

El método clínico en las enfermedades tiroideas

The clinical method in thyroid diseases

MsC. Orestes Dominador Rodríguez Arias

Especialista de II Grado en Endocrinología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se analizan algunos aspectos del método clínico en relación con las enfermedades de la glándula tiroidea, que provocan una mayor concurrencia de los pacientes a las consultas de endocrinología en todo el país, donde se carece en ocasiones de reactivos hormonales, así como también de la posibilidad de realizar estudios y terapéuticos con yodo I ¹³¹, entre los medios más importantes para diagnosticar y tratar adecuadamente a quienes padecen esas afecciones.

Palabras clave: tiroides, enfermedad tiroidea, método clínico, endocrinología.

ABSTRACT

Some aspects of the clinical method related to the diseases of thyroid gland are analyzed, leading to an increase of patients attending the endocrinology departments throughout the country, where sometimes hormonal reagents are not available, and there is not a possibility for studies or treatment with iodine I ¹³¹, among the most important ways to diagnose and adequately treat those suffering from these conditions.

Key words: thyroid gland, thyroid disease, clinical method, endocrinology.

INTRODUCCIÓN

El método clínico surgió a la par de la medicina, cuando urgía sanar a las personas y aún estaban muy lejos de inventarse los medios que hoy preservan el trabajo de los galenos; sin embargo, no siempre se cumple con esa técnica tan importante para diagnosticar las afecciones de las personas que acuden a consulta, quienes al describir los síntomas y signos que les aquejan, les son orientados exámenes, sobre la base de los cuales se dictamina la afección, sin apenas haberles observado físicamente. ¹

Lamentablemente, la incorrecta o inconstante aplicación del método hace, con frecuencia, que algunos facultativos indiquen ecografías y otras pruebas, sin una exploración corporal previa, que muchas veces "alarman" innecesariamente a los afectados y, en ocasiones, también al médico.

Numerosas publicaciones científicas necesarias y novedosas, escritas desde 1995 hasta la actualidad por profesionales cubanos de la atención endocrinológica y

estimados y reconocidos profesores, las cuales tratan múltiples temas de gran valor, condujeron ciertamente a hacer anotaciones y reafirmar, una vez más, cuánto queda por estudiar y conocer. La lectura de dichos trabajos llevó un largo período.

Este estudio se fundamentó en el análisis de algunos aspectos relacionados con el método clínico en las enfermedades de la glándula tiroides, las cuales provocan una mayor asistencia de los pacientes a las concurridas consultas de endocrinología en Cuba, que carecen en ocasiones de los reactivos hormonales, así como la posibilidad de estudios y terapias con yodo radioactivo (I^{131}), uno de los más importantes para el diagnóstico y tratamiento adecuados.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MÉTODO CLÍNICO EN LAS ENFERMEDADES TIROIDEAS

Bergoglio y Mestman ² exponen que en la mayoría de los pacientes con enfermedades tiroideas, los síntomas son tan "sutiles", que estas solo pueden ser detectadas mediante una evaluación bioquímica o citopatológica.

El criterio anterior no es totalmente compartido por algunos especialistas. La atención médica a las personas con afecciones de la tiroides ha obligado, en frecuentes ocasiones, a definir e imponer terapéuticas basadas únicamente en el método clínico debido a la carencia de medios de diagnóstico, por lo que solo la evolución del paciente ha confirmado o negado el dictamen.

Aunque el sistema endocrino no aparece descrito independientemente de los demás en el examen físico expuesto por Llanio y Perdomo ³ en el modelo de la historia clínica que es utilizada en la atención secundaria de salud en Cuba, sí se realizan algunas consideraciones acerca del examen físico de la tiroides, glándula tan importante de la economía.

La glándula tiroides, situada en la región anterior del cuello, en la unión de los 2 tercios superiores con el tercio inferior, consta de 2 lóbulos laterales unidos en su base por un istmo de un peso aproximado de 20-30 g. El lóbulo derecho es ligeramente mayor que el izquierdo y cada uno de estos mide 5 cm de largo por 2 cm de ancho. ³

En la práctica, el interrogatorio resulta de trascendental importancia, pues determina un alto porcentaje de los diagnósticos, que luego son confirmados por los estudios complementarios.

Asimismo, son de gran valor para el dictamen médico el antecedente personal de la afección o la existencia de algún familiar con enfermedades tiroideas, operaciones en el cuello o de la tiroides. Si bien no es frecuente la existencia de precedentes de bocio, hipotiroidismo o hipertiroidismo, o de familiares con carcinoma medular de la glándula, este puede ayudar en el pronóstico.

La mayor incidencia de cáncer de la tiroides ocurre en niños, adolescentes, hombres y mujeres mayores de 40 y 50 años de edad, respectivamente, así como en pacientes de avanzada edad, con un nódulo de comienzo reciente.

Es infrecuente la aparición de dicho tumor en los hombres, pero no la de neoplasia tiroidea, que resulta bastante común en ellos.

Respecto a los síntomas y signos, la voz y forma de hablar del paciente indican al especialista sobre la posible existencia de un hipotiroidismo. La presencia de

excitación nerviosa, capacidad laboral disminuida, astenia, adelgazamiento, pérdida o aumento de peso, intolerancia al calor o frío y palpitaciones conducen a la posibilidad de una disfunción tiroidea.⁴

Si un paciente refiere molestias o dificultad al tragar, se debe pensar en un aumento del volumen de la tiroides (bocio), que puede aparecer con un nódulo palpable o sin este, o un proceso inflamatorio agudo o crónico como las tiroiditis. Por otra parte, si manifiesta dolor en la región tiroidea, ya sea de manera espontánea o al mover o palpase el cuello, casi siempre se trata de una tiroiditis, que generalmente se presenta en su forma subaguda, pues las agudas son raras; este diagnóstico es confirmado con la fiebre o febrícula y el malestar corporal.

Se ha definido al bocio como todo aumento de volumen de la tiroides con un lóbulo lateral superior al tamaño de la falange terminal del dedo pulgar de la persona examinada, lo cual corresponde a 4-5 veces el tamaño normal, y lo clasifica de la siguiente manera:⁵

- Grado 0: No hay bocio.
- Grado 1: Tiroides palpable.
- Grado 1A: Bocio palpable, pero no visible.
- Grado 1B: Bocio palpable y visible, con el cuello en extensión. Se incluyen los nódulos de la glándula.
- Grado 2: Bocio palpable y visible, con el cuello en posición normal.
- Grado 3: Bocio voluminoso reconocible a distancia.

En la práctica médica, lo más frecuente es que los especialistas describan el peso estimado, para así definir el tamaño de la glándula, lo que requiere cierto grado de destreza y experiencia por parte del examinador. La glándula normal pesa de 15 a 25 g. Debe tenerse en cuenta que normalmente la tiroides es palpable, sobre todo en personas delgadas, por lo que el diagnóstico de bocio casi siempre es resultado del examen clínico.

- Inspección

Al igual que para otras partes del cuerpo, el examen físico debe realizarse en un ambiente iluminado, para poder localizar cicatrices operatorias, lesiones en la piel, secuelas de una antigua irradiación o un bocio, que puede hacerse más visible cuando el paciente habla, mueve la cabeza hacia atrás y, especialmente, cuando degluta.⁶

Se sugiere realizar la inspección de la región anterior del cuello, de frente al paciente y también de perfil a este, de ser posible con una iluminación tangencial, que ayude a detectar mejor los pequeños ligeros cambios en el contorno o la simetría. Normalmente solo puede observarse el istmo glandular al tragar, con mayor frecuencia en mujeres jóvenes.

Entre los pasos para efectuar el examen: primeramente, se le debe pedir a la persona que mantenga la cabeza y el cuello en una posición normal y relajada; luego, observar si existe alguna desviación de la tráquea, así como delimitaciones de los cartílagos tiroideos y cricoides, y percatarse si existe algún aumento de volumen. Después, se debe indicar al paciente que extienda ligeramente el cuello, con inclinación de la cabeza hacia atrás, y trague un sorbo de agua, en tanto se observan el movimiento simétrico hacia arriba de la tráquea y los cartílagos laríngeos y, de existir algún aumento de volumen, si este también se desplaza.

- Palpación

La exploración física de la tiroides comprende la local, referida a la glándula, y la general, más amplia y multisistémica, que debe recoger las posibles alteraciones producidas en todo el organismo como consecuencia de una alteración funcional tiroidea. Se palpa la forma, el tamaño, la consistencia y la sensibilidad. La glándula normalmente tiene una textura parecida a la de la goma, lo que le confiere una consistencia elástica.

Primero, coloque ligeramente los pulpejos de sus dedos índice y del medio, por debajo del cartílago cricoides, para localizar y palpar el área del istmo. Repita el procedimiento mientras la persona traga un sorbo de agua, lo que causa elevación del istmo y permite precisar aún más su textura. Posteriormente, pídale que incline ligeramente su cabeza hacia el lado izquierdo, para palpar el lóbulo derecho. Utilice los dedos en el lado opuesto para desplazar la glándula en dirección lateral, hacia el lado derecho, de manera que al usar los dedos para el examen, pueda sentir mejor el lóbulo. Sugiera a la persona que trague, mientras explora el lóbulo. Repita el proceso en el lado opuesto.

Durante la palpación por la parte anterior, el médico debe pararse frente a la persona, cuyo cuello debe estar relajado, pero ligeramente en extensión, para exponer mejor la glándula subyacente; luego, las manos se colocan alrededor del cuello, pero se dejan los pulgares en el plano anterior, que se usan para examinar. Palpe los lóbulos tiroideos, utilizando las 2 técnicas descritas a continuación:

1. De frente al paciente, el pulgar de cada mano toca sucesivamente el lóbulo del lado opuesto, en busca de nódulos (maniobra de Crile).
2. Con una variante de la técnica anterior (maniobra de Lahey), palpe también los lóbulos laterales. Se coloca el pulpejo de un dedo pulgar contra la cara lateral de la tráquea superior, se empuja hacia el lado opuesto, con lo que el lóbulo del lado hacia el que se está empujando, se exterioriza más hacia delante y puede ser más accesible al pulgar de la otra mano. Esta acción se completa al sugerirle al paciente que deglute, mientras se examina.

Según la experiencia del autor de este trabajo, se hace más accesible el examen con los dedos, si el médico se sienta de frente en un plano inferior al paciente, quien estará de pie, y palpa la parte anterior con ambos pulgares y presiona la parte contraria a la que se examina, primero, de un lado y, a continuación, del otro.

De hecho, la exploración puede realizarse situado detrás o delante del paciente. Es preferible la última posición, porque permite completar la inspección mientras se realiza la palpación. Esta se efectúa con los pulpejos de ambos pulgares, mientras que las otras partes de las manos se hacen las funciones complementarias del examen que consisten en el cambio de posición de la cabeza hacia delante o hacia ambos lados, para relajar los músculos esternocleidomastoideos, o la desviación de la laringe, conseguida con una movilización suave del cartílago tiroides.

Para la palpación posterior, el médico debe pararse detrás de la persona, quien debe estar sentada con el cuello ligeramente flexionado, a fin de relajar los músculos. Se realiza, entonces, el examen de la glándula mediante la técnica de De Quervain, que consiste en rodear el cuello con ambas manos y situar los pulgares completamente sobre la nuca y los 4 dedos restantes hacia los lóbulos de cada lado.³

La consistencia del tejido tiroideo palpado siempre debe ser reseñada, aunque el valor de esta observación es limitado. Por una parte, se trata de un dato muy

subjetivo que puede ser valorado de modo distinto por diversos exploradores y, por la otra, la misma consistencia, o similar, puede hallarse en tiroidopatías muy distintas. La nomenclatura utilizada por los diferentes autores es muy diversa: blanda, referida sobre todo a algún tipo de bocio (predominio de transformación coloide); firme, referido al tiroides normal y a diversas tiroidopatías (por ejemplo: la tiroiditis de Hashimoto); dura, que se observa habitualmente en los nódulos, sean estos benignos o malignos; y pétrea, que se palpa en algunos carcinomas, en zonas calcificadas de bocio multinodular y en la tiroiditis de Riedel.

La dureza es característica del cáncer, pero también son duros los bocios menos recientes que se fibrosaron o calcificaron. Un nódulo liso, firme y globuloso puede ser compatible con un quiste. Los adenomas pueden ser quísticos.

Se ha señalado clásicamente que los nódulos mayores de 5 cm frecuentemente son malignos, sin embargo, se puede detectar malignidad en nódulos de 1 a 3 cm, lo cual está en relación con su detección precoz.

No siempre los nódulos malignos tienen un crecimiento acelerado, excepto cuando son la expresión de un proceso indiferenciado. Para el resto de los nódulos el crecimiento puede ser lento y no mostrar modificaciones después de su constatación. Se han encontrado carcinomas en pequeños nódulos, a los cuales se les ha efectuado biopsia solo por medio de la ecografía de diagnóstico.

La presencia de dolor durante la palpación no es un hallazgo muy frecuente, puede orientar el diagnóstico hacia una tiroiditis subaguda de De Quervain, afección típicamente dolorosa, o hacia una hemorragia intraquística menos frecuente. El frémito, a su vez, es una manifestación rara que se observa sobre todo en la enfermedad de Graves-Basedow, la cual se muestra con una abundante vascularización y siempre que una gran masa tiroidea produzca una compresión arterial.

Al examinar la región laterocervical se pueden descubrir, a menudo, adenopatías que, en ocasiones, aun en ausencia de una lesión palpable de la glándula, corresponderán a metástasis de un carcinoma de la tiroides. Teniendo en cuenta la práctica médica de más de 20 años, el autor de este estudio puede señalar que en muchos pacientes concomitan procesos inflamatorios amigdalofaríngeos con adenomegalias de diversos tamaños, a veces enquistadas, que suelen inquietar usualmente al paciente o al facultativo, los cuales serán confirmados mediante un examen físico de la orofaringe, efectuado por el médico de asistencia o el otorrinolaringólogo; no obstante, deben tenerse ciertas reservas y los procedimientos en dependencia del cuadro clínico.

Es importante tener presente que la glándula tiroides puede estar aumentada de tamaño, aunque en los límites normales, debido a distintas circunstancias: país, altitud, pubertad, embarazo, menstruación, entre otros; es decir, en los estados fisiológicos de "alarma" de cualquier orden, esta suele agrandar su volumen y tornarse más activa fisiológicamente.

Han sido muchas las ocasiones en las que han sido atendidos pacientes, remitidos a la consulta de endocrinología por un aumento del grosor de la tiroides y que al realizar la exploración física correcta, solo se palpa tejido graso pretiroideo.

- Auscultación

En algunos pacientes con bocio tóxico difuso puede auscultarse un soplo que se produce por compresión arterial, debido a la presencia de una gran masa tiroidea. Generalmente en estos afectados, con soplos tiroideos, el resto de las

manifestaciones clínicas que conforman el índice de tirotoxicosis, hacen evidentes el diagnóstico.

CONSIDERACIÓN FINAL

La utilización del método clínico correcto para examinar físicamente la glándula de la tiroides, puede permitir establecer, con gran frecuencia, un diagnóstico correcto, sin necesidad de realizar estudios complementarios costosos y de difícil ejecución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suárez Rivas R. Cuidados intensivos para el método clínico. <<http://www.forumcyt.cu/UserFiles/File/Cuidados%20intensivos%20para%20el%20metodo%20clinico.htm>> [consulta: 5 mayo 2011].
2. Bergoglio LM, Mestman JH. Guía de consenso para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad tiroidea*. Acta Bioquím Clín Latinoam 2007; 41(1): 87-119.
3. Llanio NR, Perdomo GG. Propedéutica clínica y semiología médica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003; t 1:1165.
4. Potiomkin VV. Endocrinología. Moscú: Editorial Mir, 1981:75-142.
5. Consenso en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del tiroides. Rev Cubana Endocrinol 2004; 15(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol15_1_04/end13104.htm>[consulta: 5 mayo 2011].
6. Farreras R, Rozman C. Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Harcourt-Brace, 2002.

Recibido: 9 de mayo de 2011

Aprobado: 27 de mayo de 2011

Dr. Orestes Dominador Rodríguez Arias. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica:kenys@enet.cu