

1/ 2025 Recomendación etanolización percutánea de nódulos tiroideos quísticos asistida por ecografía

Descripción del problema de salud:

El nódulo tiroideo, definido como una lesión bien diferenciada dentro de la glándula tiroidea que se distingue radiológicamente del parénquima tiroideo que la rodea, es un motivo de consulta muy frecuente en la práctica clínica diaria, viéndose además incrementado su descubrimiento por el amplio uso de las pruebas de imagen.

La prevalencia del nódulo tiroideo aumenta linealmente con la edad, con la exposición a radiaciones y con el déficit de yodo. Su prevalencia es 10 veces mayor en el sexo femenino. Si bien por palpación un 4-8% de los adultos presentan nódulos tiroideos, ecográficamente se encuentran en el 20-67% de los pacientes y en necropsias aparecen en el 50% de los casos estudiados. La incidencia del nódulo tiroideo en la población general se estima alrededor del 0,1% por año y casi un 10% a lo largo de la vida.

La importancia del nódulo tiroideo, sin embargo, no radica en su elevada prevalencia, sino en que, aunque la mayoría son benignos, entre un 5-15% corresponden a cáncer de tiroides. Por ello, la evaluación del nódulo tiroideo debe dirigirse fundamentalmente a descartar malignidad en el mismo. La valoración habitual del nódulo tiroideo aparea una evaluación clínica del paciente (incluyendo analítica con función tiroidea) y la realización de una ecografía tiroidea (determinando las características ecográficas del nódulo) y de una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en caso de ser considerada necesaria para confirmar el diagnóstico.

Tratamiento actual de la patología nodular tiroidea

El manejo de los nódulos tiroideos depende del riesgo de malignidad, la presencia de síntomas y la función tiroidea.

La mayor parte de los casos nodulares benignos permanecen asintomáticos y solo requieren seguimiento clínico. Sin embargo, una proporción de los mismos puede requerir tratamiento debido a cuestiones estéticas o sintomatología compresiva (disfagia, disfonía, sensación de presión cervical o local). El tratamiento estándar actual de los nódulos benignos sintomáticos, así como para el cáncer de tiroides y las adenopatías cervicales metastásicas es la cirugía. Sin embargo, los/as pacientes pueden presentar contraindicaciones a la cirugía o no estar dispuestos/as a someterse a este procedimiento.

La cirugía no solo tiene un coste elevado, sino que también se asocia con un riesgo de complicaciones entre el 2 y el 10%, como, por ejemplo, hipotiroidismo, cambio de voz o hipocalcemia. En este sentido, en los últimos 20 años se han introducido en la práctica clínica otras técnicas no quirúrgicas guiadas por imagen para el tratamiento de los nódulos tiroideos y adenopatías metastásicas que tratan de reducir y/o extinguir la lesión mediante procedimientos menos invasivos que la cirugía y generalmente de forma ambulatoria, que se utilizan sin anestesia general y con un daño mínimo en la piel y en los tejidos cervicales. La inyección percutánea de etanol (IPE) y la ablación térmica (AT), incluida la ablación térmica con láser (AL) o la ablación por radiofrecuencia (ARF), guiadas por ecografía, constituyen algunas de estas alternativas.

Descripción de la inyección percutánea de etanol guiada por ecografía

La IPE fue propuesta inicialmente en 1990 como alternativa a la cirugía y a la terapia con yodo radioactivo para el tratamiento de nódulos tiroideos en pacientes ambulatorios. Actualmente, la IPE se

emplea como tratamiento habitual en el manejo de los nódulos tiroideos benignos, en concreto, los quísticos recurrentes o predominantemente quísticos (porción líquida >50%) que causan síntomas. Sin embargo, este procedimiento es menos común cuando los nódulos son sólidos o se trata de nódulos paratiroides benignos.

El procedimiento se realiza en consulta bajo anestesia local. Mediante punción ecoguiada transistmica, se evacúa el contenido del quiste y, a través de una llave de tres vías, se instila etanol estéril en el nódulo. Por lo general, se inyecta una cantidad de etanol equivalente a entre el 50% y el 70% del fluido extraído del quiste, dejándolo actuar durante cinco minutos antes de su retirada, aunque existen diferentes protocolos. Tras la intervención, el paciente permanece en observación durante 30 minutos. Finalmente, el alcohol se absorbe en 24-48 horas, generando un doble efecto sobre el nódulo: una necrosis coagulativa del tejido, mediante la deshidratación de las células y la desnaturalización de proteínas, y una necrosis isquémica, formando trombosis de pequeños vasos intranodulares e inhibiendo la actividad enzimática en los tejidos circundantes, lo que reduce significativamente su volumen y los síntomas asociados. Se considera éxito una reducción del volumen >50% junto con el control de los síntomas.

Se debe realizar un seguimiento del paciente, trimestral o semestral, durante varios años, aunque es probable que el tamaño de la lesión se reduzca al máximo durante el primer año. El seguimiento posterior incorpora la realización de ecografías y se orienta principalmente a identificar lesiones adicionales en caso de malignidad, así como la lesión tratada para que en caso de detectarse una reducción menor al 50% del volumen inicial.

Las complicaciones más frecuentes son el dolor y las molestias locales que pueden aparecer a pesar de la analgesia local. Este dolor local responde bien al tratamiento analgésico y se resuelve en horas o días. La disfonía debida a la irritación del nervio laríngeo recurrente rara vez se produce y casi siempre es temporal. También puede haber disfagia leve o molestias faríngeas en los primeros momentos tras el procedimiento. La extravasación de etanol del quiste durante la IPE puede inducir dolor o, en raras ocasiones, causar lesiones nerviosas. En raras ocasiones, pueden producirse reacciones vasovagales transitorias debido a la irritación del nervio vago.

Desde una perspectiva económica, la IPE resultó ser coste-efectiva.

Se acuerda incorporar esta TS a la cartera común básica de servicios de la Comunidad Autónoma, bajo las siguientes condiciones:

- Sería necesario que su uso se realizase dentro de un protocolo clínico, tras haberse realizado un diagnóstico confirmado de nódulo tiroideo quístico benigno con función tiroidea normal y sintomatología compresiva o alteraciones estéticas significativas.
- Se recomienda que el protocolo incluya la periodicidad de las ecografías a realizar después del procedimiento para evaluar la eficacia del tratamiento en términos de reducción del volumen del nódulo y resolución de síntomas así como para detectar posibles recurrencias y complicaciones.
- La implementación de IPE debe ser acompañada de una capacitación adecuada del personal médico que realice la técnica, no solo el manejo de la inyección de etanol, sino también el uso del equipo ecográfico para guiar la colocación de la aguja.