

Evaluación clínica del bocio y riesgo de malignidad

Marcelo F. Figari[®]

Sector de Cirugía y Cuello, Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

Ante un paciente con bocio de larga data, uno de los primeros interrogantes diagnósticos es definir qué hallazgos clínicos pueden permitirnos modificar la impresión inicial de benignidad y realizar una investigación más profunda a fin de confirmar la potencial malignidad. Si bien la ecografía, la citología y las pruebas moleculares han mejorado drásticamente nuestras posibilidades diagnósticas, la anamnesis y la semiología inicial mantienen un valor significativo. Esto es aún más relevante en contextos socioeconómicos desfavorables con dificultades de acceso a la medicina de alta complejidad.

El Dr. Daza presenta en este número de la Revista del Hospital Italiano un estudio retrospectivo realizado sobre pacientes de un hospital de tercer nivel de Santa Cruz de la Sierra, en Bolivia. Se trata de una cohorte de 193 pacientes operados por bocio a lo largo de 11 años, de los cuales 76 presentan un carcinoma diferenciado de tiroides. El objetivo del estudio es encontrar asociaciones entre los hallazgos clínicos y de los auxiliares diagnósticos al momento de la presentación y la presencia de malignidad. Así, analiza la consistencia duro-pétreo o adherencia a planos profundos, el crecimiento rápido advertido por el paciente en el último año, el hecho de pertenecer a la población urbana o haber migrado de la rural a la urbana más de 10 años atrás, las categorías ecográficas de sospecha (TI-RADS ≥ 4) y las categorías de Bethesda IV a VI en la citología por punción. En el análisis multivariado comunicado por el autor, la consistencia pétreo o adherencia es la única variable que conserva significación estadística independiente.¹

El trabajo del Dr. Daza tiene el valor de recuperar una dimensión fundamental de la consulta clínica: reconocer cambios en una enfermedad que el paciente refiere como estable desde hace años. Sin embargo, la interpretación de estos hallazgos requiere precisar qué es lo que se observa y en qué momento. En el caso de la consistencia

duro-pétreo y la adherencia, la inclusión de hallazgos intraoperatorios en esta variable limita su interpretación como predictor disponible en la consulta inicial. La consistencia duro-pétreo, la disminución de movilidad y la adherencia constituyen características relacionadas, pero no equivalentes. Ninguna de ellas permite afirmar contundentemente, por sí misma, que exista malignidad.

El autor discute también el valor del crecimiento glandular o nodular como probable indicio de malignidad. Daza lo define mediante la percepción del paciente durante los doce meses previos a la consulta, pero no documenta mediciones objetivas seriadas. Además, esa apreciación tiene un peso subjetivo inevitable, no comparable con el crecimiento documentado por ecografía. Una revisión de Bernet y Chindris (2021) destaca que, en nódulos con citología benigna, las características ecográficas tienen un papel relevante para guiar el seguimiento y la necesidad de nuevas evaluaciones.²

En el bocio multinodular, además, el volumen de la glándula y el tamaño del nódulo dominante pueden desviar la atención de otras lesiones relevantes. Luo y colaboradores encuentran, en una serie quirúrgica de 838 pacientes operados por bocio multinodular, que solo el 37 % de los cánceres se localiza en el nódulo de mayor tamaño.³ Precisamente por eso es aconsejable realizar una evaluación ecográfica que seleccione las lesiones por sus características de sospecha, evitando que el tamaño sea el único criterio para decidir la punción.

La citología aporta información diagnóstica específica. La clasificación de Bethesda distingue categorías citológicas con diferentes riesgos de malignidad, cuya interpretación debe vincularse con la ecografía y el contexto individual. Las guías de la European Thyroid Association sostienen, precisamente, una evaluación integrada de factores clínicos, laboratorio y estratificación ecográfica para definir la indicación de punción.⁴

Autor para correspondencia: marcelo.igari@hospitalitaliano.org.ar, Figari MF

Recibido: 25/09/2026 | Aceptado: 28/09/2026 | Publicado: 28/09/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i3.1377>

Cómo citar: Figari MF. Evaluación clínica del bocio y riesgo de malignidad. Rev Hosp Ital B.Aires. 2026;46(3):e0001377

Respecto a la extensión anatómica del bocio, aun en los bocios cérvico-torácicos y retroesternales, la posibilidad de malignidad es variable. Prete y colaboradores encuentran proporciones similares de cáncer inesperado en bocios retroesternales y cervicales sin sospecha preoperatoria.⁵ Las guías ATA (2025) añaden una perspectiva importante respecto al comportamiento clínico: en la evaluación del cáncer diferenciado de tiroides, el crecimiento rápido, la fijación a estructuras cervicales, la disfagia progresiva o los cambios significativos de la voz pueden sugerir enfermedad localmente invasiva. Ante esa sospecha, recomiendan complementar el examen físico y la ecografía con tomografía o resonancia con contraste.⁶ Los hallazgos mencionados orientan el estudio de la probable extensión tumoral, sin constituir por sí solos una confirmación de invasión. Sin embargo, una vez definida la misma, necesariamente impactará sobre el tipo de tratamiento o la necesidad de derivación, de no contarse con los recursos necesarios.

Estas consideraciones alcanzan a la interpretación del estudio de Daza. Su diseño retrospectivo y la selección de pacientes operados limitan la extrapolación de los resultados a la población general con bocio.

Sin embargo, el aporte del trabajo puede situarse en la necesidad de reconocer y estudiar oportunamente los hallazgos clínicos de alarma. En entornos con recursos limitados, esa identificación temprana puede contribuir a priorizar el acceso a ecografía, citología y evaluación más especializada. En suma, una anamnesis cuidadosa

y un examen físico preciso siguen siendo componentes indispensables de una evaluación que debe integrar la evidencia disponible y las circunstancias de cada paciente.

Conflictos de intereses: el autor declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: el autor declara que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Daza AB. Factores clínicos y demográficos asociados a carcinoma diferenciado de tiroides en pacientes con bocio de larga data en Bolivia. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2026;46(3):e0001290. <https://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i3.1290>
2. Bernet VJ, Chindris AM. Update on the evaluation of thyroid nodules. *J Nucl Med.* 2021;62 Suppl 2:13S-19S. <https://doi.org/10.2967/jnumed.120.246025>
3. Luo J, McManus C, Chen H, et al. Are there predictors of malignancy in patients with multinodular goiter? *J Surg Res.* 2012;174(2):207-10. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2011.11.1035>
4. Durante C, Hegedüs L, Czarniecka A, et al. 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines for thyroid nodule management. *Eur Thyroid J.* 2023;12(5):e230067. <https://doi.org/10.1530/ETJ-23-0067>
5. Prete FP, De Luca GM, Sgaramella LI, et al. Prevalence and clinical risk factors of thyroid cancer in retrosternal goiter: a retrospective comparative study with cervical multinodular goiter. *J Clin Med.* 2025;14(2):489. <https://doi.org/10.3390/jcm14020489>
6. Ringel MD, Sosa JA, Baloch Z, et al. 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2025;35(8):841-985. <https://doi.org/10.1177/10507256251363120>