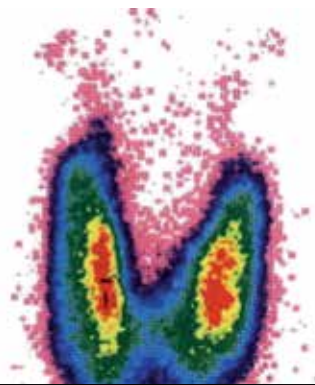


Abordaje inmediato de **nódulos tiroideos**: diagnóstico y tratamiento en 24h



El Comité multidisciplinar de Cáncer de Tiroides de la Clínica ha puesto en marcha un procedimiento que consigue ofrecer en 4 horas el diagnóstico

CUN ■ Paciente con nódulos en la glándula tiroides. Es remitido inmediatamente a la consulta de Endocrinología. En ese momento se activa protocolo Fast Track (vía rápida) por el que especialistas del Área multidisciplinar de Patología Tiroidea de la Clínica realizan el diagnóstico y tratamiento completo de los nódulos tiroideos en 24 horas. “En estos casos, la actuación rápida y en equipo es muy importante porque evita que el paciente sufra una incertidumbre y una angustia innecesarias”, apunta el Dr. Juan Carlos Galofré, especialista en Endocrinología de la

Clínica y coordinador del Comité de Cáncer de Tiroides y del Área de Conocimiento del Tiroides de la SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).

El especialista argumenta además la especial importancia de la rapidez y precisión diagnóstica –en 4 horas se ofrece el dictamen médico– de cara a “administrar a cada paciente el tratamiento exacto que necesita”. Este protocolo ha sido posible gracias a la existencia en la Clínica de un Comité de Cáncer de Tiroides que aúna el trabajo de especialistas de diferentes disciplinas: endocrinólogos,

oncólogos, patólogos, otorrinolaringólogos, enfermeras especializadas, radiólogos, medicina nuclear, bioquímicos y cirujanos.

ALTA PREVALENCIA. La prevalencia del nódulo tiroideo es muy elevada. Se sabe que, aproximadamente, el porcentaje de nódulos tiroideos se calcula restando un 10% a la franja de edad en la que se esté calculando su prevalencia. Así, en la década de población de 70 años, la prevalencia de nódulos tiroideos se situará en torno a un 60% de las personas. Es, por tanto, un índice

PASA A LA PÁG. 18 >>

Se trata de evitar o minimizar la angustia del paciente con nódulos tiroideos ante la posibilidad de padecer un cáncer de tiroides al mantenerse a la espera del diagnóstico

9.00



10.00



10.30



DIAGNÓSTICO EN 4 HORAS

(cronograma aproximado)

9.00. El paciente llega a la consulta de Endocrinología, donde se le realiza una exploración.

10.00. Acude al Laboratorio de Extracciones para obtener una muestra de sangre para la analítica necesaria.

10.30. Se le hace una ecografía con estudio tiroideo mediante punción con una aguja muy fina.

11.30



13.00



11.30. El material obtenido es procesado rápidamente por el Laboratorio de Anatomía Patológica.

13.00. Salen los resultados que indican si el nódulo es maligno o no.

<<VIENE DE LA PÁG.18

que aumenta con la edad, advierte el Dr. Galofré.

Sin embargo, el porcentaje de nódulos tiroideos malignos es bajo, alrededor de un 5% del total. “El problema surge de que el diagnóstico de un nódulo en la glándula tiroidea lo traducimos enseguida en nuestra mente por cáncer. Y raramente se trata de un cáncer, aunque el paciente no lo sabrá con certeza hasta que no se le haga el estudio adecuado y se le ofrezca el resultado”, subraya.

Para aportar una valoración apropiada, debe realizarse una ecografía con punción, técnica de alta sensibilidad para la determinación del carácter de los nódulos. “La angustia está presente cuando el paciente tiene un nódulo y además tardan días o semanas en hacerle la punción y darle el resultado. Es importante reducir al máximo ese tiempo de espera”, alega el facultativo.

DIAGNÓSTICO EN 4 HORAS

Con tal motivo, la Clínica ha puesto en marcha un sistema de diagnóstico de nódulo tiroideo en 4 horas. El paciente llega a las 9 de la mañana a la consulta de Endocrinología, donde se le realiza una exploración. A las 10 se le hace la ecografía con estudio tiroideo mediante punción con una aguja muy fina. “El material obtenido es procesado rápidamente por el Laboratorio de Anatomía Patológica. Y hacia las 13 h. nos dan el diagnóstico de si ese nódulo es maligno o no”, precisa.

Cuando ocurre uno de estos procedimientos, un técnico de citopatología del Departamento de Anatomía Patológica acude a la sala de ecografías a recoger personalmente la muestra de este paciente. “Ese técnico es el que se encarga del procesamiento de esa muestra ya que se tra-

Tratamientos según los resultados

El paciente puede tener varios tratamientos a su elección

Tipo de nódulo	Tamaño	Tratamientos				
Benigno	Menor de 4 cm	-	-	-	-	No se requiere tratamiento, revisión en un año
	Mayor de 4 cm	A	B	C	-	Tratamientos opcionales
Sospechoso	Cualquier tamaño	A	B	-	-	Tratamientos recomendados
Maligno	Cualquier tamaño	-	-	-	D	Tratamiento recomendado

A Lobectomía por cirugía abierta
 Se elimina el lóbulo afectado por el nódulo. Se conserva el otro lóbulo del tiroides.

Diagram illustrating open lobectomy. A neck incision (2-4 cm scar) provides access to the thyroid gland. The affected lobe containing the nodule is removed, while the other lobe is preserved. Labels include: Lóbulo afectado, Nódulo, Tiroides, Tráquea, and Acceso por el cuello (cicatriz de 2-4 cm).

B Lobectomía transaxilar
 Igual que el anterior pero con menor repercusión estética

Diagram illustrating transaxillary lobectomy. Access is gained through the armpit (invisible scar), allowing for the removal of the affected lobe. Labels include: Lóbulo afectado and Acceso por la axila (cicatriz no visible).

C Radiofrecuencia
 Si el paciente no desea cirugía se puede quemar el nódulo con una punción

Diagram illustrating radiofrequency ablation. A fine needle is used for a puncture without a visible scar. An electrode is inserted to treat the nodule. Labels include: Punción sin cicatriz visible, Electrodo, and Nódulo.

D Extirpación total de la glándula
 Se extrae el tiroides completo mediante cirugía abierta

Diagram illustrating total thyroidectomy. A neck incision (2-4 cm scar) provides access to the entire thyroid gland, which is removed. Labels include: Tiroides, Nódulo maligno, and Acceso por el cuello (cicatriz de 2-4 cm).

ta de un proceso más rápido e individualizado, separado del resto. Una vez preparada la muestra, será analizada al microscopio por el patólogo, quien tendrá que decir si esa lesión es benigna o maligna”, apunta la Dra. M^a Dolores Lozano, directora de Anatomía Patológica de la Clínica.

Para una valoración apropiada, debe realizarse una ecografía con punción, técnica de alta sensibilidad para la determinación del carácter de los nódulos.

En un plazo aproximado de dos horas la muestra ya está procesada, teñida, y el informe del patólogo emitido, de modo que para las 13 h o 13:30 horas ese informe ya está en la historia clínica informatizada del paciente, para que sea visto y comunicado por el especialista correspondiente.

Abanico de terapias

■ En caso de que el nódulo sea benigno y menor de 4 cm, el paciente podrá irse a su casa y se le orientará sobre su seguimiento. Si el nódulo es mayor de 4 cm las opciones se concretan en tratamiento quirúrgico y, si además cumple las condiciones de que se trate de un nódulo sólido, sin quistes ni líquido, “entonces se puede plantear la ablación por radiofrecuencia, prescindiendo de la cirugía”, describe el Dr. Galofré. Esta técnica consiste en la introducción de un electrodo en el nódulo tiroideo por un especialista en radiología tiroidea. Así se logra “quemar el nódulo, reduciendo entre un 40 y un 90% su tamaño al año del tratamiento”, describe el Dr. Javier Larrache, especialista del Servicio de Radio-

diagnóstico de la Clínica. En caso de que los nódulos sean malignos se puede recomendar al paciente el tratamiento quirúrgico, “normalmente esa misma tarde o al día siguiente, de manera que en 24 horas está operado”, asegura el Dr. Galofré. Destaca así la importancia de una medicina de precisión: tratar al paciente justo en la medida que necesita ni sobretratarlo, ni tratarlo menos. “Esa medicina de precisión va de la mano de una medicina rápida con soluciones inmediatas, que eviten la angustia de un paciente”.

No obstante, este manejo multidisciplinar del cáncer de tiroides es complejo, advierte. “Ofrecer en 24 horas el diagnóstico y el tratamiento sólo se consigue porque hay detrás



Equipo de Patología Tiroidea: De izda. a dcha. los doctores José M^a López Picazo, Miguel Ángel Idoate, Laura Álvarez Gómez, José Ignacio Echeveste, Marta Abengozar, Juan Carlos Galofré, M^a Dolores Lozano, Mikel San Julián, Juan Alcalde, Amparo Calleja, Marta Moreno y Javier Arbizu.

una serie de profesionales especializados que nos reunimos periódicamente en un comité de cáncer de tiroides”.

Actualmente, la técnica quirúrgica más novedosa en cirugía de tiroides es el abordaje transaxilar (a través de

la axila). Se realiza mediante procedimiento endoscópico o robótico. La principal ventaja de esta técnica radica en evitar la cicatriz y las molestias en el cuello”, indica el Dr. Juan Alcalde, especialista en Otorrinolaringología.



abba Reino de Navarra hotel ****S
Pamplona



Menú Diario
22€
PERSONA
(Postre y bebidas incluidas)