



Nº 855. Conferencia

Patología tiroidea: Protocolo seguido en 20 años e integración de las diferentes clasificaciones de la patología tumoral

Ana M^a Puras Gil^[1], Ana Echegoyen Silanes^[1], Concepción De Miguel Medina^[1], Eduardo Urbiola Marcilla^[1], Elena Almudevar Bercero^[1], Yolanda Laplaza Jimenez^[1], Rosario Redondo^[1], Julia Del Rio^[1]

(1) Hospital Virgen del Camino ESPAÑA

Resumen

Introducción

El muestreo que debe hacerse ante Tumores bien diferenciados del tiroides y la Nomenclatura a aplicar es objeto de debate en la literatura. La Unidad de Patología tiroidea de nuestro Hospital ha hecho un seguimiento de ambos parámetros.

Material y métodos

Se han recogido los casos intervenidos durante 20 años (2431 estudios), a los que se les ha aplicado un Protocolo consensuado y uniforme.

Resultados

Adenoma:353; Carcinoma papilar:358; Carcinoma folicular:110 (12 de ellos oxifílicos); Carcinoma pobremente diferenciado:13; Carcinoma anaplásico:2; Carcinoma medular:21; Linfoma:7. El resto de los estudio corresponden a Tiroiditis e Hiperplasias.

Conclusiones

Tras la revisión de este amplio muestreo, en la Sesiones interdisciplinarias de la Unidad de Patología tiroidea, se ha detectado un elevado número de Carcinomas bien diferenciados, así como dificultades para responder con inmediatez en algunos casos "borderline" y cierto desacuerdo clínico-patológico en cuanto a la trascendencia terapéutica.

1.- Procedimiento de recepción y muestreo.

Recepción de la muestra: Se requiere información clínica, recepción en fresco, fotografía, observación y orientación de la pieza que vendrá marcada de quirófano a nivel del polo superior (el derecho si es tiroidectomía total), sección y valoración de hallazgos e informe intraoperatorio macro y/o microscópico (**fig. 1** y **fig. 2**):

- 1) Ante una hiperplasia uni/multinodular (nódulos traslúcidos, macroscópicamente): Informe intraoperatorio macroscópico y sección parcial para una correcta fijación y para descartar "Carcinoma oculto". Posteriormente: Se incluyen al azar de los nódulos, dibujando una toma de muestra (**fig. 3**).
- 2) Ante una tiroiditis: se valorará la posibilidad de un estudio por congelación, ya que con frecuencia se producen nódulos de color blanquecino, confluentes y duros que pueden simular un tumor maligno; se seccionan los lóbulos para una correcta fijación y posteriormente al informe intraoperatorio se realizará una incluso al azar de ambos lóbulos (**fig. 3** y **fig. 4**).
- 3) Ante un nódulo sólido (sospecha de tumor): Siempre estudio por congelación, seleccionando una zona que incluya la cápsula y el tejido subyacente y el externo a ella y se realizará un informe intraoperatorio (que podrá ser definitivo u orientativo); se pintará con tinta china el borde quirúrgico y se realizará una sección parcial del tiroides para una correcta fijación. Posteriormente, para estudio definitivo realizar secciones múltiples paralelas a la cápsula del nódulo con inclusión total con frecuencia (en cada cápsula se pueden incluir 2 ó 3 secciones de la zona de la cápsula), realizando así un único bloque celular con varias muestras. Se hace toma de muestra del tejido circundante para observar si hay tiroiditis y para realizar una búsqueda de otros nódulos sólidos de menor tamaño. Excepcionalmente técnicas especiales. El diagnóstico se emitirá de forma urgente entre 24 horas y 4 días (**fig. 3** y **fig. 5**). La necesidad de esta diagnóstico urgente, conlleva para los cirujanos una considerable disminución de la morbilidad operatoria. Si no se puede realizar el diagnóstico durante un tiempo inferior a una semana, se diferirá la reintervención si procede hacerla, hasta pasados al menos 3 meses (por indicación del Servicio de Cirugía).

Protocolo de estudio de la pieza quirúrgica (I)

Recepción de la muestra y Proceso inicial

- Información clínica.
- Recepción en fresco. Fotografía.
- Observación y orientación de la pieza, que vendrá marcada de quirófano a nivel del polo superior; el derecho, si es tiroidectomía total.
- Sección – Valoración de hallazgos.
- Informe intraoperatorio macro y/o microscópico.

fig. 1



fig. 2

Protocolo de estudio de la pieza quirúrgica (II)

Hallazgos. Procedimiento a seguir.

- Ante una **Hiperplasia uni / multinodular** (nódulos traslúcidos): Informe intraoperatorio ("ii") macroscópico, y sección parcial para correcta fijación y para descartar "Carcinoma oculto". **Posteriormente**: Inclusión al azar de los nódulos, dibujando la toma de muestras.
- Ante una **Tiroiditis**: ¿Estudio por congelación?, e informe intraoperatorio; sección parcial para correcta fijación. **Posteriormente**: Inclusión al azar de ambos lóbulos.
- Ante un **Nódulo sólido** (sospecha de tumor): Estudio por congelación, seleccionando zona, e informe intraoperatorio (definitivo u orientativo); tintado de bordes y sección parcial.
Posteriormente: Secciones múltiples, paralelas a la cápsula del nódulo, con inclusión total con frecuencia (o, al menos, 2-4 secciones de zona capsular por cm. de diámetro del nódulo) (varias secciones en un bloque de parafina) . Muestra de tejido circundante (¿tiroiditis?, y búsqueda de otros nódulos sólidos). Técnicas(?).



DIAGNÓSTICO URGENTE: 24 horas - 4 días.

fig. 3

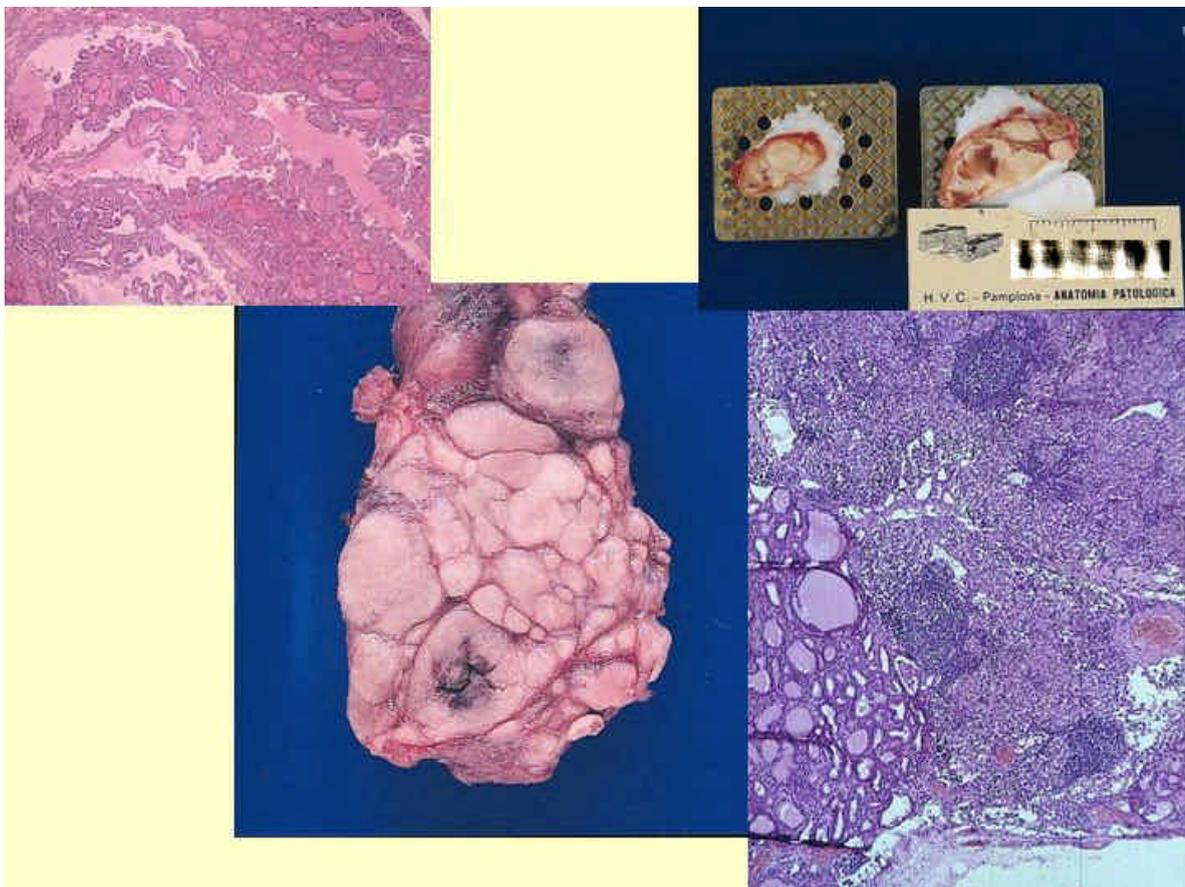


fig. 4



fig. 5

2.- La Biopsia Intraoperatoria: Problemática

La Biopsia Intraoperatoria: Problemática (fig. 6)

- 1) Ante la presencia de nódulos traslúcidos que sugieran lesión hiperplásica, se realizará solamente un informe macroscópico, si no se ven lesiones sólidas.
- 2) Cuando hay un nódulo sólido y se plantea el diagnóstico diferencial entre tumor benigno y tumor maligno bien diferenciado, se hace un estudio intraoperatorio que puede conllevar un diagnóstico definitivo o bien un diagnóstico de sospecha, o un diagnóstico diferido, que deberá confirmarse en el mínimo plazo de tiempo posible. En los casos de Carcinoma papilar variante folicular, puede resultar útil el estudio intraoperatorio de la impronta (fig. 5).
- 3) Ante un diagnóstico concluyente de tumor maligno, en el caso del Carcinoma papilar deberá especificarse el tamaño del tumor y si hay uno o varios nódulos satélites; esto puede conllevar una ampliación de la exéresis o un vaciamiento ganglionar (fig. 7).
- 4) Los tumores pobremente diferenciados y los carcinomas medulares, no suelen plantear problemas en una biopsia intraoperatoria; si puede ocurrir, a veces, en los Linfomas o en los Carcinomas anaplásicos con marcada esclerosis y, macroscópicamente, con algunas tiroiditis que adquieren una disposición nodular; al realizar la congelación quedará confirmado que se trata de acúmulos linfoides.

Protocolo (III): La biopsia intraoperatoria. Problemática.

- Diagnóstico de lesión hiperplásica (*traslúcida*) / tumor (*sólido*). Informe macroscópico, si no se ven lesiones sólidas. **Estudio microscópico e informe**, si hay nódulos sólidos.
- ↓
- Diagnóstico de tumor benigno/maligno. Estudio del tumor y de la cápsula. En tumores foliculares bien diferenciados, difícil. **Puede resultar útil la impronta en Ca. Papilar.**
- ↓
- Diagnóstico del tipo del tumor maligno, tamaño en Ca. Papilar (>1cm). **Puede conllevar: ¿Ampliación de la exéresis? ¿Vaciamiento ganglionar?.**
- Búsqueda de otros focos tumorales malignos, satélites (multicentricidad). **Puede conllevar: ¿Ampliación de la exéresis? (>1 foco) ¿Vaciamiento ganglionar?.**

 (Los tumores pobremente diferenciados, o los Carcinomas Medulares no suelen plantear problemas en una Biopsia intraoperatoria; pueden plantearlos a veces los Linfomas, o los Carcinomas anaplásicos con marcada esclerosis; macroscópicamente, algunas Tiroiditis).



DIAGNÓSTICO DIFERIDO, pero URGENTE, si hay duda.

fig. 6

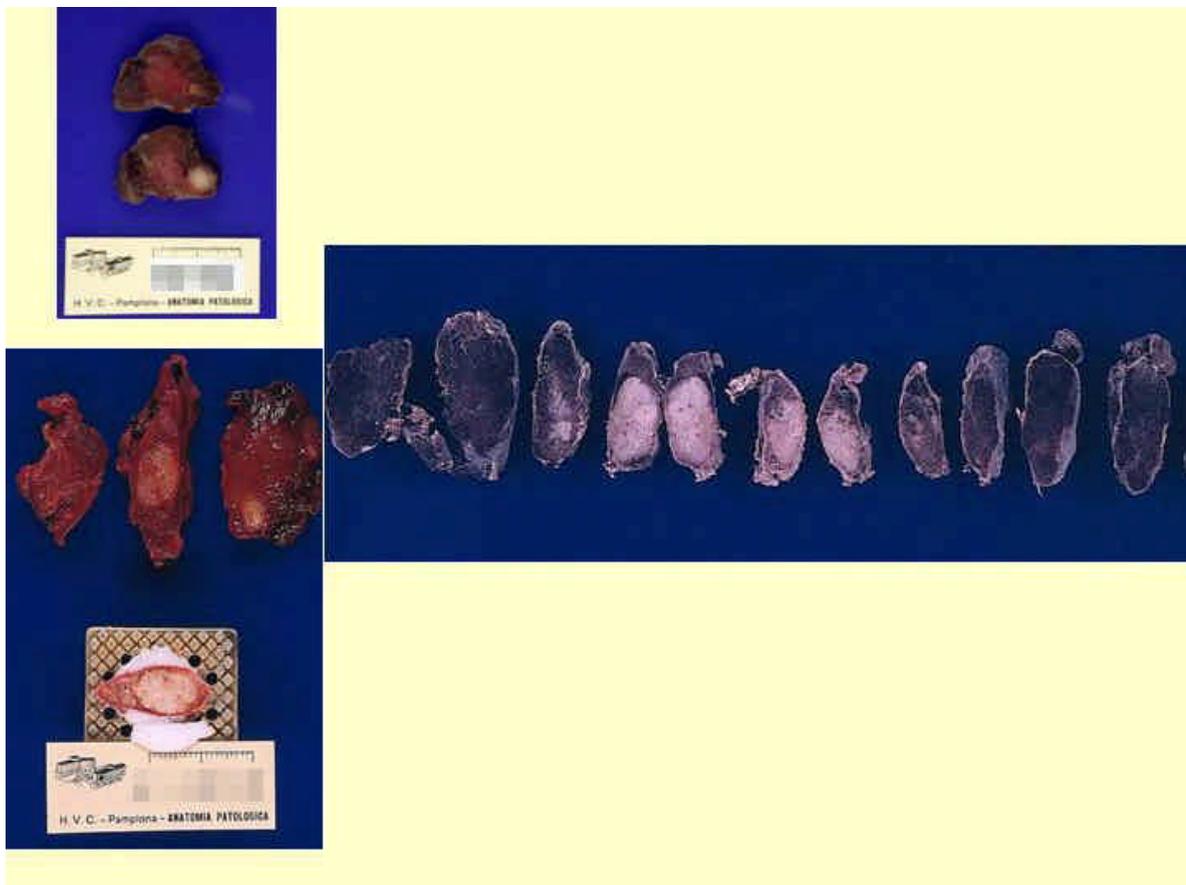


fig. 7

3.- Estudio microscópico y diagnóstico definitivo

3.- Estudio microscópico y diagnóstico definitivo (fig. 8).

- 1) Con una manipulación y muestreo previo meticulosos tendremos menos problemas a la hora de hacer el diagnóstico (fig. 9).
- 2) El problema principal puede ser de diagnóstico y puede ser, también, de nomenclatura (previamente se deberá haber establecido acuerdos en equipo, respecto a nomenclatura y parámetros que se van a incluir en el informe: localización, tipo, subtipo, estadiaje de la pieza quirúrgica, patología acompañante, artefactos, etc.).
- 3) Si es preciso se añadirán notas aclaratorias sobre peculiaridades, dificultad, envío a consulta, etc.

Protocolo (IV) : Estudio microscópico y Diagnóstico definitivo

- Con una **manipulación y muestreo** previos meticulosos, menos problemas.
- El problema principal puede ser de **diagnóstico** y/o de **nomenclatura**.

(Previamente, se deberán haber establecido acuerdos en equipo, respecto a nomenclatura y parámetros que se van a incluir en el informe: localización, tipo, subtipo, estadiaje de la pieza quirúrgica, patología acompañante (tiroiditis...), artefactos...).

- Si es preciso, se añadirán notas aclaratorias, sobre peculiaridades, dificultad, envío a consulta, etc.



Emisión urgente del diagnóstico en 24 horas - 4 días.

fig. 8

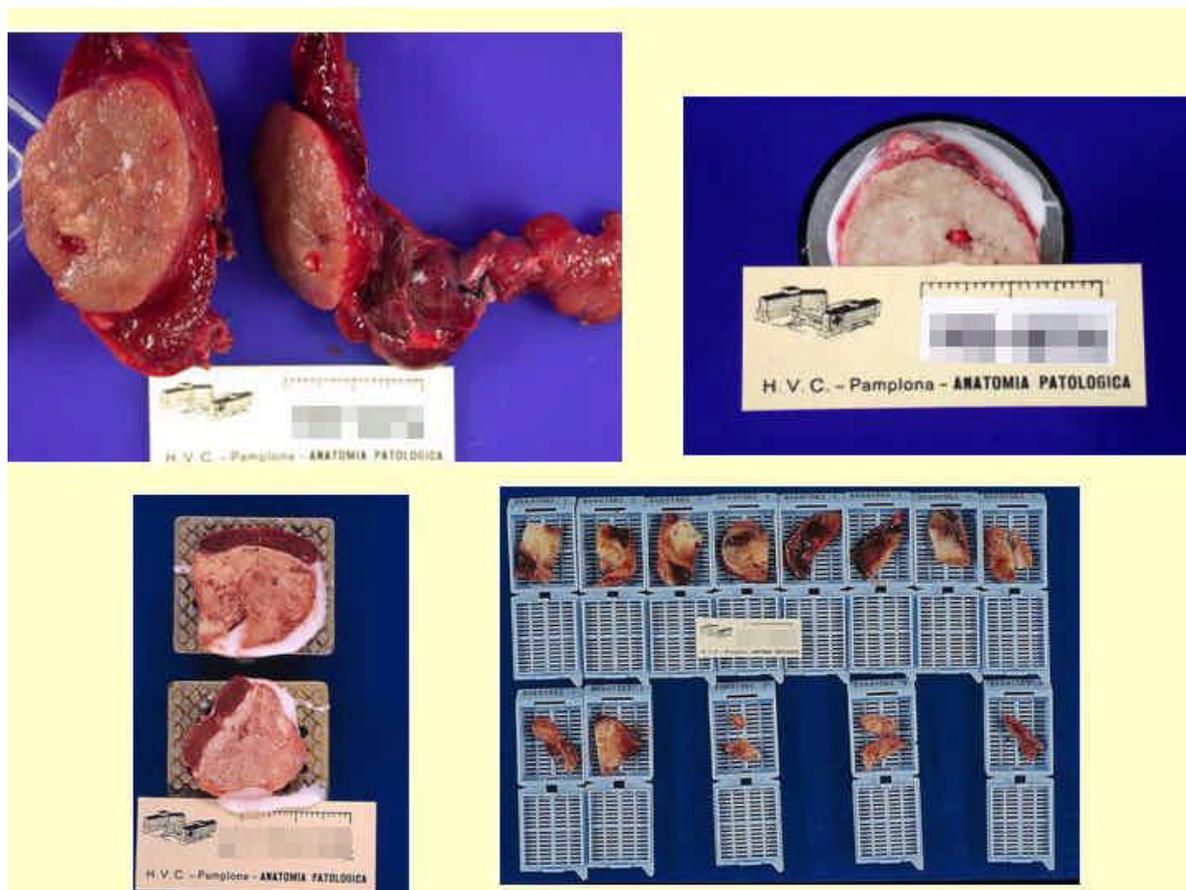


fig. 9

4.- Cambios morfológicos y/o artefactos que pueden inducir a error

4.- Cambios morfológicos y/o artefactos que pueden inducir a error (en tumores bien diferenciados) (fig. 10)

- 1) Lesiones post-punción (PAAF): Hemorragia intratumoral, subcapsular, fibrosis, quistificación, imágenes de pseudoinvasión, etc.
 - 2) Fijación incorrecta: Inclusiones intranucleares, núcleos "aclarados", etc.
 - 3) Isquemia, a veces también atribuible a PAAF: Núcleos aclarados, picnosis y eosinofilia citoplasmática, etc.
- En casos de duda es imprescindible el extenso muestreo de la cápsula casi la inclusión en su totalidad.

Cambios morfológicos y/o Artefactos que pueden inducir a error
(En Tumores bien diferenciados)

- - Lesiones post-punción (PAAF): Hemorragia intratumoral, o subcapsular, fibrosis, quistificación, ... (*imágenes de pseudoinvasión*).
- - Fijación incorrecta: inclusiones intranucleares, núcleos "aclarados" ...
- - Isquemia, a veces también atribuible a PAAF: núcleos "aclarados", picnosis, eosinofilia citoplasmática, ...

(En lesiones bien diferenciadas, se puede plantear el D.D. entre Hiperplasia y Carcinoma folicular bien diferenciado. Imprescindible **extenso muestreo** de la cápsula).

fig. 10

5.- Nomenclatura de la Patología tiroidea tumoral.

Respecto al uso de determinada Nomenclatura hay que tener en cuenta lo que dijo Masson en Human Tumor (1970): *"Ninguna clasificación es más difícil de hacer que la de los epitelomas tiroideos. Su pleomorfismo es casi la norma; muy pocos se adaptan a una clasificación precisa". "De todos los cánceres, los epitelomas tiroideos son los que dan, quizás, la más grande lección de humildad a los Patólogos... muchos de los cuales están de acuerdo conmigo en que nunca puede darse un pronóstico de un tumor epitelial tiroideo sin reservas"*.

La Unidad de Patología tiroidea, una unidad interdisciplinaria en la que participan Endocrinólogos, Radiólogos, Cirujanos, especialistas en Medicina Nuclear y Patólogos, establecida en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona desde el año 1987 ha seguido, en general, la Clasificación y Nomenclatura de la OMS, aplicando también la Nomenclatura del Dr. Rosai, en sus libros de A.F.I.P. y de Patología quirúrgica; también hemos aplicado, en ocasiones, terminología de las publicaciones de otros expertos en Patología tiroidea, ya que con frecuencia hay discrepancias entre los autores en la denominación de las lesiones bien diferenciadas en este tipo de patología.

6.- Nuestra experiencia y 7. Conclusiones

6.- Nuestra experiencia.

Se han recogido los casos intervenidos durante 20 años (2431 estudios), a los que se les ha aplicado un Protocolo uniforme y consensado por la Unidad de Patología tiroidea. Los resultados obtenidos han sido los siguientes: Adenoma: 353; Carcinoma papilar: 358; Carcinoma folicular: 110; Carcinoma pobremente diferenciado: 13; Carcinoma anaplásico: 2; Carcinoma medular: 21; Linfoma: 7. El resto de los estudio corresponden a Tiroiditis e Hiperplasias.

7.- Conclusiones

En base a lo anteriormente expuesto podemos concluir que la patología quirúrgica que se suele recoger a través de una Unidad interdisciplinaria que sigue una trayectoria y un protocolo marcado hacia el paciente, es mucho más dificultosa para el patólogo en general, y más beneficiosa para el paciente, al incrementarse la presencia de tumores bien diferenciados o "Border-line" (de pronóstico incierto), y al restringirse las indicaciones de tiroidectomía por patología que deja de ser quirúrgica y que es clínicamente controlada en gran numero de casos.

