Acuerdo entre los Servicios de Medicina Interna, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica para la indicación de Punción Tiroidea

María José Pérez Sola
FEA Medicina Interna
Hospital La Inmaculada (Huércal Overa)

Clasificación TI-RADS (Thyroid Imagin Reporting and Data System)

- Se divide según factores predictivos de benignidad o malignidad para definir las indicaciones de punción tiroidea.
- Se basa en las calcificaciones, vascularización, ecogenicidad y estructura del nódulo.
- Las mediciones corresponden al corte axial.

Composición (elegir 1)
Quístico o casi Totalmente quístico. 0
Espongiforme 0
Sólido y quístico (mixto) 1
Sólido o casi totalmente sólido 2
Ecogenicidad (elegir 1)
Anecoico 0
Hiperecoico o isoecoico 1
Hipoecoico 2
Muy hipoecoico 3
Forma (elegir 1)
Más ancho que alto 0
Más alto que ancho 3
Margen (elegir 1)
Suave 0
Mal definido 0
Lobulado o irregular 2
Extensión extratiroidea 3
Focos ecogénicos (elegir lo aplicable)
Ninguno o artefactos en cola de cometa. 0
Macrocalcificaciones 1
Calcificaciones periféricas 2
Focos ecogénicos punteados 3
La suma de los puntos de cada columna determina el grado TI-RADS
0 puntos
2 puntos
3 puntos
4-6 puntos
7 ≥ puntos
TR1 Benigno
TR2 No sospechoso
TR3 levemente sospechoso
TR4 moderadamente sospechoso
TR5 altamente sospechoso
No FNA
No FNA
≥ 1.5 cm seguimiento
≥ 2.5 cm FNA
≥ 1.0 cm seguimiento
≥ 1.5 cm FNA
≥ 0.5 cm seguimiento
≥ 1.0 cm FNA

Clasificación TI-RADS (Thyroid Imagin Reporting and Data System)

- TI-RADS 1: 0 puntos: Benigno. No precisa punción.
- TI-RADS 2: 2 puntos: No sospechoso. No precisa punción.
- TI-RADS 3: 3 puntos: Levemente sospechoso (Malignidad en menos del 5% de los casos): Punción en nódulos mayores de 2,5 cm. Seguimiento en mayores de 1,5 cm.
- TI-RADS 4: 4 a 6 puntos: Moderadamente sospechoso (Riesgo de malignidad variable entre 10 y 80% de los casos): Punción en nódulos mayores de 1,5 cm. Seguimiento en mayores de 1 cm.
- TI-RADS 5: Más de 7 puntos: Altamente sospechoso (Mas de 80% de los casos): Punción en nódulos mayores de 1 cm. Seguimiento en mayores de 0,5 cm.
- TI-RADS 6: Malignidad confirmada histológicamente.

Punción por Aspiración con Aguja Fina (PAAF). Indicación.

- Nódulos sospechosos incluso en < 1 cm en pacientes con antecedentes familiares de cáncer diferenciado de tiroides (CDT) o irradiación en la infancia o dos o más signos ecográficos de malignidad.
- Coexistencia con adenopatías sospechosas.
- Nódulos sólidos hipoecogénicos o con microcalcificaciones (≥ 1 cm).
- Nódulos isoecogénicos o hiperecogénicos (≥ 1,5 cm).
- Nódulos mixtos sólido-quísticos con algún signo de malignidad (≥ 1,5 cm).
- Nódulos mixtos sólido-quísticos no sospechosos y espongiformes (≥ 2 cm).

Punción por Aspiración con Aguja Fina (PAAF). No Realización.

- Nódulos puramente quísticos (salvo evacuación si son de gran tamaño).
- Pseudonódulos ecogénicos o hipo/hiperecogénicos en el contexto de tiroiditis autoinmune.
- Nódulos con citología previa de benignidad, aunque con características atípicas o indeterminadas que hayan disminuido de tamaño con respecto a estudios previos.
- Pseudonódulos y áreas hipoecogénicas en el contexto de una tiroiditis subaguda.

Manejo basado en resultado citopatológico. Clasificación Bethesda.

- Bethesda I: material insuficiente. No diagnóstico.
- Bethesda II: Benigno.
- Bethesda III: Atipia de significado indeterminado o lesión folicular indeterminada.
- Bethesda IV: neoplasia folicular o sospecha de neoplasia folicular.
- Bethesda V: sospecha de malignidad.
- Bethesda VI: maligno.

Manejo basado en resultado citopatológico. Clasificación Bethesda.

- Bethesda I: material insuficiente. No diagnóstico.
  - TIRADS 3: > 20 mm, repetir PAAF.
  - TIRADS 4: > 15 mm, repetir PAAF.
  - TIRADS 5: > 10 mm, repetir PAAF.

Manejo basado en resultado citopatológico. Clasificación Bethesda.

- Bethesda II: Benigno.
  - TIRADS 3: > 20 mm, reevaluar el nódulo en 3-5 años.
  - TIRADS 4: > 15 mm, reevaluar el nódulo en 3-5 años.
  - TIRADS 5: > 10 mm, repetir PAAF.

Manejo basado en resultado citopatológico. Clasificación Bethesda.

- Bethesda III: Atipia de significado indeterminado o lesión folicular indeterminada.
  - Repetir PAAF independientemente de TIRADS.
  - TIRADS 3, > 10 mm, nuevamente Bethesda III: reevaluar el nódulo en un año.
  - TIRADS 4 y 5, > 10 mm, nuevamente Bethesda III: cirugía.

Manejo basado en resultado citopatológico. Clasificación Bethesda.

- Bethesda IV: neoplasia folicular o sospecha de neoplasia folicular.
  - Cirugía, independientemente de TIRADS.
- Bethesda V: sospecha de malignidad.
  - Cirugía, independientemente de TIRADS.
- Bethesda VI: maligno
  - Cirugía, independientemente de TIRADS.

Manejo basado en resultado citopatológico. Clasificación Bethesda.

Bethesda	Categoría diagnóstica	Riesgo de malignidad Sugerencia de manejo
I	No diagnóstico. Material insuficiente	?
II	Benigno	0 – 3% Seguimiento clínico
IIIa ó IIIb	Atipia de significado indeterminado (AUS) ó Lesión folicular indeterminada (FLUS)	~5 – 15% Repetir punción bajo guía ecográfica
IV	Neoplasia folicular. Sospecha de neoplasia folicular	15 – 30% Lobectomía
V	Sospecha de malignidad	60 – 75% Lobectomía o tiroidectomía menos que total
VI	Maligno	97 – 99% Tiroidectomía total o menos que total

BIBLIOGRAFÍA

- 2023. European Thyroid Association. Clinical Practice Guidelines for thyroid nodule management.