



REVISIÓN

Diferencias y controversias entre el reporte de patología y la interpretación clínica en patología tiroidea. II PARTE: Aspectos patológicos y métodos diagnósticos con impacto terapéutico



Alfredo Ernesto Romero^{a,*}, Rafael Parra Medina^b, Sandra Isabel Chinchilla Olaya^a,
Amelia de los Reyes Victoria^c y Augusto Llamas Olier^c

^a Grupo Patología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

^b Grupo de Patología y epidemiología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D. C., Colombia

^c Grupo Medicina Nuclear, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

Recibido el 19 de julio de 2016; aceptado el 19 de diciembre de 2016

Disponible en Internet el 9 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Tiroides;
Biopsia con aguja;
Secciones por
congelación;
Inmunohistoquímica;
Tomografía por
emisión de positro-
nes/tomografía
computarizada

KEYWORDS

Thyroid;
Aspiration Biopsy
Fine-Needle;
Frozen section;

Resumen Como revisamos en la primera parte¹ hay algunos conceptos que deben ser considerados para el adecuado manejo médico por parte del equipo clínico que recibe el reporte de patología, de esta misma manera existen aspectos por parte del patólogo que este debe conocer, los cuales tienen impacto terapéutico.

En esta segunda parte queremos revisar algunos conceptos que son de importancia por parte del patólogo que aplican directamente sobre la interpretación del clínico, como: procesamiento macroscópico; estudio de la citología por aspiración con aguja fina (FNA) vs. biopsia trucut, utilidad de la biopsia por congelación y de la inmunohistoquímica, así como los métodos e imágenes diagnósticas.

© 2017 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Thyroid diseases: Differences and controversies between the pathology report and clinical interpretation. PART II: Pathological aspects and diagnostic methods with therapeutic impact

Abstract As was reviewed in the first part, there are some concepts that should be considered for the appropriate medical management by the medical team that receives the pathology

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aerromero@gmail.com (A.E. Romero).

Immunohistochemistry;
Positron emission
tomo-
graphy/computed
tomography

report. Similarly, there are some aspects that the pathologist should know, such as those that can have therapeutic impact.

In this second part, a short review is presented on some of the concepts that are of importance to the pathologist that apply directly to the interpretation by the clinician, such as the macroscopic processing, the cytology study of the fine-needle aspirate (FNA) vs. "tru-cut" biopsy, the usefulness of the frozen biopsy, and immunohistochemistry, as well as diagnostic methods and diagnostic images.

© 2017 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El aumento de la incidencia de cáncer de tiroides ha hecho que el patólogo tenga mayor comprensión de la importancia de realizar el diagnóstico histopatológico de forma clara de modo que pueda ser contributivo para el clínico en sus decisiones terapéuticas. Sin embargo, a pesar de su relativa baja complejidad diagnóstica las lesiones tiroideas en ocasiones son evaluadas de una forma no muy profunda, probablemente debido al desconocimiento de su verdadero impacto en la evolución de la enfermedad.

De hecho, en el centro de referencia nacional de cáncer de Colombia, frecuentemente vemos que los reportes de patología enviados para revisión o segundo concepto, muestran dificultades o falencias en algunos conceptos que aparentemente son claros en los textos básicos de histopatología y que tienen implicaciones en el diagnóstico y el pronóstico del paciente. Considerando lo anterior, el objetivo de esta segunda parte es revisar los temas que son de importancia por parte del patólogo que aplican directamente sobre la interpretación del clínico así como la utilidad de los diferentes métodos e imágenes diagnósticas.

Procesamiento macroscópico de la glándula tiroides: ¿cómo se debe muestrear el tejido?

El procesamiento macroscópico por parte del patólogo es fundamental para realizar un diagnóstico adecuado y completo de modo que sea interpretable de forma clara para el médico tratante. Pese a que la glándula tiroides tiene una anatomía relativamente simple existen algunos casos donde la anatomía está totalmente alterada dificultando la orientación de la pieza quirúrgica, por lo tanto es importante que esta sea orientada por parte del cirujano, específicamente estableciendo la lateralidad de los lóbulos.

Durante el procesamiento macroscópico el médico patólogo debe pesar, medir y describir el color, la consistencia, la forma, la simetría y los contornos del espécimen. Además, debe reconocer la presencia de tejido extratiroideo, particularmente en la cara anterior fragmentos de músculo esquelético, en la cara posterior la presencia de glándulas paratiroides y/o ganglios linfáticos y a nivel del borde inferior la presencia de tejidos blandos que incluyan los ganglios linfáticos del vaciamiento central^{2,3}.

Antes de reconocer la presencia de lesiones tumorales debe pintarse el espécimen (tinta china) para conocer si la lesión de interés está comprometiendo dicha localización

(Ver artículo de la Parte I, Borde de sección y marcación con tinta china. ¿Cuál es su importancia?). Los cortes deben realizarse de 4-5 mm de forma transversal en el plano sagital^{2,3}, para tanto conocer la relación de la lesión con la cápsula y el borde entintado como identificar la presencia de alteraciones histopatológicas de las células C que podrían tener relevancia clínica. Es importante recordar que estas células secretan calcitonina y se encuentran dispersas individualmente o en pequeños grupos a lo largo de la glándula tiroides, pero son más numerosas en la unión del tercio superior y medio de los lóbulos laterales. Por lo general son poco visibles en los estudios con coloraciones de rutina, sin embargo en caso de hiperplasia pueden ser identificables asociado con técnicas de inmunohistoquímica³.

Una vez se ha realizado los cortes seriados del espécimen se debe identificar las lesiones macroscópicas y deben describirse en número, color, tamaño (medido en tres dimensiones), apariencia (¿quistico?, ¿calcificado?, ¿hemorrágico?, ¿necrótico?, encapsulado, etc.), y localización (lóbulo derecho, izquierdo, accesorio y/o istmo)^{2,3}. Los cortes de las lesiones, siempre que se pueda, deben realizarse en relación al borde pintado con tinta. Para los tumores encapsulados que miden hasta 5 cm de diámetro debe realizarse el corte a toda la circunferencia, y de esta manera observar a nivel microscópico el tumor, la interface del tumor, cápsula y parénquima sano. Para los tumores encapsulados que miden más de 5 cm debe realizarse un bloque adicional por cada centímetro de diámetro; los cortes deben mostrar el tumor, la cápsula y el parénquima sano. En los tumores no encapsulados debe realizarse tres bloques del tumor con presencia de parénquima sano, en la enfermedad multinodular un bloque por cada nódulo hasta cinco incluyendo parénquima sano, y en la enfermedad inflamatoria tres bloques representativos por cada lóbulo y un bloque del istmo^{2,3}.

Estudio citológico de la biopsia con aspiración con aguja fina vs. biopsia con aguja trucut de la glándula tiroides: ¿es mejor la biopsia que el aspirado?

La biopsia aspiración con aguja fina (FNA) es actualmente el examen inicial para la evaluación preoperatoria de un nódulo tiroideo solitario por su gran eficiencia y costo efectividad, tanto para determinar si un nódulo es una verdadera neoplasia así como para establecer su malignidad⁴⁻⁶. Esto asociado a las ventajas que establece ser un