

## 10 Cosas que deberías saber sobre... ...el nódulo tiroideo en Pediatría



J.A. Soler Simón, S. Criado Camargo,  
L. García Espinosa, M. García Boyano

1 Se trata de una masa localizada y diferenciada del resto de la glándula tiroidea (a diferencia del bocio, que es un crecimiento anormal y generalizado de la misma)

2 Por palpación, en la exploración física, tiene una prevalencia de entre el 1 y 1,8%, aumentando hasta el 3-5% como hallazgo ecográfico. Es más frecuente en el sexo femenino

3 Si bien es menos frecuente que en adultos, su tasa de malignidad en edad pediátrica es mayor (22% en niños frente al 5-15% en adultos)

4 Existen cuatro factores de riesgo principales: la exposición a radiación ionizante (el factor de riesgo más importante), la deficiencia de yodo, el antecedente de patología tiroidea previa y la presencia de antecedentes familiares de cáncer de tiroides o de síndromes genéticos asociados a cáncer de tiroides

5 Si se detecta un nódulo tiroideo por palpación, la primera prueba complementaria a realizar es una ecografía cervical, seguida de una determinación de TSH

6 Ante un nódulo tiroideo que suprime la TSH, se debe realizar una gammagrafía para saber si es hiperfuncionante o no. Los nódulos tiroideos que suprimen TSH y que son hiperfuncionantes por gammagrafía deben ser extirpados quirúrgicamente. Si la TSH no está suprimida, y las características ecográficas del nódulo son benignas, se puede continuar monitorizando evolutivamente con ecografía

7 Si las características ecográficas son indeterminadas o sospechosas de malignidad, hay que estadificar el nódulo mediante citología guiada por ecografía según la clasificación de Bethesda, que puede ser benigna, indeterminada o sospechosa de neoplasia. Si la citología resulta indeterminada, se suele recomendar su extirpación por la alta probabilidad de resultar maligno. En caso de malignidad, se realizará tiroidectomía (valorando la ampliación con linfadenectomía) más o menos extensa según el caso

8 Los principales tumores tiroideos primarios son los carcinomas diferenciados papilar y folicular junto con el carcinoma medular

9 Tanto el carcinoma papilar como el folicular dependen de la célula folicular y pueden presentarse de forma aislada o formando parte de síndromes genéticos asociados a cáncer: poliposis asociada al gen APC, complejo de Carney tipos 1 y 2, mutación en el gen DICER1, síndrome de Werner y mutación en el gen PTEN

10 El carcinoma medular tiene su origen en las células C y se debe a mutaciones en línea germinal del gen RET, presente en las neoplasias endocrinas múltiples tipo 2. En estos, los niveles de calcitonina se encuentran elevados

### Para saber aún más...

- Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, Angelos P, Benvenega S, Cerutti JM, et al. Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2015; 25: 716-59.
- López Capapé MC, Barreda Monis AC, Guerrero-Fernández J. Nódulo tiroideo. En: Guerrero-Fernández J. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Pediátrica*. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2020. p. 837-51.
- Güemes M, Corredor Andrés B, Muñoz Calvo MT. Patología tiroidea en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2020; XXIV: 248-57.