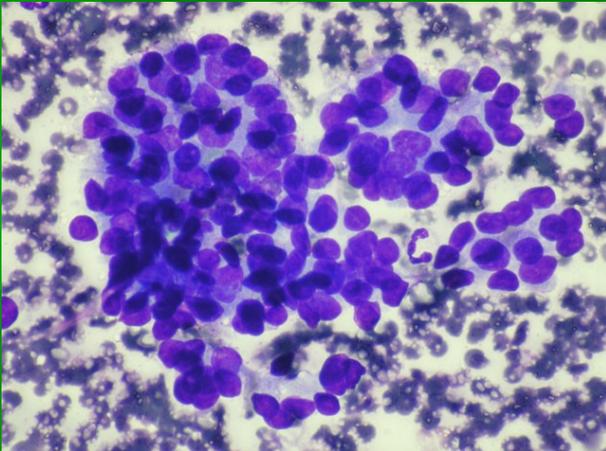


CITOLOGÍA TIROIDEA

LESION FOLICULAR

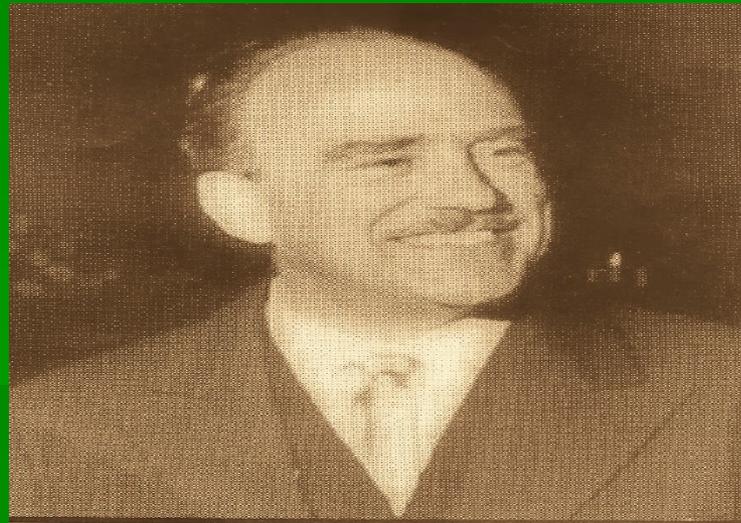


***Dpto. de Laboratorio Clínico
Sección Hematología y Citología***

***Asist. Dra. Rossana Rodríguez
noviembre 2011***

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA

La punción aspiración con aguja fina (PAAF), es utilizada en nuestro medio desde 1938 por los Dres. Paseyro y Piaggio Blanco.



Dr. Pedro Paseyro

**PIONERO DE LA CITOLOGIA
EN EL URUGUAY**

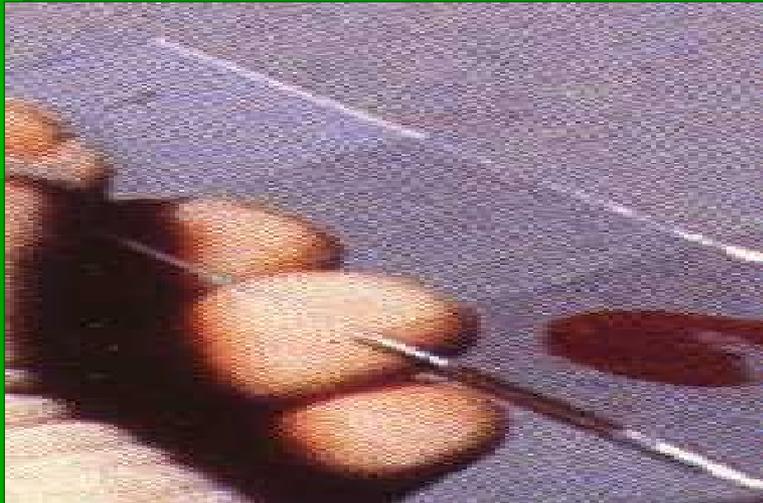


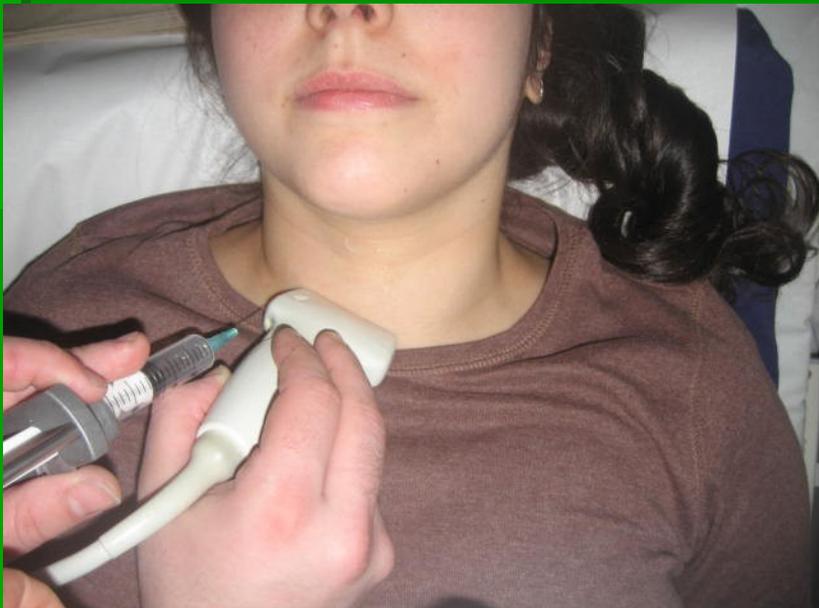
*Hoy en día continúa vigente y con múltiples **ventajas**:*

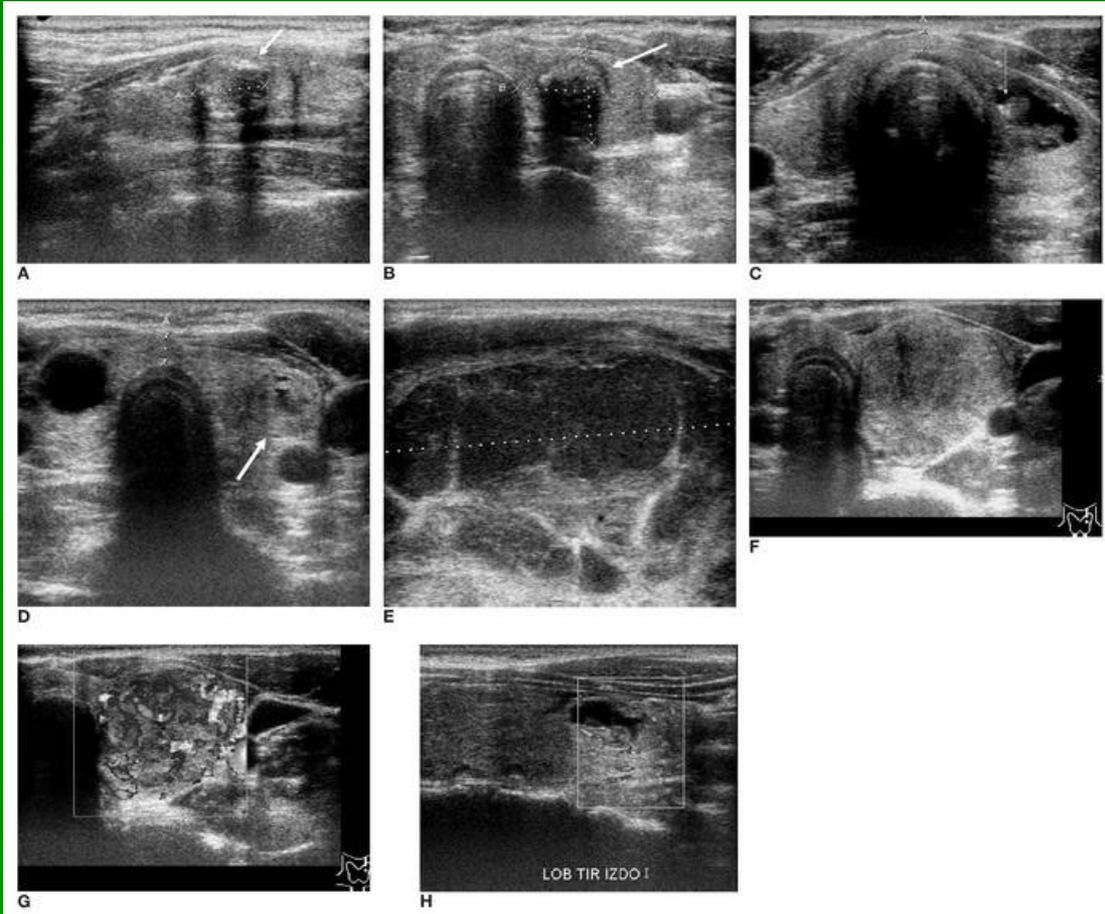
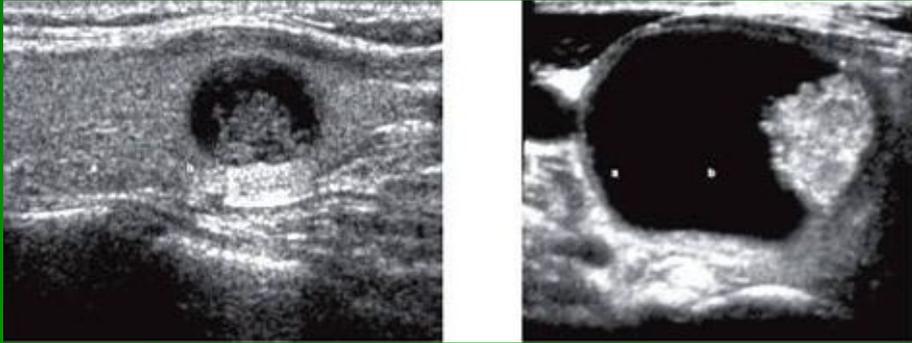
*sencillez de la técnica
molestias mínimas para el paciente
rapidez de información
sin contraindicaciones
costo mínimo*

*El **rendimiento diagnóstico** está dado:*

*representatividad de la muestra
calidad técnica del frotis
experiencia del observador*







Pujadas Z, Ayala LA, León Ponte O, Beloso R, Angarita LH. *Citología Tiroidea: Métodos Complementarios*. Rev. Venez. Cir.

Cesur M, Corapcioglu D, Bulut S, Gursoy A, Yilmaz AE, Erdogan N, et al. *Comparison of palpation- guided fine-needle aspiration biopsy to ultrasound- guided fine-needle aspiration biopsy in the evaluation of thyroid nodules*. *Thyroid* 2006 Jun; 16(6):555-61

Izquierdo R, Arekat MR, Knudson PE, Kartun KF, Khurana K, Kort K, et al. *Comparison of palpation- guided versus ultrasound- guided fine needle aspiration biopsies of thyroid nodules in an outpatient endocrinology practice*. *Endocr Pract*. 2006 Nov-Dec; 12(6):609-14

Cochand-Piollet B, Guillaudeau PJ, Chagnon S et al. *The diagnostic value of Fine Needle aspiration biopsy under ultrasonography in non functional nodule: a prospective study comparing cytologic and histologic finding*. *Am J Med* 1994;97:152-7

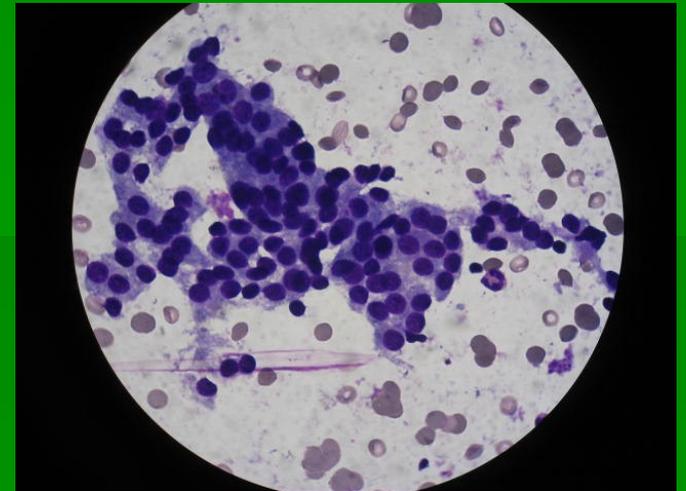
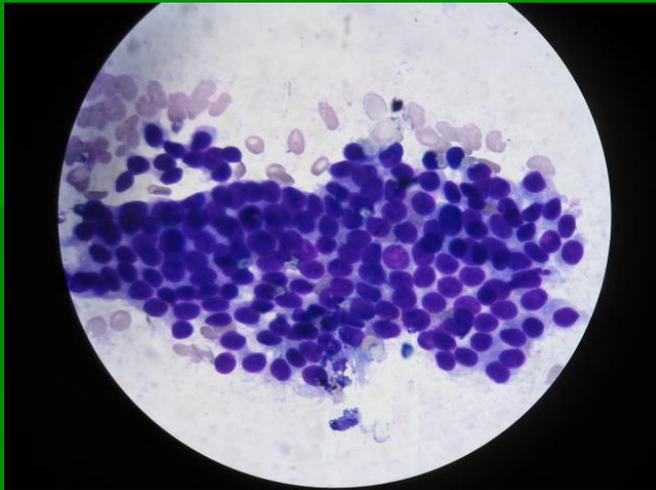
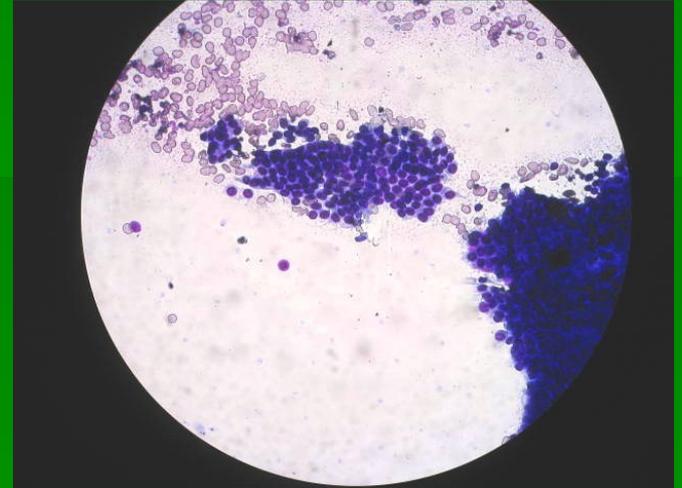
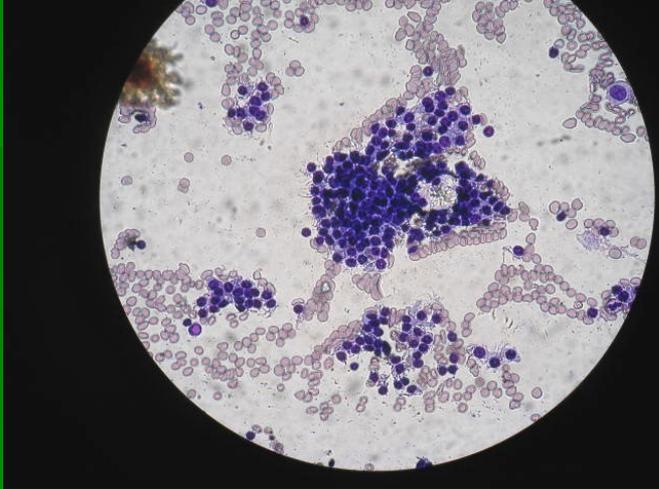
CITOGRAMA DE SIGNIFICADO INCIERTO

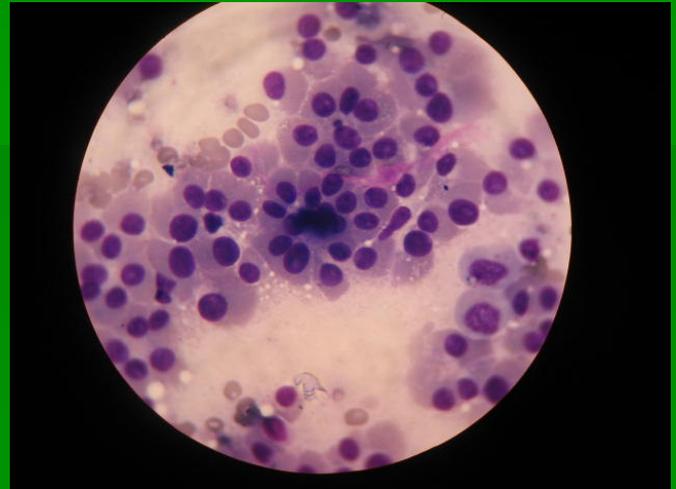
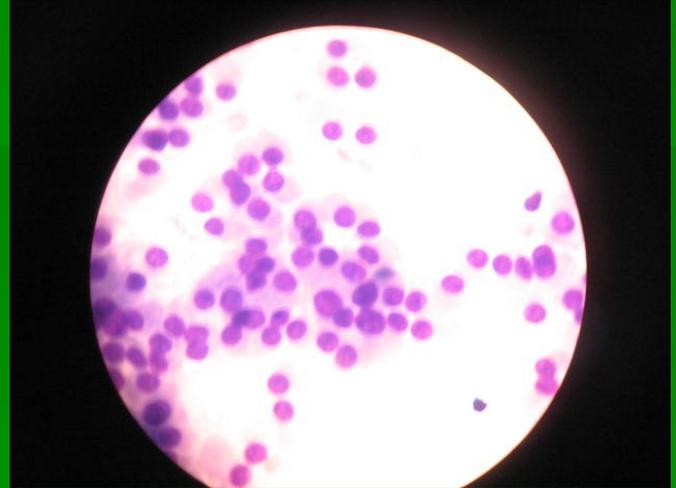
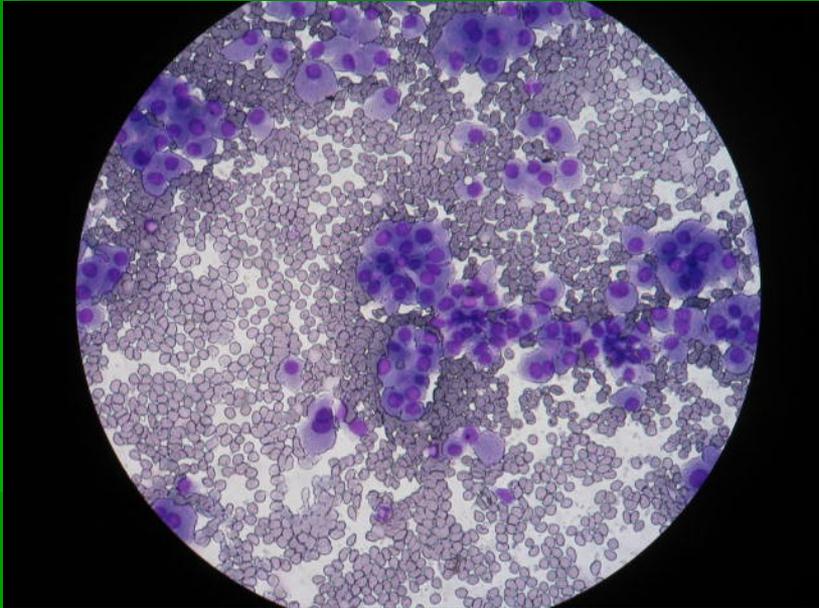
LESIONES FOLICULARES

- Lesiones macrofoliculares .
- Lesiones mixtas (macro y microfoliculares).
- Lesiones microfoliculares .

Las lesiones macrofoliculares y mixtas representan las entidades más frecuentemente halladas en la práctica diaria, teniendo las mismas un bajo grado de **sospecha**, que según algunos autores oscila entre el **7-11%**

Las lesiones microfoliculares o neoplasias foliculares propiamente dichas representan hasta un **17% de carcinoma folicular confirmadas por histología**, o corresponder a una variante folicular del carcinoma papilar de tiroides .





LESIÓN INDETERMINADA O LESION FOLICULAR DE SIGNIFICADO INCIERTO

LESIÓN “INDETERMINADA”: **CONFUSIÓN** PARA CITÓLOGOS, ENDOCRINÓLOGOS Y CIRUJANOS.

SON LESIONES QUE NO PRESENTAN CARACTERÍSTICAS BENIGNAS NI MALIGNAS DEFINIDAS.

LA HETEROGENEIDAD DE ESTA CATEGORÍA NO PERMITE DESCRIBIR TODAS LAS POSIBLES SITUACIONES, PERO ...

VAMOS A VER LAS MAS FRECUENTES.

- *MACRO-MICROFOLÍCULOS , ESCASA CELULARIDAD.*
- *CÉLULAS DE HÜRTHLE Y CÉLULAS MEDIANAS CON ANOMALÍAS Y SIN PREDOMINIO.*
- *NO ES POSIBLE DISTINGUIR LA ATIPÍA DEL ARTEFACTO.*
- *HÜRTHLE CASI EN ESCLUSIVIDAD, ESCASOS LINFOCITOS.*
- *HENDIDURAS NUCLEARES , NUCLEOLOS , ANISOCARIOSIS CONTEXTO DE UNA TIROIDITIS .*
- *ANISOCARIOSIS DEBIDAS AL TTO CON IODO.*
- *HIPERTIROIDISMO.*
- *DEGENERACIÓN QUÍSTICA Y LA HEMORRAGIA EVOLUCIONADA.*
- *INFILTRADO LINFOCITARIO NO EVOLUTIVO.*
- *DENSAMENTE CELULAR.*

ENTRE 3% Y 18% DE LAS PAAF DE TIROIDES SE OBTIENE COMO RESULTADO “ LESIÓN DE SIGNIFICADO INCIERTO”.

EXISTE UN USO DISPAR DE LA TERMINOLOGÍA ENTRE CITÓLOGOS Y ANATOMOPATÓLOGOS .

OBJETIVO ES QUE ESTA CATEGORÍA NO REPRESENTE MAS DEL 7% DE TODAS LAS PAAF.

A MEDIDA QUE MAS PATOLOGOS INFORMEN SOBRE LA EXPERIENCIA CON ESTA CATEGORÍA SERÁ POSIBLE DEFINIR UNA CIFRA CON MAYOR EXACTITUD.

ES TA CATEGORÍA ES DE ÚLTIMO RECURSO Y NO ES APROPIADO UTILIZARLA INDISCRIMINADAMENTE .



Lesión folicular *Patrón folicular*
Lesión de significado incierto



CONDUCTA

- ◇ **PRIMER DIAGNÓSTICO DE “ LESIÓN DE SIGNIFICADO INCIERTO ”**
 - CUADRO CITOLÓGICO
 - CONTEXTO CLÍNICO
 - IMAGENOLÓGICO

- ◇ **REPETIR PAAF TRAS INTERVALO APROPIADO**
 - SOLO 20 A 25% DE LAS REPETICIONES VUELVEN A SER “ LESIÓN DE SIGNIFICADO INCIERTO ”.
 - GENERALMENTE SE OPERAN LOS QUE REPITEN ESTA CATEGORÍA Y QUE CLINICAMENTE O ECOGRÁFICAMENTE SEAN PREOCUPANTES .

- ◇ **DE LOS QUE SE OPERAN EN ESTA CATEGORÍA, 20 A 25% SE CONFIRMAN COMO CANCER POR HISTOLOGÍA.**

- ◇ **SI EXTRAPOLAMOS A TODOS LOS NÓDULOS “ LESIÓN DE SIGNIFICADO INCIERTO ” EL RIESGO DE CANCER 5 A 15% .**

Syed Z. Ali, Edmund S. Cibas. El Sistema Bethesda para informar la citopatología de Tiroides

CLASIFICACIÓN BETHESDA

*The National Cancer Institute (NCI)
Thyroid Fine Needle Aspiration (FNA) State of the
Science Conference.*

Octubre de 2007, Bethesda, Maryland

Baloch ZW, Cibas ES, Clark DP, et al. The National Cancer Institute Thyroid fine needle aspiration state of the science conference: a summation. Cytojournal 2008; 5:6.

Baloch ZW, Li Volsi VA, Asa SL, et al. Diagnostic terminology and morphologic criteria for cytologic diagnosis of thyroid lesions: a synopsis of the NCI. Diagn Cytopathol 2008; 36 (6): 425-37



CLASIFICACIÓN BETHESDA

I) Insatisfactorio / Insuficiente

II) Benigno

III) Lesión de significado incierto o Lesión Folicular de significado incierto

IV) Neoplasia folicular / Neoplasia de Hürthle

V) Sospechoso de malignidad

VI) Maligno



l) Insatisfactorio / Insuficiente

- ◇ Sólo líquido de quiste*
- ◇ Muestra prácticamente acelular*
- ◇ Otros problemas (abundante material hemático, o artefacto por coagulación)*

II) Benigno

- ◇ *Nódulo coloide*
- ◇ *Nodulo quístico- hemorragia evolucionada*
- ◇ *Tiroiditis de Hashimoto*
- ◇ *Tiroiditis aguda / subaguda*
- ◇ *Enfermedad de Graves*
- ◇ *Otros diagnósticos*

IV) Neoplasia folicular / Neoplasia de Hürthle

*Las lesiones microfoliculares o neoplasias foliculares propiamente dichas representan hasta un **17% de carcinoma folicular confirmadas por histología**, o corresponder a una variante folicular del carcinoma papilar de tiroides.*

Las neoplasias de células de Hürthle:

- morfológicamente distintas*
- genéticamente diferentes*

V) Sospechoso de malignidad

- ◇ Probable Ca papilar de tiroides*
- ◇ Probable Ca medular de tiroides*
- ◇ Probable Ca metastásico*
- ◇ Probable linfoma*

VI) Maligno

- ◇ Carcinoma papilar de tiroides*
- ◇ Carcinoma poco diferenciado*
- ◇ Carcinoma medular de tiroides*
- ◇ Carcinoma indiferenciado (anaplásico)*
- ◇ Carcinoma metastásico*
- ◇ Linfoma no Hodgkin*

En el período abril 2010 - agosto 2011 se realizaron 87 punciones tiroideas bajo guía ecográfica de pacientes provenientes de la cátedra de Endocrinología y Metabolismo.

<i>Hallazgos citológicos</i>	<i>N = 87</i>
<i>Insatisfactorio / Insuficiente</i>	<i>4</i>
<i>Tiroiditis de Hashimoto</i>	<i>10</i>
<i>Coloide</i>	<i>24</i>
<i>Quístico</i>	<i>6</i>
<i>Coloide-quístico</i>	<i>17</i>
<i>NQ c/ hemorragia evolucionada</i>	<i>9</i>
<i>Hiperplásico / parenquimatoso</i>	<i>8</i>
<i>Lesión folicular</i>	<i>3</i>
<i>Neoplasia folicular</i>	<i>1</i>
<i>Recidiva de Ca. de Hürthle</i>	<i>1</i>
<i>Ca. Papilar</i>	<i>3</i>
<i>Ca. medular</i>	<i>1</i>

<i>CLASIFICACIÓN BETHESDA</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>1) Insatisfactorio / Insuficiente</i>	<i>4</i>	<i>4,6</i>
<i>2) Benigno</i>	<i>68</i>	<i>78,2</i>
<i>3) Lesión de significado incierto o Lesión Folicular de significado incierto *</i>	<i>9</i>	<i>10,3</i>
<i>4) Neoplasia folicular / Neoplasia de Hürthle</i>	<i>1</i>	<i>1,1</i>
<i>5) Sospechoso de malignidad</i>	<i>2</i>	<i>2,3</i>
<i>6) Maligno</i>	<i>3</i>	<i>3,4</i>
	<i>87</i>	<i>100</i>

** Asignada a aquellas lesiones que no presentan características benignas ni malignas definidas.*

GRACIAS POR TU ATENCIÓN

