

**CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS SUGERIDAS PARA EL INFORME
CITOLÓGICO POR PAAF BAJO GUÍA ECOGRÁFICA DE LESIONES
TIROIDEAS
(EN LA BÚSQUEDA DE UNA COMUNICACIÓN MÁS FLUIDA ENTRE LOS
INTEGRANTES DEL EQUIPO MÉDICO)**

Brunás Oscar; González García Marcela.

Médicos Patólogos. Laboratorio de Patología. Centro de Tiroides Dr. José Luis Novelli.

España 1656 (2000), Rosario, Argentina.

Resumen

Existe abundante bibliografía médica sobre punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de glándula tiroides. Sin embargo, persiste cierta confusión en la terminología diagnóstica y los criterios morfológicos utilizados. Es así que en la búsqueda de una mayor comunicación entre los miembros del equipo médico que evalúa los nódulos tiroideos, en el presente artículo buscamos reagrupar las categorías diagnósticas en PAAF de tiroides, adaptándolas a la realidad de nuestro medio.

Palabras claves: Glándula tiroides, PAAF, terminología diagnóstica, criterios morfológicos.

Summary

Medical literature contains abundant information regarding the fine needle aspiration (FNA) biopsy of the thyroid gland. Nevertheless, confusion persists about diagnostic terminology and morphologic criteria applied. So, aiming to get a better communication among the members of our medical team who evaluate thyroid gland nodules, we have recategorized the terminology used in thyroid FNA, for adapting it to our reality.

Key words: FNA, thyroid gland, diagnostic terminology, morphologic criteria.

La patología nodular de la glándula tiroides es una entidad de alta frecuencia. Sólo un mínimo porcentaje corresponde a carcinomas, por lo que la selección de los pacientes con patología maligna que deben ser intervenidos quirúrgicamente constituye un desafío para la medicina desde hace tiempo.

La Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF), de amplia difusión en la actualidad, es un método diagnóstico que ha demostrado excelentes resultados en la evaluación del nódulo tiroideo (1 y 2). La misma ha colaborado en la selección de los pacientes que deben ir a cirugía.

Sin embargo, tampoco este método ha podido resolver el difícil diagnóstico diferencial de los carcinomas foliculares bien diferenciados, cuya identificación depende de parámetros histológicos (invasión capsular y/o de vasos sanguíneos), y otros nódulos adenomatosos, ya sean éstos de etiología neoplásica (adenomas), hiperplásica (hiperplasia nodular) o inflamatoria (tiroiditis crónica nodular)

La incorporación de la ecografía en el momento de la punción ha contribuido a resolver algunos de estos dilemas diagnósticos, aportando invalores datos respecto al número de lesiones, las características de sus bordes, el grado y tipo de vascularización, la presencia o no de microcalcificaciones, etc.

De esta manera, el diagnóstico es multidisciplinario, basándose en un trípode constituido por la clínica, la ecografía y la citología.

Aún así, diariamente el patólogo se enfrenta a cuadros citológicos complejos y debe extremar los esfuerzos para aportar al médico derivante una aproximación diagnóstica lo más clara posible para encarar una conducta adecuada.

Ha surgido, entonces, la necesidad de formular categorías diagnósticas con la mayor precisión posible, a fin de colaborar con el endocrinólogo y/o cirujano a la hora de tomar decisiones.

Junto al Dr. Novelli efectuamos PAAF de nódulos palpables de la glándula tiroides desde el año 1986.

No obstante, la propuesta del presente artículo se basa en las punciones efectuadas mayormente bajo guía ecográfica desde el año 2000 hasta la actualidad. En este periodo de tiempo hemos contabilizado en nuestro Laboratorio 1977 PAAF de tiroides y 1069 tiroidectomías parciales o totales.

Basándonos en nuestra experiencia y en esquemas diagnósticos ya existentes (3), entre los que cabe mencionar el Consenso de Bethesda de 2007 (4), en el presente artículo buscamos agrupar y adaptar las categorías diagnósticas en PAAF de tiroides a la realidad de nuestro medio (Cuadro 1).

Cuadro 1.- Categorías Diagnósticas

DIAGNÓSTICOS CITOLÓGICOS BENIGNOS

Cuadro citológico folicular coloide (con eventual presencia de células oxífilas, linfocitos y/o histiocitos).

Tiroiditis crónica.

Quiste coloide.

DIAGNÓSTICOS CITOLÓGICOS INDETERMINADOS

Lesión folicular.

Lesión de células de Hürthle.

Presencia de células epiteliales con discretas anomalías a especificar.

DIAGNÓSTICOS CITOLÓGICOS DE / O COMPATIBLES CON LESIONES MALIGNAS

Cuadro citológico de/o compatible con carcinoma papilar.

Cuadro citológico compatible con carcinoma folicular.

Cuadro citológico de/o compatible con carcinoma medular.

Cuadro citológico de/o compatible con otras neoplasias malignas primarias o secundarias.

Presencia de células epiteliales con marcadas anomalías a especificar.

-El primer grupo de estas categorías diagnósticas, de patologías benignas, son aquellas que requieren control médico periódico y, eventualmente, repetición del estudio eco-citológico, si así lo indicase su evolución. Corresponden a lesiones nodulares que presentan abundante coloide y variado número de células epiteliales foliculares dispuestas en colgajos bidimensionales y en forma aislada, con núcleos pequeños, monomorfos, situados ordenadamente en citoplasmas mayormente amplios (cuadro citológico folicular coloide) (Foto 1). Pueden presentarse como imágenes únicas, con halo de seguridad y vascularización variable (compatibles con adenomas), o como lesiones múltiples en el contexto de una glándula multinodular (hiperplasias). Otros cuadros muestran componente linfocítico prominente y espaciadas células epiteliales foliculares oxífilas dispuestas en colgajos y en forma aislada (tiroiditis crónica). También incluye nódulos hipocelulares de aspecto citológico y ecográfico coloide, y lesiones puramente quísticas que desaparecen parcial o totalmente luego de la PAAF.

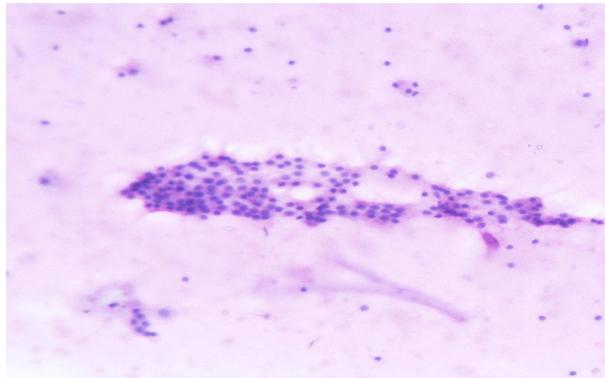


Foto 1 Cuadro citológico folicular coloide. HyE 100x

-El tercer grupo de esta categorización corresponde a cuadros de neoplasias malignas o con fundadas sospechas de malignidad. Incluye los cuadros de/o compatibles con carcinoma papilar (Foto 2), folicular (en sus formas menos diferenciadas), medular, otras neoplasias malignas y los extendidos con marcadas anomalías celulares a especificar.

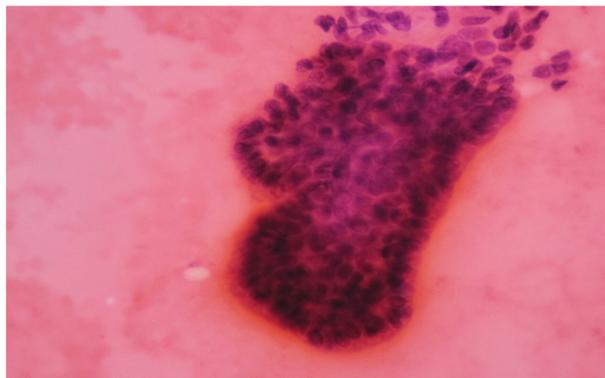


Foto 2. Carcinoma papilar HyE 100x

-El grupo intermedio de esta propuesta, perteneciente a los cuadros indeterminados, abarca aquellas citologías no concluyentes para definir el potencial biológico de la lesión, pero orientan hacia un mayor control del nódulo

en estudio y eventualmente, si el cuadro clínico completo así lo indicase, la extirpación quirúrgica del mismo a fin de una mayor precisión diagnóstica. Incluye las lesiones foliculares (escaso coloide, hipercelularidad, colgajos tridimensionales con agrandamiento, superposición y moldeamiento nucleares y variada alteración de la polaridad) (Fotos 3 y 4), las lesiones de células de Hürthle y los casos con discretas anomalías celulares a especificar (5, 6, 7). Estos cuadros citológicos indeterminados se originan mayormente en las limitaciones que presenta el material de PAAF para evaluar los carcinomas foliculares y de Hürthle bien diferenciados, cuyos diagnósticos de certeza se basan en los criterios histomorfológicos de invasión capsular y/o vascular sanguínea.

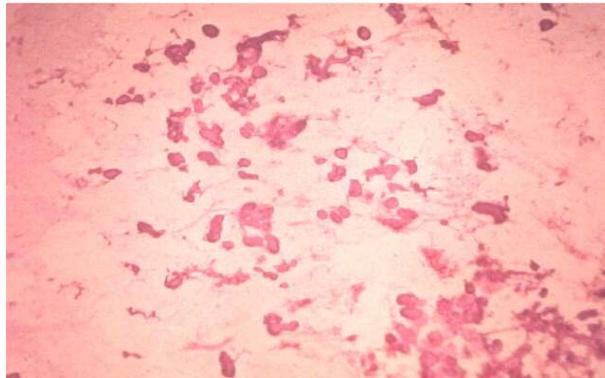


Foto 3. Cuadro citológico de lesión folicular HyE 40x

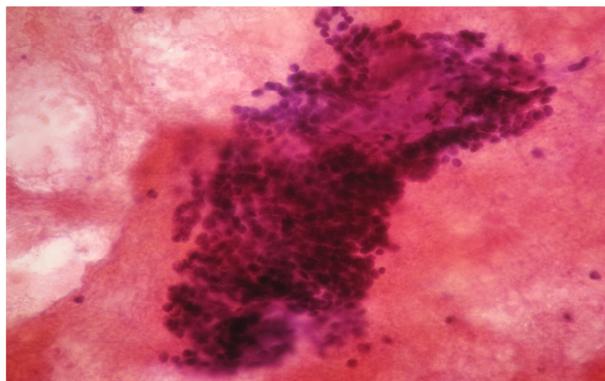


Foto 4. Cuadro citológico de lesión folicular HyE 100x

Consideraciones finales

Demostrado ya en numerosos trabajos de la literatura médica el alto valor predictivo del estudio por PAAF, en el presente artículo intentamos contribuir a la sistematización y clarificación del informe citológico, a fin de una adecuada comunicación entre los miembros del equipo médico que afrontan la problemática de la patología nodular de la glándula tiroides.

Referencias

- 1- Yang J, Schnadig V, Logrono R, Wasserman PG 2007 Fineneedle aspiration of thyroid nodules: a study of 4703 patients with histologic and clinical correlations. *Cancer* 111:306–315.
- 2- Amrikachi M, Ramzy I, Rubinfeld S, Wheeler TM 2001 Accuracy of fine-needle aspiration of thyroid: a review of 6226 cases and correlation with surgical or clinical outcome. *Arch Pathol Lab Med* 125:484–488.
- 3- Wang HH. Reporting thyroid fine-needle aspiration: literature review and a proposal. *Diagn. Cytopathol.* 2006;34:67-76.
- 4- Cibas ES, Ali SZ. NCI Thyroid FNA State of the Science Conference. The Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology. *Am J Clin Pathol* 2009 Nov;132(5):658-65.
- 5- Baloch ZW, Fleisher S, LiVolsi VA, Gupta PK 2002 Diagnosis of “follicular neoplasm”: a gray zone in thyroid fine-needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 26:41–44.
- 6- Schlinkert RT, van Heerden JA, Goellner JR, Gharib H, Smith SL, Rosales RF, Weaver AL 1997 Factors that predict malignant thyroid lesions when fine-needle aspiration is “suspicious for follicular neoplasm”. *Mayo Clin Proc* 72:913– 916.
- 7- Kelman AS, Rathan A, Leibowitz J, Burstein DE, Haber RS 2001 Thyroid cytology and the risk of malignancy in thyroid nodules: importance of nuclear atypia in indeterminate specimens. *Thyroid* 11:271–277.

* Laboratorio de Patología. Centro de Tiroides Dr. José Luis Novelli.
España 1656. Rosario. Santa Fe. Argentina.
www.labdepatologia.com.ar
info@labdepatologia.com.ar
www.centrodetiroides.com.ar