



11209
2 ej 43
Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

I. S. S. S. T. E.

**"BIOPSIA POR ASPIRACION
DE TIROIDES"**

TESIS DE POSTGRADO

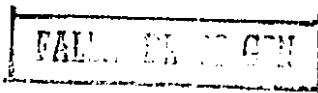
Que para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

HECTOR EDUARDO FLORES CALLEJA



México, D. F.



1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N T R O D U C C I O N

LA PATOLOGÍA QUE AFECTA A LA GLÁNDULA TIROIDES ES MULTIPLE Y VARIADA, Y CONTINÚA SIENDO DE GRAN INTERÉS, PRUEBA DE ELLO SON LOS CIENTOS DE ARTÍCULOS E INVESTIGACIONES PUBLICADAS ANUALMENTE.

HAY UNA SERIE DE PREGUNTAS QUE APARENTEMENTE SON INFINITAS, QUE LOS GRUPOS DEDICADOS AL ESTUDIO DE ESTA GLÁNDULA CONTINUAN HACIENDOSE, POR EJEMPLO; CUÁLES SON LOS NÓDULOS TIROIDEOS BENIGNOS Y CUÁLES MALIGNOS?, CUÁL DE ELLOS DEBE SER OPERADO?, LAS RESPUESTAS A ESTAS PREGUNTAS SON - SORPRENDEMENTE VARIADAS; EN ALGUNAS PARTES DEL MUNDO - TODOS LOS NÓDULOS SOLITARIOS SON RESECADOS QUIRÚRGICAMENTE, EN OTRAS PRÁCTICAMENTE NINGUNO SE SOMETE A ESTE PROCEDIMIENTO Y SE DEJAN BAJO VIGILANCIA ESTRECHA; OTRA DE LAS PREGUNTAS QUE TIENEN RESPUESTA CONTROVERSIAL ENTRE LOS -- DISTINTOS GRUPOS DE AUTORES ES ACERCA DEL VALOR DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN, LA CUAL FUÉ INTRODUCIDA EN LOS ESTADOS UNIDOS EN 1930 POR MARTÍN, ELLIS Y STEWART (11) NO HABIENDOSE EXTENDIDO SU USO DEBIDO ENTRE OTRAS COSAS AL GROSOR DE LA AGUJA, EL PROBLEMA DE LAS FALASAS POSITIVAS Y - NEGATIVAS, Y LA RAZÓN MAS IMPORTANTE POR FALTA DE UN EQUIPO DE APOYO BIEN ENTRENADO; NO FUÉ SINO HASTA QUE EN 1950 SU USO SE POPULARIZÓ ESPECIALMENTE EN SUECIA Y POLONIA, - INTRODUCIENDOSE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA Y TENIENDO A LÖWHAGEN COMO UNO DE LOS INVESTIGADORES MAS- IMPORTANTES Y QUE MAS BENEFICIOS HA TRAÍDO CON SUS MAS DE 20,000 BIOPSIAS, HECHAS EN KAROLINSKA INSTITUTET, LAS CUALES HAN SIDO LA PIEDRA ANGULAR PARA ESTABLECER LOS CRITERIOS TANTO DIAGNÓSTICOS COMO TERAPEÚTICOS (4,15,22).

EN NUESTRO PAÍS SE TIENE EXPERIENCIA PREVIA CON LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DADA POR LOS DOCTORES ALONSO Y VALENZUELA, LOS CUALES DESDE INICIOS DE LA DÉCADA SE ENCUENTRAN REALIZANDO ESTE ESTUDIO CON RESULTADOS QUE SON SIMILARES A LOS ENCONTRADOS EN LA LITERATURA DISPONIBLE. LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA ES UN MÉTODO DIAGNÓSTICO MUY ÚTIL EN MUCHOS ASPECTOS TANTO DE DETECCIÓN DE ENFERMEDAD COMO DE MANEJO, EL CUAL REQUIERE DE UN EQUIPO MÉDICO BIEN CONFORMADO Y EN ESTRECHA RELACIÓN PARA LLEVARSE A CABO; LA INQUIETUD PARA INICIAR ESTE TRABAJO NACIÓ DE LOS INNEGABLES RESULTADOS REPORTADOS EN LOS CUALES SE OBSERVA UN GRAN BENEFICIO EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE; EL GRUPO INTEGRANTE DE LA CLÍNICA DE TIROIDES DEL H.R. -- "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS" DEL ISSSTE, CON SU BUENA DISPOSICIÓN DECIDIÓ INICIAR LO QUE SERÁN LAS BASES EN EL FUTURO, TENIENDO EN CUENTA LO ANTERIOR, CON ESTE TRABAJO TRATAMOS DE OBTENER LA EXPERIENCIA CLÍNICA NECESARIA E IMPLANTAR A LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE TIROIDES COMO UNO DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS INDISPENSABLES, REPRODUCIR LOS RESULTADOS DE LOS CENTROS ESPECIALIZADOS Y LLEGAR A TENER NUESTRAS PROPIAS CONCLUSIONES. ES POR LO ANTERIOR QUE ESTE PRIMER TRABAJO ADOLECE DE ALGUNOS DATOS POR LO CUAL LAS DISCULPAS SON ANTICIPADAS.

MATERIAL Y METODOS

SE TOMARON AL AZAR 25 PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE TIROIDES DE ENERO DE 1987 A ENERO DE 1988, SIENDO LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN, TODO AQUEL QUE TUVIERA TUMORACIÓN EN LA GLÁNDULA, SE TOMARON EN CUENTA LA HISTORIA Y EVOLUCIÓN ASÍ COMO TAMBIÉN LOS SÍNTOMAS, LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMO EXÁMENES DE LABORATORIO DE CONTROL COMO SON CITOLOGÍA HEMÁTICA, QUÍMICA SANGUÍNEA ASÍ COMO LAS PRUEBAS FUNCIONALES TIROIDEAS Y EL GAMAGRAMA, TAMBIÉN SON TOMADOS EN CUENTA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO, EL TIPO DE TRATAMIENTO LLEVADO A CABO, TANTO MÉDICO COMO QUIRÚRGICO EN ALGUNOS DE LOS CASOS ASÍ COMO EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LA PIEZA.

SE ENCONTRÓ LO SIGUIENTE: LA EDAD FLUCTUÓ ENTRE LOS 26 Y 72 AÑOS CON PROMEDIO DE 46. EL SEXO FUÉ PREDOMINANTEMENTE FEMENINO, CON 24 PACIENTES DE ESTE SEXO Y EL OTRO MASCULINO. ENTRE LOS COMPONENTES DEL CUADRO CLÍNICO, LA TUMORACIÓN ESTUVO PRESENTE EN EL 100% DE LOS CASOS, TENIENDO UNA EVOLUCIÓN DE 3 MESES A 17 AÑOS. EL DOLOR LOCAL ESTUVO PRESENTE EN 6 PACIENTES CORRESPONDIENDO AL 24% ODINOFAGIA EN 7 (28%) UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DE HIPERTIROIDISMO (4%) Y OTRO MAS CON DIABETES MELLITUS II E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

EL ESTUDIO GAMMAGRÁFICO SE HIZO EN LOS 25 PACIENTES OBTENIENDOSE "NÓDULO HIPOCAPTANTE" DERECHO EN 4 CON UN NÚMERO SIMILAR EN EL LADO IZQUIERDO Y 2 PACIENTES CON LOCALIZACIÓN EN EL ITSMO. "NÓDULO HIPERCAPTANTE" SE DEMOSTRÓ EN 9 PACIENTES SIENDO DEL LADO DERECHO 5 Y LOS 4 RESTANTES EN EL LADO IZQUIERDO. SE REPORTÓ COMO ESTUDIO GAMMAGRÁFICO NORMAL EN 4 CASOS, 2 MAS TUVIERON AUMENTO DE VOLUMEN HOMGÉNEO DE LA GLÁNDULA.

LAS P F T SE HICIERON EN EL 100% DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ESTUDIO DEMOSTRANDOSE EN 23 DE ELLOS NORMALIDAD - LO QUE CORRESPONDE AL 92%, DE LOS RESTANTES ES DECIR EL - 8% SE ENCONTRARON CON VALORES SUGESTIVOS DE HIPERTIROIDISMO.

EL MATERIAL UTILIZADO PARA LA TOMA DE LA BIOPSIA ES EL SIGUIENTE: JERINGA DESHECHABLE DE PLÁSTICO DE 10 ML., -- AGUJA HIPODÉRMICA No. 22, PORTA OBJETOS, FIJADOR (CYTOS--PRAY) Y LO NECESARIO PARA QUE LA TÉCNICA FUERA LLEVADA A CABO DE MANERA ESTÉRIL. LOS PRIMEROS 12 CASOS SE OBTUVIERON EN LA SALA DE QUIRÓFANO POSTERIOR A QUE EL PACIENTE ESTUVO BAJO LOS EFECTOS ANESTÉSICOS PREVIOS A LA OPERACIÓN, POSTERIORMENTE LAS MUESTRAS SE TOMARON EN EL CONSULTORIO PREVIA EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

LA TÉCNICA PARA LA TOMA DE MUESTRA LLEVADA A CABO FUÉ LA DESCRITA POR LÖWHAGEN (15), LA CUAL ES LA MAS FÁCIL Y PRÁCTICA, MISMA QUE TIENE UN MAYOR PORCENTAJE DE ÉXITO -- TÉCNICO, LA ÚNICA VARIACIÓN FUÉ QUE NO SE UTILIZÓ EL PORTA JERINGAS (SYRINGE HOLDER) DESCRITO POR ELLOS PARA FACILITAR LA MANIOBRA. LA TÉCNICA ASÍ COMO CADA UNO DE SUS PASOS ES NECESARIO DESCRIBIRLOS PARA HACERLO DE UNA MANERA DEPURADA Y TENER MAYORES POSIBILIDADES DE ÉXITO (15). PALPACIÓN: CON EL PACIENTE EN DECÚBITO DORSAL CON HIPEREXTENSIÓN DEL CUELLO COLOCANDO UNA ALMOHADILLA SOBRE AMBOS HOMBROS, ANTISEPSIA DE LA PIEL, EL QUE TOMA LA MUESTRA SE COLOCA DEL LADO CONTRALATERAL AL SITIO DE LA LESIÓN, ÉSTA SE INMOVILIZA ENTRE LA TRÁQUEA Y LOS DEDOS ÍNDICE Y MEDIO DE UNA MANO. EL USO DE ANESTESIA LOCAL NO ES NECESARIO YA QUE LA ASPIRACIÓN NO ES MÁS DOLOROSA QUE LA APLICACIÓN DEL ANESTÉSICO.

ASPIRACIÓN : SI EL QUE TOMA LA MUESTRA ES DIESTRO, LA IN

MOVILIZACIÓN DE LA LESIÓN DEBERÁ HACERSE CON LA MANO IZQUIERDA PARA FACILITAR LA MANIPULACIÓN DE LA JERINGA, UNA VEZ INTRODUCIDA LA AGUJA DEBE ASPIRARSE EN EL CENTRO Y HACIA LA PERIFERIA DE LA LESIÓN, REGRESAR EL ÉBOLO, COLOCAR DE NUEVO LA AGUJA Y DEPOSITAR EL CONTENIDO DE LA AGUJA EN EL PORTA OBJETOS, ESTA OPERACIÓN SE REPITE EN CUATRO OCASIONES COMO MÍNIMO HACIENDOSE EN TODAS LAS DIRECCIONES DE LA TUMORACIÓN TRATANDO DE OBTENER MUESTRAS REPRESENTATIVAS DE LA MISMA, INMEDIATAMENTE DESPUÉS SE APLICA EL FIJADOR EN SPRAY A LA MUESTRA OBTENIDA A UNA DISTANCIA NO MAYOR DE 30 CM. PARA PERMITIR QUE EL ROCIADO SEA UNIFORME, LA MUESTRA ASÍ PUEDE DURAR HASTA 7 DÍAS SIN QUE SU PROCESAMIENTO SE LLEVE A CABO (15,16).

UNO DE LOS PROBLEMAS AL QUE PUEDE ENFRENTARSE EN LA PRÁCTICA SON LAS MUESTRAS INSUFICIENTES LAS CUALES PUEDEN ESTAR DADAS POR ASPIRAR SIN MOVER LA AGUJA EN LAS DIRECCIONES ADECUADAS, YA QUE MUY POCO MATERIAL PUEDE SER ASPIRADO SI LA PUNTA DE LA AGUJA PERMANECE EN EL MISMO SITIO; SI SE ASPIRA AIRE, ES DECIR SI LA AGUJA SE RETIRA DE LA LESIÓN ANTES DE REGRESAR EL ÉBOLO A SU POSICIÓN ORIGINAL, SI ESTO SUCEDE EL MATERIAL CONTENIDO DENTRO DE LA AGUJA PASARÁ AL CILINDRO DE LA JERINGA, TENIENDOSE COMO ALTERNATIVA CUANDO ÉSTO SUCEDA LAVAR EL CILINDRO CON SOLUCIÓN SALINA 0.9% Y POSTERIORMENTE CENTRIFUGAR LO OBTENIDO. OTRA DE LAS RAZONES POR LAS QUE SE OBTIENE MATERIAL INSUFICIENTE ES QUE EL MATERIAL DEL CENTRO DE LA LESIÓN PUEDE NO SER ÚTIL DEBIDO A CAMBIOS DEGENERATIVOS COMO NECROSIS O FIBROSIS, EN ESTOS CASOS TENEMOS LA ALTERNATIVA DE TOMAR LA MUESTRA DE LA PERIFERIA DE LA LESIÓN, ENTRE LOS MÉTODOS DE FIJACIÓN Y TEÑIDO CONTINÚA SIENDO CONTROVERSIAL SIN EMBARGO EL PAPANICOLAOU SIGUE SIENDO EL MÁS UTILIZADO, MISMO QUE PERMITE VER EN UNA FORMA MAS CLARA EL NÚCLEO CELULAR EL CUAL DARÁ LA PAUTA PARA EL DIAGNÓSTICO; OTROS CO

MO LÓWHAGEN PREFIEREN LA TINCIÓN CON MAY-GRUNWALD-GIEMSA- (MGG) LA CUAL PERMITE UNA MEJOR IDENTIFICACIÓN DE LOS ACUMULOS DE COLOIDE SIENDO DE GRAN UTILIDAD EN LOS CASOS DE BOCIO, SIN EMBARGO LA HEMATOXILINA-EOSINA ES UNA MUY BUENA ALTERNATIVA Y UNO DE LOS MÉTODOS QUE CON EL PAPANICO--LOAU TIENE MAS USO EN LA PRÁCTICA. (16)

LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA HA SIDO FRECUENTEMENTE CONFUNDIDA CON AQUELLAS EN LAS CUALES SE UTILIZA LA AGUJA DE VIMM-SILVERMANN O LA TRU-CUT, SIN EMBARGO ÉSTOS DOS MÉTODOS NO SON COMPARABLES DEBIDO A QUE ESTÁN BASADOS EN DIFERENTES PRINCIPIOS. CON LAS AGUJAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS SE CORTA UNA PIEZA DE TEJIDO PARA SU EXAMINACIÓN HISTOLÓGICA MIENTRAS QUE EN LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN EL MATERIAL OBTENIDO SE COLOCA EN UN PORTA OBJETOS PARA SU EXAMINACIÓN CITOLÓGICA POSTERIOR (15,16).

CON RESPECTO A LA NOMENCLATURA UTILIZADA PARA EL REPORTE DE LOS RESULTADOS SE TOMÓ EN CUENTA LA DESCRITA EN EL TRABAJO DE BUGIS (3), SIENDO LA MAS PRÁCTICA Y ÚTIL. DENOMINANDOSE NEGATIVO A LAS LESIONES COMPRENDIDAS COMO --QUISTES, IPERPLASIA FOLICULAR Y NÓDULO COLOIDE, POSITIVO EN DONDE HAY EVIDENCIA DE CÉLULAS MALIGNAS NEOPLASIA FOLICULAR EN AQUELLOS ASPIRADOS EN LOS CUALES SE ENCUENTRA --ATIPIA CELULAR Y EN LOS CUALES ES DIFÍCIL HACER EL DIAGNÓSTICO ENTRE LESIÓN BENIGNA Y MALIGNA, TODOS LOS PACIENTES CLASIFICADOS DE ESA MANERA DEBEN SER SOMETIDOS A RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA LESIÓN. MATERIAL INSUFICIENTE --SE DENOMINÓ A AQUELLA MUESTRA EN LA CUAL HABÍA AUSENCIA --DE CÉLULAS PARA LLEGAR A UNA CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA.

CREO CONVENIENTE MENCIONAR LAS CARACTERÍSTICAS CITOLÓGICAS DE LOS TUMORES TIROIDEOS MALIGNOS, LOS CUALES SE --PUEDEN DIVIDIR DE LA SIGUIENTE MANERA:

NEOPLASIAS FOLICULARES : COMPRENDEN TANTO AL ADENOMA - FOLICULAR COMO AL CARCINOMA FOLICULAR (4,5,11,15) SE CARACTERIZA POR SER UN GRUPO DE CÉLULAS MICROFOLICULARES -- CON UNA APARIENCIA UNIFORME. GENERALMENTE TIENEN UN NÚCLEO MONIFORME Y SE ASEMEJAN A LAS CÉLULAS FOLICULARES -- NORMALES EN SUS CARACTERÍSTICAS CITOPASMÁTICAS. EN ALGUNOS ADENOMAS EL NÚCLEO PUEDE VARIAR DE TAMAÑO DE UNA MANERA MAS CONSTANTE QUE EN LOS CARCINOMAS; EN GENERAL LA DIFERENCIA CITOLÓGICA ENTRE LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DE ESTA ESTIRPE ES TAN SUTIL QUE ALGUNOS AUTORES DAN COMO DIAGNÓSTICO EL DE NEOPLASIA FOLICULAR SIN ESPECIFICAR LA FORMA O COMPORTAMIENTO DE LA LESIÓN, EN EL ENTENDIMIENTO QUE LA TUMORACIÓN DEBERÁ SER RESECADA PARA SU ESTUDIO POSTERIOR (1,2,14,15).

NEOPLASIA PAPILAR : EN LOS ASPIRADOS DE ESTAS LESIONES SE ENCUENTRAN CÉLULAS AGRUPADAS Y LIBRES MOSTRANDO RAMIFICACIONES O APARENTANDO FORMACIONES PAPILARES, TAMBIÉN SE PUEDEN ENCONTRAR ORDENADAS DE UNA MANERA FOLICULAR. - LAS CÉLULAS DEL CARCINOMA PAPILAR TIENEN EN GENERAL UN CITOPLASMA MAS ABUNDANTE Y DENSO QUE LAS NEOPLASIAS FOLICULARES. EN MAS DE DOS TERCIOS DE LOS CASOS EL NÚCLEO CONTIENE INCULSIONES CITOPASMÁTICAS O "SEUDONUCLÉOLOS". SI BIEN SU HALLAZGO NO ES PATOGNOMÓNICO, SI SE TIENEN OTROS PARÁMETROS MORFOLÓGICOS AYUDAN DE GRAN MANERA A SU CLASIFICACIÓN. TAMBIÉN LOS CUERPOS DE PSAMMOMA SON ENCONTRADOS RARA VEZ SIENDO DE GRAN UTILIDAD CUANDO ESTÁN PRESENTES. ALGUNOS ASPIRADOS MUESTRAN FILAMENTOS TRENADOS DE COLOIDE DENSO, EL CUAL SE CONSIDERA HALLAZGO CARACTERÍSTICO DE ESTAS LESIONES (14,15,16). UNA VEZ MAS LA DISTINCIÓN ENTRE ADENOMAS Y CARCINOMAS PAPILAR ES MUY DIFÍCIL SI NO IMPOSIBLE EN TÉRMINOS MORFOLÓGICOS. DEBIDO A ESTA RAZÓN EN EL KAROLINSKA HOSPITAL TODOS LOS TUMORES PAPILARES DIAGNÓSTICADOS POR ASPIRACIÓN SE REPORTAN COMO CARCINOMAS. ENCON--

TRANDOSE EN ALGUNOS ADENOMAS PEQUEÑOS ENCAPSULADOS Y BIEN DIFERENCIADOS HAN DADO METASTÁSIS SIMILARES AL CARCINOMA-PAPILAR, CONSIDERANDOSE POR TANTO QUE TIENEN POTENCIAL MALIGNO (1,2,14).

TUMOR DE CELULAS DE HURTHLE : LOS ASPIRADOS DE ESTOS TUMORES CONSISTEN EN GRANDES CÉLULAS CON CITOPLASMA GRANULAR DENSAMENTE FINO RODEANDO AL NÚCLEO. EL DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE TUMORES DE ESTA ESTIRPE SIN ESPECIFICAR SI ES BENIGNO O ES MALIGNO IMPLICA QUE DEBERÁ HACERSE EMITIROIDECTOMÍA PARA SU ESTUDIO POSTERIOR, SIENDO LA MISMA POLÍTICA QUE LA UTILIZADA EN LAS NEOPLASIAS FOLICULARES (9, - 14).

CARCINOMA MEDULAR : LA CARACTERÍSTICA DE ESTOS ASPIRADOS ES QUE FRECUENTEMENTE TIENEN COMPONENTE HEMÁTICO Y EL ASPECTO DE LAS CÉLULAS ES ALTAMENTE VARIABLE. EL HALLAZGO MAS CONSISTENTE Y CARACTERÍSTICO SON LAS CÉLULAS LARGAS Y ALARGADAS LAS CUALES SE AGRUPAN SÓLIDAMENTE. EL CITOPLASMA PUEDE SER PEQUEÑO Y MOTEADO CON GRÁNULOS ROJOS. A PESAR DE QUE SON CÉLULAS GRANDES Y CON NÚCLEOS HIPERCROMÁTICOS, ÉSTAS LLEGAN A SER ESCASAS EN EL FROTIS. EN ESTOS ASPIRADOS NO SE ENCUENTRA COLOIDE Y POR LO TANTO PUEDEN HABER CANTIDADES VARIABLES DE MATERIAL PÁLIDO Y AMORFO QUE ASEMEJA AMILOIDE.

CARCINOMA ANAPLASICO : DESDE EL PUNTO DE VISTA CITOLÓGICO PUEDE DIVIDIRSE EN CÉLULAS PEQUEÑAS Y GRANDES. LAS CÉLULAS GRANDES SON FRECUENTEMENTE NECRÓTICAS CON INfiltrado INFLAMATORIO LO CUAL HACE DIFÍCIL EL DIAGNÓSTICO EN LOS ASPIRADOS. UNA MUESTRA REPRESENTATIVA CONTIENE CÉLULAS PLEOMÓRPHICAS CON NÚCLEOS RAROS, BIZARROS. LAS MITOSIS EN LAS CÉLULAS GRANDES MULTINUCLEADAS SON COMUNES. -

EN ALGUNAS OCASIONES SE OBSERVA UN PATRÓN SIMILAR AL SARCOMA. EL CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS TIENE UN PATRÓN CELULAR DISPERSO, NÚCLEO CON ESCASO CITOPLASMA DANDO LA APARIENCIA DE INMADUREZ EN LA TINCIÓN DE MGG EL CITOPLASMA ESTA FRAGMENTADO EN FORMA MUY PEQUEÑA, LA INFLAMACIÓN Y LA NECROSIS CARACTERÍSTICA DE ESTE TIPO DE TUMORES NO ES MUY PROMINENTE EN ESTA VARIEDAD. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS - EL ASPECTO CITOLÓGICO ES SIMILAR AL DE UN LINFOMA MALIGNO. LA TINCIÓN CON MGG MUESTRA ADECUADAMENTE LAS CÉLULAS HEMÁTICAS SIENDO MUY ÚTIL EN ÉSTE TIPO DE TUMORES (14,15).

DEBE QUEDAR BIEN ESTABLECIDO QUE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DEBE SER UTILIZADA EN FORMA CONJUNTA CON EL JUICIO -- CLÍNICO. NO HAY RAZÓN PARA VACILAR EN TOMAR DE NUEVO UNA MUESTRA, SIN EMBARGO DEBE CONSIDERARSE LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA SI SE TIENE LA FUERTE SOSPECHA CLÍNICA DE CARCINOMA, AÚN Y CUANDO SE TENGAN RESULTADOS CITOLÓGICOS NEGATIVOS (3,4,5,6,21).

RESULTADOS

CON RESPECTO A LA EDAD, FLUCTUÓ ENTRE LOS 26 Y 72 AÑOS CON PROMEDIO DE 46, LO CUAL SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES REPORTADOS EN LA LITERATURA ESPECIALIZADA; EL SEXO FUE PREDOMINANTEMENTE FEMENINO CON UN TOTAL DE 24 DE LOS 25 PACIENTES ESTUDIADOS; EL CUADRO CLÍNICO ESTUVO DADO -- POR LA PRESENCIA DE TUMOR EN EL 100% DE LOS CASOS, SEGUIDO DE ODINOFAGIA EN 7 PACIENTES TRADUCIÉNDOSE EN UN 28% - DOLOR LOCAL EN 6 PACIENTES CON 24%, LOS DATOS CLÍNICOS DE HIPERTIROIDISMO ESTUVIERON PRESENTES EN UN PACIENTE, LO - MISMO SUCEDIÓ CON OTRO CON DIABETES MELLITUS TIPO II E -- HIPERTENSIÓN ATRERIAL SISTÉMICA. DEBE MENCIONARSE QUE -- LOS SÍNTOMAS FUERON DADOS PRINCIPALMENTE POR LA PRESENCIA DE LA TUMORACIÓN Y LA OBSTRUCCIÓN MECÁNICA LO CUAL SE TRADUCE COMO ODINOFALGIA Y DOLOR LOCAL; EN NINGUNO DE LOS PACIENTES HUBO ADENOMEGALIAS PALPABLES EN LA REGIÓN CERVICAL NI EN NINGÚN OTRO SITIO.

LOS ESTUDIOS LLEVADOS A CABO COMO LA CITOLOGÍA HEMÁTICA Y LA QUÍMICA SANGUÍNEA QUE COMPRENDIÓ GLUCOSA, UREA Y CREATININA, FUERON NORMALES. CON RESPECTO A LA PFT SE HICIERON EN EL 100% DE LOS PACIENTES REPORTÁNDOSE EN UN 92% COMO NORMALES MIENTRAS QUE EN EL RESTANTE 8% HUBO DATOS - COMPATIBLES CON HIPERTIROIDISMO. LOS DATOS OBTENIDOS DEL GAMMAGRAMA PRACTICADO EN EL TOTAL DE LOS PACIENTES Y UTILIZÁNDOSE PERTECNETATO DE Tc 99, MOSTRÓ QUE HUBO 10 PACIENTES CON NÓDULO HIPOCAPTANTE, 9 CON HIPERCAPTANTE, 4 - CON CAPTACIÓN NORMAL Y 2 CON CAPTACIÓN HOMOGÉNEA AUMENTADA, LOS RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE LA CITOLOGÍA Y EL - GAMMAGRAMA SE DAN EN LOS CUADROS CORRESPONDIENTES.

LAS MUESTRAS OBTENIDAS DE LOS ASPIRADOS SE REPORTAN CO

MO POSITIVO, NEGATIVO, NEOPLASIA FOLICULAR Y MUESTRA INSUFICIENTE. HUBO UN 96% DE ÉXITO TÉCNICO EN LA TOMA DE LA MUESTRA, TENIENDOSE 20% PARA LESIONES POSITIVAS, 68% PARA NEGATIVAS, 8% PARA NEOPLASIA FOLICULAR Y 4% PARA MUESTRA-INSUFICIENTE. SE HACE LA COMPARACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS CITOLÓGICOS Y LOS DIAGNÓSTICOS HISTOPATOLÓGICOS FINALES, TENIENDOSE EN CUENTA DE QUE HUBO OPORTUNIDAD DE OBTENERSE SÓLO EN 12 PACIENTES, QUE FUERON LOS SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. NO HUBO FALSA POSITIVAS, ENCONTRANDOSE SÓLO UNA FALSA NEGATIVA, LA CUAL NO ES POSIBLE HACERSE COMPARATIVA DEBIDO A QUE NO HUBO RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS DEFINITIVOS EN LA TOTALIDAD DE LOS PACIENTES. DE LAS 5 MUESTRAS POSITIVAS, EN TRES DE ELLAS SE CONFIRMÓ EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA. DE LAS 17 NEGATIVAS SÓLO 7 SE OPERARON ENCONTRANDOSE UN CASO DE CARCINOMA, RESULTANDO EN UNA FALSA NEGATIVA MENCIONADA CON ANTERIORIDAD; DE LAS NEOPLASIAS FOLICULARES UNA TUVO DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE CARCINOMA Y LA REPORTADA COMO MUESTRA INSUFICIENTE, SE CITÓ PARA NUEVA TOMA DE BIOPSIA.

S I N T O M A T O L O G I A		
CUADRO CLÍNICO	No.	%
TUMOR	25	100
ODINOFAGIA	7	28
DOLOR LOCAL	6	24
HIPERTIROIDISMO	1	4
DMII + HAS	1	4

RESULTADO DE GAMMAGRAMA	RESULTADO CITOLOGIA
NÓDULO HIPOCAPTANTE	4 POSITIVO
	4 NEGATIVO
	2 NEOP. FOL.
NÓDULO HIPERCAPTANTE	1 POSITIVO
	8 NEGATIVO
N O R M A L	3 NEGATIVO
	1 MUESTRA INSUFICIENTE
AUMENTO CAPTACIÓN HOMOGÉNEA	2 NEGATIVO

N O D U L O H I P O C A P T A N T E		
C I T O L O G I A	No.	ESTUDIO H P
POSITIVO	4	2 CA.
NEGATIVO	4	2 CA.
		2 BOCIO
NEOPLASIA FOLICULAR	2	1 ADENOMA
		1 CA.

NODULO HIPOCAPTANTE		
CITOLOGIA	No.	ESTUDIO H P
POSITIVO	1	1 CA.
NEGATIVO	8	1 CA.
		1 BOCIO
		2 ADENOMA
NEOPLASIA FOLICULAR	0	

RESULTADOS DE LA CITOLOGIA	No.	%
POSITIVO	5	20
NEGATIVO	17	68
NEOPLASIA FOLICULAR	2	8
MUESTRA INSUFICIENTE	1	4

RESULTADOS DE LA CITOLOGIA	CON ESTUDIO H P	SIN ESTUDIO H P
POSITIVO 5	3 CARCINOMA	2
NEGATIVO 17	5 BOCIO 1 CA 1 ADENOMA	10
NEOPLASIA FOLICULAR 2	1 ADENOMA 1 CA	0
MUESTRA INSUFICIENTE	0	0

DISCUSION

EL DESARROLLO DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECISA DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS ES UNO DE LOS PROBLEMAS MAS COMUNES DENTRO DE LA PATOLOGÍA TIROIDES. CONTINÚA SIENDO UN RETO PARA EL MÉDICO EL HECHO DE ENFRENTARSE A LOS NÓDULOS TIROIDEOS, YA QUE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DISTA DE SER IDEAL A PESAR DE ESTUDIOS QUE DEMUESTRAN HALLAZGOS CONTROVERSIALES ENTRE SI (1); SIN EMBARGO SE CONTINÚA DÍA A DÍA TRATANDOSE DE MEJORAR ESTOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS. HASTA HACE ALGUNOS AÑOS, HABÍA GRAN CONFUSIÓN CON RESPECTO AL MANEJO DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS, DEBIDO A LA FALTA DE TÉCNICAS SIMPLES Y PRECISAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA EXACTA NATURALEZA DE LOS MISMOS A PESAR DE QUE ÉSTOS SE ENCUENTRAN SOLO CUBIERTOS POR LA PIEL Y POR LO TANTO MUY ACCESIBLES (1,2).

LOS NÓDULOS TIROIDEOS HAN SIDO SIEMPRE UN PROBLEMA DE SALUD DE LA HUMANIDAD, HABIÉNDOSE ENCONTRADO DESDE LA ANTIGÜEDAD PRUEBA DE ELLOS EN LAS IMÁGENES DE LOS ROSTROS EN ALGUNAS MONEDAS DE ORIGEN MEDITERRÁNEO. HUBO ALGUNOS PROBLEMAS INFRANQUEABLES POR LOS CUALES NO SE LLEVÓ A CABO INTERVENCIONES SOBRE LA TIROIDES, UNO DE ELLOS FUE LA HEMORRAGIA Y EL OTRO EL PELIGRO DE DAÑAR EL NERVIIO LARÍNGEO RECURRENTE MISMO QUE FUE RECONOCIDO POR GALENO. CON EL INICIO DE LA MEDICINA MODERNA EN EL SIGLO PASADO LA ATENCIÓN SE DIRIGIÓ HACIA LOS PROBLEMAS MAS COMUNES DE LA GLÁNDULA COMO SON EL HIPERTIROIDISMO Y LAS DIFICULTADES OBSTRUCTIVAS Y ESTÉTICAS PRODUCIDAS POR LOS GRANDES BOCIOS. DESPUÉS DE LA RESOLUCIÓN PARCIAL DE ESTOS PROBLEMAS ENTRE LOS AÑOS DE 1940 Y 1950 DE NUEVO LA ATENCIÓN SE FIJÓ EN LOS NÓDULOS TIROIDEOS COMO MANIFESTACIÓN DE MALIGNIDAD. LOS PRIMEROS ESTUDIOS DEMOSTRARON QUE LA INCIDENCIA DE CARCINOMA FUE DE HASTA 20% EN LOS NÓDULOS REMOVI--

DOS QUIRÚRGICAMENTE COMO LO DEMOSTRÓ COLE EN 1945. SIN -
EMBARGO LA INCIDENCIA DE CARCINOMA EN LOS NÓDULOS CLÍNICA
MENTE EVIDENTES ES DE 3.5 A 4% (4,5,6,7).

HAY TRES PUNTOS PRINCIPALES EN EL MANEJO DE LOS NÓDU--
LOS TIROIDEOS LOS CUALES PUEDEN SER VISTOS DE LA SIGUIEN--
TE MANERA :

- 1 EL PAPEL DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN EN EL MEJORA--
MIENTO DEL DIAGNÓSTICO Y EN LA SELECCIÓN DE LOS PA--
CIENTES CON NÓDULO TIROIDEO PARA SOMETERSE A RESEC--
CIÓN QUIRÚRGICA.
- 2 EL PAPEL DE LA TIROIDECTOMÍA TOTAL EN EL TRATAMIE--
NTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER TIROIDEO A PESAR DE SER --
UNA VARIEDAD BIEN DIFERENCIADA.
- 3 EL PAPEL DEL YODO RADIOACTIVO EN LOS PACIENTES OPERA--
DOS CON CARCINOMA BIEN DIFERENCIADO Y QUE EN LOS --
RASTREOS NO TIENEN EVIDENCIA DE METÁSTASIS DEMOSTRA--
BLES (1,2,3).

CON RESPECTO A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL ESTUDIO
QUE NOS OCUPA PUEDE DECIRSE QUE HUBO ÉXITO TÉCNICO EN 96%
DE LOS CASOS SIMILARES A LA LITERATURA DISPONIBLE (2,20,-
21) SE HIZO UNA DETECCIÓN DE 5 CARCINOMAS TENIENDOSE EN 3
DE ELLOS LA CORROBORACIÓN. HUBO UNA FALSA NEGATIVA QUE -
CORRESPONDE AL 4% DE LOS CASOS, DE LO CUAL SE PUEDE COMEN--
TAR QUE ÉSTAMOS CON UN ÍDICE PERMITIDO, YA QUE LOS REPOR--
TES FLUCTÚAN DESDE EL 3 HASTA EL 10% (15,19), EN LA MAYO--
RÍA DE LOS ESTUDIOS SERIOS Y CONFIABLES. LOS RESULTADOS--
DEL GAMMAGRAMA TANTO EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CI--
TOLÓGICO DE MALIGNIDAD COMO LOS REPORTADOS COMO NEOPLASIA
FOLICULAR FUERON NÓDULO HIPOCAPTANTE EXCEPTO EN UNO DE --

ELLOS, LO CUAL CONFIRMA QUE EN LAS LESIONES HIPOCAPTANTES SIGUEN TENIENDO UN ALTO ÍNDICE DE MALIGNIDAD A PESAR DE - ALGUNOS REPORTES EN CONTRA (16,17,18). CON RESPECTO A -- LOS RESULTADOS DE LAS PFT ÉSTOS FUERON NORMALES EN 23 CA S OS MISMOS QUE VAN DE ACUERDO A LA LITERATURA ESPECIALIZA DA YA QUE EN EL CARCINOMA ÉSTOS NO SE ELEVAN.

PODEMOS MENCIONAR QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS A PESAR DE SER PARCIALES Y DE TENER UNA CASUÍSTICA MUY PEQUEÑA SE ENCUENTRAN DE ACUERDO A LO REPORTADO EN OTROS ESTUDIOS. ES DE GRAN IMPORTANCIA MENCIONAR EL PAPEL QUE TIENE LA -- BIOPSIA POR ASPIRACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA- DE LA TIROIDES ENCONTRÁNDOSE QUE HAY ALGUNOS TÓPICOS QUE- DEBEN MENCIONARSE PARA SER TOMADOS EN CUENTA EN LA CONTI- NUACIÓN DE ESTE TRABAJO. LA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD TIROIDEA DEPENDE DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA. LAS ANORMALI- DADES PALPABLES OCURREN EN 20 - 30% DE LOS PACIENTES SÓME TIDOS A RADIACIÓN DE CUELLO Y DE 4 A 7% DE LA POBLACIÓN - GENERAL (15). APRÓXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS TIROIDES - NORMALES A LA PALPACIÓN, TENDRÁN U NO O MAS NÓDULOS EN EL ESTUDIO NECRÓPTICO Y LAS GLÁNDULAS MULTINODULARES SON 3 - VECES MAS COMUNES QUE LAS ENCONTRADAS CON NÓDULOS SOLITA- RIOS. EN CONTRASTE CON ÉSTO LOS NÓDULOS TIROIDEOS SOLITA RIOS SON 3 VECES MAS COMUNES QUE LOS BOCIOS MULTINODULA- RES CUANDO LA ENFERMEDAD SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE APAREN TE (15).

LA MAYORÍA DE LOS TUMORES OCULTOS TIENE ÚNICAMENTE -- UNOS POCOS MILÍMETROS DE DIÁMETRO, POR LO TANTO LA INCI-- DENCIA DE CÁNCER EN LAS AUTOPSIAS DEPENDE DE LO EXTENSO - DE LA EXPLORACIÓN ASÍ COMO DEL CUIDADO DE LA MISMA. USÁN DOSE DE 300 A 800 CORTES POR GLÁNDULA . FUKUNAWA REPORTÓ UNA PREVALENCIA DE CARCINOMA OCULTO DE ACUERDO A LAS PO--

BLACIONES ESTUDIADAS SIENDO EN CANADÁ DE 6%, POLONIA 9% Y DE 28.4% EN SEDAI, JAPÓN, NO HABIÉNDOSE REFLEJADO UNA MAYOR INCIDENCIA EN ESTAS POBLACIONES ESTUDIADAS QUE EN LA POBLACIÓN NORMAL. LA ALTA PREVALENCIA DE CARCINOMA OCULTO EN PACIENTES QUE FALLECEN POR CAUSAS NO RELACIONADAS CON EL MISMO, SUGIERE QUE SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD BENIGNA. DE HECHO LOS FALLECIMIENTOS POR CARCINOMA DE TIROIDES EN ÁREAS CON GRAN INCIDENCIA DE CARCINOMA OCULTO HAN DISMINUIDO. SI UNA LESIÓN OCULTA ES UN ESTADO SUBCLÍNICO DE MALIGNIDAD DE BAJO GRADO, O SI SU CONDUCTA BIOLÓGICA DIFIERE DEL CARCINOMA QUE SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE SE DESCONOCE (15).

LA HISTORIA CLÍNICA PROVEE DATOS PARA SOSPECHAR DE LESIÓN MALIGNA; LA EXPOSICIÓN A RADIACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE ES UN RIESGO BIEN DOCUMENTADO; EN GENERAL LAS ENFERMEDADES TIROIDEAS NO SE ASOCIAN CON CARCINOMA, SIN EMBARGO SE HA REPORTADO UN INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE LINFOMAS EN LOS PACIENTES CON TIROIDITIS DE HASHIMOTO. LOS SÍNTOMAS LOCALES COMO OBSTRUCCIÓN, DISFAGIA Y DISFONÍA PUEDEN SIGNIFICAR INVASIÓN A TEJIDOS VECINOS PUDIENDO OCURRIR LO ANTERIOR TANTO EN LESIONES BENIGNAS COMO MALIGNAS. LA INCIDENCIA DE CARCINOMA EN LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS ES DEL 0 AL 10%, CONTRARIAMENTE MENOS DEL 5% DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA TIENEN SÍNTOMAS LOCALES. LA APARICIÓN DE UN NUEVO NÓDULO O EL CRECIMIENTO ACELERADO DE UNO ANTIGUO SON SÍNTOMAS FRECUENTES DE ENFERMEDAD MALIGNA, PERO NO SON ESPECÍFICOS. SIN EMBARGO TENIENDO EN CUENTA QUE EL CARCINOMA TIROIDEO ES DE CRECIMIENTO LENTO, UN NÓDULO DE LARGA EVOLUCIÓN DEMANDA DE LA MISMA ATENCIÓN QUE UNO DE RECIENTE APARICIÓN. LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LOS NÓDULOS SON PREDICTORES MUY POBRES DE SU COMPORTAMIENTO (15);

PUEBAS DE LABORATORIO : NO SON GENERALMENTE ÚTILES EN LOS NÓDULOS TIROIDEOS, LOS NIVELES HORMONALES SON NORMALES Y NO HAY MARCADORES TUMORALES EFECTIVOS PARA EL PROBLEMA TIROIDEO. LOS NIVELES DE TIROGLOBULINA ESTÁN CONSISTENTEMENTE ELEVADOS EN LOS TUMORES DIFERENCIADOS Y ESTÁN DISMINUIDOS EN LOS ANAPLÁSICOS Y MEDULARES. ESTOS NIVELES REGRESAN A LA NORMALIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EXITOSO SOBRE TODO EN AQUELLOS CON NEOPLASIA BIEN DIFERENCIADA SIENDO DE GRAN VALOR PARA DETECTAR METÁSTASIS.

SIN EMBARGO LOS NIVELES DE TIROGLOBULINA NO SON ÚTILES PARA HACER LA DIFERENCIACIÓN ENTRE NÓDULO TIROIDEO O MALIGNO. LA TIROGLOBULINA SE ENCUENTRA ELEVADA EN LA ENFERMEDAD DE GRAVES, BOCIO NO TÓXICO TIROIDÍTIS DE HASHIMOTO Y EN LA TIROIDÍTIS SUBAGUDA. DEVIDO A ESTA FALTA DE ESPECIFICIDAD LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE TIROGLOBULINA NO SON ÚTILES EN LA EVALUACIÓN DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS. LA CALCITONINA SE ELEVA EN EL 75% DE LOS CASOS DE CARCINOMA MEDULAR (15,-16).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL : CUALQUIER ENFERMEDAD DE LA TIROIDES PUEDE SER MANIFESTADA POR UNO O MAS NÓDULOS. EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INCLUYE ALTERACIONES GRANULOMATOSAS, PIOGÉNICAS, CONGÉNITAS E INFECCIONES VIRALES, ASÍ COMO AGENESIA LOBAR UNILATERAL, HIGROMA QUÍSTICO, QUISTE DERMOIDE Y TERATOMA. UN NÓDULO PUEDE SER LA MANIFESTACIÓN DE UNA ÁREA PROMINENTE DE TIROIDÍTIS GENERALIZADA, O PUEDE SER UNA LESIÓN LOCALIZADA COMO QUISTE, ADENOMA O CARCINOMA. EL ADENOMA SE CARÁCTERIZA POR TENER UNA CÁPSULA FIBROSA COMPLETA, ADEMÁS DE TEJIDO HOMOGÉNEO DISTINTO DENTRO DE LA CÁPSULA Y EVIDENCIA DE CRECIMIENTO POR COMPRESIÓN DE LOS FOLÍCULOS CIRCUNDANTES. DERIVAN DEL EPITELIO FOLICULAR Y SE PUEDEN CLASIFICAR DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE COLOIDE ASÍ COMO EL PATRÓN CELULAR PREDOMINANTE. EL NÓDULO COLIDE

MACROFOLICULAR ES UN ADENOMA FOLICULAR CON ABUNDANTE COLÓIDE Y MÍNIMA CELULARIDAD. EL ADENOMA SIMPLE TIENE FOLÍCULOS DE TAMAÑO NORMAL ASÍ COMO CÉLULAS BIEN DIFERENCIADAS QUE DELINEAN SUS FOLÍCULOS. LOS FOLÍCULOS HIPERCELULARES INCLUYEN ADENOMAS FETALES CORRESPONDIENDO AL MICROFOLÍCULO. LAS NEOPLASIAS DE CÉLULAS DE HURTHLE CONTIENEN CÉLULAS SÓLIDAS Y ÁCIDOFILICAS, ASÍ COMO ADENOMAS EMBRIONARIOS O TRABECULADOS, LOS CUALES FORMAN FOLÍCULOS CON CÉLULAS POCAMENTE DIFERENCIADAS. ESTOS TIENEN UN POTENCIAL PEQUEÑO (5%) DE PODER DE INVASIÓN A LA CÁPSULA LA ACTIVIDAD MITÓTICA DE LAS NEOPLASIAS FOLICULARES MALIGNAS O BENIGNAS ES SIMILAR POR LO QUE NECESITAN CORTES DE TODA LA LESIÓN PARA DETERMINAR SU INVASIÓN CAPSULAR O VASCULAR LO CUAL SE TRADUCE EN MALIGNIDAD SI ES ENCONTRADA (15).

DIAGNOSTICO CITOLÓGICO DIFERENCIAL : LOS TUMORES PRIMARIOS PUEDEN DEJAR DE SER RECONOCIDOS EN EL ESTUDIO CITOLÓGICO DE UN ASPIRADO DE TIROIDES HASTA EN UN 10% DE LOS CASOS. CUANDO SE HACE UN DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE "SOSPECHOSO" O DE NEOPLASIA FOLICULAR SIEMPRE DEBE PROPONERSE AL PACIENTE LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DE LA LESIÓN PARA HACER UNA CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEFINITIVA. LAS METÁSTASIS A LA TIROIDES SON RARAS Y LAS MAS FRECUENTES CORRESPONDEN AL RIÑÓN Y LOS MELANOMAS. EL BOCIO COLOIDE DE ACUERDO A LA MAYORÍA DE LOS DATOS DISPONIBLES -- COMPRENDEN HASTA EL 80% DE LAS LESIONES DIAGNÓSTICADAS -- POR LAS BIOPSIAS POR ASPIRACIÓN (14). EN ESTOS CASOS SE ENCUENTRAN TÍPICAMENTE EN EL FROTIS ABUNDANTE COLOIDE CON UN NÚMERO VARIABLE DE MACROFAGOS. SIN EMBARGO LOS ASPIRADOS PUEDEN SER TOMADOS DE NÓDULOS CON HIPERCELULARIDAD Y ÁREAS DE MICROFOLÍCULOS PUDIENDO SER DIFÍCIL LA DISTINCIÓN DE NEOPLASIAS FOLICULARES SÓLO POR LOS HALLAZGOS CITOLÓGICOS. ESTOS PACIENTES LA PRESENCIA DE NEOPLASIA PUEDE SER VIRTUALMENTE EXCLUIDA SI EL GAMMAGRAMA TIENE UN RE

SUITADO DE HIPERCAPTACIÓN DE RADIOISÓTOPO EN EL ÁREA AFECTADA (NÓDULO FUNCIONANTE O CALIENTE).

LA TIROIDÍTIIS NO TIENE DE MANERA USUAL PROBLEMA DIAGNÓSTICO EXCEPTO EN LOS CASOS DE TIROIDÍTIIS LINFOCÍTICA -- CRÓNICA O DE HASHIMOTO, LA CUAL A LA PALPACIÓN PUEDE SIMULAR UN TUMOR MALIGNO. AÚN EN LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN -- LA CITOLÓGIA PUEDE SER UN ACERTIJO PARA EL EXAMINADOR NO-ENTRENADO. LOS ASPIRADOS DE LOS CASOS AVANZADOS DE TIROIDÍTIIS DE HASHIMOTO TIENEN UN GRAN CONTENIDO DE CÉLULAS -- CON GRUPOS CÉLULARES OXIFÍLICOS (ASHKANAZY, HURTHLE) FOLICULARES Y LINFOCITOS ADEMÁS DE ALGUNAS CÉLULAS PLASMÁTICAS. SI ESTOS HALLAZGOS SE ENCUENTRAN EN UN NÓDULO SOLITARIO DEBERÁN HACERSE ESFUERZOS PARA DIFERENCIAR ENTRE EL INFILTRADO LINFOCITARIO DEL CARCINOMA. EL DIAGNÓSTICO DE TIROIDÍTIIS DE HASHIMOTO NO DEBE ESTAR RESPALDADO POR EL -- DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE HIPOTIROIDISMO, DEBE REPETIRSE EL-ASPIRADO TRATANDO DE DEMOSTRAR LA CAUSA DEL INFILTRADO -- LINFOCITARIO. EL HALLAZGO DE CÉLULAS DE HURTHLE PUEDE -- TRAER PROBLEMAS, PERO SI ÉSTAS ESTÁN DISPERSAS ENTRE UN -- MAYOR NÚMERO DE CÉLULAR FOLICULARES SU PRESENCIA NO TIENE SIGNIFICADO. LAS CÉLULAS OXIFÍLICAS O DE HURTHLE CUANDO -- SE ASOCIAN A LINFOCITOS ES MAS PROBABLE QUE SE TRATE DE -- LA EVIDENCIA MORFOLÓGICA DE TIROIDÍTIIS DE HASHIMOTO (14).

DISCRIMINANTES DIAGNOSTICOS EN LA ENFERMEDAD TIROIDEA:
ULTRASONIDO: LA EXAMINACIÓN DE LA GLÁNDULA POR ESTE MÉTODOPERMITE UNA DETERMINACIÓN PRECISA DE SUS LÍMITES ASÍ -- COMO EL TAMAÑO Y NÚMERO DE SUS GLOBULOS. TIENE UNA PRECISIÓN DEL 90% EN LA DETECCIÓN DE NÓDULOS QUÍSTICOS, SÓLIDOS O MIXTOS (15). LA ESPERANZA QUE SE TENÍA EN ESTE MÉTODO DIAGNÓSTICO CUANDO SE EMPEZÓ A UTILIZAR EN LA TIROIDES DE QUE SERÍA DE GRAN VALOR EN LA DESCRIMINACIÓN ENTRE LAS LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS HA SIDO CASI OLVIDADA, --

BLOCK ASEGURA QUE EL ULTRASONIDO DE TIROIDES ES ÚTIL PARA DEMOSTRAR LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD MULTINODULAR (5,7,8).

RADIOISÓTOPOS : LOS DOS MAS COMUNMENTE UTILIZADOS SON EL IODO 131 Y EL PERTECTETATO DE Tc 99, ÉSTE ÚLTIMO ES -- ATRAPADO POR EL TEJIDO TIROIDEO, PERO NO ES METABOLIZADO. DEBIDO A QUE EL TEJIDO TIROIDEO MALIGNO NO ATRAPA O INCORPORA EL IODO, DE AHÍ QUE SE HALLA LLAMADO NÓDULO HIPOCAPTANTE A AQUELLAS LESIONES QUE NO LO CAPTAN; LOS GAMMAGRAMAS ESTÁN LIMITADOS A SU CAPACIDAD PARA DELIMITAR NÓDULOS EN LA PERIFERIA O EN EL ITSMO DE LA GLÁNDULA. LA PRINCIPAL LIMITACIÓN DE ESTOS 2 RADIOISÓTOPOS ES QUE NO PUEDEN DISTINGUIR ENTRE LOS NÓDULOS BENIGNOS Y MALIGNOS Y PUEDEN SER UTILIZADOS ÚNICAMENTE PARA SIGNAR UNA POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA DE ACUERDO AL ESTADO FUNCIONAL DEL NÓDULO, ES DECIR SI HUBO O NO CAPTACIÓN DEL RADIOFÁRMACO UTILIZADO (19) SIN EMBARGO LA COMBINACIÓN DE NÓDULO HIPOCAPTANTE Y NÓDULO SOLITARIO DEBERÁ TOMARSE EN CUENTA PARA OBTENER UNA -- MUESTRA POR ASPIRACIÓN DE LA LESIÓN. EL HALLAZGO OPUESTO DE NÓDULO HIPERCAPTANTE O QUÍSTICO NO ES UNA INDICACIÓN - DE ENFERMEDAD BENIGNA (5,6,18,23). COMO CONCLUSIÓN SE -- PUEDE DECIR QUE TANTO EL ESTUDIO RADIOISOTÓPICO COMO EL - ULTRASONIDO NO SON DISCRIMINANTES SEGUROS EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES.

VENTAJAS DEL USO DE LA BIOPSIA POR ASPIRACION : ESTA TÉCNICA FUE INTRODUCIDA EN 1930 POR MARTÍN, ELLIS Y STEWART, EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA PERO SU USO NUNCA - SE EXTENDIÓ DEBIDO AL EXCEPTICISMO DE LA MAYORÍA DE LOS - CIRUJANOS ASÍ COMO POR LA FALTA DE EXPERIENCIA EN LA LECTURA DEL MATERIAL OBTENIDO, ASÍ COMO POR LA DIFICULTAD -- TÉCNICA, MOLESTIAS PRODUCIDAS EN EL PACIENTE Y EL TEMOR A LA DISEMINACIÓN DEL TEJIDO MALIGNO, DE LO CUAL SÓLO SE -- TIENE REPORTE DE UN SOLO CASO Y UTILIZANDOSE AGUJA DE --- VIMM SILEVERMAN; TUVIERON QUE PASAR 20. AÑOS PARA QUE SE -

MEJORARA ESTA TÉCNICA CON LA INTRODUCCIÓN DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA LLEVADA A CABO POR LÖWHAGEN TENIENDO UNA RÁPIDA DIFUSIÓN EN LOS PAÍSES EUROPEOS COMO LO DEMUESTRA LA GRAN ACEPTACIÓN Y EXPERIENCIA QUE SE TIENE COMO ESTA TÉCNICA EN AQUELLOS LUGARES; EN LA ACTUALIDAD LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN HA PROBADO SER EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO MAS SENSIBLE, ESPECÍFICO Y ECONÓMICO EN LOS PACIENTES CON NÓDULOS TIROIDEOS (1,11,20). LOS ESTUDIOS COMBINADOS DE ASHCRAFT Y VANHEERLEN MUESTRAN UN ÍNDICE DE 0% EN FALASAS POSITIVAS, MIENTRAS QUE EN LAS FALASAS NEGATIVAS ES DE 1.6% LO CUAL DEMUESTRA LA GRAN BONDAD Y LA EXPERIENCIA QUE TIENEN ESTOS AUTORES CANADIENSES (20). SIN EMABRGO EXISTEN LIMITACIONES PARA EL USO DE ESTE ESTUDIO Y ESTAS INCLUYEN COMO PRIMER TÉRMINO LA NECESIDAD DE UN EXPERIMENTADO CITOLOGO O PATÓLOGO PARA EVALUAR LAS MUESTRAS OBTENIDAS. ESTA ES LA PIEDRA ANGULAR EN LOS SITIOS DONDE SE TIENE MONTADA ESTA TÉCNICA DE ESTUDIO YA QUE SI NO SE DISPONE DE LA EXPERIENCIA DE ESTE MIEMBRO DEL EQUIPO DEBE DE ESPERARSE UN ALTO ÍNDICE DE ERROR EN LOS RESULTADOS CON LA CONSECUENTE REPERCUSIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE. COMO SIGUIENTE FACTOR TENEMOS LA NECESIDAD DE TOMAR MUESTRAS REPRESENTATIVAS DE LAS LESIONES A ESTUDIARSE, SIENDO ÉSTO DE CAPITAL IMPORTANCIA YA QUE DE ÉSTO DEPENDERÁ EL DIAGNÓSTICO, ESTALIMITANTE PUEDE SER SOBREPASADA CON EXPERIENCIA Y HABILIDAD TANTO TÉCNICA COMO CLÍNICA DEL QUE TOMA LA MUESTRA Y AÚN MAS PUEDE AUXILIARSE DEL ULTRASONIDO PARA GUIARSE EN LA TOMA MENCIONADA (1,4), DEBE TENERSE EN CUENTA QUE DE ACUERDO A ALGUNOS ESTUDIOS EN CENTROS ESPECIALIZADOS EN EL 7% DE LOS CASOS NO PUEDE TOMARSE UNA MUESTRA ADECUADA DE LA LESIÓN. EL DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DEFINITIVO DE BENIGNIDAD O MALIGNIDAD PUEDE NO SER POSIBLE EN ALGUNAS LESIONES TISULARES EN LAS CUALES UN ADENOMA PUEDE SER INDISTINGUIBLE DE UN CARCINOMA DE BAJO GRADO. ESTO PUEDE OCURRIR HASTA EN UN 20% DE LOS ESPECÍMENES DE BIOPSIA. EN GENERAL

LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA LESIÓN ES ACONSEJABLE EN ESTOS CASOS YA QUE HASTA EN UN 60% PUEDE RESULTAR EN CARCINOMA. OTRAS SITUACIONES PROBLEMÁTICAS PODRIAN SER : A) - LA DISTINCIÓN ENTRE TIROIDÍTIS LINFÓCITARIA DE UN CARCINOMA Y UN LINFOMA. B) LA DISTINCIÓN CON NÓDULOS TIROIDEOS- (1,11,20). LOS ESTUDIOS COMBINADOS DE ASHCRAFT Y VANHEER LE MUESTRAN UN ÍNDICE DE 0% EN FALSAS POSITIVAS, MIENTRAS QUE EN LAS FALSAS NEGATIVAS ES DE 1.6%, LO CUAL DEMUESTRA LA GRAN BONDAD DE ESTE ESTUDIO Y LA EXPERIENCIA QUE TIENEN ESTOS AUTORES CANADIENSES Y ESTADOUNIDENSES (20). LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN ES EL MEJOR MÉTODO ACTUALMENTE DISPONIBLE PARA SELECCIÓN Y DIRECCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS ES TAN CONFIABLE COMO EL ESTUDIO DE LOS CORTES CONGELADOS TOMADOS AL TIEMPO DE OPERAR. PUDIENDO RESULTAR EN LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE PACIENTES OPERADOS POR LESIONES BENIGNAS. MAS AÚN, CON EL USO DE ESTA TÉCNICA EL CARCINOMA PUEDE SER RECONOCIDO EN NÓDULOS QUE EN -- TIEMPOS PASADOS SERIAN TRATADOS POR MEDIOS CONSERVADORES. CON EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO PRECISO EL CIRUJANO PUEDE DISCUTIR CON SU PACIENTE EL PLAN TRAZADO, ADEMÁS DE -- QUE PUEDE LOCALIZAR LESIONES METÁTASICAS O RECURRENTES EN EL CUELLO O EN CUALQUIER OTRO SITIO (1). OTRA DE LAS -- GRANDES VENTAJAS ES DE QUE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN PUEDE MINIMIZAR O REDUCIR EL PROBLEMA DE LAS FALSAS NEGATIVAS DE LOS CORTES POR CONGELACIÓN TOMADOS DURANTE EL -- TRANSOPERATORIO LO CUALES HASTA DÍAS DESPUÉS SON REPORTADOS COMO POSITIVOS EN ALGUNAS OCASIONES DEBIDO A LA DIFICULTAD EN LA IDENTIFICACIÓN DEL TEJIDO. OTRA DE LAS GRANDES VENTAJAS ES DE QUE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN TIENE ESCASOS O NULA MORBILIDAD, YA QUE NO SE HAN REPORTADO CASOS DE LESIONES A ESTRUCTURAS CERVICALES VECINAS ASÍ COMO TAMPOCO SIEMBRA DE TEJIDO MALIGNO (8,9).

SIN EMBARGO EXISTEN LIMITACIONES PARA EL USO DE ESTE -

ESTUDIO Y ÉSTAS INCLUYEN COMO PRIMER TÉRMINO LA NECESIDAD DE UN EXPERIMENTADO CITÓLOGO O PATÓLOGO PARA EVALUAR LAS MUESTRAS OBTENIDAS. ÉSTA ES LA PIEDRA ANGULAR EN LOS SITUOS DONDE SE TIENE MONTADA ESTA TÉCNICA DE ESTUDIO, YA QUE SI NO SE DISPONE DE LA EXPERIENCIA DE ESTE MIEMBRO DEL EQUIPO DEBE DE ESPERARSE UN ALTO ÍNDICE DE ERROR EN LOS RESULTADOS. COMO SIGUIENTE FACTOR TENEMOS LA NECESIDAD DE TOMAR MUESTRAS REPRESENTATIVAS DE LA LESIÓN A ESTUDIARSE, SIENDO ÉSTO DE CAPITAL IMPORTANCIA YA QUE DE ÉSTO DEPENDERÁ EL DIAGNÓSTICO, ESTA LIMITANTE PUEDE SER SOBREPASADA CON LA EXPERIENCIA Y HABILIDAD TANTO TÉCNICA COMO CLÍNICA DEL QUE TOMA EL ASPIRADO Y AÚN MAS PUEDE AUXILIARSE DEL ULTRASONIDO PARA GUIARSE EN LA TOMA DE LA MUESTRA (1,4,6), DEBE TENERSE EN CUENTA QUE DE ACUERDO A ALGUNOS ESTUDIOS EN CENTROS ESPECIALIZADOS, EN EL 7% DE LOS CASOS NO PUEDE TOMARSE UNA MUESTRA ADECUADA DE LA LESIÓN. EL DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DEFINITIVO DE BENIGNIDAD O MALIGNIDAD PUEDE NO SER POSIBLE EN ALGUNAS LESIONES TISULARES EN LAS CUALES UN ADENOMA PUEDE SER INDISTINGUIBLE DE UN CARCINOMA DE BAJO GRADO DE DIFERENCIACIÓN. ÉSTO PUEDE OCURRIR HASTA EN UN 20% DE LOS ESPECÍMENES DE BIOPSIA. EN GENERAL LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA LESIÓN ES ACONSEJABLE E ESTOS CASOS YA QUE HASTA EN UN 60% PUEDE RESULTAR EL CARCINOMA. OTRAS SITUACIONES PROBLEMÁTICAS PODRIAN SER : A) LA DISTINCIÓN ENTRE TIROIDITIS LINFOCITARIA DE UN CARCINOMA Y DE UN LINFOMA. B) LA DISTINCIÓN ENTRE CAMBIOS INFLAMATORIOS BENIGNOS Y UNA NEOPLASIA. C) LA FALTA DE INTERPRETACIÓN DE LOS CUERPOS DE PSAMMOMA DE UN CARCINOMA PAPILAR. POR OTRA PARTE LAS MUESTRAS POR BIOPSIA POR ASPIRACIÓN NO SIEMPRE IDENTIFICAN LA VARIEDAD HISTOLÓGICA DEL CARCINOMA. CLARO QUE NO SIEMPRE ES POSIBLE DIFERENCIAR ENTRE LAS VARIETADES FOLICULAR Y PAPILAR. ES DECIR LOS ELEMENTOS CÉLULARES DE LA MUESTRA PUEDEN SER INSUFICIENTES PARA PODER LLEGAR A TENER EL CRITERIO DIAGNÓSTICO

LAS SIGUIENTES CONDUCTAS OBSERVADAS POR LA MAYORÍA DE LOS AUTORES EN LOS CUALES SE PLANTEA DE QUE SI TENEMOS UN RESULTADO DUDOSO O CON HIPERCELULARIDAD FOLICULAR DEBE OPERARSE EL PACIENTE DEBIDO A LA DIFICULTAD QUE SE TIENE PARA LA DIFERENCIACIÓN ENTRE CARCINOMA Y ADENOMA FOLICULAR-

CON RESPECTO A LOS RESULTADOS O PELIGRO DE OBTENER MATERIAL INSUFICIENTE HAMBURGER EN SUS MAS DE 4000 BIOPSIAS ESTABLECE QUE TIENE SÓLO DE 8 A 10 MUESTRAS INSUFICIENTES Y QUE LO MEJOR ES HACER MÚLTIPLES PUNCIÓNES TANTO EN EL CENTRO COMO EN LA PERIFERIA DE LAS LESIONES. EL COMENTARIO FINAL PARA EL USO DE ESTOS 2 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS ES QUE DEBEN COMPLEMENTARSE EL UNO CON EL OTRO Y QUE NO DEBEN Oponerse ENTRE SI, YA QUE CADA UNO DE ELLOS TIENE SU PROPIA INDICACIÓN (11).

SELECCION PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS DE LA BIOPSIA POR ASPIRACION:

EN LA EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS, LA FINALIDAD PRIMARIA HA SIDO SELECCIONAR PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A AQUELLOS PACIENTES CUYOS NÓDULOS SEAN DE ALTO RIESGO DE MALIGNIDAD Y EVITAR OPERACIONES EN AQUELLOS QUE LAS LESIONES SEAN CONSIDERADAS BENIGNAS. YA QUE LA BASTA MAYORÍA DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS SON BENIGNOS - HA HABIDO LA NECESIDAD DE MEJORAR LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN EXISTENTES SIENDO LA EVALUACIÓN CLÍNICA EL GAMMAGRAMA Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO SUPRESOR LO QUE SE TENÍA COMO BASE PARA LLEVAR A CABO LA SELECCIÓN, DESDE EL ADVEIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN SE HAN OBTENIDO RESULTADOS POR MEDIO DE LOS CUALES SE PUEDEN TOMAR DECISIONES SATISFACTORIAS Y EN BENEFICIO DEL PACIENTE CON LA CERTEZA DE AUSENCIA DE MALIGNIDAD EN LAS LESIONES EN DUDA; SIN EMBARGO CONTINÚA SIENDO DE CAPITAL IMPORTANCIA LA EVALUACIÓN TANTO DEL GAMMAGRAMA COMO DEL RESULTADO DEL ESTUDIO CITOLÓGICO DEL ASPIRADO. ES DECIR SI TENEMOS

CO SUFICIENTE. POR ESTUDIOS POR CONGELACIÓN PUEDEN SER --
ÚTILES EN EL MOMENTO DE LA OPERACIÓN PERO ÉSTO NO ES SIEM--
PRE CIERTO (1).

PRECISION : A PESAR DE LA OPINIÓN DE MÚLTIPLES AUTORES
CON RESPECTO A LA GRAN PRECISIÓN DE LA BIOPSIA POR ASPIRA--
CIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DE LA TIROIDES,
EL JUICIO CLÍNICO DEBE SER LA GUÍA PARA EL CIRUJANO EN LA--
DECISIÓN DE LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA. DEBIDO AL ÍNDICE DE
FALSAS NEGATIVAS QUE VA HASTA EL 10% EN ALGUNAS SERIES,
LÓWHAGEN (15) NO INDICA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN AQUELLOS
PACIENTES EPIDEMIOLOGICAMENTE SOSPECHOSOS PERO CON RESULTA--
DOS CITOLÓGICOS DE BOCIO NODULAR, YA QUE SI EXCLUÍMOS A --
LOS PACIENTES JÓVENES MENORES DE 25 AÑOS Y A LOS ANCIANOS--
MAYORES DE 60, EN LOS CUALES EL RIEGO DE MALIGNIDAD DE LOS
NÓDULOS TIROIDEOS ES DE UN 60%, PODEMOS TRATAR EN FORMA --
CONSERVADORA AL RESTO DE LOS PACIENTES POR MEDIO DE TIROXI--
NA Y OBSERVACIÓN ESTRECHA; PERO SI HAY CRECIMIENTO SOSPE--
CHOSO EN ALGÚN MOMENTO SE DEBE REPETIR LA BIOPSIA. SE ES--
TABLECE QUE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DEBE SER UTILIZADA -
EN FORMA CONUNTA CON EL JUICIO CLÍNICO. NO HAY RAZÓN PARA
VACILAR EN TOMAR DE NUEVO OTRA BIOPSIA, SIN EMBARGO DEBE--
MOS CONSIDERAR LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA SI SE TIENE UNA -
FUERTE SOSPECHA CLÍNICA AÚN Y CUANDO SE TENGAN RESULTADOS--
CITOLÓGICOS NEGATIVOS (15).

PAPEL DE LA BIOPSIA POR ASPIRACION Y LA BIOPSIA CON AGUJA
GRUESA.

LA EVALUACIÓN CLÍNICA ASÍ COMO EL TRATAMIENTO DE ALGU--
NAS ENFERMEDADES TIROIDEAS Y EN ESPECIAL DE LOS NÓDULOS SO--
LITARIOS, PERSISTE COMO UN PROBLEMA TANTO PARA EL CIRUJANO
COMO ENDOCRINÓLOGO. NO TODOS LOS PACIENTES CON NÓDULOS SO--
LITARIOS REQUIEREN DE TIROIDECTOMÍA. LA EXAMINACIÓN FÍSI--
CA SEGUIDA POR TOMA DE BIOPSIA YA SEA POR ASPIRACIÓN O CON
AGUJA GRUESA, PERMITE QUE HASTA EL 87% DE ESTOS PACIENTES--

NO SEAN OPERADOS (3).

EL PROBLEMA DE TODOS LOS TIPOS DE BIOPSIAS DE TIROIDES-ES QUE SÓLO POR HALLAZGOS HISTOLÓGICOS PUEDE HACERSE LA DIFERENCIA ENTRE UN CARCINOMA DE UN ADENOMA FOLICULAR YA QUE EN EL PRIMERO DE LOS CASOS EXISTE INVASIÓN VASCULAR A LA CÁPSULA, LO CUAL ES DE CAPITAL IMPORTANCIA PARA LA DIFERENCIACIÓN ENTRE ÉSTAS DOS ENTIDADES. EL MATERIAL REQUERIDO NO PUEDE SER OBTENIDO POR MEDIO DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN, TENIENDO QUE SER OPERADOS TODOS LOS NÓDULOS CON RESULTADO CITOLÓGICO DE HIPERCELULARIDAD FOLICULAR (3).

SE MENCIONA POR MÚLTIPLES AUTORES ENTRE ELLOS BROUGHAM-QUE LOS REPORTES DE FALSAS NEGATIVAS CON BIOPSIAS POR ASPIRACIÓN VA DEL 2.2 AL 10% Y QUE SI SE AGREGA A ESTE PROCEDIMIENTO LA BIOPSIA CON AGUJA GRUESA, EL ÍNDICE DISMINUYE -- HASTA EL 1%. SI SE REUNEN ESTOS 2 PROCEDIMIENTOS EN CADA-UNO DE LOS PACIENTES, CON NÓDULO TIROIDEO ÉSTO PERMITE EVITAR QUE LA MAYORÍA DE ELLOS SEAN OPERADOS SIN TENER EL ---RIESGO SIGNIFICATIVO DE ENCONTRAR POSTERIORMENTE UN CARCINOMA. SIN EMABRGO SI SE TIENE UN RESULTADO DE HIPERCELULARIDAD FOLICULAR POR CUALQUIERA DE ESTOS 2 TIPOS DE BIOP---SIAS, EL PACIENTE TENDRÁ QUE SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA LA EXÉRESIS Y ESTUDIO DE LA LESIÓN. DEBE CO---MENTARSE EN ESTE APARTADO QUE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN -- CON AGUJA FINA PERMITE EL ACCESO A UN NÚMERO MAYOR DE LE---SIONES ES MENOS INVASIVA Y PERMITE POR SI MISMA UNA IMPL---MENTACIÓN INMEDIATA DEL TRATAMIENTO A SEGUIR, NO PUDIENDO---SE OBTENER CON LA AGUJA GRUESA LA RAPIDEZ NECESARIA (11).

SE MENCIONA QUE LA ASPIRACIÓN CON AGUJA GRUESA SOLO PUEDE LLEVARSE A CABO SI EL TAMAÑO DE LA LESIÓN LO PERMITE ES DECIR MAS DE 4 CM. O CUANDO HALLA DUDA QUE AMERITE EL RE---SULTADO DEL ESTUDIO HISTOLÓGICO. DEBEN TOMARSE EN CUENTA-

UN NÓDULO HIPERFUNCIONANTE EN UN PACIENTE MENOR DE 40 AÑOS ÉSTE DEBERÁ SER SOMETIDO A TRATAMIENTO SUPRESOR PREOPERATORIAMENTE SIN NINGÚN PELIGRO, YA QUE SABEMOS QUE ESTE TIPO DE LESIONES TIENE MUY BAJAS POSIBILIDADES DE MALIGNIZARSE - SOBRE TODO SI SON MENORES DE 3 CM. DE DIÁMETRO, PERO EN ANCIANOS CON NÓDULOS PEQUEÑOS SI TIENEN GRAN POSIBILIDAD DE DEGENERACIÓN, SUFRIR HEMORRAGIA, O CONVERTIRSE EN HIPOFUNCIONANTES, EN LOS ANCIANOS NO ES RECOMENDABLE SOMETERLOS A TRATAMIENTO SUPRESIVO DEBIDO A LA POSIBILIDAD DE PRODUCIR - CON NIVELES FARMACOLÓGICOS BAJOS UN HIPERTIROIDISMO CON EL SUBSECUENTE PELIGRO DE LA REPERCUSIÓN CARDIOVASCULAR QUE - EN ELLOS IMPLICARÍA UN POSIBLE DAÑO IRREPARABLE (23). DEBE RECALCARSE QUE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN NO DEBE SER -- CONSIDERADA COMO REEMPLAZO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, - SINO QUE JUNTO CON OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SUMADAS AL - CRITERIO MÉDICO DARÁN LA PAUTA SI EL PACIENTE DEBE SOMETER SE O NO A EXÉRESIS DE LA LESIÓN. SI TENEMOS UN REPORTE - DE BIOPSIA POR ASPIRACIÓN NEGATIVO, ÉSTO TAMPOCO CONTRAIN - DICA LA OPERACIÓN. DEBE RECORDARSE DE NUEVO QUE LA SELEC - CIÓN QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE TENDRÁ FINCADAS SUS BASES - IMPORTANTEMENTE EN EL JUICIO CLÍNCIO DE LA LESIÓN (21,23). LA CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN HA REFINADO LA SELECCIÓN DE PA - CIENTES PARA CIRUGÍA CON CARCINOMA DE TIROIDES NO PERMITE - UN MANEJO CONSERVADOR Y SEGURO EN AQUELLOS NO CANDIDATOS - PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. TAMBIÉN HA SIDO ÚTIL DE TI - ROIDECTOMÍAS INNECESARIAS SI BIEN ÉSTE ES UN OBJETIVO POCO AGRESIVO, HAY GRAN INTERÉS EN HACER ÉNFASIS EN QUE LA BIOP - SIA POR ASPIRACIÓN POR LOS RESULTADOS DE FALSAS NEGATIVAS - PUEDE LLEGAR A PERDER UN PACIENTE CON LESIÓN MALIGNA Y CON - SECUENTEMENTE NO DARLE SU TRATAMIENTO ADECUADO (17) PERO - ÉSTO QUEDA RESERVADO A LA CONFIABILIDAD DE LOS RESULTADOS - DEL EQUIPO MÉDICO ENCARGADO DE MANEJAR AL PACIENTE.

EL PAPEL DE LA BIOPSIA POR ASPIRACION Y LAS BIOPSIAS TRANSOPERATORIAS :

EL ABORDAJE DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS SOLITARIOS O DE -- CUALQUIER TUMORACIÓN TIROIDEA CONSISTE EN TIROIDECTOMÍA -- IPSILATERAL CON BIOPSIA TRANSOPERATORIA PARA TRATAR DE DETERMINAR LA ESTIRPE DE LA LESIÓN ASÍ COMO LA EXTENSIÓN DE RESECCIÓN A QUE DEBERÁ ESTAR SOMETIDA. SIN EMABRGO LAS -- BIOPSIAS TRANSOPERATORIAS O CORTES CONGELADOS NO HAN DEMOS-- TRADO SER INFALIBLES (9). LAS FALSAS POSITIVAS PUEDEN LLE-- VAR A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAS EXTENSOS LO CUAL PUE-- DE AUMENTAR EL RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS SIENDO LAS MAS FRECUENTES DEL DAÑO AL NERVIIO LARÍNGEO RECURRENTE-- E HIPOPARATIROIDISMO. TAMBIÉN LOS RESULTADOS FALSOS NEGA-- TIVOS O CON DIAGNÓSTICO INDETERMINADO O IMPRECISO PUEDEN -- LLEVAR A UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INADECUADO, PUDIENDO -- AMERITAR DE NUEVA REEXPLORACIÓN Y LA COMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA TIEMPO DESPUÉS. LA BIOPSICA POR ASPIRACIÓN EN EL-- PREOPERATORIO HA MEJORADO LA SELECCIÓN DE PACIENTES PARA -- SER OPERADOS. TAMBIÉN LA PRECISIÓN DE ESTE ESTUDIO HA DE-- MOSTRADO SER DE BENEFICIO EN LA DETERMINACIÓN DE LA EXTEN-- SIÓN DE LA RESECCIÓN DE LAS LESIONES TIROIDEAS (9), PUDIEN-- DOSE ELIMINAR EL USO RUTINARIO DE LAS BIOPSIAS TRANSOPERA-- TORIAS, DISMINUYENDO ASÍ EL TIEMPO QUIRÚRGICO Y EL COSTO -- DE LOS CORTES POR CONGELACIÓN EN LA MAYORÍA DE LOS PACIEN-- TES. LA PATOLOGÍA TIROIDEA, EN ESPECIAL LOS NÓDULOS Y LAS TUMORACIONES TIENEN UNA INCIDENCIA DE 4 A 7% EN LA POBLA-- CIÓN GENERAL, SIN EMABRGO SÓLO UN 5% DE ÉSTOS SON MALIGNOS COMO LO DEMUESTRAN THOMPSON Y CRILE. LA EVALUACIÓN CLÍNI-- CA DE LOS PROBLEMAS MALIGNOS POR MEDIO DE LA EXAMINACIÓN -- FÍSICA, GAMMAGRAMA TIROIDEO Y ULTRASONIDO SON IMPRECISOS. LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN HA DEMOSTRADO SER SEGURA, PRECI-- SA Y SUPERIOR A LA EVALUACIÓN CLÍNICA EN LOS PROBLEMAS MA-- LIGNOS (9). EN MÚLTIPLES ESTUDIOS SE HA DEMOSTRADO QUE -- CON RESPECTO A LESIONES BENIGNAS LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN

HA TENIDO RESULTADOS MAS PRECISO (95%) QUE LOS DE LA BIOP_SIA TRANSOPERATORIA QUE SON DE 90% (8,9). POR OTRO LADO-- EN PACIENTES CON RESULTADOS CITOLÓGICOS SOSPECHOSOS DE MA LIGNIDAD EN LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN, LOS CORTES CONGELA DOS FUERON SIGNIFICATIVAMENTE MAS PRECISOS QUE LOS ESTU-- DIOS CITO'ÓLOGICOS, RESULTANDO EN LOS PRIMEROS UN 70% DE -- ÉXITO CONTRA UN 20% DE LOS SEGUNDOS; SIN EMBARGO LOS COR-- TES CONGELADOS TUVIERON UN ÍNDICE DE 30% DE FALSOS NEGATI VOS LO CUAL ES EXTREMADAMENTE ELEVADO (9). LOS CORTES -- CONGELADOS NO ALTERARON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN -- NINGUNO DE LOS PACIENTES CON HALLAZGOS CITOLÓGICOS DE MA LIGNIDAD. SABEMOS QUE TANTO LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CO MO LOS CORTES CONGELADOS NO SON COMPLETAMENTE DIGANÓSTI-- COS EN LOS CASOS DE LESIONES FOLICULARES, YA QUE LA ANGIO INVASIÓN O LA INVASIÓN A LA CÁPSULA DEBEN SER IDENTIFICA DOS PARA EMITIR UN DIAGNÓSTICO PRECISO, DEBIÉNDOSE HACER-- POR LO MENOS 8 CORTES DE LA CÁPSULA PARA EMITIR UN REPOR-- TE DEFINITIVO (9).

HAMBURGER Y HAMBURGER ESTABLECEN QUE LAS BIOPSIAS ---- TRANSOPERATORIAS PUEDEN TENER UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN: 1) CUANDO LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN NO PUEDE LLEVARSE A - CABO. 2) EN LA IDENTIFICACIÓN DE METÁSTASIS EN LOS NÓDU LOS LINFÁTICOS CERVICALES. 3) EN EL DIAGNÓSTICO DE ADENO MEGALIAS ENCONTRADAS DURANTE EL ACTOOPERATORIO, PODRÍA -- AGREGARSE OTRO INCISO EN EL CUAL SI LOS RESULTADOS DE LA CITOLOGÍA SON SUGESTIVOS DE MALIGNIDAD PERO NO LO SUFI--- CIENTEMENTE PRECISOS PARA DETERMINAR LA EXTENSIÓN DE LA - RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA PIEZA. COMO EN CASI TODO LO - REFERENTE A LA PATOLOGÍA TIROIDEA, LOS AUTORES AÚN NO SE ENCUENTRAN DE ACUERDO EN EL USO DE CADA UNO DE ESTOS MÉTO DOS DIAGNÓSTICOS, SIENDO LA CONDUCTA MAS ADECUADA EL JUZ-- GAR CADA CASO INDIVIDUALMENTE Y TENER EN CUENTA EL ÍNDICE DE PRECISIÓN DE LOS ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS DEL SERVI--

CIO DE PATOLOGÍA (8,9).

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS NODULOS TIROIDEOS :

LA HEMITIROIDECTOMÍA O LOBECTOMÍA TOTAL ES GENERALMENTE EL MÍNIMO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AL QUE DEBE SOMETERSE A UN PACIENTE EN EL CUAL SE SOSPECHA O SE TIENE CONFIRMACIÓN PREOPERATORIA DE LESIÓN MALIGNA. PARA LAS LESIONES MALIGNAS LOCALIZADAS EN EL ITSMO, LA RESECCION DE ÉSTE Y LA REGIÓN ADYACENTE DE CADA LÓBULO ESTÁ INDICADO. OPERACIONES MENOS RESECTIVAS, COMO NODULECTOMÍA O LOBECTOMÍAS PARCIALES, RESULTAN EN ALTO E INACEPTABLE ÍNDICE DE RECURRENCIA O MORTALIDAD EN LOS CARCINOMAS BIEN DIFERENCIADOS (7,10).

LA EXTENSIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEBERÁ ADAPTARSE A LA SITUACIÓN TANTO ANATÓMICA COMO PATOLÓGICA, EL OBJETIVO ES HACER LA RESECCIÓN DE LA LESIÓN SIN COMPLICACIONES Y SIN QUE EL PROCEDIMIENTO AUMENTE LA MORBILIDAD. CUANDO TENEMOS EL CARCINOMA LOCALIZADO EN UN LÓBULO, EL OBJETIVO ES HACER LA EXÉRESIS COMPLETA DEL LÓBULO; DEBE HACERSE UNA CUIDADOSA EVALUACIÓN DE LOS NÓDULOS LINFÁTICOS DEBERÁN SER RESECADOS SI SE ENCUENTRAN AUMENTADOS DE TAMAÑO, ENDURECIMIENTO O CAMBIO DE COLOR QUE SUGIERAN LAS LESIONES MESTÁSICAS. LOS ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS O CORTEZ CONGELADOS PUEDEN SERVIR DE GRAN AYUDA EN DETERMINAR LA EXTENSIÓN DE LA OPERACIÓN Y CLARO ESTÁ EN CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO. DEBE EXISTIR UN CUIDADO CONSTANTE EN LA PRESERVACIÓN DE LOS NERVIOS LARÍNGEOS RECURRENTES Y DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDE.

AL HACER UNA LOBECTOMÍA POR UNA LESIÓN TUMORAL MALIGNA O SOSPECHOSA, EN EL CUAL NO SE HARÁ NINGÚN PROCEDIMIENTO ADICIONAL, ES CONDUCTA DE MUCHOS AUTORES ENTRE ELLOS --- BLOCK, EL HACER ITSMECTOMÍA Y RESECAR UNA PORCIÓN DEL LADO ANTERIOR DEL LÓBULO CONTRA LATERAL. LAS RAZONES PARA ELLO SON LAS SIGUIENTES :

1) EN EL CASO DE QUE EL DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA SEA HECHO O REPORTADO EN LOS ESTUDIOS POSTERIORES DE LA PIEZA, SE TIENE TEJIDO TIROIDEO DISPONIBLE PARA DETERMINAR SI EXISTE O NO MULTICENTRICIDAD DE LA LESIÓN. LA PRESENCIA DE ÉSTA REQUIERE DE REOPERACIÓN PARA ERRADICAR EN SU TOTALIDAD LA LESIÓN MALIGNA. (2).

2) LA EXÉRESIS DE MAS TEJIDO TIROIDEO PUEDE REDUCIR LA FRECUENCIA DE NÓDULOS BENIGNOS. SE HA ENCONTRADO QUE EN PACIENTES OPERADOS POR NÓDULOS BENIGNOS, EXISTE UN 15% DE INCIDENCIA EN PERÍODOS QUE VAN HASTA LOS 10 AÑOS. LA ADMINISTRACIÓN DE TERAPIA SUPRESORA PUEDE MINIMIZAR LA RECURRENCIA DE ESTA LESIÓN, PERO LOS PACIENTES NO SIEMPRE PUEDEN SEGUIR ESTE RÉGIMEN (24,25).

3) EN PACIENTES LOS CUALES HAN RECIBIDO RADIOTERAPIA Y QUE POSTERIORMENTE SE LES ENCUENTRA UN NÓDULO TIROIDEO, PUEDEN TENER FOCOS MICROSCÓPICOS DE CARCINOMA PRESENTES EN CUALQUIER SITIO DE LA GLÁNDULA, LO CUAL JUSTIFICA LA TIROIDECTOMÍA SUBTOTAL.

EN PACIENTES, LOS CUALES TIENE QUE SER SOMETIDOS A RESECCIÓN DE NÓDULOS TIROIDEOS POR LOS PROBLEMAS MECÁNICOS PRODUCIDOS POR EL TAMAÑO DE LA LESIÓN, POR FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO, O POR OTRAS RAZONES, LA DISECCIÓN DEL ESPACIO TRAQUEOSOFÁGICO Y DEL MEDIASTINO ANTERIOR DEBERÁ SER MÍNIMA PARA PROTEGER EL FUNCIONAMIENTO DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES Y DEL N. LARÍNGEO RECURRENTE.

POSTERIOR A LA RESECCIÓN DE UN NÓDULO TIROIDEO DEBE ADMINISTRARSE HORMONAS TIROIDEAS PARA MINIMIZAR EL DESARROLLO DE NUEVOS NÓDULOS, COMO SE MENCIONA ANTERIORMENTE ÉSTO NO OCURRE HASTA 10 O MAS AÑOS POSTERIORES A LA OPERACIÓN (2).

TANTO ESTUDIOS EXPERIMENTALES COMO CLÍNICOS, HAN DEMOSTRADO REDUCCIÓN EN LA INCIDENCIA DE NÓDULOS TIROIDEOS DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE HORMONAS TIROIDEAS (25). SIN EMBARGO HAY OTROS ESTUDIOS COMO LOS DE PERRSON EN LOS CUALES SE ENCONTRÓ QUE CON LA ADMINISTRACIÓN DE ESTE TIPO DE TRATAMIENTO NO SIEMPRE SE REDUCE LA FRECUENCIA DE NÓDULOS TIROIDEOS RECURRENTES (26). EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS EL USO PROFILÁCTICO DE TIROXINA NO ES IMPORTANTE NI ADECUADO (2).

MANEJO QUIRURGICO DEL CARCINOMA DE TIROIDES :

LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA ES EL ÚNICO TRATAMIENTO EFECTIVO DISPONIBLE PARA EL CARCINOMA DE TIROIDES. UN GRAN PROBLEMA PARA LOS CIRUJANOS HA SIDO EL DETERMINAR LA EXTENSIÓN DE LA OPERACIÓN ESTÁ INDICADA Y PLENAMENTE JUSTIFICADA. SIN EMARGO LA EXPERIENCIA DE MUCHOS ECNTROS ESPECIALIZADOS CONSIDERAN 2 FACTORES COMO DE IMPORTANCIA CAPITAL PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE TIROIDES (2,18,19,20):

1) LA ESTIRPE HISTOLÓGICA DE LA NEOPLASIA LA CUAL DETERMINA EL POTENCIAL DE DISEMINACIÓN Y LAS POSIBILIDADES DE SOBREVIDA Y CURACIÓN EN CADA PACIENTE.

2) LA ESTADIFICACIÓN DE LA LESIÓN BASÁNDOSE EN LA INFORMACIÓN CLÍNICA DERIVADA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA ESPECIALMENTE DEL CUELLO, RADIOGRAFÍA TELE DE TÓRAX Y OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTADOS POR LOS HALLAZGOS OPERATORIOS. LA EXTENSIÓN DE LA LESIÓN REFLEJA LA VIRULENCIA, DURACIÓN, ASÍ COMO FACTORES PERSONALES DE RESISTENCIA.

ES PROBABLE QUE LAS METÁSTASIS OCULTAS DE CUALQUIER CARCINOMA OCURRA DESPUÉS DE QUE LA LESIÓN PRIMARIA ES LO SUFICIENTEMENTE GRANDE PARA SER CLÍNICAMENTE RECONOCIDA.

ESTA CARACTERÍSTICA ES EVIDENTE CON LOS CARCINOMAS MEDULARES LOS CUALES TIENEN UN MARCADOR TUMORAL EL CUAL PERMITE SU RECONOCIMIENTO DE LAS DISEMINACIONES SILENCIOSAS PERO NO PRECISAN SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA. SI ESTAS LESIONES OCULTAS LLEGAN O NO A SER SIGNIFICATIVAS CLÍNICAMENTE DEPENDE INDUDABLEMENTE DE MUCHOS FACTORES. DEBE TENERSE EN CUENTA QUE EN LOS CARCINOMAS BIEN DIFERENCIADOS LA EDAD ES UN IMPORTANTE FACTOR PRONÓSTICO (2).

EL CARCINOMA DE TIROIDES SE CLASIFICA EN PAPILAR Y FOLICULAR SON LOS LLAMADOS BIEN DIFERENCIADOS. LA INCIDENCIA DE CADA UNO DE ELLOS SE ENCUENTRA DE LA SIGUIENTE MANERA: PAPILAR 70%, FOLICULAR 20%, MEDULAR 7% Y ANAPLÁSICO 3% (2). LOS CARCINOMAS QUE CONTIENEN TANTO ELEMENTOS FOLICULARES COMO PAPILARES ESTÁN CONSIDERADOS COMO FOLICULARES EN BASE A LA CONDUCTA OBSERVADA DE LOS MISMOS. --- MIENTRAS QUE LOS CARCINOMAS BIEN DIFERENCIADOS QUE CONTIENEN ELEMENTOS INDIFERENCIADOS, SON CLASIFICADOS POR ESTE ÚLTIMO COMPONENTE DEBIDO A SU PELIGROSIDAD (1,2,3).

TERAPIA SUPRESORA :

EN LOS NÓDULOS TIROIDEOS SE LOGRA LA SUPRESIÓN DEL CRECIMIENTO POR LA ADMINISTRACIÓN DE TIROXINA A DOSIS DE 200 MG. AL DÍA (22) POR CUANDO MENOS TRES MESES, CON LO CUAL SE INTENTA DISTINGUIR ENTRE LESIONES MALIGNAS Y BENIGNAS, DEPENDIENDO RELACIÓN O DEPENDENCIA A LA TSH. SIN EMBARGO EXISTEN RECEPTORES DE TSH, TANTO EN LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS. LA RESPUESTA A LA UNIÓN DE LA TSH ESTÁ MEDIADA POR LA OXIDACIÓN DE LA GLUCOSA ASÍ COMO POR EL IODO ORGÁNICO Y ES MENOR EN LOS ADENOMAS Y CARCINOMAS QUE EN EL TEJIDO TIROIDEO NORMAL. SUGIRIENDO QUE EL TEJIDO NORMAL -- RESPONDE DE DIFERENTE MANERA A LA ESTIMULACIÓN DE LA TSH QUE LOS ADENOMAS Y CARCINOMAS; LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS CON TRATAMIENTO SUPRESOR ESTÁN LIMITADOS POR VA-

RIAS RAZONES:

1) LA MEDICIÓN DE LA VARIACIÓN DEL TAMAÑO, ASÍ COMO EL PORCENTAJE DE INVOLUSIÓN PARA CONSIDERARLO COMO RESPUESTA -- NO ES UNA HALLAZGO CONSISTENTE EN TODOS LOS ESTUDIOS YA - QUE POCOS INVESTIGADORES LIMITAN SU DEFINICIÓN DE RESPUESTA A LA COMPLETA REGRESIÓN DEL NÓDULO.

2) LA DOSIS Y EL TIPO DE HORMONA UTILIZADA VARÍA ASÍ - COMO LA COOPERACIÓN DE PARTE DEL PACIENTE Y EL GRADO DE SU PRESIÓN CON FRECUENCIA NO SON EVALUADOS.

3) LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE TIENEN RESPUESTA -- PARCIAL O TOTAL NO SON SOMETIDOS A RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA LESIÓN POR LO TANTO LA INCIDENCIA REAL DE LAS LESIONES- MALIGNAS EN ESTOS PACIENTES NO ESTÁ DETERMINADA, YA QUE NO HAY TEJIDO DISPONIBLE PARA SU ESTUDIO HITOLÓGICO. LOS PACIENTES CON NÓDULOS MÚLTIPLES SON 2 VECES MAS SUSCEPTIBLES DE RESPONDER AL TRATAMIENTO SUPRESOR QUE AQUELLOS CON NÓDU LOS SOLITARIOS TENIENDO TAMBIÉN MENOS OPORTUNIDAD DE RECIBIR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (16).

CONCLUSIONES :

EL PRINCIPAL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO FUE EL DE INICIAR LAS BASES QUE DARÁN LA EXPERIENCIA EN EL FUTURO, PARA QUE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE TIROIDES SE -- CONVIERTA EN EL PRINCIPAL INDICADOR EN LA CONDUCTA TERAPEÚ TICA A SEGUIR EN CADA UNO DE LOS PACIENTES. SE HIZO LA TO MA DE MUESTRA DE ACUERDO A LA TÉCNICA QUE HA DEMOSTRADO UN MAYOR ÍNDICE DE ÉXITO TÉCNICO; LOS RESULTADOS DE LA CITOLÓ GÍA SE MENCIONAN DE ACUERDO A LA NOMENCLATURA MEJOR ACEPTA DA. EXISTEN OTRAS NOMENCLATURAS LAS CUALES SE PRESTAN A - EQUIVOCACIÓN O A DIFICULTAD EN SU INTERPRETACIÓN CLÍNICA.

REVISANDO LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SE DEMUESTRA QUE CON RESPECTO A LA GAMMAGRAFÍA A PESAR DE QUE MUCHOS AUTORES NO ESTÁN DE ACUERDO EN QUE ESTE ESTUDIO SE HAGA, NUESTROS RESULTADOS MUESTRAN QUE HUBO 10 CON NÓDULO HIPOCAP--Y. DE ESTOS 4 CON RESULTADOS POSITIVOS Y 2 MAS CON DATOS--COMPATIBLES CON NEOPLASIA FOLICULAR, DE DONDE SE PUEDE RE--SUMIR QUE EN NUESTROS PACIENTES, LOS CUALES TENGAN EVIDEN--CIA DE NÓDULO HIPOCAPTANTE DEBERÁN SER SOMETIDOS A BIOP--SIA POR ASPIRACIÓN DE LA LESIÓN Y MAS AÚN CUANDO SE TEN--GAN FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS POSITIVOS PARA CARCINOMA. LA SINTOMATOLOGÍA EN EL GRUPO DE PACIENTES ESTUDIADOS NO--SE RELACIONA CON UN MAYOR ÍNDICE DE POSIBILIDAD DE CARCI--NOMA YA QUE ESTUVO DADA MAS QUE NADA POR LA COMPRESIÓN ME--CÁNICA DE LA LESIÓN Y NO POR INVASIÓN DE TEJIDO VECINO CO--MO SE REPORTA EN MÚLTIPLES ESTUDIOS.

A PESAR DE NO HABER CONFIRMACIÓN DE LOS RESULTADOS DE--LA CITOLOGÍA MAS QUE EN 12 DE LOS 25 PACIENTES, HEMOS RE--PRODUCIDO LA MAYORÍA DE LOS RESULTADOS REPORTADOS, COMO ---POR EJEMPLO, TENEMOS UN ÍNDICE DE 28% DE ÉXITO ES DECIR 5--MUESTRAS POSITIVAS PARA CARCINOMA Y UN 70% CON LESIONES ---NEGATIVAS PARA ÉSTE, TODO LO CUAL SE ENCUENTRA PLENAMENTE--ESTABLECIDO. ENTRE LAS GRANDES SERIES DE BIOPSIAS POR AS--PIRACIÓN CONTINÚA SIENDO EL BOCIO EL 80% DE LAS LESIONES--ENCONTRADAS MIENTRAS QUE EL CARCINOMA SE ENCUENTRA ENTRE--EL 15 HASTA EL 25% DE LO ENCONTRADO.

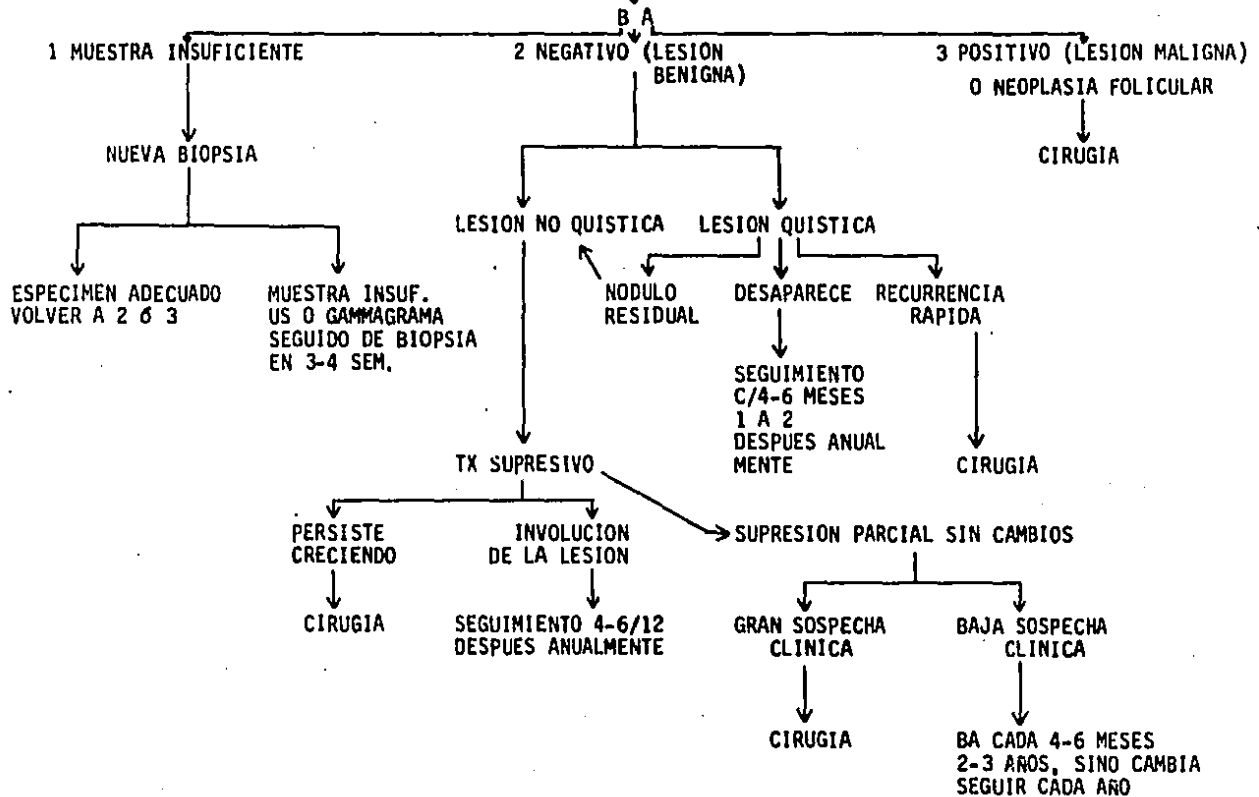
TENEMOS POR OTRO LADO UNA FALSA NEGATIVA, RESULTADO --QUE DEBERÁ MEJORARSE EN EL FUTURO YA QUE LOS RESULTADOS ---PERMITIDOS VAN HASTA EL 5% EN EL KAROLINSKA HOSPITAL QUE--ES DONDE MAYOR NÚMERO DE BIOPSIAS SE ENCUENTRAN REPORTA--DAS, SIN EMABRGO ÉSTO ES PERMISIBLE, PORQUE EN OTRAS SE--RIES LAS FALSAS NEGATIVAS VAN HASTA EL 10% Y TOMANDO EN ---CUENTA QUE ES LA PRIMERA SERIE QUE SE REPORTA EN NUESTRO--

HOSPITAL HAY PLENA SEGURIDAD EN QUE ESTOS RESULTADOS MEJORARÁN EN EL FUTURO PRÓXIMO.

POR OTRO LADO DEBEMOS DE HACER MENCIÓN DE LA BONDAD DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN LA CUAL ES UN ESTUDIO ECONÓMICO, SIMPLE Y QUE SE PUEDE HACER EN TODOS LOS PACIENTES CON TUMORACIÓN TIROIDEA DE CUANDO MENOS 1 CM. DE DIÁMETRO Y QUE LA GRAN DIFICULTAD QUE APARENTEMENTE HEMOS SALVADO EN ESTA SERIE ES LA DE TENER UN EQUIPO COMPETENTE Y SOBRE TODO UN EXPERIMENTADO CITOPATÓLOGO DE LO CUAL DEPENDE EN GRAN MANERA TODOS LOS RESULTADOS Y LA CONDUCTA A SEGUIR EN CADA UNO DE LOS PACIENTES.

QUEDA POR HACER MENCIÓN CON RESPECTO A ESTE ESTUDIO QUE QUEDAN ABIERTAS MUCHAS PERSPECTIVAS Y HORIZONTES, DEBIENDO TENER MUCHO EMPEÑO PARA CONTINUARLO, POR OTRO LADO POSTERIOR A LA REVISIÓN DE MÚLTIPLES REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS HE ENCONTRADO UN ALGORITMO QUE PUEDE SER DE GRAN UTILIDAD PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON TUMORACIÓN TIROIDEA SIENDO ESTE SIMPLE Y DE GRAN UTILIDAD Y QUE SOBRE TODO NO HAY INCONVENIENTES DE TIPO TÉCNICO POR EL CUAL NO SE PUEDA LLEVAR A CABO.

NODULO TIROIDEO (21)



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

"BIOPSIA POR ASPIRACION DE TIROIDES"

- 1 MANAGEMENTO OF CARCINOMA OF THE THYROID . BLOCK MA,
ANN SURG 185:135 1977
- 2 SURGERY OF THYROID NODULES AND MALIGNANCY. BLOCK, MA.
CURR PROBL SURG. VOL. 20 No. 3 PAG. 131-203 MARZO '83
- 3 LARGE NEEDLE TYROID BIOPSY: STILL NECESSARY, BROUGHAM,
TA ET AL. SURGERY VOL 100 No. 6 DEC 1986. PAG. 1138-
1141.
- 4 DIAGNOSTIC ACCURACY OF FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY
VERSUS FROZEN SECTION IN SOLITARY THYROID NODULES. BU
GIS SP ET AL. AM JOUR SURG VOL. 152 OCT. 1986 PAG.411
416.
- 5 CYTOLOGIC DETECTION AND DIAGNOSIS OF CANCER. ITS CON-
TRIBUTIONS AND LIMITATIONS. CHRISTOPHERSON WM ET AL.
CANCER VOL. 51 No. 7 ABRIL 1 1983 PAG. 1201-1207.
- 6 DIAGNOSTIC DISCRIMINATIONS OF THYROID CANCER. EVANS
DM. AM. JOUR SURG VOL. 153 JUNIO 1987, PAG. 569-570.
- 7 FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF THE THYROID: THE -
PROBLEM OF SUSPICIOUS CYTOLOGIC FINDINGS. GHARIB H,
ET AL, ANN INT. MED 1984 VOL. 14 PAG. 25-28
- 8 DECLINING ROLE OF FROZEN SECTION IN SURGICAL PLANING
FOR THYROID NODULES, HAMBRUGER JI, HAMBURGER SW. --
SURGERY VOL. 98 No. 2 AGOSTO 1985 PAG. 307-312

- 9 ACCURACY AND SIGNIFICANCE OF FINE-NEEDLE ASPIRATION - AND FROZEN SECTION IN DETERMINING THE EXTENT OF THYROID RESECTION. KELLER MP, ET AL. SURGERY VOL. 101 No. 5 - MAYO 1987. PAG. 632-635
- 10 METHODS OF INVESTIGATION IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THYROID CARCINOMA. MAISEY MN. WORLD J. SURG - VOL. 5 No. 1 ENERO 1981 P 49-59
- 11 THE EFFICACY OF SIMULTANEOUS FINE-NEEDLE ASPIRATION -- AND LARGE-NEEDLE BIOPSY OF THE THYROID GLAND. NISHIYAMA RH. SURGERY VOL. 100 No. 6 DIC. 1986. P 1133-1137.
- 12 FINE NEEDLE ASPIRATION CITOTOLOGY. LEVER JV, ET AL. JOR CLIN PATHOL VOL. 38 1985. P 1-11
- 13 THE INCIDENCE OF CARCINOMA IN ENCAPSULATED FOLLICULAR THYROID LESIONS DIAGNOSED BY LARGE NEEDLE BIOPSY. -- LOGERFO P, ET AL. SURGERY VOL. 94 No. 6 DIC. 1983 P. 1008-1010.
- 14 INCIDENCE OF CANCER IN SURGICALLY TREATED THYROID NODULES BASED ON METHOD OF SELECTION. LOGERFO P, ET AL. SURGERY VOL. 98 No. 6 Dic. 1985 P 1197-1201.
- 15 ASPIRATION BIOPSY CYTOLOGY IN TUMORS OF THE THYROID - GLAND. LÖWHAGEN T. ET AL. SURG CLIN NORTH AM. P 593. 1979.
- 16 ASPIRATION BIOPSY CITOTOLOGY IN DIAGNOSIS OF THYROID - CANCER LÖWHAGEN T, ET AL. WORLD J. SURG VOL. 5 No.1 ENERO 1981 P 61-73
- 17 NODULAR THYROID DISEASE. ROJESKI MT, GHARB H. NEW -

ENG J MED VOL. 313 No. 7 AGOSTO 1985. P 428-436.

- 18 REVALUATION OF NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY IN DETECTION OF THYROID CANCER, ROSEN IB, ET AL. SURGERY - VOL.90 No. 4 Oct. 1981, P 747-756
- 19 PATHOLOGIC NATURE OF CYSTIC THYROID NODULES SELECTED FOR SURGERY BY NEEDLE ASPIRATION BIOPSY, ROSEN IB, ET AL. SURGERY VOL. 100 No. 4 Oct, 1986. P 606- - 613.
- 20 ENCAPSULATED FOLLICULAR CARCINOMA OF THE THYROID: -- DIAGNOSIS TREATMENT AND RESULTS. SCHMIDT RJ, ET AL. SURGERY VOL. 100 No. 6, Dic. 1986. PAG. 1068-1077
- 21 THE ROLE FO FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN THE MANAGEMENT OF THYROID NODULE. SCOTT GW, ET AL. LARYNGOSCOPE VOL. 95 SEPT. 1985. P 1103-1106.
- 22 NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF THE THYROID NODULES, SILVER CE, ET AL. SURG GYN OBST. VOL. 152 ABRIL 1981 - P 469-472
- 23 PROGRESS IN THE TREATMENT OF THE THYROID CANCER, TAYLOR S. WORLD J. SURG VOL. 5 No. 1 ENERO 1981 P 1-2
- 24 MANAGEMENT IMPLICATIONS FROM ROUTINE NEEDLE BIOPSY - OF HYPERFUNCTIONING THYROID NODULES . WALFISH PG, ET AL. SURGERY VOL. 98 No. 6 Dic. 1985
- 25 TSH SUPPRESSION IN THE MANAGEMENT OF THYROID NODULES AND THYROID CANCER. CLARCK O. WORLD J SURG 5:39, - 1981.

- 26 THE PITUITARY-THYROID AXIS AFTER HEMITHYROIDECTOMY IN EUTHYROID MAN. MATTE R, ET AL. J CLIN ENDOCRINOL METAB 53:377. 1981
- 27 NODULAR GOITER: IS THYROXINE MEDICATION OF ANY VALUE? PERRSON CPA ET AL. WORLD J SURG 6: 39 1982.