

Manejo de los nódulos tiroideos con atipia de significado incierto en nuestro centro

Tamara Laxe Vidal, Pilar Caballero García,
Helena Gómez Herrero, Loreto Ana De Llano Ibisate,
Paul López, Nerea Alberdi

Servicio de Radiología
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

email de correspondencia: tamaralaxevidal@gmail.com

Objetivo

El estudio de los nódulos tiroideos incluye punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada con ecografía del nódulo sospechoso, la cual permite diagnosticar como benignos a la gran mayoría de los nódulos puncionados.

La **clasificación de Bethesda** clasifica en 6 categorías el resultado citológico, según su probabilidad de malignidad, y es la más utilizada hoy en día. La **categoría III, atipia de significado incierto o lesión folicular de significado incierto**, se reserva para aquellas citologías en las que no se puede confirmar benignidad ni descartar malignidad, con una prevalencia de malignidad controvertida.

Actualmente **no hay consenso** acerca del manejo adecuado en estos casos. Algunas asociaciones recomiendan repetir la punción, mientras que otras se inclinan por realizar cirugía directamente.

Con este estudio pretendemos:

1. Determinar el riesgo de malignidad de los nódulos tiroideos clasificados como Bethesda III en nuestro centro
2. Analizar el manejo clínico de los mismos

Material y método

- Se analiza retrospectivamente una muestra de 33 nódulos tiroideos con criterios ecográficos de punción, dirigida con ecografía, realizados en nuestro servicio (entre 2013-2019) que fueron clasificados citológicamente como categoría III del sistema de Bethesda en una primera PAAF.
- Procedemos a revisar el manejo de cada uno de ellos, incluyendo el resultado citológico de la segunda PAAF en los casos en los que se realizó y la correlación con la pieza quirúrgica en los casos intervenidos. En el manejo de los pacientes se tuvo en cuenta a la hora de indicar cirugía la situación clínica del paciente, así como la sospecha de malignidad según las características ecográficas del nódulo según los criterios ATA.
- De forma secundaria, analizamos las variables edad y sexo.

Resultado

La **edad media** de los pacientes puncionados con diagnóstico citológico de grado III de Bethesda fue de 57 ± 14 años. De los 33 pacientes, el 81,8% eran mujeres (27/33).

Se repitió la punción en el 72,7% (24/33) y se realizó cirugía en el 57,6% (19/33), de los cuales al 68,4% (13/19) se les había realizado previamente una segunda PAAF. 6 pacientes se operaron tras la primera punción dada la edad y la alta sospecha de malignidad por criterios ecográficos. En este grupo se encontró malignidad en el 33% (2/6). Por razones clínicas no se realiza una segunda punción ni cirugía en 3 de los 33 pacientes. (Fig. 1)

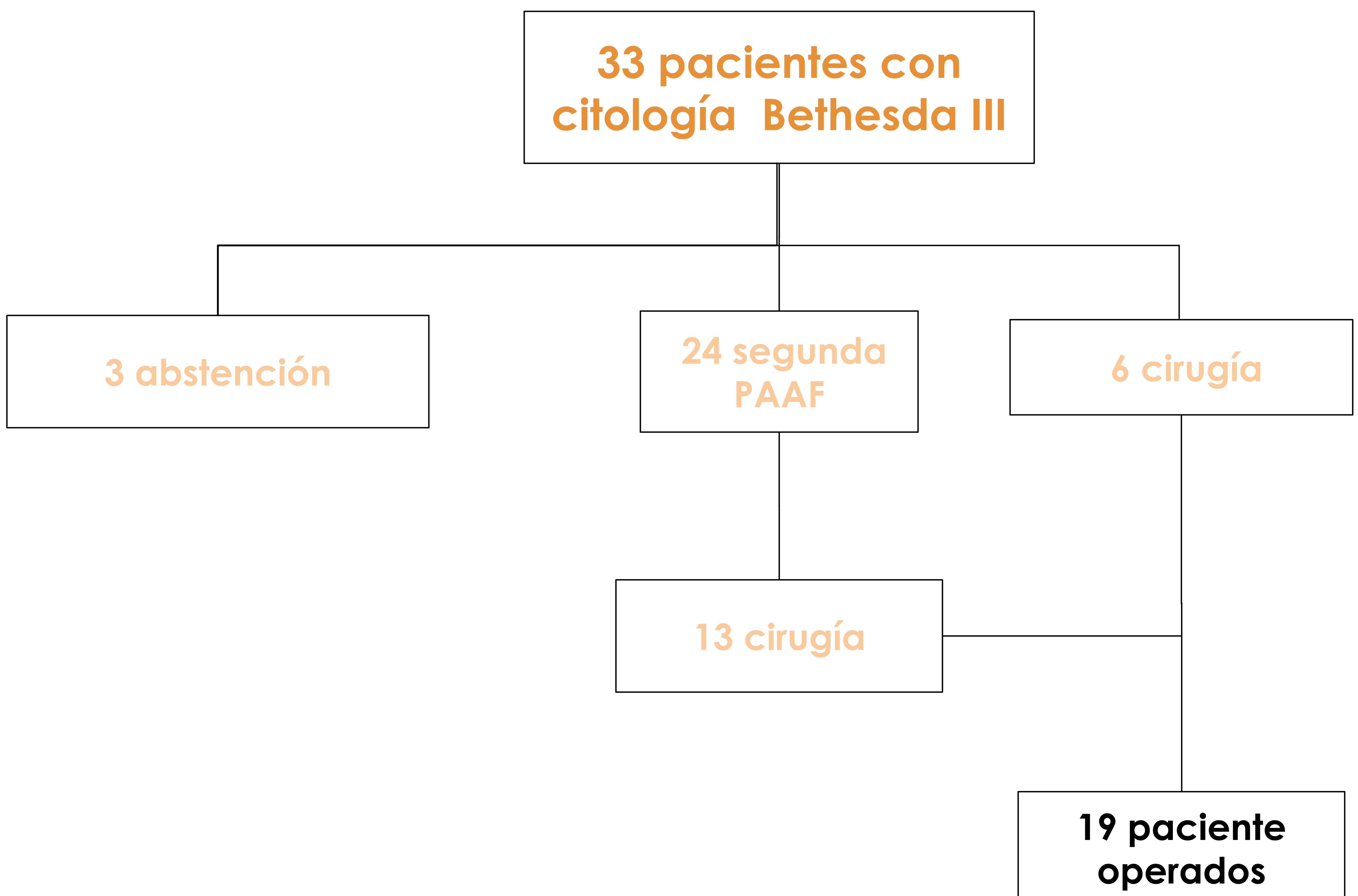


Figura 1. Diagrama de flujo del manejo de los nódulos tiroideos con atipia de significado incierto en nuestro centro.

En los 24 pacientes en los que se realiza una segunda PAAF los resultados según la clasificación de Bethesda fueron los siguientes (Fig. 2): grado I o insuficiente 8,3% (2/24), grado II o benigno 29,2% (7/24), grado III o atipia de significado incierto 41,7% (10/24). A destacar que la concordancia con la primera PAAF de Bethesda III fue solo del 41,7%.

5 de los 24 pacientes (20,8%) presentaron un mayor grado de sospecha citológica en esta segunda punción; de ellos 4/5 fueron grado IV o sospechosos de neoplasia folicular y 1/5 grado V o sospechoso de malignidad. Todos ellos se operaron y la cirugía mostró malignidad en el 40% (2/5).

En los 10 pacientes con resultado de Bethesda III tras una segunda punción se realizó cirugía en 7 y se decidió seguimiento en 3. De los 7 pacientes operados solo 1 de ellos (14%) fue maligno.

Uno de los pacientes con material insuficiente en la segunda punción fue intervenido por criterios clínico-radiológicos, resultando ser maligno.

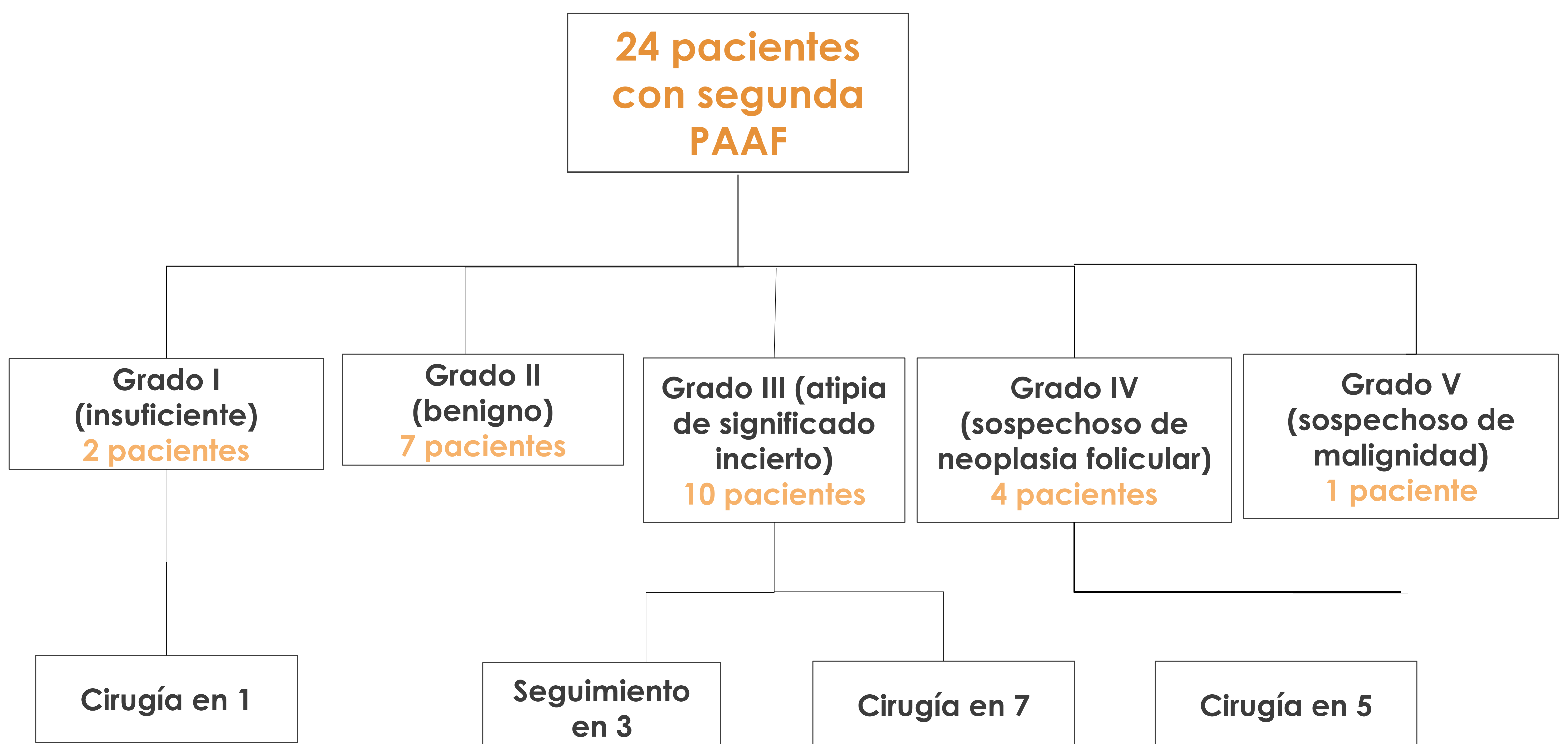


Figura 2. Diagrama de flujo del resultado citológico tras la segunda PAAF y manejo posterior.

El **resultado histológico** de la pieza quirúrgica en los 19 pacientes operados fue (Fig. 3):

1. Benignidad en el 68,4% (13/19), desglosado en un nódulo quístico (1/13), hiperplasia nodular (8/13) y adenoma folicular de células de Hürthle (4/13).

2. Los restantes 6 pacientes, el 31,6% (6/19), fueron diagnosticados de carcinoma papilar 3 y de carcinoma papilar con áreas de patrón folicular otros 3.

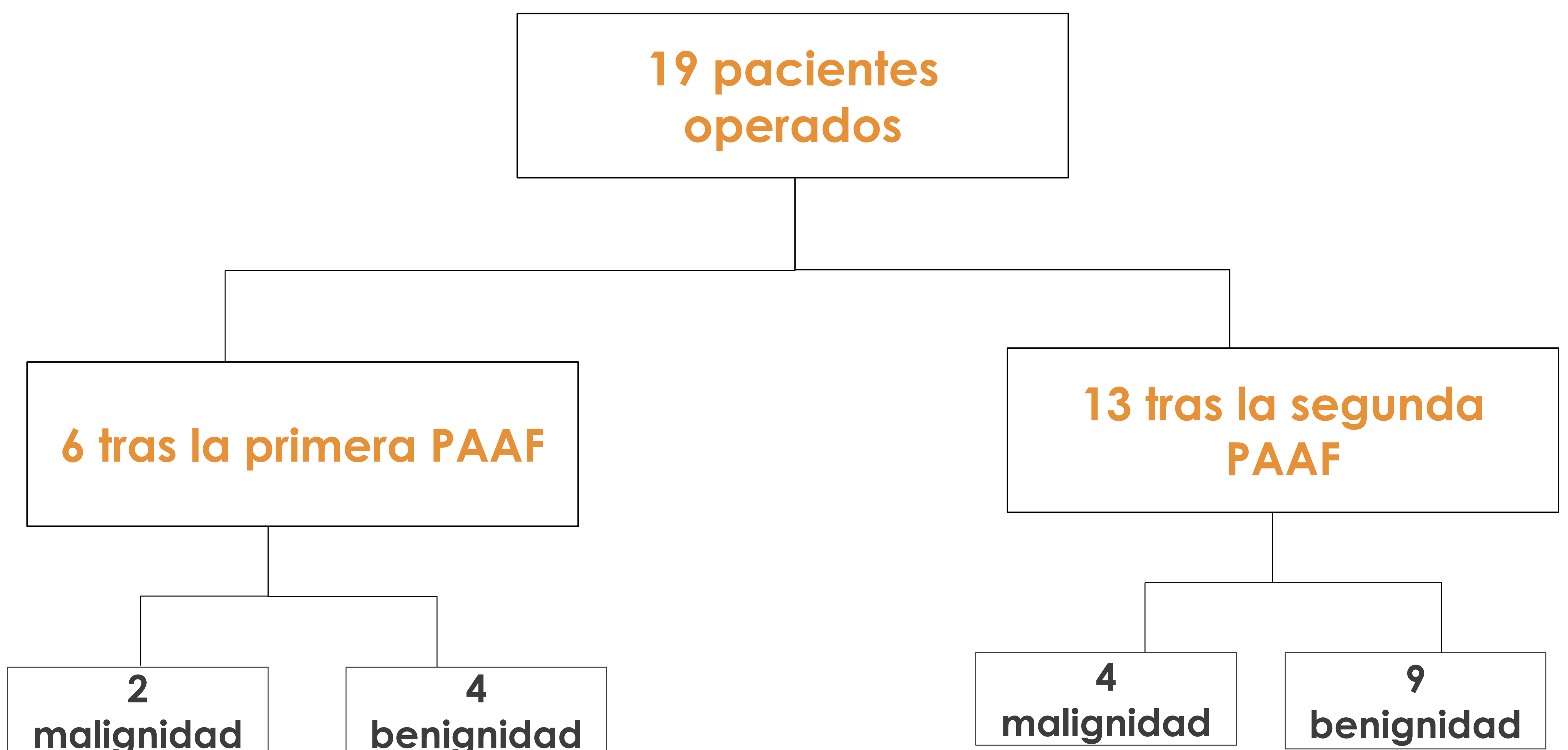


Figura 3. Diagrama de flujo del resultado histológico según malignidad o benignidad en los pacientes operados.

Los 7 nódulos operados **clasificados como III** tras la segunda citología se desglosan en 1 nódulo quístico, 3 hiperplasia nodular, 2 adenoma folicular y 1 carcinoma papilar con áreas de patrón folicular; es decir, se demostró malignidad en el 14,2%. En los diagnosticados como **categoría IV** 1 se trataba de una hiperplasia nodular, 2 adenomas foliculares y 1 carcinoma papilar. El único paciente cuya citología se clasificó como **categoría V** fue diagnosticado de carcinoma papilar.

Por otro lado, el riesgo de malignidad de los nódulos tiroideos teniendo en cuenta las **características ecográficas (clasificación ATA)**, fue de muy bajo riesgo en el 6,2% (2/33), bajo en el 46,9% (15/33), intermedio en el 40,6% (13/33) y alto en el 6,2% (2/33). Para este cálculo se desestimó una punción de la que no se disponía de imágenes ecográficas.

El riesgo de malignidad en el estudio ecográfico de los 5 pacientes diagnosticados de carcinoma fue alto en 2, intermedio en otros 2 y solo en 1 fue bajo.

Ejemplos de nódulos puncionados en el estudio

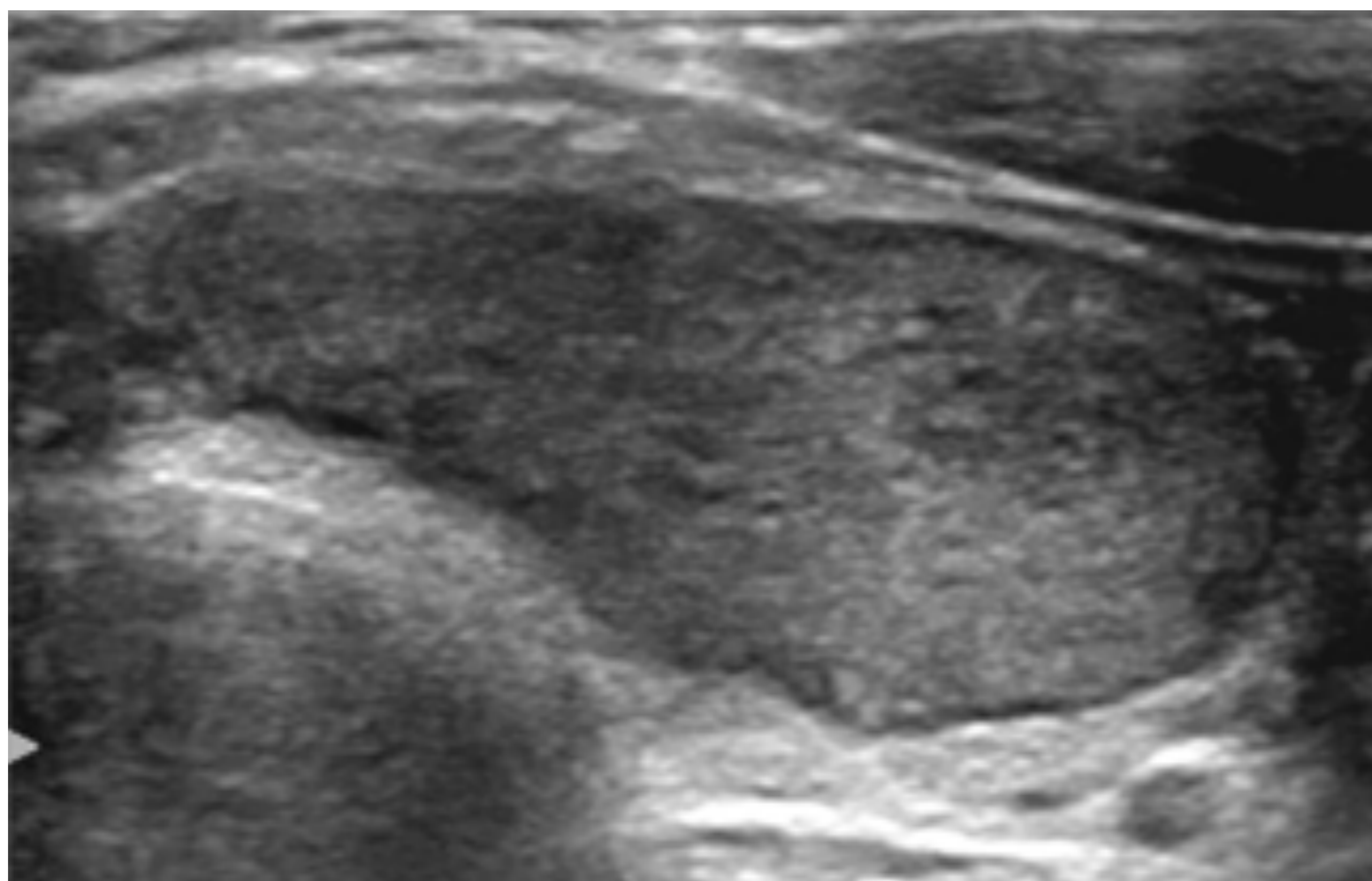


Figura 4. Nódulo de 42 mm en el LTI ligeramente hipoecoico y con halo hipoecoico. Presenta pequeñas áreas quísticas en su interior. Nódulo de sospecha intermedia según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de hiperplasia nodular.

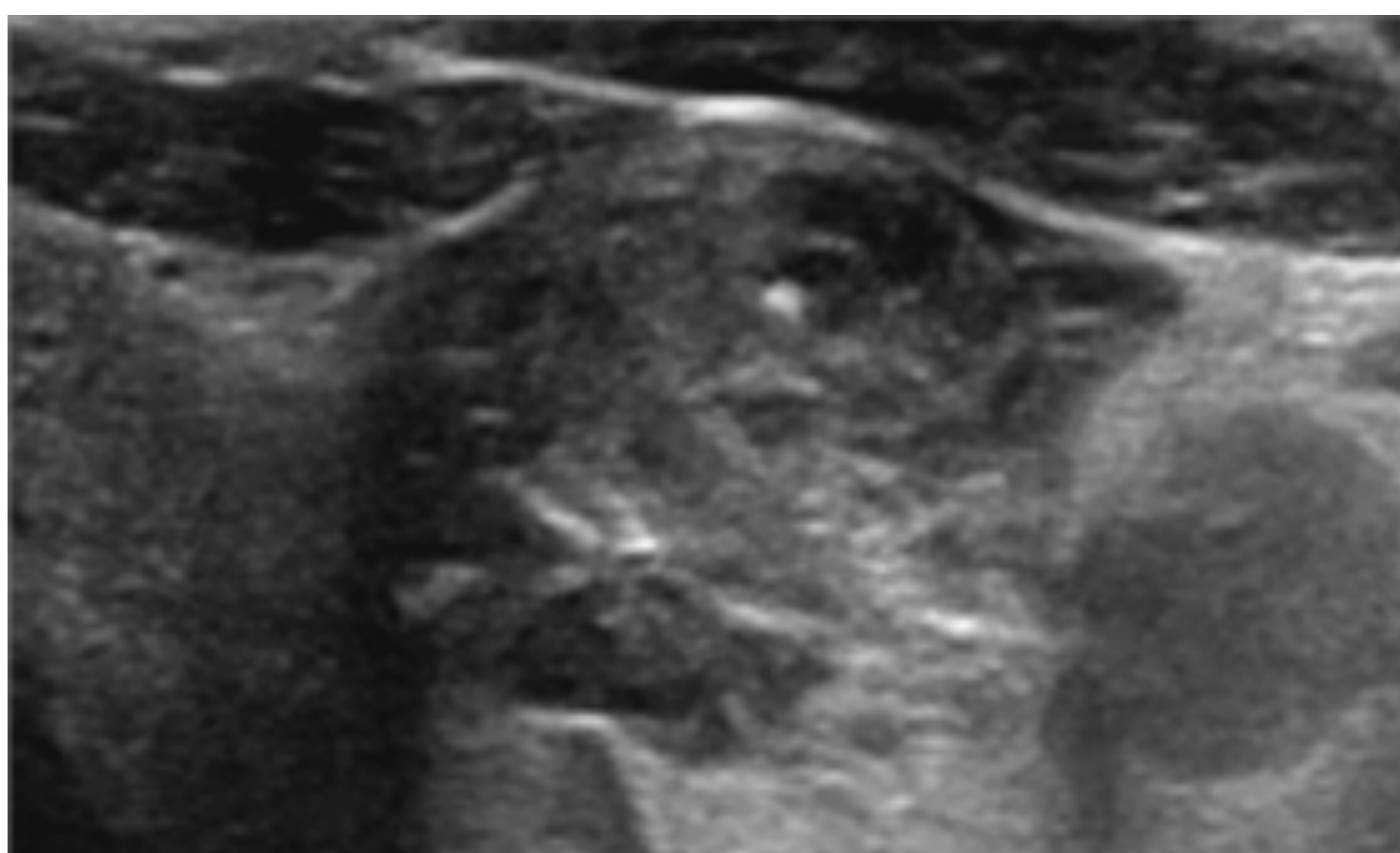


Figura 5. Nódulo de 30 mm en el polo inferior del LTI, isoecoico, con áreas quísticas y material coloide. Nódulo de sospecha baja según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de hiperplasia nodular.

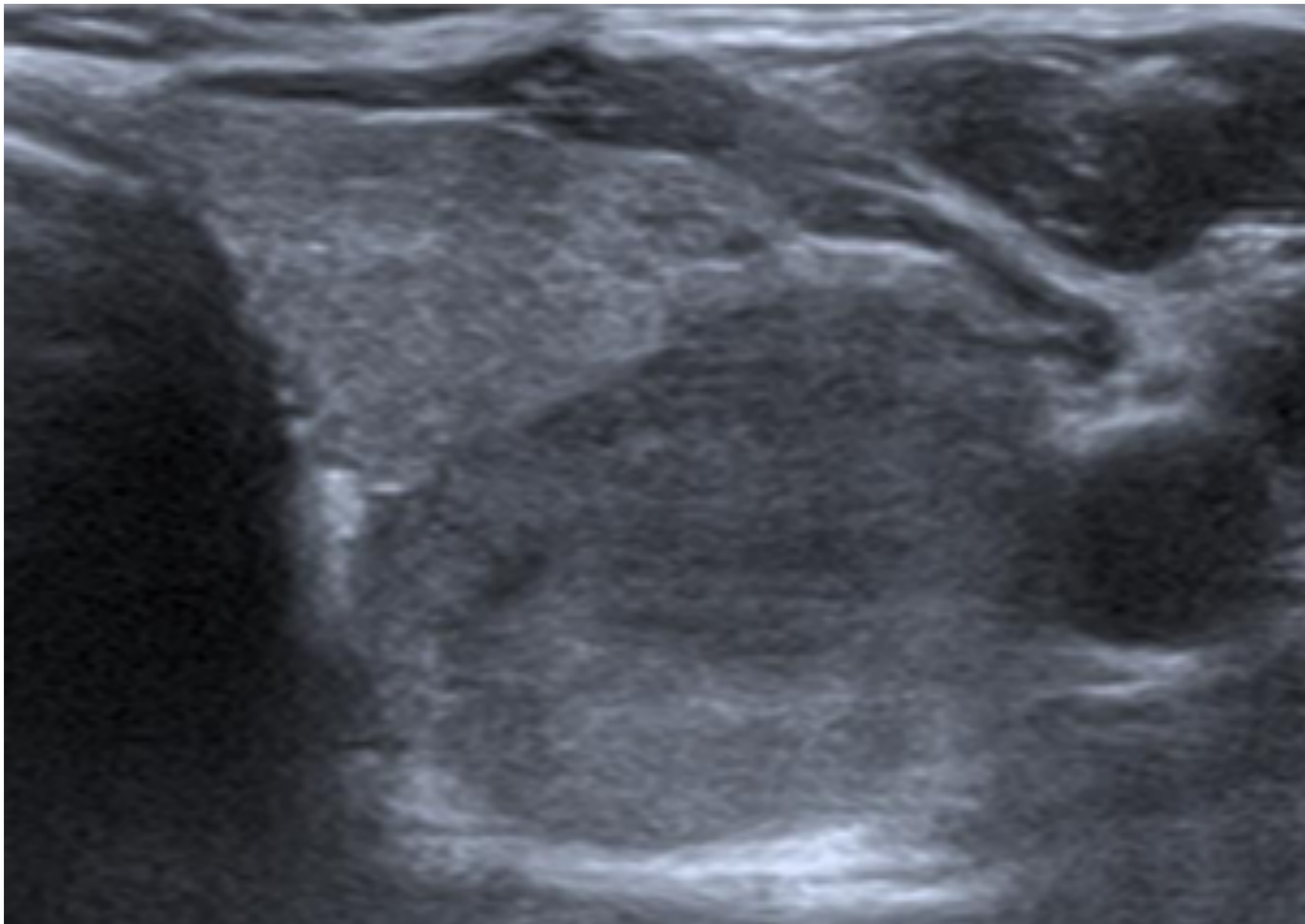


Figura 6. Nódulo de 28 mm en el LTI. Ligeramente hipoecoico y predominantemente sólido, con una zona central quística. Nódulo de sospecha intermedia según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de adenoma folicular de células de Hürtle.

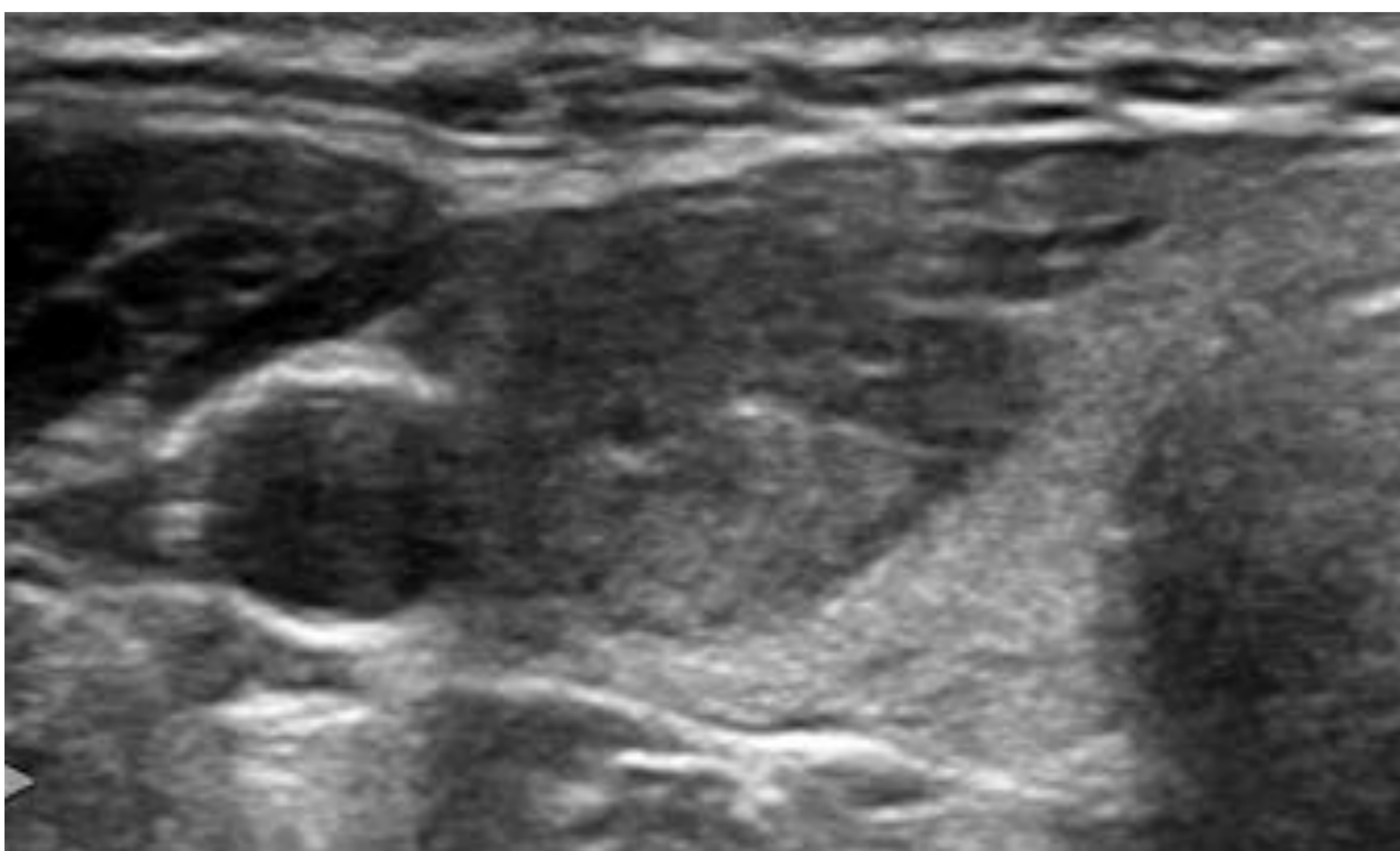


Figura 7. Nódulo de 13 mm en el LTD, ligeramente hipoecoico. Nódulo de sospecha intermedia según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de adenoma folicular de células de Hürtle.

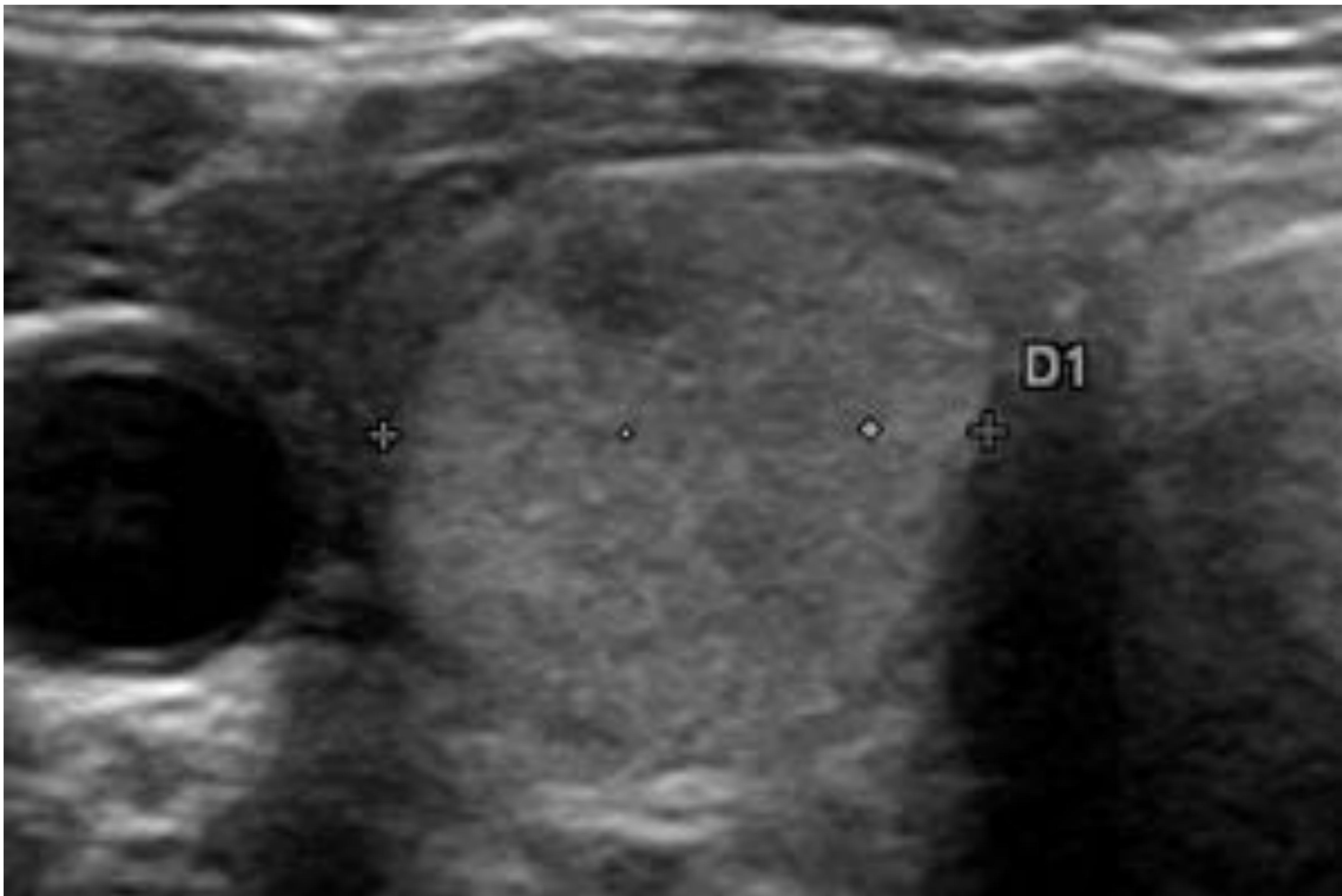


Figura 8. Nódulo de 17 mm en el LTD, isoecoico. Nódulo de baja sospecha según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar con áreas de patrón folicular.

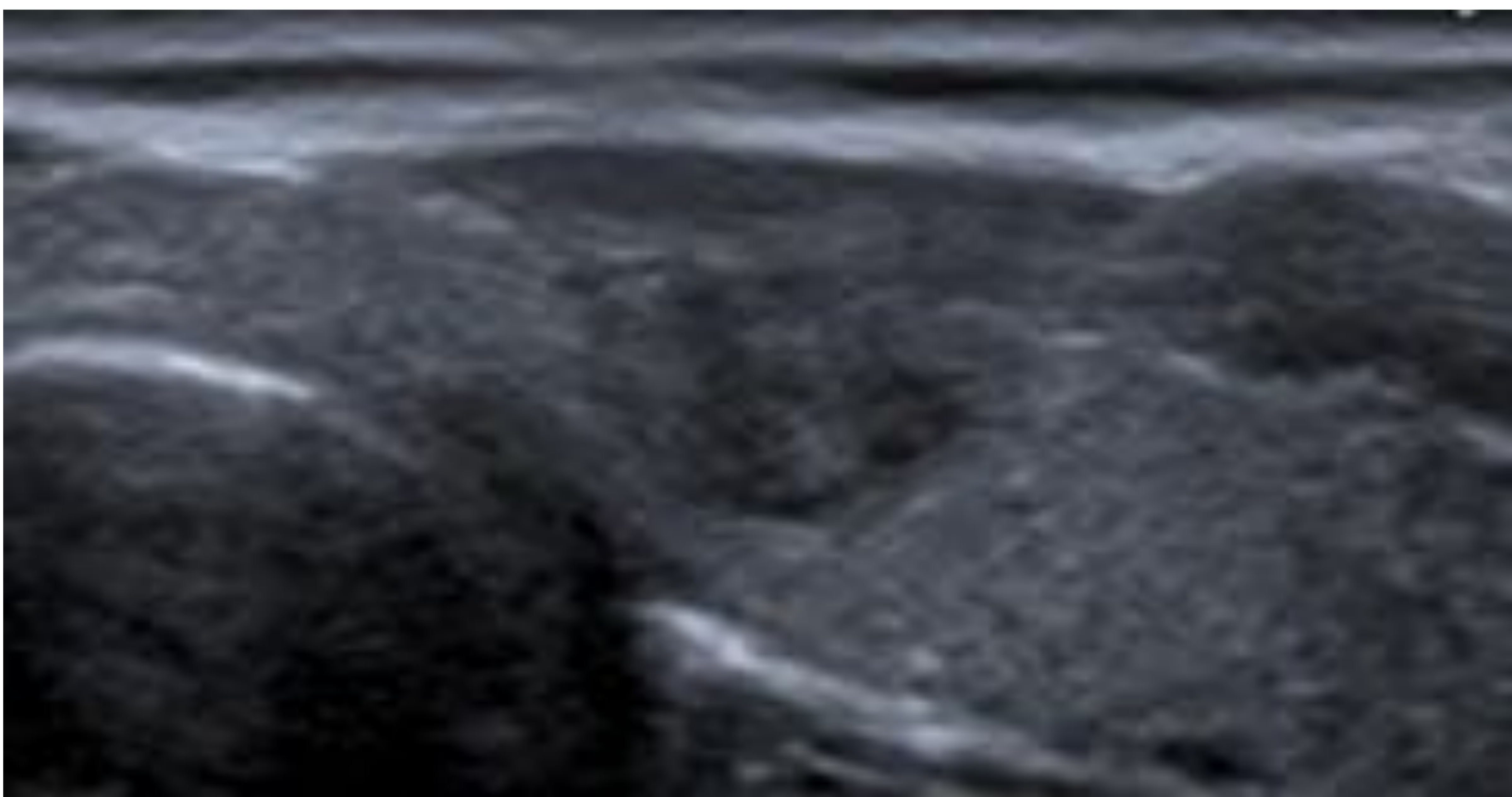


Figura 9. Nódulo hipoecoico de 8 mm en istmo. Nódulo de sospecha intermedia según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de microcarcinoma papilar.

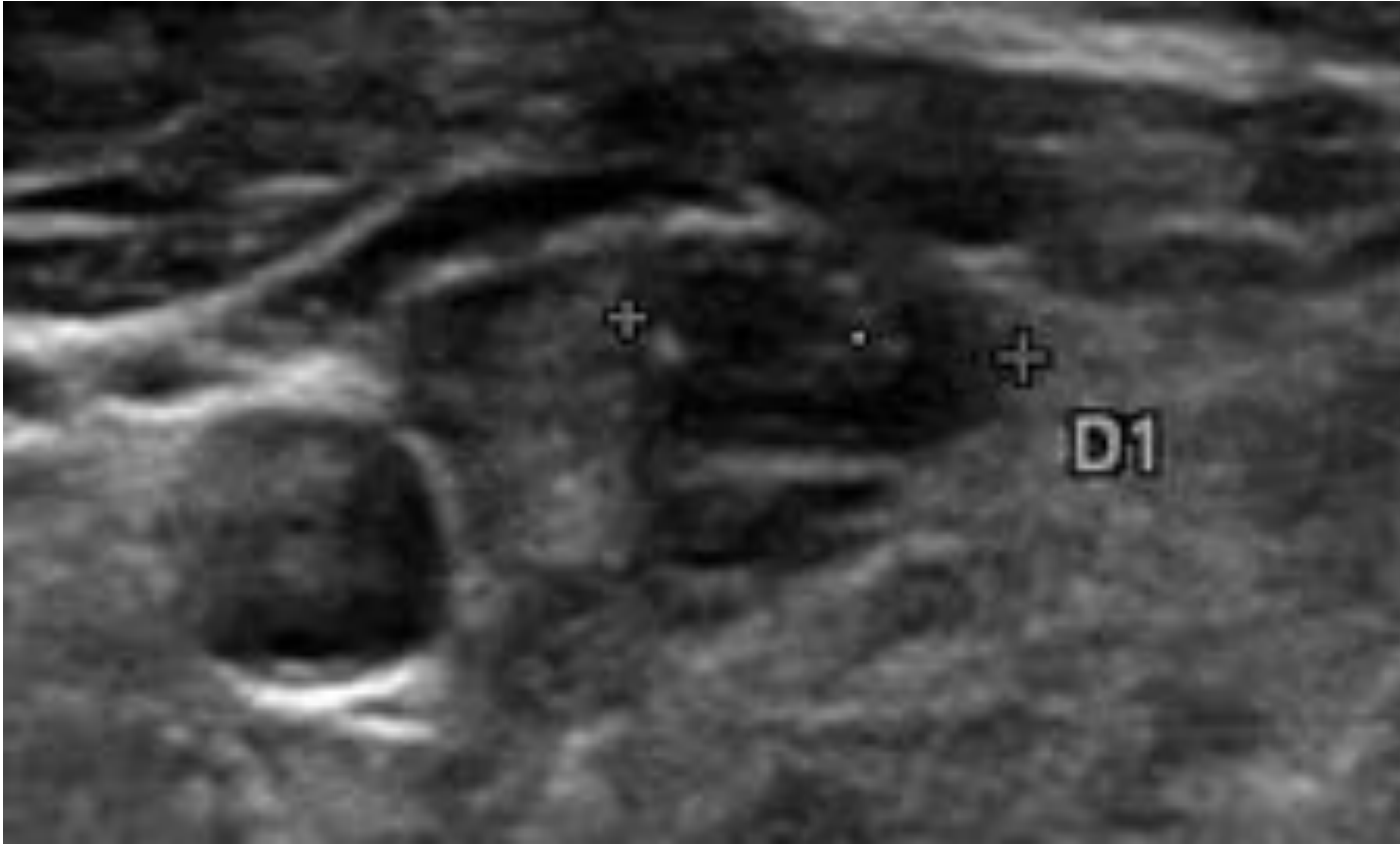


Figura 10. Nódulo de 10 mm en el LTD, hipoecoico, de bordes relativamente mal definidos. Nódulo de sospecha intermedia según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar.

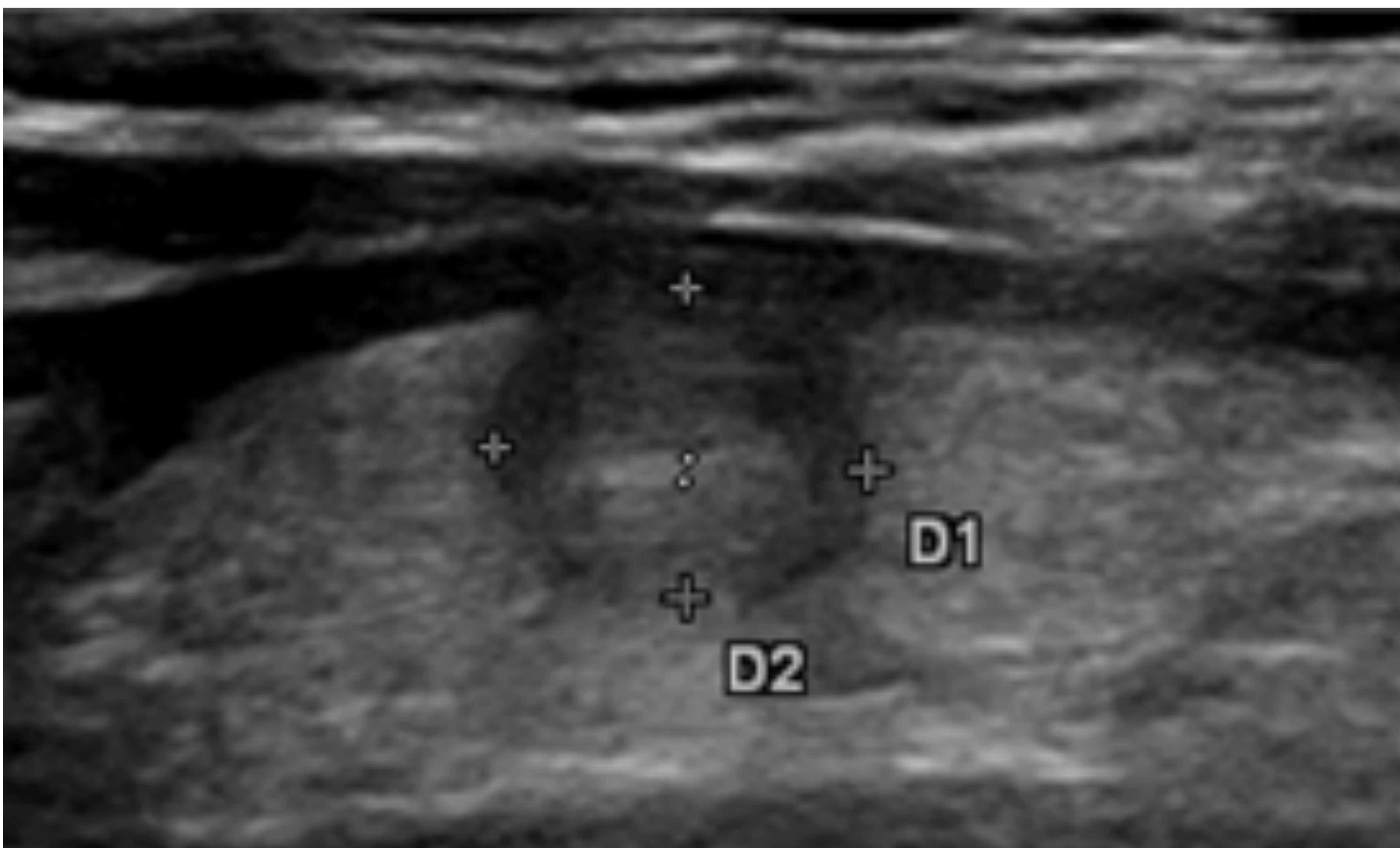


Figura 11. Nódulo hipoecoico de 9 mm en el LTI. Nódulo de sospecha alta según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar.

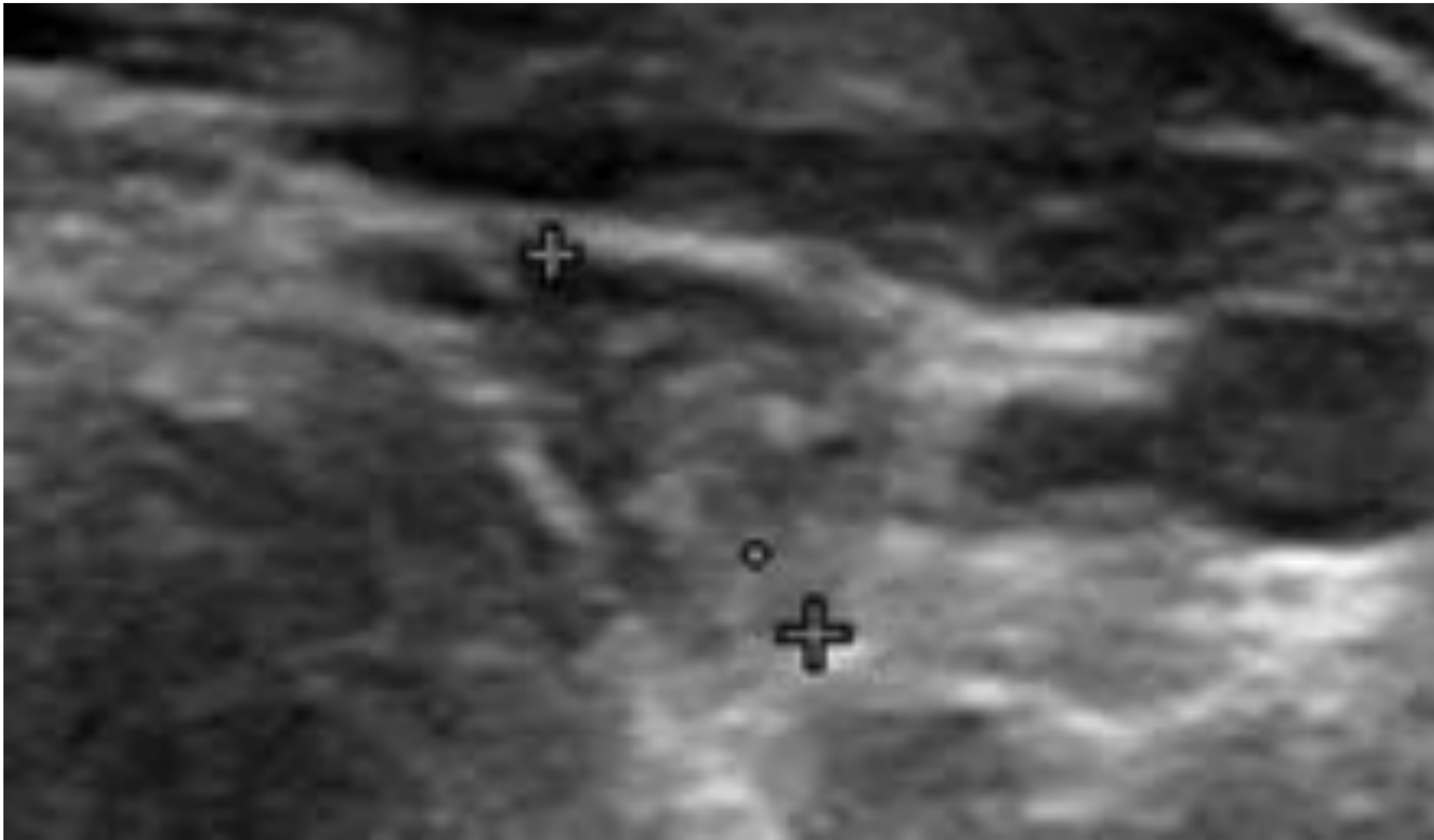


Figura 12. Nódulo hipoeoico de 10 mm en el polo inferior del LTI. Nódulo de sospecha alta según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar con áreas de patrón folicular.

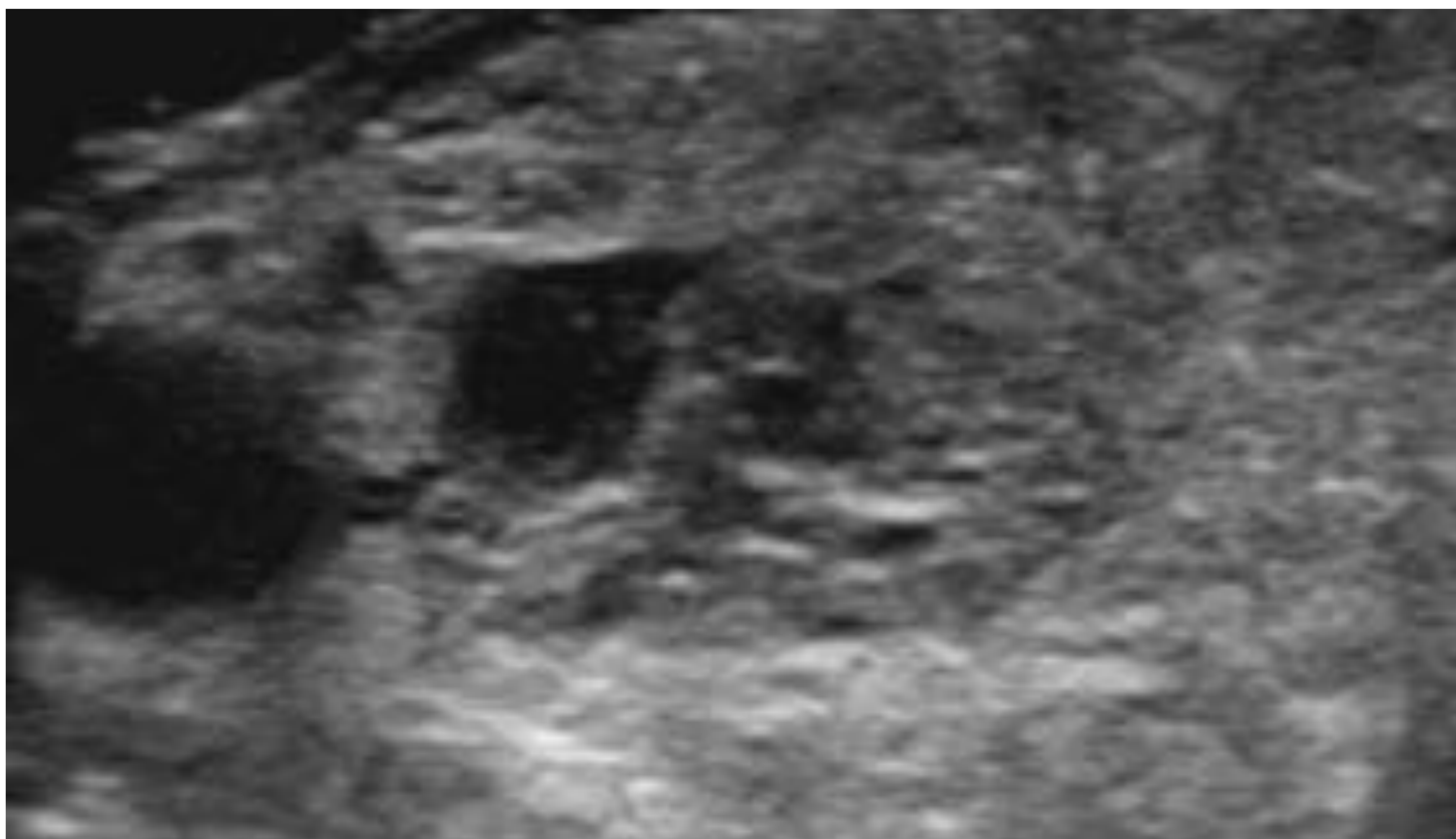
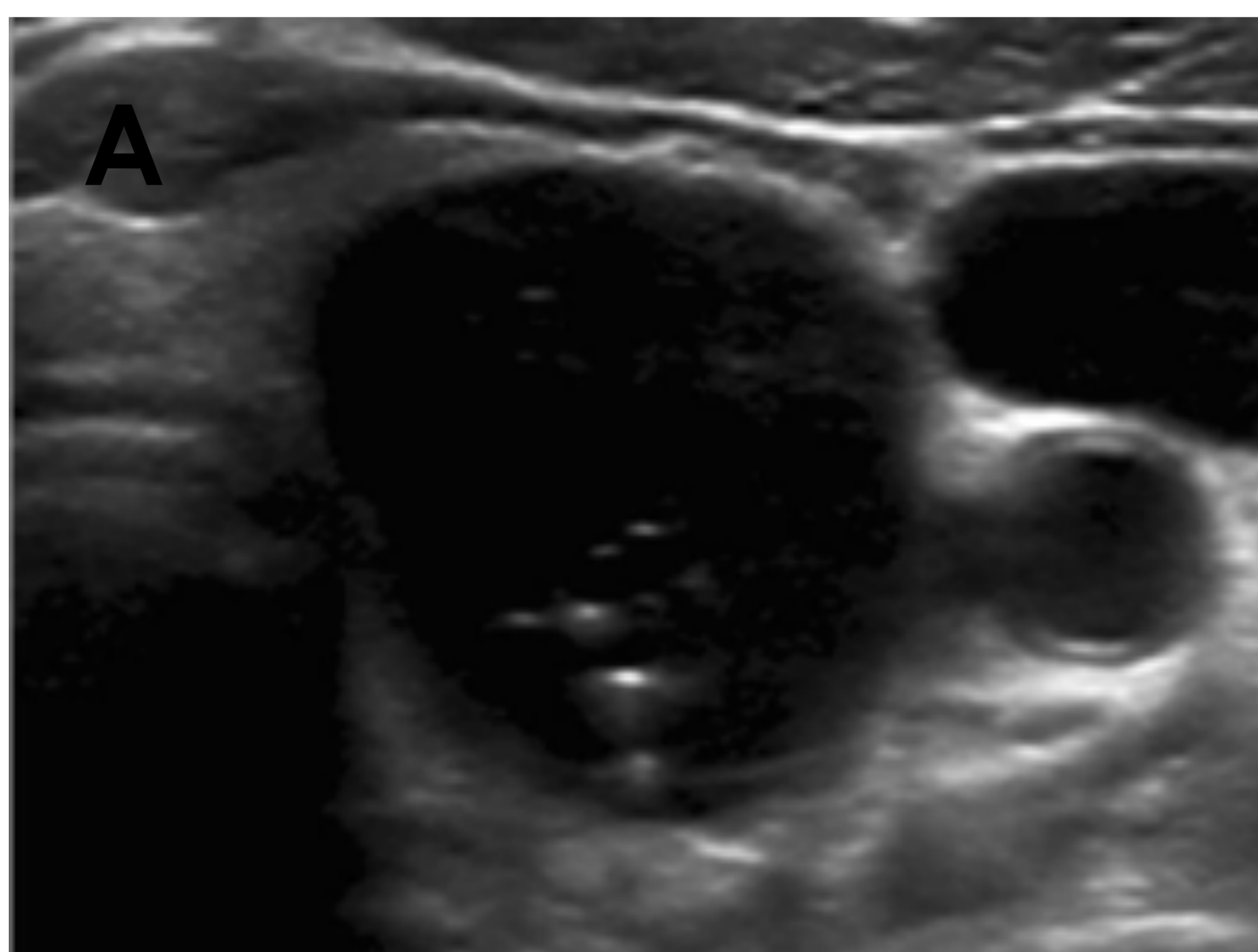
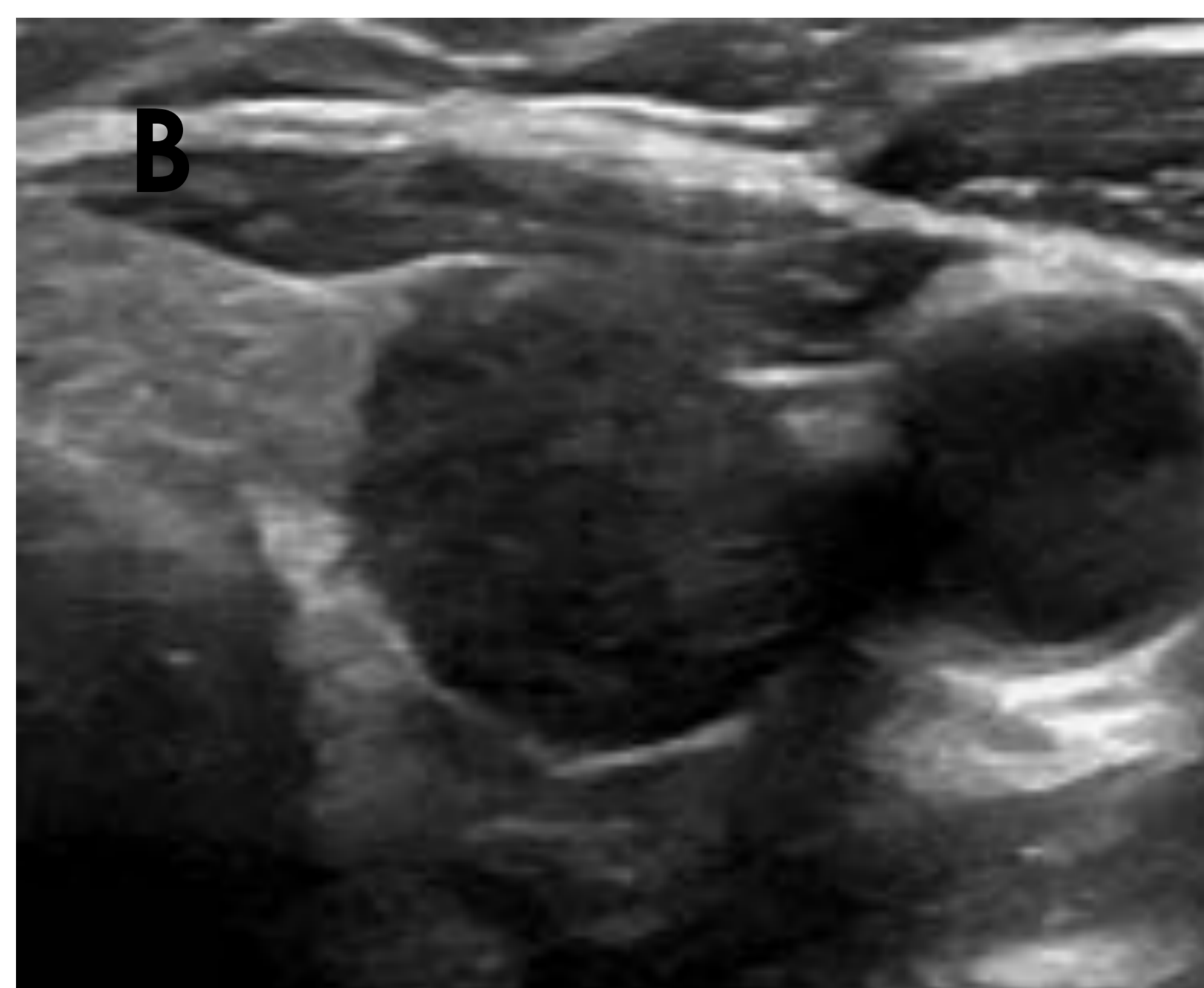


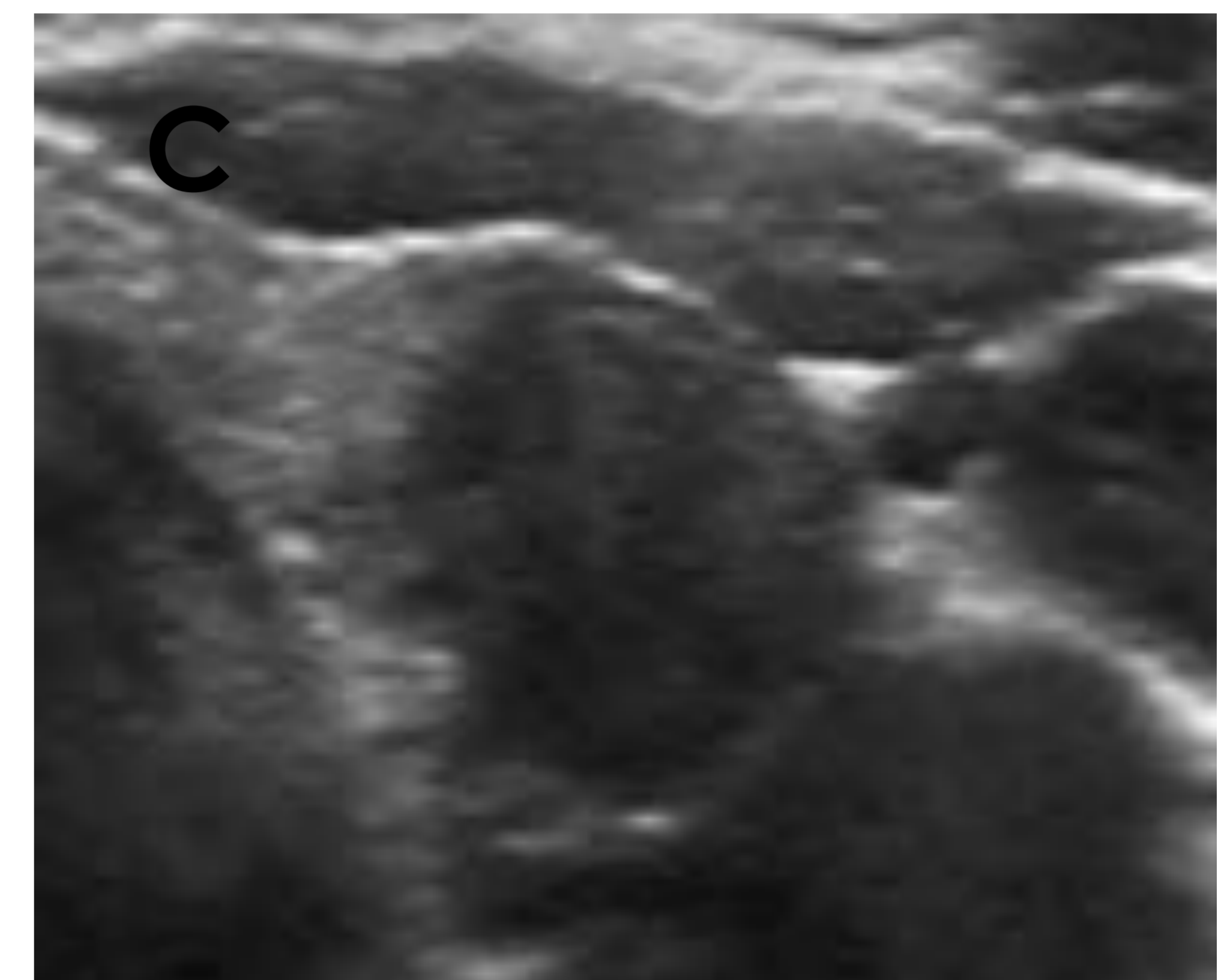
Figura 13. Nódulo de 12 mm en el LTD. Hipoeoico, con áreas internas quísticas. Nódulo de sospecha intermedia según criterios ATA. Diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar con áreas de patrón folicular.



2013



2015



2019

Figura 14. Evolución de nódulo quístico en el LTI. **A.** Nódulo quístico con material coloide flotante de 35 mm. **B.** Mismo nódulo 2 años después de una punción evacuadora, con diagnóstico citológico de nódulo quístico-hemorrágico. Nódulo hipoecoico de 12 mm, con discretas imágenes quísticas internas. Sospecha intermedia según criterios ATA. **C.** Ecografía de control 2 años después, sin cambios significativos. Tras 2 citologías con resultado Bethesda III se realiza hemitiroidectomía izquierda, con diagnóstico histológico de nódulo quístico.

Conclusiones

En nuestro centro el manejo de los pacientes con categoría III del sistema de Bethesda no es uniforme y depende de variables clínicas que no se valoran en este estudio. Se realiza una segunda punción en el 72,7% con el objetivo de disminuir las cirugías sobre lesiones benignas.

La ecografía y la sospecha diagnóstica según criterios ATA se utilizan para seleccionar los nódulos que se puncionan y también se tienen en cuenta a la hora de seleccionar los nódulos en los que no se repite una segunda PAAF, ya que un pequeño grupo de 6 pacientes se operó con una sola citología Bethesda III, y en 2 de ellos se encontró malignidad (33%).

En el grupo en el que se realizó una segunda PAAF observamos que la concordancia de la categoría III con la primera PAAF fue baja, del 41,7%. En este grupo el riesgo de malignidad descendió al 14,2%, mientras que el grupo que se puncionó por segunda vez con resultado citológico grado IV y V tuvo un riesgo de malignidad mayor, del 40%.

Es de reseñar que el seguimiento clínico y ecográfico de los pacientes que no se operan juega un papel importante en esta patología, ya que la cirugía de tiroides no está exenta de morbi-mortalidad.

El riesgo global de malignidad estimado para los pacientes BIII en esta muestra es del 18% (6/33), teniendo en cuenta que la segunda PAAF selecciona los nódulos haciendo más probable que sean malignos.

En los que se hizo segunda punción el riesgo de malignidad es similar a los de la primera punción, del 16% (4/24), pero permite seleccionar mejor a los pacientes que serán tributarios de cirugía.

Referencias

- López Vázquez Y, Penín Álvarez M, San Miguel Fraile P, Barragáns Pérez M. Riesgo de malignidad de los nódulos tiroideos con atipia de significado incierto. *Endocrinol Nutr.* 2015;62(10):507-10.
- Ho AS, Sarti EE, Jain KS, Wang H, Nixon IJ, Shaha AR, et al. Malignancy rate in thyroid nodules classified as Bethesda Category III (AUS/FLUS). *Thyroid.* 2014;24:832-9
- Cibas ES, Ali SZ. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid.* 2009;19:1159-65.