

### Caso clínico

#### **Carcinoma papilar de tiroides: importancia de la ecografía en atención primaria para el estudio de la patología del cuello**

Flor Pérez González, Beatriz Estalayo Gutiérrez, Verónica López García, Marina Sobreviela Albacete, Javier González Padilla

Centro de Salud José María Llanos

Varón de 73 años de edad, sin alergias conocidas, ni hábitos tóxicos y sin antecedentes familiares de patología tiroidea. Antecedentes personales de gonartrosis e hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con tamsulosina (0,4 mg cada 24 horas); no otros tratamientos crónicos activos.

Acude a consulta de atención primaria por crecimiento de un "bulto" en el cuello. Refiere 2 años de evolución, aunque nota aumento de tamaño en los últimos 3 meses.

Durante la exploración se observa buen estado general y se visualiza una tumoración en la cara lateral derecha del cuello. Con la palpación se objetiva un nódulo en la zona del lóbulo tiroideo derecho, que asciende con la deglución; es duro, no doloroso con la palpación, no adherido a planos profundos, de unos 3 cm de tamaño. El resto de la exploración del cuello es normal. No se palpaban adenopatías en las cadenas ganglionares submandibulares ni supraclaviculares.

La exploración de la orofaringe, la otoscopia, el abdomen y la auscultación cardio-pulmonar no presentan alteraciones.

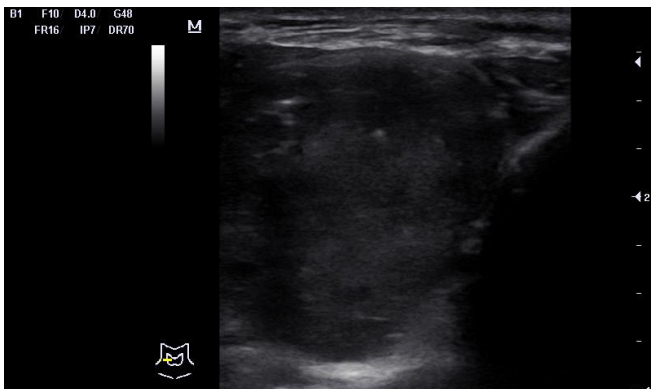


Imagen 1.

Se solicita analítica completa de sangre con perfil ti-

roideo y se decide realizar una exploración ecográfica en el centro de salud.

En ella se visualiza una imagen hipoeicoica, bien delimitada, dependiente del lóbulo tiroideo derecho (imagen 1); además, un gran conglomerado nodular que abarca gran parte del lóbulo tiroideo derecho (imagen 2); vascularización intranodular (imagen 3); el tamaño de la masa es de 2,88 x 2,58 cm (imagen 4). El resto de la exploración ecográfica cervical es normal.

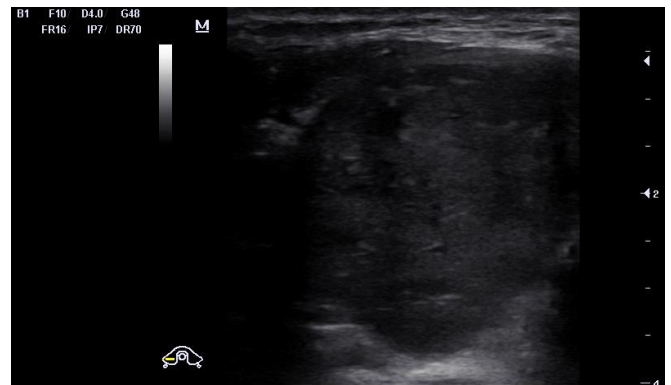


Imagen 2.

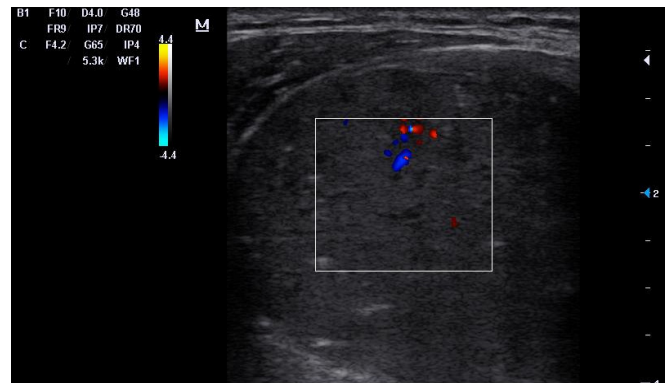


Imagen 3.

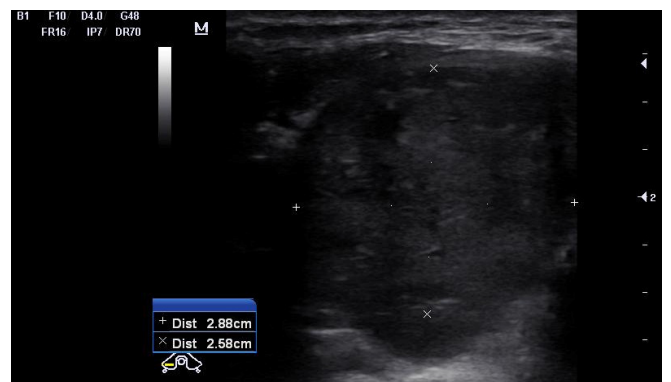


Imagen 4.

Se remite a la paciente a Endocrinología y Otorrinolaringología (ORL) por sospecha de malignidad. Se solicita punción aspiración con aguja fina (PAAF) eco-guiada de modo preferente.

Los valores de la analítica son: TSH 2,13 mU/ml, T4 libre 1,39 ng/dl, tiroglobulina <0,20 ng/ml, paratohormona intacta 49 pg/ml; Ac antitiroideos-TG < 30.000 UI/ml; leucocitos 6,69, serie roja valores normales, plaquetas 242, glucosa 85 mg/dl, colesterol 168 mg/dl, calcio 8,8 mg/dl.

Informe de anatomía patológica: tiroides (PAAF con control de imagen del nódulo tiroideo derecho): citología satisfactoria para interpretación, sospechosa de malignidad (sugestivo de carcinoma papilar): categoría V del Sistema Bethesda 2009.

Tras el diagnóstico, el Servicio de ORL decide intervención quirúrgica: tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar. El estudio anatomopatológico de la glándula extirpada concluye que se trata de un carcinoma papilar de tiroides.

Tras la intervención, el Servicio de Endocrinología indica tratamiento con levotiroxina (125 mg/día); no está indicado el tratamiento con yodo radioactivo.

## COMENTARIO

El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente. El subtipo papilar representa 75-80 % de los casos.

Presenta crecimiento lento; pese a que tiende a propagarse por el sistema linfático a ganglios linfáticos del cuello, mantiene un pronóstico excelente y raramente metastatiza a distancia. Es tres veces más frecuente en el sexo femenino que en el masculino; el pico de mayor incidencia se da a los 30-50 años. Es el tumor más frecuente tras exposición a radiación.

Esta forma papilar se presenta con mayor frecuencia como un nódulo tiroideo (NT) palpable, que puede ser único o en el contexto de un bocio multinodular. El aumento del uso y de la calidad de la ecografía para la evaluación de enfermedad tiroidea, asociados al alto rendimiento de la PAAF, ha incrementado de forma muy significativa la detección de microcarcinomas (tumores menores de 1 cm) papilares no palpables.

La prevalencia del (NT) palpable en atención primaria es de 4-7 % de la población; la detectada mediante ecografía es de 20-76 %. Su prevalencia es mayor en las mujeres (72 %) que en hombres (41 %) y aumenta con la edad. También se encuentra más presente en habitantes de áreas geográficas donde existe deficiencia de yodo y tras la exposición a radiación.

El objetivo primordial en el estudio y abordaje de los NT es descartar la malignidad. Se estima que existe un cáncer en 5-6 % de los NT.

Un NT se define como una lesión diferenciable del parénquima tiroideo circundante, mediante ecografía u otra técnica de imagen. El hallazgo clínico de un nódulo palpable, por tanto, precisa de confirmación mediante pruebas de imagen, normalmente ecografía. Su incidencia en las últimas décadas se ha duplicado, incremento

probablemente relacionado con el aumento del uso de las pruebas de imagen. Los hallazgos casuales son NT no palpables, que se ponen de manifiesto durante el estudio de patología no tiroidea mediante pruebas de imagen, como la ecografía, la tomografía axial computerizada, el doppler carotídeo, la resonancia magnética nuclear, la tomografía por emisión de positrones u otras pruebas.

La mayoría no presenta sintomatología; sin embargo, la ausencia de síntomas no excluye la malignidad. Pueden cursar con síntomas compresivos en función de su tamaño o con síntomas de hiper/hipotiroidismo si producen alteración de la función tiroidea.

En los pacientes sintomáticos una detallada historia y una exploración física minuciosa pueden ayudar a guiar el estudio del NT. Así, por ejemplo, los NT de lento crecimiento suelen representar nódulos benignos y los NT con crecimiento progresivo de semanas o meses sugieren malignidad. Un NT único, firme o indurado o un NT dominante, que se diferencia claramente del resto de la glándula, son sugestivos de malignidad. Además, la presencia de tumoraciones firmes y grandes ipsilaterales, sugiere la existencia de metástasis locales. La anamnesis debe incluir los antecedentes familiares de patología tiroidea (tanto benigna como maligna) y de otras enfermedades como neoplasia endocrina múltiple tipo 2, poliposis colónica familiar, enfermedad de Cowden y síndrome de Gardner, ya que estas patologías aumentan moderadamente el riesgo de malignidad. Entre los antecedentes personales es obligatoria la recogida de historia de radiación en el cuello. Se recomienda una inspección cuidadosa y una palpación minuciosa del tiroides, a pesar del bajo valor predictivo de la palpación tiroidea y de que sólo permite detectar los nódulos muy superficiales o de gran tamaño. Además se aconseja la exploración de los compartimentos anterior y lateral del cuello y buscar posibles adenopatías supraclaviculares y submandibulares. La palpación tiroidea recogerá, las dimensiones y consistencia del tiroides, así como la localización, el número, tamaño y consistencia de los NT. Además se explorará la presencia de dolor y las posibles adenopatías cervicales.

Existen diferentes hallazgos clínicos asociados con incremento del riesgo de malignidad del NT:

- Historia de la irradiación de cabeza y cuello.
- Antecedentes familiares de carcinoma medular de tiroides.
- Neoplasia endocrina múltiple tipo 2, o carcinoma papilar de tiroides.
- Historia de cáncer diferenciado de tiroides en al menos un familiar de primer grado.
- Edad entre 14 y 70 años.
- Sexo masculino.
- Progresión y crecimiento del nódulo.
- Nódulo duro, firme, pétreo.
- Nódulo adherido a planos profundos.
- Adenopatías cervicales.
- Disfonía persistente.
- Disfagia persistente.
- Disnea persistente.

La ecografía de alta resolución es la prueba más sensible para la detección de los NT, la medición de sus dimensiones, la identificación de su contenido, la evaluación de cualquier cambio asociado en la glándula y estudiar los tejidos adyacentes y los ganglios sospechosos; además es una prueba incruenta. Por todo ello la ecografía es la prueba de imagen de elección.

No se recomienda cribado ecográfico del NT en ningún grupo poblacional; no obstante, si existe sospecha de presencia de un NT (síntomas clínicos y factores de riesgo definidos), se recomienda la realización de ecografía aunque los resultados de la palpación sean normales. La presencia de adenopatías locorregionales es un criterio para la realización de estudio ecográfico, tanto de los ganglios linfáticos como del tiroides.

El patrón ecográfico conferirá al NT un riesgo de malignidad, que, combinado con el tamaño del mismo, guiará la decisión de realizar la PAAF.

Son características ecográficas de sospecha de cáncer papilar:

- Nódulo sólido hipoeoico en contacto con los músculos pretiroideos; puede contener microcalcificaciones.
- Nódulo sólido hipoeoico con vascularización intranodular y ausencia de halo periférico.
- Diámetro antero-posterior mayor que el transversal en el plano transversal.
- Nódulo hipoeoico con un margen espiculado o lobulado.
- Masa hipoeoica con borde calcificado, roto y extensión más allá del margen calcificado

Para limitar las pruebas de laboratorio innecesarias, se aconseja:

- Nivel sérico de TSH dentro de los límites normales: no se deben realizar más pruebas (a menos que se sospeche hipotiroidismo)
- Aumento de TSH: T4 y Anti-TPO para evaluar hipotiroidismo.
- Disminución de TSH: T4 y total o T3 para evaluar hipertiroidismo.

Los niveles bajos de TSH se asocian a una menor probabilidad de malignidad, mientras que los elevados se asocian a un aumento del riesgo de cáncer de tiroides. Si la TSH sérica es inferior a lo normal, es recomendable la realización de una gammagrafía de la glándula tiroides. En cambio, si la TSH sérica es normal o elevada, no se recomienda la realización de gammagrafía como evaluación inicial de NT. Un nivel de TSH sérica superior, incluso dentro de la parte superior del rango de normalidad, se asocia con un mayor riesgo de malignidad.

La PAAF, preferiblemente guiada por ecografía, es la prueba más sensible y coste-efectiva para filiar la naturaleza del NT y valorar la necesidad de cirugía. Las guías ATA 2016 recomiendan realizar PAAF:

- NT de al menos 1 cm en su diámetro máximo, con patrón ecográfico de sospecha intermedia o alta.
- NT de al menos 1,5 cm en su diámetro máximo con patrón ecográfico de sospecha baja.
- NT de al menos 2 cm en su diámetro máximo con

muy baja sospecha; adenopatías cervicales sospechosas.

- En una glándula multinodular, nódulos de al menos 1 cm con factores de riesgo.
- No se recomienda la PAAF en NT puramente quísticos.

Se recomienda realizar una gammagrafía para estudiar el NT si la TSH es inferior a la normal, para documentar si el nódulo es hiperfuncionante, *caliente*, normofuncionante, autónomo o que no capta (*frío*). Se ha empleado clásicamente para descartar tejido tiroideo ectópico, bocio retrosternal o metástasis.

La tomografía axial computerizada o la resonancia magnética nuclear no se incluyen en un estudio habitual del NT, salvo que exista la sospecha de cáncer de tiroides agresivo (adenopatías múltiples, invasión traqueal).

El tratamiento después de la intervención quirúrgica depende de la etapa del cáncer.

La administración de I-131 posquirúrgico cumple diversas funciones:

- Ablación: permite la erradicación de los remanentes de tejido tiroideo normal y asegura la posibilidad de contar con la tiroglobulina como marcador plasmático para el seguimiento tumoral.
- Tratamiento: irradiación localizada de la enfermedad tumoral persistente conocida o desconocida en el momento del tratamiento.
- Seguimiento: es posible emplear el I-131 en dosis bajas para la realización de estudios de seguimiento en pacientes de riesgo moderado o alto.

Supresión con levotiroxina: la TSH potencialmente puede estimular el crecimiento de células tiroideas malignas que el I-131 no eliminó. A menudo la terapia RAI se emplea para los cánceres más avanzados, como los tumores T3 o T4, o cánceres que se han propagado a los ganglios linfáticos o a lugares distantes.

Tras la tiroidectomía será necesario el tratamiento con levotiroxina oral diaria. No se recomienda el uso rutinario de levotiroxina para intentar disminuir el tamaño de los nódulos de pacientes con función tiroidea normal.

Los niveles de tiroglobulina son muy importantes para vigilar la aparición de metástasis. Se trata de una prueba muy específica y sensible para el seguimiento de pacientes con cáncer de tiroides. En los casos dudosos, la determinación de TSH con estimulación provocada por la retirada de levotiroxina puede ser útil.

## BIBLIOGRAFÍA

- Fernández-Ruiz M, Fito-Martorell L, Almodóvar-Álvarez C, Ballén-Barragán A. Carcinoma papilar de tiroides. *Med Clén*. 2009;132:330.
- Hernán González D, Mosso L. Cáncer papilar de tiroides. *Visión actual. Bolet Escuel Med*. 2006;31:87-91.
- Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma *N Engl J Med*. 1998;338:297-306.
- Schmidt G. *Ecografía: de la imagen al diagnóstico*. Madrid: Panamericana 200;18:412-27 y 19:425-27.
- Blando A. *Ecografía de cuello: rol de otros métodos por imágenes*. Roldán 2011.
- *Fisterra.com. Guías clínicas.[online] 2018.*

Available at:<http://www.fisterra.com/guias-clínicas/>. Accessed 9 enero, 2018.

- Burman KD, Wartofsky L. Thyroid nodules. *N Engl J Med*. 2015;373:2347-56.
- National Cancer Institute: PDQ thyroid cancer treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Last modified February 4, 2016. [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/thyroid/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/thyroid/HealthProfessional). Accessed 14 enero, 2018.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: Thyroid carcinoma. Version 2. 2015. [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/thyroid.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/thyroid.pdf). Accessed 14 enero, 2018.