

PROTOCOLO ASISTENCIAL DISFUNCIÓN TIROIDEA

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- HIPOTIROIDISMO: diagnóstico inicial (interconsulta virtual); dificultad ajuste dosis, embarazo.
- HIPERTIROIDISMO: diagnóstico inicial y seguimiento, hipertiroidismo subclínico, embarazo.
- BOCIO O NÓDULO TIROIDEO: diagnóstico bocio difuso o multinodular, diagnóstico y seguimiento de nódulo tiroideo, crecimiento rápido o doloroso, adenopatías, compresión local, embarazo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Hipotiroidismo subclínico. (Atención Primaria)
- Hipotiroidismo secundario, congénito, oftalmopatía tiroidea o cáncer de tiroides. (Endocrinología)
- Coma hipotiroideo o tormenta tiroidea. (Ingreso)

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA PARA DERIVACIÓN

- Anamnesis con especial mención de antecedentes familiares y personales de disfunción tiroidea, antecedentes de enfermedad autoinmune, administración de fármacos de riesgo (amiodarona, litio, yodo...), síntomas guías de hiper o hipotiroidismo.
- Exploración general y tiroidea, con especial mención a la presencia de bocio, nódulos o adenopatías cervicales.
- Análítica general, que incluya específicamente hemograma, VSG, glucemia, función renal, perfil lipídico, TSH, T4 libre y anticuerpos antitiroideos (antiTPO, antitiroglobulina).
- Ecografía tiroidea, si existe indicación (sólo indicada en nódulo palpable o bocio).

EVALUACIÓN INICIAL EN CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA

- Anamnesis: Antecedente personal o familiar de enfermedad tiroidea o autoinmune, toma de fármacos (amiodarona, litio, yodo), valoración de síntomas guía (hiper o hipotiroidismo).
- Exploración física: Tiroides (tamaño, consistencia, presencia de nódulos, movilidad) y la palpación de cadenas ganglionares cervicales bilaterales.
- Análítica general: TSH, T4 libre y Anticuerpos antitiroideos, si no los aporta el paciente.
- Ecografía tiroidea: indicada en presencia de nódulo o bocio multinodular palpable, adenopatías sugestivas de malignidad, alto riesgo de cáncer de tiroides. No indicada en hipotiroidismo o hipertiroidismo de forma generalizada.
- Gammagrafía tiroidea: indicada en hipertiroidismo, despistaje de bocio intratorácico.
- PAAF nódulo tiroideo (no indicada en nódulos hiperfuncionantes en gammagrafía). Indicaciones:
 1. Criterios clínicos sospechosos de malignidad: historia familiar de cáncer de tiroides o neoplasia endocrina múltiple (MEN); nódulo de rápido crecimiento, consistencia firme, adherido a planos profundos; historia de irradiación de cabeza/cuello; historia de trasplante de células hematopoyéticas; sexo masculino; menos de 30 años y más de 60; síntomas compresivos; adenopatías cervicales; parálisis de una cuerda vocal.
 2. Criterios ecográficos:
 - 2.1. Nódulo solitario.
 - < 5 mm. No PAAF. Control.
 - 5-10 mm. Valorar PAAF en función de factores de riesgo y/o características sospechosas en ecografía: diámetro anteroposterior mayor que el transversal, ausencia de halo, microcalcificaciones, bordes irregulares, hipocogenicidad, nódulo sólido y vascularización intranodular.
 - 10 mm. Siempre PAAF excepto: quiste simple, esponjiforme, coloide, cáscara de huevo completa o nódulo gammagráficamente hipercaptante.

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERÍA)

Teléfono: 950 02 90 00

2.2. Nódulos múltiples. El tamaño no es específico para la detección de la malignidad, por lo que en los bocios multinodulares se deben seleccionar los nódulos por criterio ecográfico, no por tamaño. En los nódulos mixtos se debe biopsiar siempre el componente sólido.

- Nódulo sospechoso en ecografía.
- Nódulo dominante mayor a 15 mm.
- Nódulo que crece en controles (>2 mm en 2 ejes o aumento del diámetro >20%)
- Nota: Radiodiagnóstico referirá en el informe si se requiere o no PAAF, o si se debe valorar ésta en función de los factores de riesgo del paciente, además de describir de forma exhaustiva los nódulos sospechosos entre 5-10 mm de localización profunda, (no accesible para PAAF). Medicina Interna referirá en la petición el nódulo sobre el que se quiera realizar la PAAF en el caso de nódulos múltiples.

El diagnóstico anatomopatológico debe utilizar un sistema de clasificación estandarizado como el de Bethesda:

- Categoría 1. No diagnóstica o insatisfactoria (3-10%): repetir PAAF ecoguiada.
- Categoría 2. Benigna (60-80%): riesgo de malignidad 0-3%. Seguimiento clínico.
- Categoría 3. Atipia/Lesión folicular de significado incierto (10-20%) Riesgo de malignidad 5-15%. Correlacionar clínicamente (repetir PAAF a los 3-6 meses; lobectomía si características clínicas o ecográficas de malignidad).
- Categoría 4. Neoplasia folicular o sospechosa de neoplasia folicular (10-20%). Riesgo de malignidad 15-30%. Lobectomía.
- Categoría 5. Sospechoso de malignidad (2.5-10%). Riesgo de malignidad 60-75%. Tiroidectomía total o lobectomía.
- Categoría 6. Maligno (3.5-10%). Riesgo de malignidad 97-99%. Tiroidectomía total.

SEGUIMIENTO

- REVISIÓN: Se valorará evolución del proceso, cumplimentación terapéutica, valoración de nivel hormonal y resultado de pruebas complementarias realizadas.
- EMBARAZO: En hipotiroidismo incrementar el 30% de dosis requerida, manteniendo función tiroidea normal durante todo el embarazo, con control trimestral.

ALTA DE CONSULTA

- Hipotiroidismo primario: seguimiento por interconsulta virtual, si precisa.
- Hipertiroidismo primario: revisión en 2-3 meses hasta ajuste de dosis; posteriormente, evaluación semestral para control de recidiva hasta 18-24 meses; alta si no hay recidiva.
- Nódulos tiroideos < 1 cm sin indicación de PAAF: control ecográfico anual durante 3-4 años, alta si no hay modificación tamaño.
- Nódulos tiroideos 1-4 cm: control ecográfico anual previa PAAF (Categoría 2 de Bethesda) durante 3-4 años, alta si no hay modificación de tamaño.
- Nódulos tiroideos > 4 cm: derivación a Cirugía.
- PAAF con atipia/lesión folicular de significado incierto (categoría 3 de Bethesda): derivación a Cirugía tras dos resultados con categoría 3.
- PAAF con proliferación folicular (categoría 4 de Bethesda): derivación a Cirugía.
- PAAF maligna (categorías 5 y 6 de Bethesda): derivación a Cirugía



Servicio Andaluz de Salud

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

U.G.C. ANATOMÍA PATOLÓGICA

U.G.C. MEDICINA INTERNA

U.G.C. CIRUGÍA GENERAL

U.G.C. RADIODIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

Levotiroxina

- Hipotiroidismo primario
- Hipotiroidismo iatrogénico (tras radioI o cirugía).
- Hipotiroidismo subclínico con $TSH > 10$ o < 10 y bocio, depresión, embarazo, dislipemia, infertilidad o síntomas guía de hipotiroidismo.

Antitiroideos (tiamazol, metimazol, propiltiouracilo)

- Hipertiroidismo.

Betabloqueantes (propanolol, atenolol)

- Control de síntomas de hipertiroidismo.

Glucocorticoides

- Oftalmopatía de Graves-Basedow.
- Tormenta tiroidea.
- Hipertiroidismo secundario a tratamiento con amiodarona (tipo II).

RadioI 131

- Enfermedad de Graves-Basedow, adenoma tóxico y bocio multinodular tóxico en pacientes de edad no fértil o con alto riesgo quirúrgico.

Cirugía

- Enfermedad de Graves-Basedow que no responde a tratamiento médico en niños, adolescentes y mujeres en edad fértil que deseen embarazo próximo.
- Adenoma tóxico y bocio multinodular tóxico en niños, adolescentes y mujeres en edad fértil que deseen embarazo próximo.
- Bocio compresivo.
- Bocio intratorácico.
- Nódulo tiroideo > 4 cm (previo PAAF).
- PAAF con proliferación folicular y malignidad (Categorías 4, 5 y 6 de Bethesda) o dos PAAF con atipia/lesión folicular de significado incierto (categoría 3 de Bethesda).

Huércal Overa 7 de Junio 2017

Autores

Dra. M^a José Pérez Sola.
FEA Medicina Interna.

Dra. Francisca Parra Montoya
FEA Radiodiagnóstico

Colaboradores

Dr. Pedro Luís Carrillo Alascio
Director UGC Medicina Interna

Dr. Jesús Pastor Torres
Director UGC Radiodiagnóstico

Dr. Andrés Gallardo Ortega
FEA Cirugía General

Dr. Matías Barayobre Barayobre
FEA Anatomía Patológica

Dr. Elmahdi Mohamed Ahmed
FEA Anatomía Patológica

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERÍA)

Teléfono: 950 02 90 00

