

APROXIMACIÓN ACTUAL AL PACIENTE CON BOCIO MULTINODULAR

Pruebas diagnósticas

Indicaciones de la PAAF

Factores de riesgo de malignidad

Diagnóstico diferencial

Indicación quirúrgica

Indicación quirúrgica en el bocio tóxico

Preparación prequirúrgica



XXXII CURSO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA
S.V.C.

Valencia 19-20 de Enero de 2017

Dra. Ana Carrión
Unidad de Cirugía Endocrina
Servicio de Cirugía General y del Aparato
Digestivo
Hospital General Universitario de Alicante

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL BMN

LABORATORIO:

TSH sérica

T4L Y T3

Anticuerpos antitiroideos (anti TPO y antiTg)

Tiroglobulina

Calcitonina

PRUEBAS DE IMAGEN:

Ecografía de alta resolución

PAAF guiada por ecografía

Marcadores moleculares en PAAF

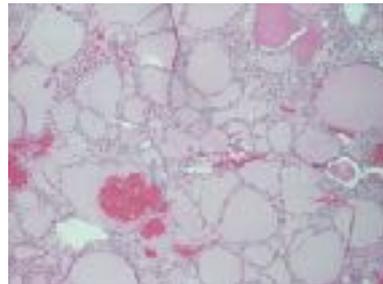
Rx tórax

TAC

RMN

Gammagrafía

PET/ PET-TC



LARINGOSCOPIA

CRITERIOS ECOGRÁFICOS DE SOSPECHA DE MALIGNIDAD PARA CLASIFICACIÓN TI-RADS
Hipoecogenicidad
Microcalcificaciones
Nódulo parcialmente quístico con localización exocéntrica del componente líquido y lobulación del componente sólido
Bordes irregulares
Invasión del parénquima tiroideo perinodular
Configuración taller (honeycomb)
Vascularización intranodular

A cada uno de los ítems se le otorga un punto.
Si se observan puntos ítems sospechosos se añade otro punto.

SISTEMA BETHESDA PARA INFORMAR CITOLOGÍA DE TIROIDES
No diagnóstica o insatisfactoria
Benigna
Lesión folicular de significado incierto (FLUS) o Atipia de significado indeterminado (AUS)
Neoplasia folicular o sospecha de neoplasia folicular
Sospecha de malignidad
Maligna

MARCADORES MOLECULARES EN PAAF:
mutación de BRAF V600E

INDICACIÓN DE LA PAAF EN EL BMN

PAAF EN EL BMN (R 21)

Los pacientes con nódulos tiroideos múltiples ≥ 1 cm deben ser evaluados igual que los pacientes con un nódulo solitario ≥ 1 cm, y cada nódulo tiene un riesgo de malignidad independiente, por lo que pueden requerir PAAF varios de ellos.

Cuando hay múltiples nódulos ≥ 1 cm, la PAAF debe realizarse en base a criterios de sospecha ecográficos y el tamaño del nódulo.

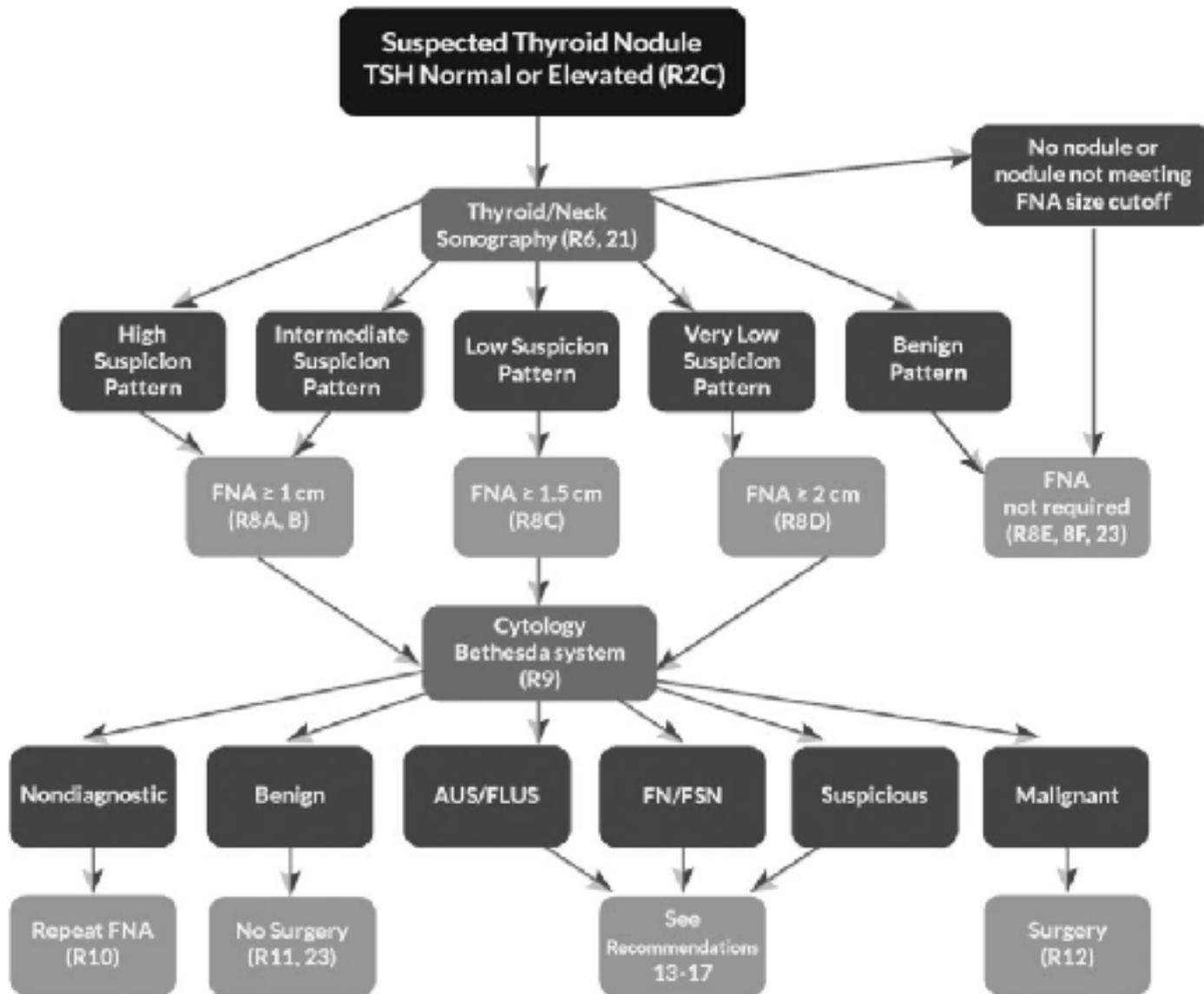
Si ningún nódulo tiene criterios sospechosos de malignidad o hay múltiples nódulos coalescentes de características similares, la probabilidad de malignidad es baja o muy baja es razonable PAAF de los ≥ 2 cm o seguimiento sin realizar PAAF.

NÓDULOS < 1 CM: Realizar PAAF si hay historia personal o familiar de cáncer tiroideo o irradiación cervical o si hay datos ecográficos de malignidad.

R 13, 14, 15, 16 y 17

Sobre realización de test moleculares en pacientes con lesiones AUS, FLUS y lesiones foliculares

INDICACIÓN DE LA PAAF EN EL BMN



FACTORES PREDICTORES DE MALIGNIDAD

FACTORES PREQUIRÚRGICOS

Sospecha moderada:

- Sexo masculino
- Edad < 45 años
- Nódulo único
- Antecedentes de irradiación (cabeza-cuello)
- Nódulo duro y posible fijación
- Nódulo >/ = 4 cm y parcialmente quístico
- Síntomas compresivos: disfagia, disfonía, ronquera, disnea, tos

Alta sospecha:

- Historia familiar de cáncer de tiroides
- Historia familiar de carcinoma medular de tiroides o neoplasia endocrina múltiple
- Tumor de crecimiento rápido
- Nódulo muy duro
- Fijación a estructuras adyacentes
- Parálisis de cuerda vocal (por Laringoscopia)
- Adenopatías regionales
- Metástasis a distancia

CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA TI-RADS
TI-RADS-1: Tiroides normal. Ninguna lesión focal.
TI-RADS 2: Nódulos benignos. Patrón notoriamente benigno (0 % de riesgo de malignidad).
TI-RADS 3: Nódulos probablemente benignos (<5 % de riesgo de malignidad).
TI-RADS 4:
4a- Nódulos de identidad incierta (5-10 % de riesgo de malignidad)
4b- Nódulos sospechosos (10-50 % de riesgo de malignidad)
4c- Nódulos muy sospechosos (50-85 % de riesgo de malignidad)
TI-RADS 5: Nódulos probablemente malignos (>85 % de riesgo de malignidad)
TI-RADS-6: Malignidad ya detectada por biopsia o punción

CLASIFICACIÓN PAAF S. BETHESDA

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	RIESGO ESTIMADO DE MALIGNIDAD %
No diagnóstico o insatisfactorio	1-4
Benigno	0-3
Lesión folicular de significado incierto (FLUS) o Altere de significado indeterminado (AUI)	5-15
Neoplasia folicular o sospecha de neoplasia folicular	15-30
Sospecha de malignidad	60-75
Maligno	97-99

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA

Bocio difuso no nodular

Enfermedades inflamatorias tiroideas:

Tiroiditis subaguda

Tiroiditis linfocitaria crónica

Enfermedad granulomatosa

Carcinoma de tiroides

Metástasis tiroideas

Alteraciones del desarrollo:

Agenesia lobar

Higroma quístico

Quiste dermoide

Teratoma



- DECISIÓN INDIVIDUALIZADA DEL TRATAMIENTO ADECUADO:
 - Terapia metabólica con radioyodo
 - Cirugía
- CONTROL DE LOS SÍNTOMAS DE HIPERFUNCIÓN TIROIDEA:
 - Betabloqueantes
 - Calcioantagonistas
- LOGRAR ESTADO EUTIROIDEO PREVIO A LA CIRUGÍA:
 - Antitiroideos
- ADMINISTRACIÓN DE LUGOL
- CONTROL DE LA COMORBILIDAD ASOCIADA

INDICACIÓN QUIRÚRGICA EN EL BMN

1. Síntomas locales por compresión:

– Disnea:

» Compresión traqueal: punto de corte 35 %

– Disfagia:

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON NÓDULOS ASINTOMÁTICOS DEBEN SER SEGUIDOS SIN INTERVENCIÓN.

3. Deformidad estética evidente

4. Presencia de un hipertiroidismo asociado

5. Crecimiento progresivo si son grandes (> 4 cm) R-27 ATA

6. Nódulos quísticos benignos recurrentes

7. Deseos y temores del paciente

INDICACIÓN TRATAMIENTO QUIRÚRICO DEL BOCIO TÓXICO.

ETIOLOGÍA:

- Bocio difuso por Enfermedad de Graves
- BMN de años de evolución con hipertiroidismo por nódulos autónomos
- BMN con hipertiroidismo inducido por yodo (contrastes yodados)
- Bocio difuso con hipertiroidismo inducido por fármacos (amiodarona)

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

Antitiroideos

Radioyodo

Cirugía

OBJETIVOS DE LA CIRUGÍA:

Lograr el estado eutiroideo de forma rápida

Evitar la recidiva del hipertiroidismo

Evitar la recidiva del bocio

INDICACIONES

- Enfermedad de Graves:
 - Recaidas
 - Oftalmopatía grave
- BMN tóxico de gran tamaño
- BMN tóxico de cualquier tamaño con sospecha de malignidad
- Hipertiroidismo inducido por amiodarona sin respuesta al tratamiento médico
- BMN tóxico en los que no se logra el control con ¹³¹I (pobre captación de yodo)
- Crisis tirotóxica

CONTRAINDICACIONES:

- Edad avanzada
- Contraindicación anestésica: riesgo ASA

EXTENSIÓN DE LA RESECCIÓN:

- Lobectomía
- Tiroidectomía total
- Tiroidectomía casi total