



# ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo



## EDITORIAL

### Relevancia de la ecografía en un servicio de endocrinología Importance of ultrasound in a department of endocrinology

Iñaki Argüelles\* y Santiago Tofé

Servicio de Endocrinología y nutrición. Hospital Universitari Son Espases

“*Thyroid ultrasound-just do it*”. Así se titulaba la editorial publicada en *Thyroid*, el 2004<sup>1</sup>, que ponía de manifiesto la escasa utilización de la ecografía por los endocrinólogos americanos y resaltaba la necesidad de asumirla cuanto antes. Ahora, ocho años después, ha llegado nuestro momento.

Son múltiples las variables que condicionan nuestra vida laboral en los últimos diez años: status laboral, centro de trabajo, etc. Pero sin duda la más trascendente, la que supone un cambio radical en nuestro día a día, es la incorporación, en el año 2007, de la ecografía cervical a nuestra actividad asistencial, restando sentido a los cinco años previos, en lo que a manejo de patología tiroidea se refiere. Este cambio se fundamenta en las distintas aplicaciones de la ecografía:

a) Patología nodular tiroidea: su prevalencia llega a más del 50%, sin embargo menos del 5% de los nódulos son malignos<sup>2</sup>, por lo que es preciso estudiarlos de forma adecuada. Hay tres pilares para su manejo: primero, la determinación de TSH, segundo la ecografía de alta resolución que condiciona la tercera, la punción aspiración con aguja fina (PAAF)<sup>3</sup>. La TSH en la mayoría de los casos ya está determinada cuando el paciente es valorado por el endocrinólogo, quedando a partir de aquí dos opciones principales.

La primera, la habitual en nuestro medio, solicitud, en una primera visita, de ecografía al servicio de radiología, valoración del resultado en una segunda visita,

y nueva derivación para PAAF si procede, condicionada por la coordinación entre otros servicios, como anatomía patológica y radiología, con la consiguiente demora.

En la segunda opción, que afortunadamente crece en frecuencia, el endocrinólogo, tras la valoración clínica del paciente, realiza la ecografía y decide la necesidad de ecografía-PAAF, que él mismo realizará. A su vez, la citología puede realizarse de dos formas:

- conjuntamente con el patólogo, disminuyendo al máximo las punciones no diagnósticas (5,3%) como publica Castells et al<sup>6</sup>. El inconveniente es una mayor exigencia en cuanto a programación y coordinación.
- De forma inmediata, en la primera consulta, consiguiendo reducir los tiempos de espera a cero, como publicó nuestro grupo en 2010<sup>5</sup>. En este caso el inconveniente es la menor rentabilidad citológica: en los últimos años en torno al 10% de PAAF han sido no diagnósticas.

Se realice la citología de una forma u otra, no cabe duda de que la opción del endocrinólogo es la óptima, puesto que es el clínico quien, con todos los elementos de juicio (TSH, ecografía y datos clínicos), decide la actitud a seguir.

Incluso en el supuesto ideal de un circuito y una coordinación excelentes entre endocrinología, radiología y anatomía patológica con muy buenos resultados<sup>7</sup>, la opción de la ecografía en manos del endocrinólogo resulta más simple, más económica y por tanto más eficiente.

- b) Carcinoma de tiroides: la ecografía es fundamental tanto en la estadificación prequirúrgica como en el seguimiento posterior<sup>4</sup>. Nuevamente estamos ante un proceso en el que el endocrinólogo toma las decisiones clínicas, pero

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [inaki.arguelles@ssib.es](mailto:inaki.arguelles@ssib.es) (I. Argüelles).

en muchos casos depende de la lista de espera y grado de saturación del servicio de radiología, frente a la situación que vivimos en nuestro centro en la actualidad, donde la ecografía y ecografía-PAAF, incluyendo el lavado de aguja para tiroglobulina o calcitonina en el caso de adenopatías cervicales, son inmediatas.

- c) El diagnóstico de localización en el hiperparatiroidismo primario ha mejorado de forma drástica desde que asumimos la ecografía en nuestro servicio, superando el 90% de los casos con criterio quirúrgico y facilitando de este modo la cirugía mínimamente invasiva<sup>8</sup>.

Queda por último una cuestión pendiente: la capacitación de los profesionales. Para ello, es preciso adquirir conocimientos teóricos y por supuesto prácticos, consistentes en realizar un número determinado de exploraciones supervisadas, como recomienda por ejemplo la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos entre 100 y 125 (70% diagnósticas y 30% ecografía-PAAF)<sup>3</sup>. Resulta por lo tanto imprescindible, una toma de posición de nuestra sociedad científica para definir claramente los contenidos y acreditar los centros donde adquirirlos.

Es evidente la importancia de la ecografía en la práctica clínica diaria de nuestra especialidad, condicionando nuestras decisiones diagnósticas y terapéuticas. Se trata de una herramienta que debe convertirse en una extensión de la exploración física, y los clínicos debemos formarnos para manejarla con eficacia. No nos podemos permitir condenar a nuestros pacientes a listas de espera interminables y consultas repetidas. Tampoco el sistema público de salud puede permitirse gastos innecesarios y poca eficiencia. Tenemos por tanto la responsabilidad de continuar formándonos e instruir a nuestros residentes en la ecografía cervical de cara a

lograr finalmente ser autónomos y ofrecer la mejor atención posible a nuestros pacientes.

## Bibliografía

1. Jack Baskin H. Thyroid ultrasound-just do it. *Thyroid*. 2004;91-2, 14. 2.
2. Bahn RS, Castro MR. Approach to the patient with nontoxic multinodular goiter. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96:1202-12.
3. AACE/AME/ETA. Thyroid nodule guidelines. *Endocr Pract*. 2010;16 Suppl 1.
4. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19:1167-210.
5. Tofé Povedano S, Argüelles Jiménez I, García Fernández H, Quedo Juanals J, Díaz Medina S, Serra Soler G, et al. Incorporación de la ecografía y la punción de tiroides a la actividad de endocrinología en una consulta de alta resolución. *Endocrinol Nutr*. 2010;57:43-8.
6. Castells I, Pardo N, Videlac S, Giménez G, Llargues E, Simó O, et al. Impacto asistencial tras la introducción de la ecografía tiroidea en una unidad monográfica de atención al nódulo tiroideo. *Endocrinol Nutr*. 2012.
7. Sebastián-Ochoa N, Fernández-García JC, Mancha Doblas I, Sebastián-Ochoa A, Fernández García D, Ortega Jiménez MV, et al. Experiencia clínica en una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo. *Endocrinol Nutr*. 2011;58:409-15.
8. Ochogavía Seguí A, Martínez Fernández J, Palma Zamora EF, Álvarez Segurado C, Salinas R, Tofé S, et al. Comunicación en la Reunión nacional de la sección de cirugía endocrina de la Sociedad Española de Cirugía. 2011.