicar una prueba preliminar para valorar la función tiroidea (determinación de la concentración de TSH en sangre). Si el resultado obtenido es anormal, es necesario determinar los niveles de las hormonas tiroideas libres (T4 y/o T3).

A continuación, se enumeran las pruebas que pueden ser de ayuda para establecer la causa de la formación del nódulo.

La ecografía tiroidea es una prueba sensible, de amplia disponibilidad y no invasiva, con la que se puede valorar, entre otros, el tamaño y el "tipo" de lesiones focales en la tiroides. No se puede confirmar definitivamente si la lesión es maligna basándose en la ecografía, sin embargo, las lesiones hipoecogénicas, con forma y bordes irregulares, con presencia de microcalcificaciones, el flujo sanguíneo aumentado en el nódulo y el aumento de los ganglios linfáticos cervicales son signos más "sospechosos" (en caso de presencia de estas características el riesgo de cáncer es mayor) y requieren un diagnóstico más detallado, incluida la punción tiroidea.

Una de las pruebas más básicas utilizadas en el diagnóstico de los nódulos tiroideos es la punción aspirativa con aguja fina (PAAF). El médico determina cuándo se debe realizar una PAAF basándose en los datos clínicos (obtenidos en la exploración física), el tamaño de la lesión, su imagen ecográfica y los eventuales resultados de las PAAF realizadas con anterioridad. El objetivo principal de la prueba es seleccionar un grupo de enfermos en los que el tratamiento quirúrgico esté indicado (que corran el riesgo de desarrollar una neoplasia maligna). Mediante un control ecográfico, se inserta una aguja fina para tomar células del nódulo. Muchas veces se recomienda realizar varias punciones (de una lesión, si es grande, o de varios nódulos). La muestra obtenida se envía al médico patólogo, quien, después del procesamiento adecuado de las células, las examina con el microscopio y, posteriormente, comunica el resultado al médico que lleva al enfermo. La mayor parte de las lesiones examinadas en la PAAF son benignas. Este resultado descarta con una

alta probabilidad la presencia de una neoplasia maligna. En ciertos casos, basándose en el análisis realizado a partir de una PAAF, se puede diagnosticar o sospechar un cáncer de tiroides. En ambos casos se recomienda el tratamiento quirúrgico. Una vez extirpado el nódulo entero, se examinará con microscopio por un patólogo y se establecerá el diagnóstico definitivo. En algunos casos el número de células tomadas no es suficiente para realizar una interpretación y establecer el diagnóstico, por lo que en estos casos es necesario repetir la prueba.

En determinadas circunstancias sirve de ayuda la gammagrafía de tiroides. Durante esta prueba se administra al paciente un isótopo radioactivo (yodo radioactivo o tecnecio ^{99m}) y, mediante una cámara especial, es posible observar su localización en la tiroides. Los nódulos que producen una cantidad excesiva de hormona tiroidea captan mucho isótopo y se describen en la gammagrafía como "calientes". Los nódulos "fríos" no captan isótopo o lo captan con menor intensidad. Los nódulos "calientes" muy pocas veces significan la presencia del cáncer de tiroides.

¿Cuáles son las formas de tratamiento?

El tratamiento de los nódulos tiroideos depende de varios factores. El médico endocrinólogo toma la decisión respecto al tratamiento teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- molestias indicadas por el paciente,
- edad del enfermo, enfermedades coexistentes,
- curso actual de la enfermedad,
- historia familiar,
- resultados de las pruebas de laboratorio, de imagen (ecografía) o de la PAAF,
- opinión del enfermo (p. ej. el miedo a la enfermedad neoplásica puede ser una indicación para iniciar el tratamiento quirúrgico).

En los nódulos tiroideos y el bocio nodular se pueden adoptar las estrategias de actuación descritas más abajo.

Observación

En la mayoría de las lesiones tiroideas pequeñas que no causan molestias y no son neoplásicas, se realiza una observación regular (mediante exploración física, ecografía y, finalmente, PAAF). A menudo esta observación se realiza durante muchos años y puede ser que el enfermo no requiera nunca un tratamiento específico.

Tratamiento farmacológico

En algunas ocasiones el médico decide iniciar el tratamiento con levotiroxina a dosis supresivas (dosis de fármaco que disminuyen el nivel de TSH hasta el límite inferior de la normalidad) con el fin de reducir el tamaño de los nódulos. Debido a la baja eficacia y las complicaciones derivadas del tratamiento crónico con levotiroxina a dosis supresivas (existe el riesgo de sobredosis y aparición de síntomas del hipertiroidismo), este tratamiento actualmente tiene un uso infrecuente.

Si se diagnostica hipertiroidismo en un paciente con nódulo(s) tiroideo(s), en primer lugar se administran antitiroideos.

En caso de hipotiroidismo, el tratamiento se inicia con la administración de preparados de levotiroxina.

Tratamiento con yodo radioactivo (¹³¹I)

En casos seleccionados (p. ej. nódulos "calientes" con hipertiroidismo

acompañante), el médico indica un tratamiento con yodo radioactivo. Es necesario recordar que este tratamiento está absolutamente contraindicado en mujeres que planean quedarse embarazadas o que lo están y en lactantes.

Tratamiento quirúrgico (estrumelectomía, tiroidectomía)

Esta forma de tratamiento está totalmente indicada en caso de sospecha o diagnóstico de cáncer de tiroides. Además, el tratamiento quirúrgico se considera si hay grandes nódulos tiroideos o un aumento significativo de la tiroides con numerosas lesiones nodulares (bocios nodulares), sobre todo si se presentan síntomas por compresión de la traquea o del esófago. La extensión de la cirugía puede ser muy variada—desde la extirpación parcial del lóbulo con el nódulo, hasta la eliminación completa de la tiroides— y se determina individualmente para cada enfermo. Después de la tiroidectomía, el paciente por lo general tiene que recibir hormonas tiroideas de forma crónica (levotiroxina). Desafortunadamente, es necesario tener en cuenta las posibles complicaciones derivadas de la cirugía. Entre las complicaciones postoperatorias graves se encuentran: paresia/parálisis de una o ambas cuerdas vocales debido a daño perioperatorio de los nervios laríngeos recurrentes e hipoparatiroidismo transitorio o permanente. Las indicaciones para la cirugía, su extensión, transcurso y posibles complicaciones deben ser consultadas con el cirujano.

¿Es posible la curación completa?

La curación completa es posible solamente si se aplica tratamiento quirúrgico. Sin embargo, el paciente tiene que acudir de vez en cuando a visitas de control y tomar preparados de levotiroxina de forma regular para evitar que la tiroides vuelva a crecer.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento?

En los nódulos tiroideos pequeños que no son neoplásicos y no conllevan hipertiroidismo, se recomienda solamente una monitorización regular del estado del paciente. En los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico o con yodo radioactivo debido a la presencia de nódulos tiroideos, es necesaria una monitorización regular y, frecuentemente, la toma de preparados de levotiroxina de por vida.

¿Cómo se pueden evitar?

Con el fin de llevar una vida saludable es necesario aportar la cantidad suficiente de yodo con la dieta. (...) Según las indicaciones de varios programas profilácticos, aparte de la yodación de la sal de mesa, se recomienda el consumo de alimentos ricos en yodo (entre otros, el pescado de mar) y la toma de preparados orales de yodo en embarazadas y mujeres lactantes. El aporte suficiente de yodo disminuye el riesgo de desarrollo de bocio parenquimatoso y nódulos tiroideos.

Otro factor importante, que puede ser modificado, es el abandono del hábito tabáquico, puesto que se ha demostrado que se relaciona con el desarrollo de los nódulos tiroideos. Las enfermedades autoinmunes de la tiroides (p. ej. enfermedad de Graves-Basedow, enfermedad de Hashimoto) están predeterminadas genéticamente. La predisposición genética no se puede modificar. Las personas con antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes de la tiroides deben indicárselo a su médico para evitar el consumo de fármacos que puedan influir sobre el desarrollo de la enfermedad.

autor:

