

Cartas al Director

Resultados histológicos en los casos de citología tiroidea sospechosa de malignidad

Sr. Director:

Hemos leído con interés el trabajo de López-Guzmán et al¹ sobre los resultados histológicos obtenidos en los casos de citología tiroidea sospechosa de malignidad y quisiéramos hacer algunos comentarios sobre las categorías utilizadas en el mencionado artículo.

Estamos totalmente de acuerdo con López-Guzmán et al¹ en que el examen citológico del material obtenido mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es la técnica que debe realizarse en primer lugar en la aproximación diagnóstica de la enfermedad nodular tiroidea² y así se preconiza en las recomendaciones de las asociaciones científicas tanto europeas como de EE.UU.^{3,4}.

El análisis detallado de los resultados del examen citológico es útil para establecer una aproximación diagnóstica en un paciente determinado en un momento concreto de la evolución de su enfermedad tiroidea y también puede resultar de utilidad para comparar punciones sucesivas realizadas en el mismo paciente, conocer el rendimiento de la técnica, comparar los diagnósticos citológicos con los histológicos y establecer comparaciones entre distintas series de pacientes^{1,5-9}. Para obtener el máximo rendimiento de la técnica en todas las situaciones mencionadas es imprescindible que la terminología que se utilice para definir los hallazgos citológicos sea homogénea y lo más clara y concreta posible. Es en este punto en el que no estamos de acuerdo con López-Guzmán et al¹. La agrupación de la citología en cuatro categorías diagnósticas que proponen: benigna o negativa, maligna, sospechosa o indeterminada y no diagnóstica, aunque se ha utilizado también por otros autores¹⁰, no nos parece la más adecuada. Los criterios citológicos de los carcinomas papilar, medular y anaplásico están claramente definidos¹¹⁻¹⁵, por lo que puede llegarse al diagnóstico específico de esas entidades en la mayoría de los pacientes mediante la PAAF. Las neoplasias foliculares plantean una situación totalmente distinta. Así, se acepta que la única limitación de la PAAF es el diagnóstico de proliferación folicular que se obtiene aproximadamente en el 15% de ellas y que no permite diferenciar entre la hiperplasia nodular, el adenoma folicular y el carcinoma folicular^{2,12,14,15}. Este diagnóstico citológico que se caracteriza por el hallazgo de coloide escaso y celularidad folicular abundante que se agrupa con frecuencia formando microfoliculos^{11,12} no consta en las categorías utilizadas por López-Guzmán et al¹ aunque de la lectura del texto puede deducirse que está incluida en la categoría de "sospechosa de malignidad". Creemos que ésta no es una clasificación correcta como tampoco consideramos adecuado englobar en un mismo grupo las citologías "indeterminadas" y "las sospechosas de malignidad", como sugieren los autores, ya que la actitud a seguir es diferente, según el diagnóstico. La citología "indeterminada" o la obtención de "material insuficiente para diagnóstico" obliga a la repetición de la exploración para intentar lograr una identificación concreta y, si ésta no se obtiene después de realizar varias punciones, a decidir el tratamiento más adecuado según criterios clínicos^{2,14-16}. En cambio, la denominación de "sospechosa" que por el texto puede deducirse que para López-Guzmán et al¹ corresponde al diagnóstico de proliferación folicular obliga, como muy bien comentan los autores, a indicar tratamiento quirúrgico aun conociendo que únicamente el 10-20% de estos nódulos son malignos, por la incapacidad ya comen-

tada de diferenciarlos citológicamente de los procesos benignos^{2,14-16}. En la misma línea, tampoco nos parece correcto utilizar términos tan poco concretos como "hallazgos sugestivos pero no definitivos de malignidad" que, probablemente, en la mayoría de los casos se corresponden también con el diagnóstico citológico de proliferación folicular.

Ante una afección tan prevalente como la enfermedad nodular tiroidea y una técnica tan utilizada como la PAAF, recomendamos, desde este foro de la SEEN, unificar la terminología para saber en todo momento a qué nos referimos con un determinado diagnóstico citológico y evitar denominaciones ambiguas y confusas como "sospechosas" o "indeterminadas" para definir hallazgos citológicos que han sido correcta y concretamente identificados. Para ello, resulta imprescindible la utilización de criterios citológicos definidos, como los de Löwhagen et al^{11,12} que utilizamos en nuestro hospital desde hace años¹⁷ o los similares a ellos y recomendados más recientemente por la Papanicolaou Society of Cytopathology¹³. De este modo, podrán evaluarse más correctamente los resultados de la citología tiroidea y se evitará confundir a los clínicos que en la mayoría de ocasiones toman decisiones terapéuticas importantes según el diagnóstico de la citología.

A.M. Lucas Martín^a y M. Llatjós Sanuy^b
^aServei d'Endocrinologia i Nutrició. ^bServei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Guzmán A, Aramendi T, Álvarez-Escotá C, Andía VM, Arranz A. Resultados histológicos en los casos de citología tiroidea sospechosa de malignidad. *Endocrinología y Nutrición* 2001; 48: 2-5.
2. Lucas Martín AM, Alonso Pedrol N, Sanmartí A. Enfermedad nodular tiroidea. *Med Clí (Barc)* 2000; 114: 181-184.
3. Bennedbaek FN, Perrild H, Hegedües L. Diagnosis and treatment of the solitary thyroid nodule. Results of a European survey. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999; 50: 357-363.
4. Bennedbaek FN, Hegedües L. Management of the solitary thyroid nodule: Results of a North American survey. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 2493-2498.
5. Lucas A, Llatjós M, Salinas I, Reverter JL, Pizarro E, Sanmartín A. Fine-needle aspiration cytology of benign nodular thyroid disease. Value of reaspiration. *Eur J Endocrinol* 1995; 132: 677-680.
6. Aguilar J, Rodríguez JM, Flores B, Sola J, Bas A, Soria T et al. Value of repeated fine-needle aspiration cytology and cytologic experience on the management of thyroid nodules. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 119: 677-680.
7. Merchant SH, Izquierdo R, Khurana KK. Is repeated fine-needle aspiration cytology useful in the management of patients with benign nodular thyroid disease? *Thyroid* 2000; 10: 489-492.
8. Baloch ZW, Sack MJ, Yu GH, LiVolsi VA, Gupta PK. Fine-needle aspiration of thyroid: an institutional experience. *Thyroid* 1998; 8: 565-569.
9. Cap J, Ryska A, Rehorkova P, Hovorkova E, Kerekes Z, Pohnetalova D et al. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1999; 51: 508-515.
10. Gharib H. Changing concepts in the diagnosis and management of thyroid nodules. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997; 26: 777-800.
11. Löwhagen T, Willems JS. Aspiration biopsy cytology in diseases of the thyroid. En: Koss LG, Coleman DV, editores. *Advances in clinical cytology*. Londres: Butterworths, 1981; 201-231.
12. Löwhagen T. Thyroid. En: Zajicek J, editor. *Aspiration biopsy cytology*. Part 1. Cytology of supradiaphragmatic organs. *Monographs in Clinical Cytology* 1987; 4: 67-89.
13. The Papanicolaou Society of Cytopathology Task Force on Standards of Practice. Guidelines of the Papanicolaou Society of Cytopathology for the examination of fine-needle aspiration specimens from thyroid nodules. *Di Cytopathol* 1996; 15: 84-89.
14. De Groot LJ, Reed Larsen P, Henneman G. Evaluation of Thyroid Function in Health and in Disease. En: De Groot LJ, editor. *The thyroid and its disease* (6.ª ed.). Nueva York: Churchill Livingstone, 1996; 189-254.
15. Greenspan FS. The thyroid gland. En: Greenspan FS, Strewler GJ, editores. *Basic and clinical endocrinology* (5.ª ed.). Londres: Prentice-Hall International Inc., 1997; 192-262.
16. Hermus AR, Huysmans DA. Treatment of benign nodular thyroid disease. *N Engl J Med* 1998; 338: 1438-1447.
17. Llatjós Sanuy M, Lucas Martín A. La citología por punción con aguja fina en el diagnóstico de las tiroidopatías. *Medicine* (5.ª ed.), 1989; 35: 1406-1411.