Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 08 Marzo 2024 15:32
Escrito por: Sofia
Visitas: 4562

Should there be a paradigm shift for the evaluation of isthmic thyroid nodules?

¿Debería haber un cambio de paradigma en la evaluación de los nódulos ístmicos?

YaÄ mur Babayid, Journal of Endocrinological Investigation. 2024

Disculpe su navegador web no soporta audios.

Puntos de interés:

En el presente estudio se analiza el potencial maligno y la agresividad de los nódulos según su localización intratiroidea. De los 9504 nódulos evaluados se encontró que la localización ístmica y lobar superior presentan mayor tasa de malignidad en relación con la de las bases de los lóbulos; pudiendo ser esto un factor de riesgo adicional a las ya conocidas características ecográficas. No se hallaron diferencias significativas en relación con la agresividad tumoral y la localización nodular.

Resumen:

Propósito: Aunque el istmo tiroideo parece una estructura rudimentaria que conecta los lóbulos, es un área no descubierta que necesita ser explorada. Actualmente, existen reportes del aumento en el riesgo de malignidad en los nódulos tiroideos ístmicos, y que la extensión extratiroidea así como las metástasis en los ganglios linfáticos, son más comunes en los nódulos tiroideos malignos derivados del mismo. Por lo tanto, el objetivo fue comparar la tasa de malignidad de los nódulos ístmicos y lobares, las características ecográficas de los mismos y la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos, metástasis a distancia e invasiones extratiroideas en los nódulos ístmicos malignos.

Métodos:

En este estudio retrospectivo, se incluyeron pacientes entre 18 y 80 años de edad, que tenían resultados de citología y/o patología de

Phoca PDF

nódulos tiroideos desde enero de 2009 hasta noviembre de 2022. Se seleccionaron 9504 nódulos para el análisis de los hallazgos ecográficos, citopatología y tasas de malignidad.

Resultados:

La edad media fue de 55,3 ± 13,0 años con una proporción de mujeres a hombres de [7618 (80,2%)/1886 (19,8%)]. 962 de los nódulos eran de localización ístmica; mientras que 8542 nódulos eran lobares. 1188 nódulos resultaron malignos mediante evaluación histopatológica. De los 1188 nódulos malignos, 986 nódulos correspondieron a carcinoma papilar de tiroides (83,0%), 114 nódulos (9,6%) a carcinoma folicular de tiroides, 55 nódulos (4,6%) a carcinoma medular de tiroides, 16 nódulos (1,3%) a carcinoma de células de Hurtle, 8 nódulos (0,7%) a carcinoma de tiroides anaplásico y 9 nódulos (0,8%) correspondieron a tumores tiroideos de potencial maligno incierto. 156 de los nódulos malignos (13,1%) se ubicaron en el istmo, mientras que la mayoría de los nódulos malignos (n = 1032, 86,9%) se ubicaron en los lóbulos (derecho o izquierdo) de la tiroides. Cuando se examinaron los patrones de metástasis de los cánceres de tiroides ístmico y lobar, no se encontró una relación significativa en términos de invasión de la cápsula (p = 0,435), invasión muscular (p = 0,294) y metástasis en los ganglios linfáticos (p = 0,633). Sí se encontró relación significativa entre la localización del nódulo (istmo-lóbulo medio superior e inferior) y la malignidad (p<0,001). En el análisis de regresión logística, las localizaciones de los nódulos ístmicos y del polo superior, la edad y el TI-RADS se evaluaron como factores de riesgo independientes de malignidad (p<0,001 para todos los factores). Conclusión: Se recomienda que la localización del nódulo se considere un factor de riesgo adicional al realizar una punción por aspiración con aguja fina debido al mayor riesgo de malignidad en esta localización.

Comentario:

En este estudio retrospectivo analizaron 9504 nódulos teniendo en cuenta la localización intratiroidea, las características ecográficas, los resultados de la citopatología y las tasas de malignidad. Entre los nódulos malignos evaluaron los sitios de metástasis (infiltración capsular, músculo peritiroideo, ganglios del compartimento central y lateral).

Localización de los nódulos y tasa de malignidad: De los nódulos analizados el 10,1% fueron ístmicos, el 51,2% del lóbulo derecho y 38,6% del lóbulo izquierdo. En relación con la localización intralobar

Phoca PDF

el 17,4% fueron del tercio superior, 51,2% del tercio medio y 31,4% del inferior. En el análisis univariado de las tasas de malignidad se encontraron diferencias significativas según la localización de los nódulos siendo mayor el riesgo para los nódulos ístmicos versus los lobares, el lóbulo derecho versus el izquierdo, y los tercios superiores y medios versus los inferiores. Al realizar el análisis multivariado, corrigiendo por edad, sexo y características nodulares, persistió la mayor tasa de malignidad de los nódulos ístmicos versus los nódulos lobares inferiores y de los nódulos lobares superiores y medios versus los nódulos lobares inferiores.

Localización de los nódulos e invasión capsular, muscular y metástasis ganglionares: Se observó invasión capsular y/o muscular en el 11,5% de los nódulos y metástasis ganglionares en el 19% de los casos; sin encontrarse diferencias según la localización nodular. El 10,2% de los nódulos lobares presentó metástasis en el compartimento lateral mientras que ningún nódulo ístmico presentó metástasis en este compartimento, si bien esta diferencia no alcanzó significancia estadística.

Factores de riesgo de malignidad: En el análisis de regresión logística univariado, se encontró una relación significativa entre la edad, las características nodulares (localización, forma, ecogenicidad, composición, márgenes, micro y macrocalcificaciones y diámetro máximo), el número de nódulos, TI-RADS 5 y el riego de malignidad. En el modelo de regresión logística multivariado, la edad, la localización del nódulo y el TI-RADS 5 continuaron siendo factores de riesgo significativos de malignidad.

La fisiopatología relacionada con el riesgo de malignidad y la localización nodular no está totalmente aclarada. Por un lado, embriológicamente la tiroides se desarrolla a partir de tres esbozos del intestino anterior que se fusionan, los laterales dan origen a los lóbulos y el medial al istmo, por lo que tendrían diferente origen celular y en consecuencia diferente potencial maligno. Por otro lado, se postula que las venas tiroideas media y superiores tienen un recorrido tortuoso, lo que llevaría a un drenaje más lento en el istmo y los sectores superiores tiroideos en relación con los sectores basales, generando mayor exposición a especies reactivas de oxígeno y, en consecuencia, mayor riesgo de carcinógenesis.

Conclusiones:

La localización de los nódulos es un factor de riesgo de malignidad adicional a los ya conocidos criterios ecográficos, y

Phoca PDF

los nódulos ístmicos tienen un riesgo de malignidad similar a los de las zonas superiores;

La localización es un factor de riesgo independiente para el carcinoma diferenciado de tiroides;

No hubo diferencia significativa entre los nódulos malignos ístmicos y lobares en términos de invasión capsular y/o muscular y las metástasis ganglionares;

Aunque no se observaron diferencias significativas entre las localizaciones en términos de micrometástasis, se encontró que los cánceres lobares tenían un mayor riesgo de macrometástasis que los cánceres ístmicos

Finalmente, los autores recomiendan que la localización ístmica de los nódulos se considere un criterio adicional al momento de indicar una punción por aspiración con aguja fina debido al mayor riesgo de malignidad en esta localización.

Copyright 2024. Endoweb.net

Phoca PDF