



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

EL PROBLEMA DE LOS BOCIOS NODULARES

Dr. José A. Rodríguez P.

Introducción

El Bocio nodular no constituye una entidad clínica unitaria: sólo da una descripción morfológica del tiroides, que puede en realidad corresponder a una hiperplasia circunscrita, un adenoma benigno, un quiste, un cáncer, una tiroiditis de Hashimoto, un adenoma tóxico, etc.

Nuestro deber es trazar claramente una línea divisoria entre los nódulos tiroideos, debidos a patologías benignas por una parte y el cáncer tiroideo por otra, ya que el manejo y el pronóstico son diferentes en cada caso.

Con los actuales métodos de exploración clínica es imposible llegar a discriminar en el 100% de los casos cuales nódulos tiroideos son benignos y cuales son malignos. El propósito de este trabajo es revisar la fisiopatología de estas afecciones, valorar dichos métodos de exploración y exponer la conducta de nuestra Unidad de Endocrinología frente a los nódulos del tiroides.

Fisiopatología

a. Hiperplasias Nodulares.

Recordemos que la TSH, tal como influye en la regulación de la función tiroidea influye también en la morfología de la glándula. Así, gracias a una estimulación tireotrópica prolongada se genera la hiperplasia difusa del tiroides (bocio difuso). Con

frecuencia, no todo el tiroides responde exactamente igual a la estimulación tiroitropa, y de este modo, de persistir un tiempo largo el estímulo, se observa la aparición de zonas de hiperplasia irregular que dan lugar a la formación de un bocio micro y macrofolicular, que al principio puede ser de tipo uninodular o bien difuso, el que puede evolucionar a multinodular.

Estos nódulos pueden adquirir cierto grado de autonomía con respecto a la TSH y a menudo es difícil si no imposible suprimirlos funcionalmente o sea frenar su captación de yodo con hormonas tiroideas exógenas: Test de Sydney Werner.

b. Adenomas.

Llamamos adenoma benigno del tiroides un aumento de volumen circunscrito de la glándula que al examen histológico se encuentra bien encapsulado, no invade estructuras vecinas, ni metastatiza a distancia, muestra pocas mitosis y es independiente del eje hipófiso tiroideo en cuanto a crecimiento y función.

Esta definición, ofrecida por Ingbar y Woeber deja cierta confusión en cuanto a si considerar a no adenomas a los nódulos que aparecen en los bocios difusos eutiroideos de larga evolución, ya que cumplen esos requisitos; sin embargo, en un sentido estricto no debemos considerarlos tales desde el momento que pensamos que no aparecen "de novo" si no que responden a un estímulo tireotrópico prolongado.

c. Adenoma Tóxico.

Corresponde a un adenoma folicular del tiroides - y por lo tanto con las características arriba descritas - y que aparece "de novo" en la glándula. Por definición es independiente de la TSH y su evolución es larga, de crecimiento lento y lo que lo diferencia del resto de los adenomas es su hiper funcionalidad: desde su aparición concentra más radioyodo que el resto de la glándula. Con el tiempo va produciendo más

y más hormonas lo que bloquea la actividad TSH hipofisiaria, lo que a su vez determina inhibición del resto del parénquima tiroideo que requiere de su presencia para su normal funcionalismo. Por último llega a dar el cuadro clínico de la tirototoxicosis que generalmente es más moderada que la del bocio difuso hipertiroideo, y en especial sin oftalmopatía infiltrativa ni miopatía, aunque con manifestaciones cardiovasculares prominentes.

d. Tiroiditis de Hashimoto.

En la tiroiditis crónica lo habitual es encontrar un bocio multinodular duro, que corresponde a infiltrado linfático, fibrosis y áreas de hiperplasia epitelial, que coexiste, con una TSH alta en los casos en que la función tiroidea está deprimida.

e. Cáncer del Tiroides.

Comparte la fisiopatología de todos los cánceres. Puede ser papilar, folicular, sólido o anaplástico, yendo de más benigno a más maligno; puede coexistir con cualquiera de las patologías antes descritas. La tiroiditis de Hashimoto, que es infrecuente, se asocia más con el cáncer de tiroides que con otras afecciones excluyendo el hipotiroidismo final corriente en ella.

Siendo lo habitual que el nódulo canceroso sea no funcionante, de entre los cánceres es el de tipo folicular el que a veces puede captar yodo radioactivo (lo que sirve para su tratamiento) y en rarísimas ocasiones ser hiperfuncionante.

EL PROBLEMA DE LOS NODULOS TIROIDEOS

Todo médico enfrentado a un nódulo tiroideo se pregunta que hacer con él: si operarlo de inmediato o no.

Nuestra respuesta categórica es no.

Primero, porque la operación no está exenta de riesgos ni de complicaciones; segundo, porque en los casos en que no se trata de un cáncer tiroideo - y que son la inmensa mayoría - el tratamiento médico puede ser efectivo; y tercero, porque aún en los cánceres - dada su historia natural - es posible esperar algún tiempo antes de operar, sin exagerar el peligro que su presencia significa para la vida del paciente.

Surge obviamente entonces la segunda pregunta: Cómo saber si el nódulo tiroideo es o no canceroso antes de operarlo ?

En realidad, la certeza plena es imposible de conseguir ni con la clínica ni con el laboratorio y a veces ni siquiera con el examen histológico.

Si recurrimos al análisis estadístico, es difícil también establecer con seguridad la verdadera incidencia de cáncer en los nódulos tiroideos, ya que para averiguarlo tendríamos que revisar los casos en que el cáncer se haya comprobado: es decir, los operados y si revisamos los casos operados, estaremos falseando la verdadera incidencia, ya que si hubo cirugía, el médico consideró que eran sospechosos de cáncer con lo cual encontraremos mayor incidencia que la real.

La eficacia del tratamiento médico tampoco se podrá comprobar, ya que al no operar no se sabrá si había o no cáncer en el nódulo.

Teniendo en cuenta éstas y otras limitantes, en 1962 Shimaoka obtuvo diagnóstico histopatológico en 235 pacientes con bocio nodular no discriminado que le fueron referidos. En ellos la incidencia de cáncer tiroideo resultó ser aproximadamente de 7%.

De los 235, a 15% se les había catalogado clínicamente de sospechosos de tener cáncer y de éstos sólo 40% en realidad lo tenían. En cambio sólo 2% de los que inicialmente se catalogaron de benignos tenían cáncer.

Entre nosotros, en 1967 Atria revisó 187 casos de Bocios Nodulares, tratándo no establecer la incidencia del cáncer en ellos sino que evaluando los elementos que nos permitirían discriminar entre nódulos benignos y malignos antes de pensar en cirugía.

Sus conclusiones que aquí brevemente expondremos, constituyen la norma de conducta de nuestra Unidad frente a los Bocios Nodulares.

Concuerda él con la mayoría de los autores en que es prácticamente imposible llegar a establecer con precisión absoluta el diagnóstico de cáncer en la totalidad de los casos de Bocios Nodulares, pero afirma que la selección preoperatoria es imperativa, para llegar a intervenir precozmente sólo aquellos casos probables de cáncer o altamente sospechoso de él, dejando los otros para mayor observación y control médico previo.

Son determinantes de la selección los siguientes factores:

1. Edad y sexo en relación con la edad

Si se agrupa la casuística en ambos sexos estableciendo un límite a los 40 años, la relación nódulo benigno : maligno en el sexo femenino en el grupo de menor edad es de 11:1 y en el grupo mayor de 5:1. En cambio, en el sexo masculino en ambos grupos de edades la proporción es de 5:1, lo que debe constituir un factor orientador de la terapéutica. Esto significa que en sexo masculino hay mayores probabilidades de que se trate de un cáncer independientemente de la edad.

2. Características semiológicas del tiroides

Analizando todos los cánceres encontrados, en el 53,8% de los casos se trataba de un nódulo único, contra 46,2% en que el cáncer estaba en bocios multinodulares; es escasa la diferencia entre bocios uni y multinodulares para tener cáncer.

Catell y Colcock afirman que no hay signos ni síntomas de cáncer tiroideo en estados precoces de acuerdo a esta revisión, es preferible hablar de signos y síntomas "orientadores" o "sugerentes".

En los nódulos que posteriormente se demostraron benignos habían las siguientes características semiológicas:

- Límites precisos
- Consistencia blanda o renitente
- Dislocabilidad (ausencia de fijez) de los nódulos.

En cambio son sugerentes de lesión maligna:

- Límites difusos
- Consistencia dura
- Nódulos fijos
- Sensibilidad dolorosa
- Bocio que compromete un lóbulo que incluye al nódulo manteniéndose el lóbulo contralateral de tamaño normal.

Como hecho interesante cabe destacar que la presencia de adenopatías clínicas y de fenómenos compresivos locales, que para algunos son casi característicos de malignidad en esta serie estuvieron presentes en el 3,7% de los nódulos benignos y 7,7% de los cánceres en el caso de las adenopatías y en el 27,3% de los benignos y 31,8% de los malignos en el caso de los síntomas locales: luego no son exclusivos de malignidad.

3. Respuesta a la administración de hormona tiroídea

La respuesta a la administración de hormona tiroídea es de interpretación incierta: hay cánceres hormo nodependientes, que pueden disminuir de tamaño con la administración de hormona exógena.

Incluso algunos hasta han llegado a decir que si el nódulo se reduce con hormona tiroídea ello sería signo de malignidad. Sin embargo, hay los siguientes hechos:

- a. que las características biológicas del cáncer tiroideo permiten la postergación de la operación durante un plazo de 1 a 6 meses para apreciar la evolución espontánea o bajo los efectos de la hormonoterapia tiroídea como factor de selección; y
- b. que la individualización de un nódulo en una glándula cuyo volumen general se reduce al dar hormona exógena, constituye una indicación operatoria importante ya que señala la existencia de una lesión funcionalmente independiente.
- c. Stevenson refiere desaparición o disminución del 30% de los bocios multinodulares y del 21% de los nódulos solitarios.

4. Estado funcional de la glándula general

Dada la baja frecuencia de la asociación de cáncer tiroideo con hiper o hipotiroidismo, puede decidirse que la presencia de disfusión tiroídea hace menos probable la malignidad.

5. Estado funcional de los nódulos

La cintigrafía del tiroides es un elemento útil, pero no decisivo debiendo interpretarse su resultado al tenor del conjunto de las otras consideraciones. Hay nódulos cancerosos que pueden aparecer como funcionantes por sobreposición de tejido normal; y hay nódulos que aparecen como fríos y no corresponden a cáncer sino que a

quistes, a zonas necrosadas o fibrosas, a hemorragias circunscritas del tiroides, o bocios no funcionantes.

De acuerdo a todo lo anterior, nuestra conducta en la Unidad de Endocrinología frente a los nódulos tiroideos se resume así:

- A. OPERACION en mujeres menores de 40 años, cuyo nódulo no regresa o disminuye con hormonoterapia tiroidea (hasta 3 tabletas diarias de: Tiroglobulina (Proloid 65 mg. por tableta) o de extracto tiroideo 100 mgr. por tableta o Tiroides Parke Davis 0.065 gr. por tableta durante 6 meses, según que se obtenga o no adecuada frenación de la captación de radioyodo).
- B. OPERACION en hombre a cualquier edad con nódulo solitario evidente.
- C. OPERACION en todo nódulo que tenga uno o más de los caracteres anotados como "sugeresentes" de neoplasias.
- D. OPERACION de todo nódulo que se hace aparente en una glándula cuyo tamaño se reduce con hormona tiroidea.
- E. OPERACION en mujeres sobre 40 años y hombres a cualquier edad con bocios multinodulares que no se modifican o aumenten con hormona tiroidea, durante 3 a 6 meses, a no ser que existan indicaciones quirúrgicas derivadas de fenómenos estéticos o mecánicos.
- F. En los nódulos tiroideos acompañados de alteración funcional general, la conducta terapéutica está comandada por la que deriva de la desviación funcional.