



CARTAS CIENTÍFICAS

Presentación ecográfica infrecuente del nódulo adenomatoide tiroideo



Uncommon ultrasound presentation of thyroid adenomatoid nodule

Estimada Editora:

Los estudios de autopsia revelan que el 50% de los pacientes con tiroides clínicamente normales tienen nódulos. De hecho, la ecografía los detecta en un 40% de pacientes estudiados por otras razones.

Los nódulos tiroideos representan la indicación más frecuente de ecografía tiroidea. Si bien su prevalencia aumenta con la edad, el porcentaje de malignidad es muy bajo (2-4%). El diagnóstico citológico más frecuente es el nódulo coloide o adenomatoide con abundante coloide, de naturaleza benigna^{1,2}.

Comunicamos una presentación infrecuente en ecografía de un nódulo adenomatoide en una paciente mujer de 50 años de edad, con antecedentes familiares de hipotiroidismo, que consultó con un especialista en Endocrinología por una astenia generalizada. Se solicitó el dosaje de tirotrópica (TSH), tiroxina (T4) libre y anticuerpos antitiroideos. Estos dos últimos parámetros fueron negativos, pero el valor de la TSH fue de 3 mU/L, por lo que se pidió una ecografía tiroidea como complemento diagnóstico. Esta reveló un área hipocóica de morfología poliédrica, ubicada en el lóbulo derecho, con un diámetro mayor de 9 mm, que en el *power* Doppler mostró flujo periférico (figs. 1 y 2). La elastografía reflejó un área predominantemente elástica con áreas de rigidez, *score* 2 en la escala de Ueno^{3,4} (fig. 3). Las cadenas ganglionares yugulocarótidas no presentaron imágenes patológicas a destacar.

Debido a la sospecha de malignidad por los hallazgos en la ecografía con escala de grises, se llevó a cabo una punción aspiración con aguja fina (PAAF). El resultado fue un nódulo adenomatoide con abundante coloide, clasificación Bethesda tipo II. Estos hallazgos benignos coincidieron con los de la elastografía (mapa color y *strain ratio*).

La paciente inició un tratamiento con T4 a bajas dosis durante 6 meses y en los controles sucesivos se volvió eutiroides. Los controles ecográficos fueron similares y en la repetición de la PAAF no hubo cambios.

El nódulo adenomatoide en la ecografía generalmente es sólido, homogéneo y bien definido. Puede ser hiper, iso o hipocogénico, con focos hiperecóticos brillantes (cola de

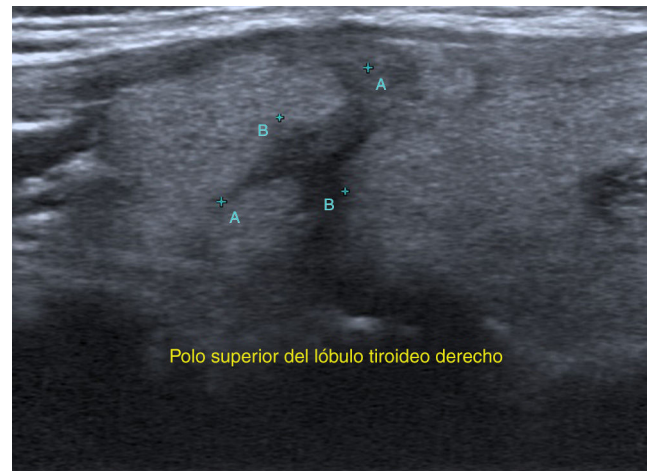


Figura 1 En escala de grises se visualiza un área hipocóica de morfología poliédrica, ubicada en el polo superior del lóbulo tiroideo derecho.

cometa) que indican la existencia de un componente coloide cristalizado en su interior. Cuando los espacios coloides son extensos, se identifica un patrón esponjiforme. Suelen tener un componente quístico, a veces con tabicaciones o con un nódulo mural, que aumenta de forma proporcional al tamaño nodular. Pueden presentar un halo hipocogénico, que traduce la presencia de vascularización circundante, evidenciable con el Doppler color^{1,2}.

Es importante conocer la utilización de la elastografía como complemento diagnóstico, ya que orienta

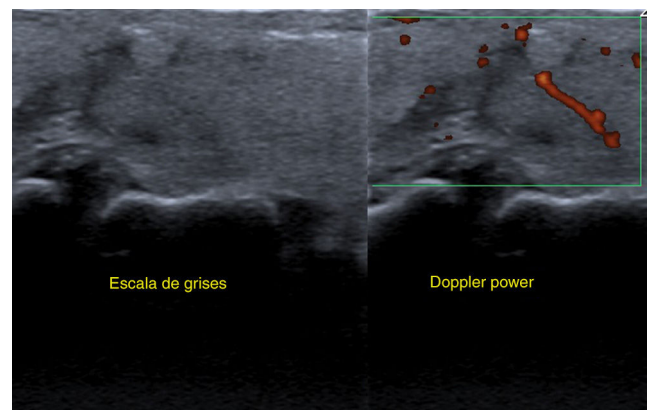


Figura 2 En el *power* Doppler se evidencia una escasa vascularización periférica.

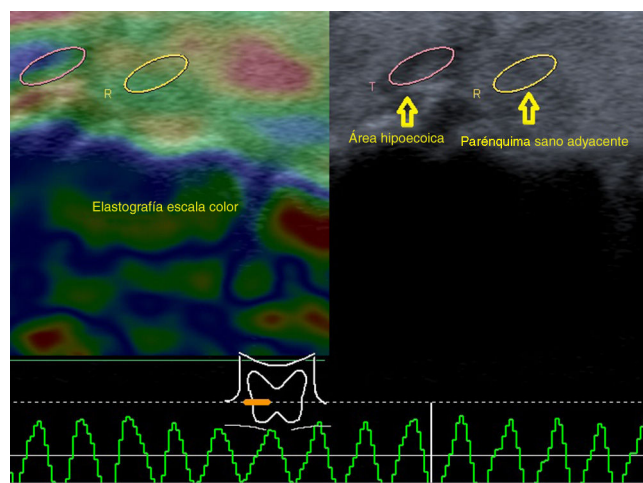


Figura 3 La elastografía por compresión identifica un área predominantemente elástica, valorada con escala de color y *strain ratio* (la escala color utilizada comprende desde el rojo suave hasta un azul intenso).

sobre la benignidad o malignidad del nódulo tiroideo. En nuestro caso, esta herramienta diagnóstica sugirió la naturaleza benigna del nódulo adenomatoide de morfología atípica poliédrica, en coincidencia con el resultado de la PAAF.

Saludan a Ud. con distinguida consideración, los autores

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido

información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Middleton W, Kurtz A, Hertzberg B. Cuello y tórax. En: Middleton W, Kurtz A, Hertzberg B, editores. Ecografía. Madrid: Marbán; 2007. p. 246–8.
2. Solbiati L, Charboneau JW, Meredith JE, Hay I. Glándula tiroidea. En: Rumack C, Wilson S, Charboneau W, editores. Diagnóstico por ecografía. Madrid: Marbán; 2001. p. 618–24.
3. Kura M, Ballarino C, Tamagrana F, Campagno B, Bertini K, Gonzalez Escalante A, et al. Relación entre el valor del ratio elastográfico y la clasificación citológica de Bethesda en la patología tiroidea. *Rev Argent Radiol.* 2014;78:128–37.
4. Nazarian LN. Science to practice: can sonoelastography enable reliable differentiation between benign and metastatic cervical lymph nodes. *Radiology.* 2007;243:1–2.

I.M. Sarachi*, M.L. Abait, A. Divita, G. Mon y C. De Sola Ramos

Centro Diagnóstico Mon, La Plata, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ivelis_ms@hotmail.com, ivelis.sarachi@gmail.com (I.M. Sarachi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2016.05.004>
0048-7619/

© 2016 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aneurisma de la arteria carótida interna extracraneal asociado a displasia fibromuscular



Extracranial aneurysm of the internal carotid artery associated with fibromuscular dysplasia

Estimada Editora:

Los aneurismas de las arterias carótidas extracraneales son raros. Tienen una etiología variada y sus causas más habituales son la degeneración aterosclerótica (40% de los casos) y los traumatismos (pseudoaneurismas)¹. La bibliografía menciona enfermedades congénitas de la pared arterial, como la displasia fibromuscular (DFM) que afecta a menos del 1% de la población y ocasiona aneurismas congénitos, ataques isquémicos transitorios, infarto cerebral o hemorragia subaracnoidea^{2,3}.

Esta afección presenta una baja incidencia, por lo que describimos el caso de una mujer de 63 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, síndrome de Alport

de insuficiencia renal crónica, que consultó por una masa pulsátil. El examen físico objetivó una tumoración redondeada de 3 cm de diámetro en la región latero-cervical derecha, de consistencia firme, pulsátil y no dolorosa a la palpación, a 2 cm del gonión.

La ecografía Doppler de los vasos del cuello reveló una dilatación aneurismática sacular gigante de la arteria carótida interna (ACI) derecha. Con el mapa color y espectral se observó un flujo con patrón en ida y vuelta (signo del yin y yang), aunque no se pudo establecer si era un aneurisma o un pseudoaneurisma (fig. 1). No obstante, en la angiografía por tomografía computada multicorte (angio-TCMC) se identificó un aneurisma gigante sacular de la ACI derecha distal, de 33 × 22 mm, sin trombos murales (figs. 2 y 3). La ACI distal contralateral presentó un aspecto tortuoso y arrosariado, que alternaba entre zonas de estenosis y dilataciones fusiformes, sugerentes de DFM.

La arteriografía mostró una ACI derecha elongada con imágenes de "pilas de monedas" en el segmento distal, compatible con angiodisplasia asociada a dilatación aneurismática de gran tamaño.