

EDITORIAL

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS BENIGNOS SINTOMÁTICOS

NON-SURGICAL TREATMENT OF BENIGN SYMPTOMATIC THYROID NODULES

Iñaki Argüelles y Santiago Tofé*

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca



La prevalencia del nódulo tiroideo es muy elevada, pudiendo llegar a cifras superiores al 50% en la población adulta ¹, especialmente tras la generalización del uso de la ecografía tiroidea. Ante un problema de esta magnitud debemos ser cautos a la hora de indicar y realizar ecografías para evitar el sobrediagnóstico de patología estructural tiroidea. En el presente artículo revisamos el manejo de nódulos ya diagnosticados que llegan a nuestra consulta y que deberíamos gestionar correctamente, evitando a su vez el sobretratamiento.

Al hacer una intervención, uno debe plantearse el por qué y para qué de la misma, es decir, qué resultado espera obtener. En el caso de los nódulos tiroideos tenemos dos motivos principales: el primero es que el nódulo sea maligno o sospechoso y el segundo, que es el que nos ocupa en esta ocasión, es que el nódulo sea sintomático. Nuestros objetivos serán diferentes en ambas situaciones; en el caso de nódulos malignos o sospechosos, en general indicamos el tratamiento quirúrgico para confirmar el diagnóstico, estratificar el riesgo y evitar la progresión de la enfermedad. En el caso del nódulo benigno sintomático, nuestro principal objetivo es hacer que los síntomas desaparezcan, o cuando menos aliviarlos.

En estos casos, como alternativa a la cirugía, aunque conocidos desde hace más de 25 años ², pero con un especial desarrollo en los últimos 10 o 15, están los tratamientos

no quirúrgicos o técnicas mínimamente invasivas: principalmente la ablación por inyección percutánea de etanol, especialmente útil en nódulos quísticos y la termoablación en nódulos sólidos o predominantemente sólidos ya sea por láser (LA), radiofrecuencia (RFA), microondas (MWA, del inglés microwaves) o, en menor medida, los ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFU, del inglés, High-Intensity Focused Ultrasound) ³.

Al utilizar estos tratamientos deberíamos buscar un equilibrio y no aplicarlos por defecto ni por exceso.

En el caso del nódulo tiroideo quístico, se sabe que, tras su drenaje, hasta un 90% recidiva ⁴. Durante muchos años multitud de endocrinólogos hemos enviado a operar a estos pacientes; sin embargo, si nos ceñimos a las premisas anteriormente mencionadas, partimos de un nódulo benigno. Por tanto la malignidad no es motivo para intervenir, y respecto a la sintomatología, una vez descartada la funcional, únicamente nos queda la derivada de la ocupación de volumen. Así, nuestro objetivo es aliviar los síntomas compresivos, algo que podemos conseguir fácilmente disminuyendo el volumen del nódulo. La enolización de nódulos quísticos o predominantemente quísticos muestra excelentes resultados con seguimientos de hasta 10 años, con reducciones de volumen del 69-80%, así como desaparición de la clínica compresiva. Además, es un método económico, rápido, sencillo, ambulatorio, sin necesidad de anestesia general y sin complicaciones significativas ². Una hemitiroidectomía aliviaría también los síntomas compresivos, pero habría que asumir un riesgo de complicaciones quirúrgicas en torno a un 3%, y un riesgo de hipotiroidismo a largo plazo del 20-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inaki.arguelles@ssib.es (S. Tofé).

30%⁵, sin olvidar el coste económico de una intervención quirúrgica con anestesia general e ingreso hospitalario.

Por tanto, en el caso de los quistes o nódulos predominantemente quísticos el tratamiento de elección podría ser la enolización, pudiendo quedar relegada la cirugía a situaciones excepcionales.

En el caso de los nódulos sólidos o mixtos predominantemente sólidos, debemos partir de las mismas premisas: si el nódulo es benigno, nuestro objetivo debe ser aliviar los síntomas y, para ello como alternativa a la cirugía deberemos tener presentes las técnicas de termoablación. Tenemos a nuestra disposición la LA, la RFA, la MWA y la HIFU.

En general, las más eficaces en cuanto a reducción de volumen son la RFA y MWA, sin diferencia significativa entre ellas, seguidas por LA. Sin embargo, las guías de la Asociación Europea de Tiroides no consideran la MWA como tratamiento de primera elección debido a la menor cantidad de trabajos publicados³. Por otra parte, a día de hoy, las reducciones de volumen reportadas por HIFU son menores que con las otras tres técnicas. Además, la duración del tratamiento y su coste son mayores, por lo que no es considerada una técnica de primera línea.

Los datos de seguimiento a largo plazo tras RFA muestran reducciones medias de volumen del 67-93%^{6,7}. En nódulos mixtos también cabe la posibilidad de combinar enolización y termoablación, siendo la práctica más habitual realizar termoablación del remanente sólido tras una enolización⁸.

A la vista de estos datos, la termoablación podría ser el tratamiento de elección en los nódulos tiroideos sólidos o mixtos de predominio sólido, ya que sin duda las reducciones de volumen descritas aliviarían los síntomas tanto compresivos como cosméticos en estos pacientes, a un coste y riesgo menor que la cirugía. La excepción sería el nódulo autónomo o tóxico, donde la alternativa al tratamiento quirúrgico es el tratamiento con I131, quedando la termoablación como tratamiento de segunda línea en pacientes que rechacen el I131 o la cirugía, como por ejemplo mujeres con deseo gestacional a corto plazo³.

En cualquier caso, la cirugía seguirá siendo una opción de tratamiento que deberá ofrecerse a los pacientes, siendo el tratamiento de elección en nódulos o bocios multinodulares de gran tamaño o compresivos, así como nódulos que pese a tener citología benigna, muestren un crecimiento rápido o tengan características ecográficas sospechosas de malignidad.

A modo de resumen y como recogen con alto grado de consenso diversas sociedades científicas como la italiana, austriaca, coreana o la propia europea, los tratamientos mínimamente invasivos deben ofrecerse como opción de tratamiento a los pacientes con nódulos tiroideos benignos sintomáticos, siendo la enolización el tratamiento de elección en nódulos quísticos y la termoablación en nódulos sólidos⁹.

Por último, nos gustaría insistir en la indicación adecuada del tratamiento: debemos evitar, además del sobrediagnóstico, el sobretratamiento. No hay motivo para tratar nódulos asintomáticos y hay que seleccionar la indicación adecuada para cada paciente. Para ello es imprescindible la presencia del endocrinólogo en todo el proceso: diagnóstico, seguimiento y, siempre que sea posible, en el tratamiento.

Referencias

1. Gharib H, Papini E. Thyroid nodules: clinical importance, assessment, and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2007;36:707–35.
2. Bennedbaek FN, Karstrup S, Hegedüs L. Percutaneous ethanol injection therapy in the treatment of thyroid and parathyroid diseases. *Eur J Endocrinol*. 1997 Mar;136(3):240–50.
3. Enrico Papini, Hervé Monpeyssen, Andrea Frasoldati. Laszlo Hegedüs. 2020 European Thyroid Association Clinical Practice Guideline for the Use of Image-Guided Ablation in Benign Thyroid Nodules. *Eur Thyroid J*. 2020;9:172–85.
4. Cesareo R, Tabacco G, Naciu AM, et al. Long-term efficacy and safety of percutaneous ethanol injection (PEI) in cystic thyroid nodules: A systematic review and meta-analysis. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2022;96:97–106.
5. Li Z, Qiu Y, Fei Y, Xing Z, Zhu J, Su A. Prevalence of and risk factors for hypothyroidism after hemithyroidectomy: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2020;70(2):243–55.
6. Bernardi S, Palermo A, et al. Current Status and Challenges of US-Guided Radiofrequency Ablation of Thyroid Nodules in the Long Term: A Systematic Review. *Cancers*. 2021;13.
7. Li J, Xue W, Xu P, et al. Efficacy on radiofrequency ablation according to the types of benign thyroid nodules. *Sci Rep*. 2021;11:22270.
8. Park HS, Baek JH, Choi YJ, Lee JH. Innovative Techniques for Image-Guided Ablation of Benign Thyroid Nodules: Combined Ethanol and Radiofrequency Ablation. *Korean J Radiol*. 2017 May-Jun;18(3):461–9.
9. Muhammad, et al. RFA and benign thyroid nodules: Review of the current literature. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*. 2021;6:155–65.