



Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 76-77

Paciente mujer de 65 años con aumento de volumen de la glándula tiroides

Ana Isabel García Fernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Saúde de Cariño. Área Sanitaria de Ferrol

Francisco Díaz Muiños

Médico Adjunto del Servicio de Urgencias Hospital Arquitecto Marcide-Prof Novoa Santos. Área Sanitaria de Ferrol.

Manuel Abuin Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Saúde de Narón. Área Sanitaria de Ferrol

ANTECEDENTES PERSONALES

- Histerectomía y anexectomía hace aproximadamente diez años, por metrorragias.
- AIT hace aproximadamente 3 años (eco carotídeo: normal, ecocardiograma normal)
- Hiperlipemia
- Bocio multinodular (a expensas del lóbulo tiroideo derecho) hasta ahora asintomático.
- Tratamientos: Bristacol 20, Adiro 300

Analítica de hace un año con bioquímica, hemograma y TSH normales.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que acude a consulta del centro de salud por un aumento de hemitiroides derecho, con dolor moderado y un cuadro catarral de varios días de evolución. A la palpación se aprecia un lóbulo tiroideo dcho aumentado de tamaño y doloroso, sin adenopatías cervicales.

Ante la sospecha inicialmente de una tiroiditis granulomatosa se realiza una pauta de corticoides para control del dolor y la inflamación.

FIGURA 1



En ese momento se pide una analítica: hormonas tiroideas, bioquímica, hemograma y anticuerpos antitiroideos.

FIGURA 2



A la semana, acude de nuevo por persistir aumento de volumen del hemitiroides derecho, aunque sin dolor. No presentaba disnea ni disfagia, no adenopatías. Los resultados de la analítica son en ese momento: leucocitosis (18000 leucos) y trombocitosis (578000), y las hormonas tiroideas normales al igual que la TSH. y los anticuerpos antitiroideos.

Se realiza una ECO de tiroides y se observa una imagen sólida y heterocóica en la glándula tiroides.

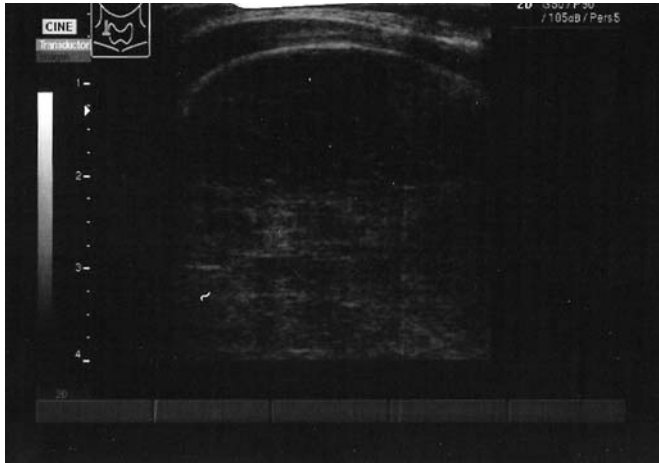
Realizamos una PAAF de dicho nódulo con resultado de carcinoma anaplásico de tiroides. La paciente es derivada al hospital de referencia para ingreso.

Se le realiza un TC cervical en el que se objetiva una masa paratraqueal derecha (9x8x8) que desplaza las estructuras adyacentes así como la tráquea, sin estenosis vía aérea. La carótida común derecha

se encuentra englobada en la masa, con calibre reducido y la vena yugular derecha está infiltrada.

Se desestima el tratamiento quirúrgico, por la extensión del tumor, y se realiza tratamiento farmacológico paliativo.

FIGURA 3



MANEJO DE UN NODULO TIROIDEO EN PRIMARIA

Cuando realizamos un examen minucioso por palpación en la zona cervical y se pone de manifiesto un aumento de la glándula tiroidea, es probable que sea a expensas de un único nódulo en dicha glándula.

Las causas más frecuentes de crecimiento de un lóbulo único de la glándula tiroidea son las siguientes:

Nódulos coloides, quísticos, tiroiditis linfocítica y neoplasias benignas (adenoma folicular o de células de Hurtle)

También es posible la aparición de lesiones malignas: carcinoma folicular, papilar y anaplásico. Otras menos frecuentes son la tiroiditis granulomatosa e infecciones de la glándula.

Las neoplasias de tiroidea son más frecuentes en menores de 30 años y mayores de 60 años. Como factores de riesgo se presentan: sexo (ser varón 3:1), irradiación previa en cabeza y cuello. Es más probable cuando existe un crecimiento rápido y progresivo de la glándula, de consistencia dura, dolorosa, tamaño mayor de 4 cm, adhe-

rencia a planos profundos y signos de compresión local o adenopatías regionales.

En la anamnesis se debe prestar especial atención a los signos de compresión local: ronquera persistente (cambios en la voz), disfagia o dolor.

Existe un protocolo de actuación en estos casos:

- Se debe valorar la TSH. La T4 y anticuerpos antitiroideos.
- Realización de una ECO y gammagrafía
- Siempre la realización de una PAAF, que es la técnica que aporta mayor información:

Dependiendo del resultado de la PAAF:

- 1) Si es benigna: probable bocio coloide o tiroiditis. Se debe realizar control anual.
- 2) Si es sospechosa: con un patrón folicular, (difícil de diferenciar si es un adenoma o carcinoma)

Se pide gammagrafía:

Nódulo caliente:

- TSH normal: control anual
- TSH baja: dependiendo de la edad y el tamaño: utilización de I radiactivo

Nódulo frío: cirugía.

- 3) Si es maligna: cirugía si es posible
- 4) Si es no diagnóstica: se repite de nuevo la PAAF
Si de nuevo es no diagnóstica se valora con ECO
Si es un patrón sólido: cirugía
Cualquier otro patrón en la ECO se valora por el tamaño:
si es Mayor de 4 cm: cirugía y si es menor control anual.

En relación con nuestro caso es importante tener en cuenta que los carcinomas anaplásicos de tiroidea tienen una evolución rápida. Provocan un aumento de la glándula tiroidea a expensas de un nódulo de un bocio multinodular que maligniza.

BIBLIOGRAFÍA

- James R Mulinda, MD, FACP,FACE, Consulting Staff, Department of Endocrinology, Endocrinology Associates. "Goiter"
- National Guideline Clearinghouse. "Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer" Martín Zurro 4ª edición.