

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: NODULO TIROIDEO	CÓDIGO: HP-CLME-GM-19
 	UNIDAD: MEDICO HOSPITALARIA (SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA)		FECHA DE EMISIÓN: 19-06-2018
	PROCESO: HOSPITALIZACIÓN		VERSIÓN: 02
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 1 de 16

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Parametrizar los elementos de tamizaje, diagnostico, evaluación, tratamiento y seguimiento para nódulos tiroideos en el Hospital Militar Central. No se dispone de guía avalada por el ministerio de la protección social.

2. METODOLOGIA

Se realizó la guía mediante revisión de la literatura científica en el tema y de las guías de manejo disponibles, las recomendaciones y niveles de evidencia se basan en las recomendaciones de la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos ACCE 2010.

Definiciones empleadas para informar la de fortaleza de la evidencia	
Nivel de evidencia	Descripción
1	Ensayos clínicos adecuadamente controlados, generalizables y aleatorizados
	Estudios multicéntricos bien controlados y con adecuado poder estadístico
	Grandes metaanálisis con calificaciones de calidad
	Evidencia todo o nada
2	Ensayos controlados aleatorios con un cuerpo de datos limitado
	Estudios de cohorte prospectivos bien conducidos
	Metaanálisis bien realizados de estudios de cohortes
3	Ensayos clínicos aleatorizados metodológicamente defectuosos
	Estudios observacionales
	Serie de casos o informes de casos
	Evidencia conflictiva, con peso de evidencia que respalda la recomendación
4	Consenso de expertos
	Opinión de expertos basada en la experiencia
	"Conclusiones impulsadas por la teoría" Afirmaciones no probadas

GUÍA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CÓDIGO	HP-CLME-GM-19	VERSIÓN	02
		Página:	2 de 16		

Definiciones empleadas para informar la de fortaleza de la evidencia		
Nivel de evidencia	Descripción	Acción
A	Mas de una publicación concluyente de nivel 1 que demuestra beneficio mayor que el riesgo Acción basada en pruebas sólidas	Acción recomendada por indicaciones basadas en informes publicados
		La acción se puede usar con otras terapias convencionales o como terapia de primera línea
B	Publicación no concluyente de nivel 1	Acción recomendada por indicaciones basadas en informes publicados
	Una o más publicaciones concluyentes de nivel 2 que demuestran el beneficio mayor que el riesgo	Usar si el paciente rechaza o no responde a la terapia convencional; se deben monitorear los efectos adversos
		Acción basada en evidencia intermedia
		Puede ser recomendada como "terapia de segunda línea"
C	Publicaciones no conclusivas de nivel 1 o 2	Acción recomendada por indicaciones basadas en informes publicados
	Una o más publicaciones concluyentes de nivel 3 que demuestran el beneficio mayor que el riesgo	Usar cuando el paciente rechaza o no responde a terapia convencional, siempre que no haya efectos adversos importantes;
	o	Usar cuando "no exista objeción" para recomendar su uso
	Sin conclusiones que indiquen riesgo y sin beneficio absoluto demostrado	o
		Continuar cuando "no exista objeción" para continuar su uso Acción basada en evidencia débil
D	Una o más publicaciones no concluyentes de nivel 1,2 o 3 que demuestran el beneficio mayor que el riesgo	Acción no recomendada El paciente debe ser asesorado para suspender su uso
	Una o más publicaciones concluyentes de nivel 1,2 o 3 que demuestran riesgo mayor que beneficio	Acción sin ninguna base en la evidencia

3. ALCANCE

GUIA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CODIGO	HP-CLME-GM-19	VERSION	02
		Página:	3 de 16		

Se cubre el la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes mayores de 18 años con enfermedad nodular tiroidea benigna. Los aspectos relacionados al cáncer tiroideo deben revisarse en la guía correspondiente.

4. POBLACION OBJETO

Pacientes mayores de 18 años usuarios del SGSM atendidos en el Hospital Militar Central o dispensarios de sanidad.

5. RECOMENDACIONES

EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad nodular tiroidea es extremadamente común. En muestras de sujetos no seleccionados, a quienes se realizó ultrasonografía, del 20 al 76% de las mujeres tenían al menos un nódulo tiroideo. [1]

La prevalencia de enfermedad nodular tiroidea aumenta con la edad: de 2.7 y 2.0% en mujeres y hombres de 26 a 30 años, a 8.7 y 6.7% mujeres y hombres de 36 a 40 años, a 14.1 y 12.4% en mujeres y hombres de 45 a 50 años, y para 18.0 y 14.5% en mujeres y hombres mayores de 55 años [2], La mayoría de los nódulos tiroideos no son palpables ni clínicamente reconocidos ya que no causan síntomas significativos, y como resultado, el principal desafío en su manejo es descartar malignidad. La mayoría de los nódulos tiroideos son benignos la tasa de cáncer tiroideo en ellos oscila entre 5 a 14% según los métodos de detección y criterios utilizados. [3]

El cáncer diferenciado de tiroides (papilar y folicular), representa aproximadamente el 90% de todos los cánceres de tiroides, generalmente tienen un buen pronóstico. [4]

EVALUACIÓN CLÍNICA

1. Historia clínica: la mayoría de los nódulos son asintomáticos y benignos, pero la ausencia de síntomas no descarta malignidad, se deben interrogar y consignar los siguientes datos (Nivel de evidencia 2, recomendación A):
 - a. Edad
 - b. Antecedentes personales o familiares de enfermedad tiroidea o cáncer
 - c. Irradiación previa de cabeza o cuello
 - d. Documentación de crecimiento masivo del cuello
 - e. Dolor en región anterior de cuello
 - f. Disfonía, disfagia o disnea
 - g. Síntomas de hiper o hipotiroidismo
 - h. Uso de medicamentos o suplementos que contienen yodo
2. Examen físico: se recomienda un examen cuidadoso y centrado de la glándula tiroides y los ganglios linfáticos cervicales (Nivel de evidencia 3,

GUÍA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CÓDIGO	HP-CLME-GM-19	VERSIÓN	02
		Página:	4 de 16		

5. RECOMENDACIONES

recomendación B), el riesgo de cáncer no es sustancialmente diferente en pacientes con un nódulo solitario versus pacientes con un bocio multinodular (Nivel de evidencia 3, recomendación B). Registre los siguientes datos:

- Volumen y consistencia de la tiroides
- Ubicación, consistencia, tamaño y número de nódulo (s)
- Sensibilidad o dolor en el cuello
- Adenopatía cervical

LABORATORIO CLINICO

- Hormonas tiroideas
 - Todo paciente con enfermedad nodular tiroidea debe tener medición de tirotropina sérica (TSH) (Nivel de evidencia 1, recomendación A)
 - Si la TSH se encuentra por debajo del normal, mida T4 libre y T3 total; si la TSH se encuentra aumentada, mida T4 libre y anticuerpos anti-peroxidasa (TPOAb) (Nivel de evidencia 2, recomendación A)
 - Determine el nivel de calcitonina en suero en pacientes con antecedentes familiares o sospecha clínica de carcinoma medular tiroideo (MTC) o neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2) (Nivel de evidencia 2, recomendación A)
 - Determine el calcio sérico y la PTH cuando una lesión nodular es sugestiva de adenoma paratiroideo (Nivel de evidencia 3, recomendación B)

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

- Gammagrafía de tiroides: se debe realizar cuando el valor de TSH está por debajo del límite inferior del rango de referencia y se sospeche la presencia de nódulo tiroideo autónomo, bocio multinodular toxico, tejido tiroideo ectópico o un bocio retroesternal (Nivel de evidencia 2, recomendación A)

INDICACIONES PARA TOMA DE ECOGRAFÍA DE TIROIDES

- Se recomienda para pacientes con nódulo tiroideo y alguna de las siguientes características (Nivel de evidencia 2, recomendación A):
 - Riesgo de cáncer tiroideo dado por:
 - Historial de irradiación de cabeza y cuello
 - Antecedentes familiares de carcinoma medular de tiroides, neoplasia endocrina múltiple tipo 2 o carcinoma papilar de tiroides
 - Edad <14 o> 70 años
 - Sexo masculino
 - Crecimiento clínico de nódulo previamente documentado

GUIA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CODIGO	HP-CLME-GM-19	VERSION	02
		Página:	5 de 16		

5. RECOMENDACIONES

- vi. Nódulos con consistencia firme o dura
- vii. Adenopatía cervical sugestiva de lesión maligna
- viii. Nódulo fijo a estructuras vecinas
- ix. Disfonía, disfagia o disnea persistentes
- x. Nódulos tiroideos palpables
- 2. En pacientes sin nódulos tiroideos conocidos o detectables al examen físico y presencia de alguno de las siguientes características
 - a. Bocio
 - b. Adenomegalias cervicales sugestivas de lesión maligna

REPORTE DE HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN NODULOS TIROIDEOS

Con el propósito de unificar conceptos y permitir un adecuado seguimiento y toma de decisiones, se recomiendan las siguientes pautas al momento de realizar y evaluar los informes ecográficos (Nivel de evidencia 2, recomendación A):

1. Enfocar el informe ecográfico en la estratificación del riesgo de malignidad
2. Describir la posición, el tamaño, la forma, los márgenes, el contenido, el patrón ecogénico y las características vasculares del nódulo (s) detectados.
3. En caso de nódulos múltiples, detallar los nódulos que tienen características ecográficas asociadas con malignidad independiente de su tamaño
4. En caso de documentar ganglios linfáticos regionales sospechosos, describa el compartimiento cervical, el número, la forma, el tamaño, los márgenes, el contenido, el patrón ecogénico, la presencia de hilio y las características vasculares

Se recomienda realizar el reporte ecográfico del riesgo de malignidad utilizando un sistema estandarizado que permita la fácil interpretación de los resultados y toma de decisiones clínicas, una de las clasificaciones más empleadas es la TIRADS (5):

1. TIRADS 1: glándula tiroides normal.
2. TIRADS 2: Hallazgos benignos (0% de malignidad).
3. TIRADS 3: Hallazgos probablemente benignos (<5% malignidad).
4. TIRADS 4: nódulos sospechosos (tasa de malignidad del 5-80%).
 - a. TIRADS 4a (malignidad entre 5 y 10%)
 - b. TIRADS 4b (malignidad) entre 10 y 80%)
5. TIRADS 5: nódulos probablemente malignos (malignidad 80%).
6. TIRADS 6: Categoría incluye nódulos malignos comprobados por biopsia.

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUÍA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CÓDIGO	HP-CLME-GM-19	VERSIÓN	02
		Página:	6 de 16		

5. RECOMENDACIONES

En general los hallazgos ecográficos pueden determinarse como (Nivel de evidencia 4, recomendación C):

1. Clase 1. Lesiones tiroideas de bajo riesgo (Riesgo aproximado de malignidad del 1%.)
 - a. Nódulos principalmente quísticos (> 50%) con artefactos reverberantes que no están asociados con signos ecográficos sospechosos
 - b. Nódulos espongiiformes isoecoicos confluentes o con halo regular
2. Clase 2. Lesiones tiroideas de riesgo intermedio (Riesgo aproximado de malignidad del 5 al 15%.)
 - a. Nódulos levemente hipoeogénicos en relación con el tejido tiroideo circundante y nódulos isoecoicos con forma ovoide a redonda y márgenes lisos o mal definidos.
 - b. Lesiones con vascularización intranodular, rigidez elevada en la elastografía, calcificaciones macroscópicas o continuas del borde del nódulo, o hallazgos hiperecoicos de significado.
3. Clase 3. Lesiones tiroideas de alto riesgo (Riesgo aproximado de malignidad es de 50 a 90% de acuerdo con la presencia de 1 o más hallazgos sospechosos) se incluyen nódulos con al menos 1 de las siguientes características sospechosas
 - a. Hipoeogenicidad marcada
 - b. Márgenes espiculados o microlobulados
 - c. Microcalcificaciones
 - d. Forma más alta que ancha
 - e. Evidencia de crecimiento extratiroideo o adenopatía patológica

INDICACIONES DE ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOGRAFIA (FNA) (Nivel de evidencia 4, recomendación C)

1. Nódulos con un diámetro mayor menor a 5 mm:
 - a. Seguimiento con ecografía independientemente de su apariencia ecográfica. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)
 - b. Nódulos con un diámetro mayor entre 5-10 mm
 - i. Sin signos ecográficos de malignidad: seguimiento con ecografía
 - ii. Con signos ecográficos de malignidad: toma de FNA, o seguimiento con ecografía en función del riesgo clínico y la preferencia del paciente. (Nivel de evidencia 3 recomendación B), se prefiere FNA guiada por ecografía para los siguientes nódulos:
 1. Lesiones subcapsulares o paratraqueales
 2. Nódulos linfáticos sospechosos acompañantes o extensión extratiroidea
 3. Historial personal o familiar positiva para cáncer de tiroides
 4. Coexistencia de signos o síntomas clínicos sospechosos (p. Ej., Disfonía). (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 - c. Se recomienda FNA en los siguientes casos

GUIA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CODIGO	HP-CLME-GM-19	VERSION	02
		Página:	7 de 16		

5. RECOMENDACIONES

- i. Nódulos tiroideos ≥ 10 mm con características ecográficas de alto riesgo
- ii. Nódulos tiroideos ≥ 20 mm con características ecográficas de riesgo intermedio
- iii. Lesiones con características ecográficas de bajo riesgo únicamente si:
 1. Son mayores de > 20 mm aumentan de tamaño (más del 20% en 2 dimensiones)
 2. Se asocia con características clínicas de alto riesgo
 3. Antes de cirugía tiroidea o terapia de ablación mínimamente invasiva (Nivel de evidencia 2 recomendación A)

Se recomienda tener en cuenta las siguientes situaciones especiales

1. No se recomienda la biopsia de más de 2 nódulos en el mismo paciente cuando estos se seleccionan sobre la base de los criterios previamente descritos. (Nivel de evidencia 3 recomendación C)
2. En presencia de linfadenopatía cervical sospechosa, se recomienda FNA para la evaluación citológica tanto del nódulo linfático como del nódulo tiroideo sospechoso. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
3. Los nódulos tiroideos detectados de manera incidental por tomografía de emisión de positrones (PET) con 18F-fluorodesoxiglucosa (18FDG), se deben someter a evaluación de con ecografía y FNA debido al alto riesgo de malignidad (Nivel de evidencia 2 recomendación A)

Considerar el uso de la biopsia con aguja gruesa (CNB) guiada por ecografía en nódulos tiroideos sólidos con hallazgos citológicos de FNA persistentemente inadecuados. (Nivel de evidencia 3 recomendación C)

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

1. Los diagnósticos citológicos deben ser reportados como se consigna a continuación: (Nivel de evidencia 3 recomendación B):
 - a. Diagnósticos (satisfactorios): cuando la muestra contenga un mínimo de 6 grupos de células epiteliales tiroideas bien conservadas que consistan en al menos 10 células por grupo.
 - b. No diagnósticos (insatisfactorios)
2. Las muestras citológicas caracterizadas por atipia marcada deben ser clasificadas como sospechosas, incluso en ausencia del número requerido de células foliculares para su adecuada caracterización.

INFORME CITOLOGICO

Se recomienda la siguiente clasificación para informes citológicos (Nivel de evidencia 2 recomendación A):

1. BETHESDA I: No diagnóstico o insatisfactorio

GUÍA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CÓDIGO	HP-CLME-GM-19	VERSIÓN	02
		Página:	8 de 16		

5. RECOMENDACIONES

- a. Solo contenido de quiste
 - b. Espécimen virtualmente acelular
 - c. Otro (hemorrágico, artefactos de coagulación, etc.)
2. BETHESDA II. Benigno
 - a. Consistente con un nódulo folicular benigno (incluye nódulo adenomatoide, nódulo coloide, etc.)
 - b. Consistente con tiroiditis linfocítica (Hashimoto) en el contexto clínico adecuado
 - c. Consistente con tiroiditis granulomatosa (subaguda)
 - d. Otro
3. BETHESDA III. Atipia de significado indeterminado o lesión folicular de significado indeterminado
4. BETHESDA IV. Neoplasia folicular o sospechosa de neoplasia folicular, especifique si el tipo de célula Hürthle (oncocítica)
5. BETHESDA V. Sospechoso de Malignidad
 - a. Sospechoso para el carcinoma papilar
 - b. Sospechoso para el carcinoma medular
 - c. Sospechoso para el carcinoma metastásico
 - d. Sospechoso para el linfoma
 - e. Otro
6. BETHESDA VI. Maligno
 - a. Carcinoma papilar de tiroides
 - b. Carcinoma poco diferenciado
 - c. Carcinoma de tiroides medular
 - d. Carcinoma indiferenciado (anaplásico)
 - e. Carcinoma de células escamosas
 - f. Carcinoma con características mixtas (especificar)
 - g. Carcinoma metastásico
 - h. Linfoma No Hodgkin
 - i. Otro

TRATAMIENTO

GUIA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CODIGO	HP-CLME-GM-19	VERSION	02
		Página:	9 de 16		

5. RECOMENDACIONES

1. BETHESDA I: No diagnóstico o insatisfactorio
 - a. Nódulos solidos:
 - i. Se recomienda repetir la FNA guiada por ecografía. (Nivel de evidencia 2 recomendación A):
 - ii. Cuando los resultados citológicos por FNA son repetidamente no diagnósticos, considere realizar biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía. (Nivel de evidencia 3 recomendación C):
 - iii. Considere realizar cirugía cuando los resultados son repetidamente no diagnósticos, teniendo en cuenta que el seguimiento puede considerarse en pacientes con características clínicas y ecográficas favorables. (Nivel de evidencia 3 recomendación C):
 - b. Nódulos quísticos:
 - i. Seguimiento en nódulos no diagnósticos de manera persistente, que sean predominantemente quísticos (> 50%) y sin características clínicas o ecográficas sospechosas. (Nivel de evidencia 3 recomendación C):
2. BETHESDA II: Nódulos benignos
 - a. Seguimiento:
 - i. Seguimiento clínico a menos que sean sintomáticos. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 - ii. Considere repetir ecografía y TSH en aproximadamente 12 meses de acuerdo con el entorno clínico. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)
 - iii. Si los nódulos no presentan cambios en la primera ecografía de control, repita la ecografía en 24 meses (Nivel de evidencia 3 recomendación).
 - iv. En los nódulos asintomáticos con una citología benigna repetida y sin características clínicas o ecográficas sospechosas, se puede evitar el seguimiento de rutina. (Nivel de evidencia 3 recomendación D)
 - v. En nódulos con características clínicas o ecográficas sospechosas, se recomienda repetir FNA. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)
 - vi. En nódulos con un aumento > 50% en volumen o que se tornan sintomáticos, recomendamos repetir FNA. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 - b. Tratamiento médico:
 - i. No se recomienda la terapia supresora de levotiroxina. (LT4) (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 - ii. En pacientes jóvenes con deficiencia leve de yodo, bocio nodular pequeño y concentraciones de TSH alta normal, se puede considerar la administración de suplementos de yodo y / o tratamiento no supresor de TSH con levotiroxina. (Nivel de evidencia 2 recomendación B)
 - iii. El reemplazo de LT4 se recomienda para pacientes jóvenes con hipotiroidismo subclínico y debido a tiroiditis autoinmune. (Nivel de evidencia 2 recomendación B)

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUÍA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CÓDIGO	HP-CLME-GM-19	VERSIÓN	02
		Página:	10 de 16		

5. RECOMENDACIONES

- iv. El tratamiento con levotiroxina no se recomienda para prevenir la recurrencia después de lobectomía cuando la TSH sérica se mantiene dentro del rango normal. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
- c. Indicaciones quirúrgicas:
 - i. En caso de síntomas de presión local y que sean claramente asociados con el / los nódulos (s). (Nivel de evidencia 2 recomendación B)
 - ii. En caso de aparición de características sospechosas por ecografía a pesar de hallazgos benignos por citología. (Nivel de evidencia 2 recomendación B)
 - iii. La extensión preferida de la resección en caso de nódulos únicos es la lobectomía más resección del istmo. En caso de bocio multinodular, es la tiroidectomía cercana a lo total. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
- d. Inyección percutánea de etanol:
 - i. La inyección percutánea de etanol (PEI) es una terapia ambulatoria, segura y efectiva para quistes tiroideos y nódulos complejos con un gran componente de líquido. (Nivel de evidencia 1 recomendación A)
 - ii. Realice estudio citológico del componente sólido de lesiones complejas antes de hacer PEI. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)
 - iii. Se recomienda la PEI como el tratamiento de primera línea para las lesiones quísticas benignas recurrentes. (Nivel de evidencia 1 recomendación A)
- e. Terapia con yodo radiactivo
 - i. Indicaciones
 1. Considerar en lesiones hiperfuncionantes, especialmente para pacientes con cirugía tiroidea previa, con alto riesgo quirúrgico y en aquellos que rechazan la cirugía. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 2. Realice FNA previo a la terapia con yodo radiactivo en los nódulos fríos coexistentes, según las recomendaciones dadas para bocio multinodular no tóxico. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)
 3. Evite el uso de agentes de contraste de yodo o medicamentos yodados antes de la administración de yodo radioactivo. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 4. Si es posible, retire los medicamentos antitiroideos 4 a 7 días antes del tratamiento y considere el reinicio una semana después del tratamiento. (Nivel de evidencia 2 recomendación B)
 - ii. Contraindicaciones
 1. El radio yodo está contraindicado en mujeres embarazadas y lactantes. En mujeres en edad fértil, realice una prueba de embarazo antes de la administración de yodo radiactivo. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 - iii. Seguimiento después de la terapia con yodo radiactivo
 1. Se recomienda el control regular de la función tiroidea. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 2. Considere repetir el tratamiento después de 3 a 6 meses en caso de hipertiroidismo persistente o recurrente o de reducción

GUIA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CODIGO	HP-CLME-GM-19	VERSION	02
		Página:	11 de 16		

5. RECOMENDACIONES

inadecuada del tamaño de la lesión. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)

3. Lesiones indeterminadas BETHESDA III y IV

a. Tratamiento

- i. Determine el tratamiento de los nódulos tiroideos indeterminados con base en su subclasificación citológica, datos clínicos y características ecográficas. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
- ii. Considere los recursos técnicos disponibles y las preferencias del paciente. (Nivel de evidencia 4 recomendación D)
- iii. Subclases de hallazgos citológicos indeterminados
 1. Manejo de lesiones indeterminadas de bajo riesgo (BETHESDA III. Atipia de significado indeterminado o lesión folicular de significado indeterminado)
 - a. Considerar el manejo conservador en casos con criterios clínicos favorables, tamaño de la lesión y características ecográficas (Nivel de evidencia 3 recomendación C)
 - b. Repita la FNA para una evaluación citológica adicional y revise las muestras con un cito patólogo experimentado (Nivel de evidencia 3 recomendación B)
 2. Manejo de lesiones indeterminadas de alto riesgo (BETHESDA IV. Neoplasia folicular o sospechosa de neoplasia folicular)
 - a. Se recomienda para la mayoría de las lesiones tiroideas en esta categoría. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 - b. Se recomienda lobectomía más resección del istmo. La tiroidectomía total se puede considerar dependiendo del entorno clínico, la coexistencia de los nódulos tiroideos del lóbulo contralateral y la preferencia del paciente. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
 - c. Considere un seguimiento clínico cercano en una minoría de casos con características clínicas y ecográficas favorables, pero solo después de la consulta multidisciplinaria y la discusión de las opciones de tratamiento con el paciente. (Nivel de evidencia 4 recomendación C)

4. BETHESDA V. Sospechoso de Malignidad

1. Se recomienda como primera línea el tratamiento quirúrgico. (Nivel de evidencia 1 recomendación A)
2. Repita FNA en casos con celularidad inadecuada o en aquellos que requieran técnicas adicionales para una mejor caracterización. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)
3. La biopsia por congelación intraoperatoria se puede considerar para guiar la conducta. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)

5. BETHESDA VI. Maligno

- a. En caso de carcinoma diferenciado de tiroides, se recomienda tratamiento quirúrgico. (Nivel de evidencia 1 recomendación A)

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

GUÍA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CÓDIGO	HP-CLME-GM-19	VERSIÓN	02
		Página:	12 de 16		

5. RECOMENDACIONES

- b. En caso de carcinoma anaplásico de tiroides, lesiones metastásicas y linfoma tiroideo, se recomienda evaluación diagnóstica adicional antes de la intervención quirúrgica. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)

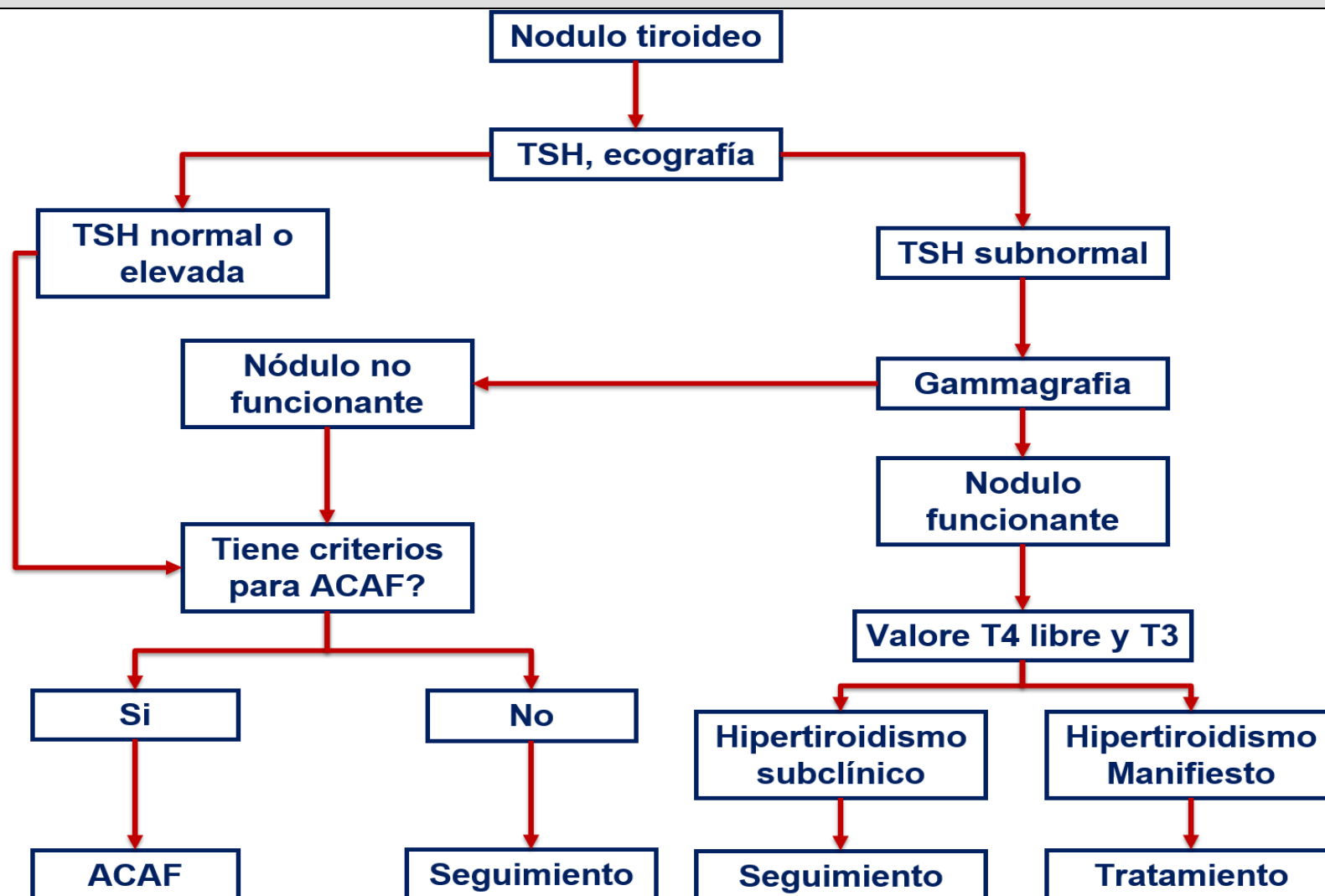
PREPARACION PREQUIRURGICA

1. Revise los resultados citológicos y ecográficos, en conjunto con el paciente, analice las opciones de tratamiento y remita con un cirujano con experiencia en cirugía de tiroides. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
2. Previo a cirugía, se recomienda el examen físico completo del cuello, la biopsia por FNA de cualquier nódulo linfático o nódulo sospechoso concomitante y la evaluación de las cuerdas vocales con laringoscopia. (Nivel de evidencia 2 recomendación A)
3. En casos seleccionados con características agresivas, considerar el uso de MRI, CT y / o 18FDG PET / CT para una estadificación preoperatoria más precisa. (Nivel de evidencia 3 recomendación B)

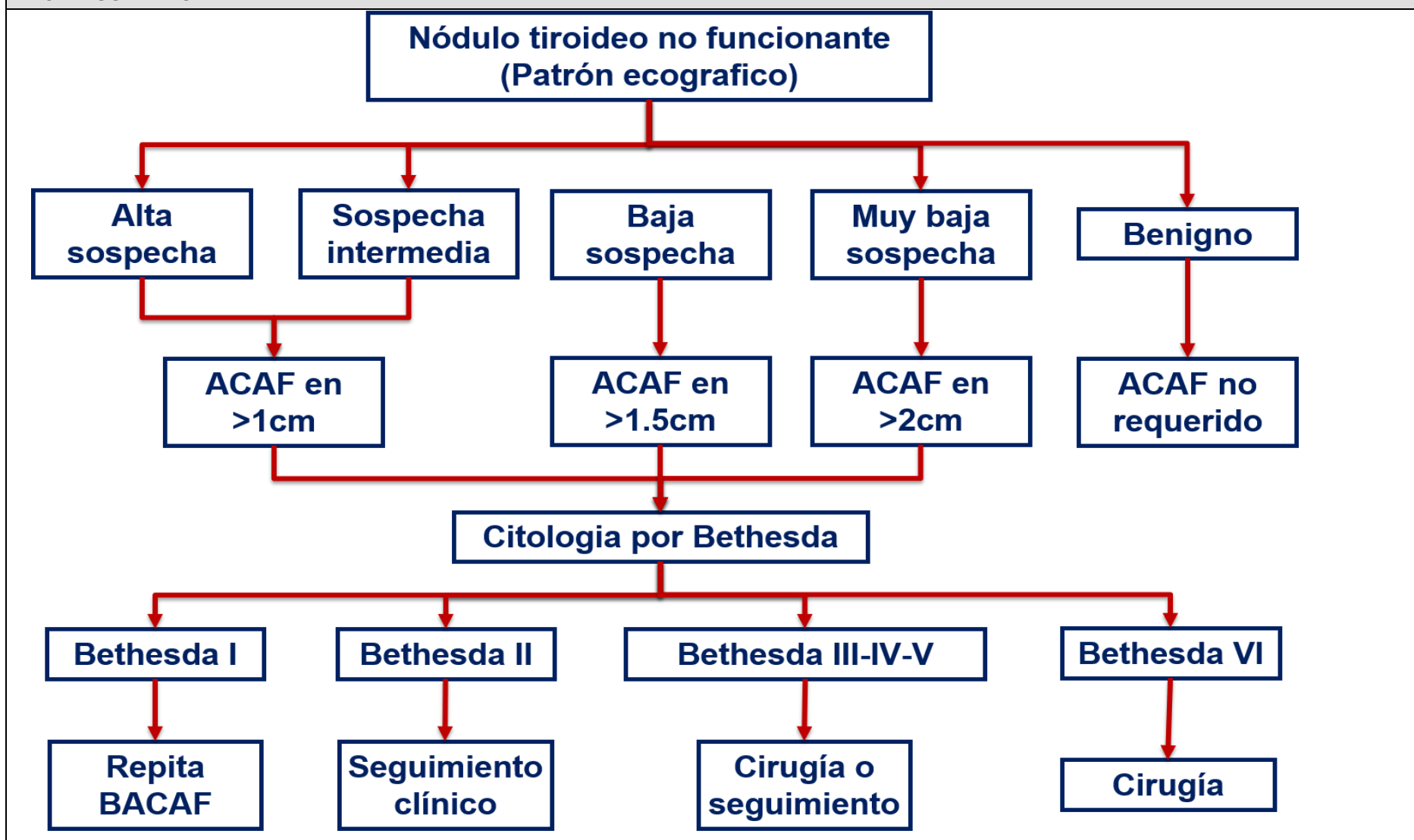
6. ALGORITMO

GUIA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CODIGO	HP-CLME-GM-19	VERSION	02
		Página:	13 de 16		

6. ALGORITMO



6. ALGORITMO

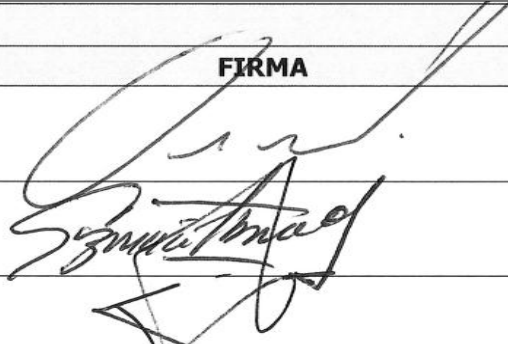


GUIA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CODIGO	HP-CLME-GM-19	VERSION	02
		Página:	15 de 16		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	Creación de una nueva guía de manejo	Nueva actualización a guía de manejo Código versión N°1: HP-ENDO-GM-12	No existe guía avalada por el ministerio de la protección social.	Junio de 2018

8. ANEXOS	
BIBLIOGRAFÍA	
1. Thyroid incidentalomas. Prevalence by palpation and ultrasonography. Ezzat S, Sarti DA, Cain DR, Braunstein GD Arch Intern Med. 1994;154(16):1838 2. Prevalence of thyroid disorders in the working population of Germany: ultrasonography screening in 96,278 unselected employees. Reiners C, Wegscheider K, Schicha H, Theissen P, Vaupel R, Wrbitzky R, Schumm-Draeger PM Thyroid. 2004;14(11):926. 3. Prevalence and distribution of carcinoma in patients with solitary and multiple thyroid nodules on sonography. Frates MC, Benson CB, Doubilet PM, Kunreuther E, Contreras M, Cibas ES, Orcutt J, Moore FD Jr, Larsen PR, Marqusee E, Alexander EK. J Clin Endocrinol Metab. 2006;91(9):3411. 4. Ipsilateral lobectomy versus bilateral lobar resection in papillary thyroid carcinoma: a retrospective analysis of surgical outcome using a novel prognostic scoring system. Hay ID, Grant CS, Taylor WF, McConahey WM Surgery. 1987;102(6):1088 5. An Ultrasonogram Reporting System for Thyroid Nodules Stratifying Cancer Risk for Clinical Management (J Clin Endocrinol Metab 90: 1748 –1751, 2009) 6. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology, Edmund S. Cibas, MD,1 and Syed Z. Ali, MD2, Am J Clin Pathol 2009;132:658-665.	

GUÍA DE MANEJO	NÓDULO TIROIDEO	CÓDIGO	HP-CLME-GM-19	VERSIÓN	02
		Página:	16 de 16		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ACTUALIZÓ	Dr. Oswaldo Rincon Sierra	Médico Internista – Endocrinólogo-Servicio de Endocrinología	Junio de 2018		
REVISÓ	Dr. Isaac Guzman	Médico Servicio de Endocrinología	Junio de 2018		
	Dra. Eliana Patricia Ramírez Cano	Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa (Unidad Medico Hospitalaria)	Junio de 2018		
APROBÓ	BG.MD. Carlos Alberto Rincon Arango	Subdirector del Sector Defensa (Subdirección Medica)	Junio de 2018		
PLANEACIÓN –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Servidor Misional en Sanidad Militar (Gestión de Calidad)	Junio de 2018	