



90 - UTILIDAD DE SEGUNDA PAAF EN NÓDULOS TIROIDEOS BETHESDA III: POSIBLES FACTORES PREDICTORES DE CAMBIO DE CATEGORÍA

M.á. Vélez Romero¹, P. Barrio Dorado¹, A. Paniagua Ruiz¹, J.I. Cornejo Ladrero², A. Cazorla Jiménez², T. Reina Durán² y M. Gargallo Fernández¹

¹Unidad de Nódulo Tiroideo, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La actual recomendación en nódulos tiroideos con citología Bethesda (B) III (BIII) es realizar una segunda PAAF. Sin embargo, es común obtener el mismo resultado, sobre todo si la citología se hace en el mismo centro. Nos planteamos conocer en nuestra Unidad, la proporción de segundas citologías con cambio de categoría respecto a la inicial e identificar factores asociados.

Métodos: Retrospectivo de 62 segundas PAAF realizadas en nuestra Unidad y analizadas por un mismo servicio de Anatomía Patológica entre mayo/21 y mayo/23, tras PAAF inicial BIII. Se empleó la clasificación de Bethesda para la citología. Evaluamos si el diámetro máximo nodular y la categoría ACR-TIRADS (TR) se asociaron a un cambio en la categoría citológica en la segunda PAAF. El análisis estadístico fue univariante y no ajustado por variables de confusión. La significación estadística se establece en $p < 0,05$.

Resultados: El 45% de la muestra no cambió de categoría tras la segunda PAAF, siendo los resultados: BII 37,1% BIII 45,2% BIV 14,5% BV 3,2%. Comparando el grupo en el que la segunda PAAF fue BIII y los que cambiaron de categoría, el tamaño nodular fue similar en ambos (20,5 [18-31] vs. 24 [19-29] mm, $p = 0,6$) así como la proporción de las categorías de TR: TR2 0,3 vs. 0%, TR3 43 vs. 47%, TR4 36 vs. 38%, TR5 18 vs. 15%; $p = 0,7$. El cambio de citología de BIII a una categoría con recomendación quirúrgica (BIV/BV) no se asoció a la presencia de TR sospechoso (54 vs. 64% $p = 0,57$) ni al tamaño del nódulo (19 vs. 22 mm, $p = 0,55$). El cambio de BIII a BII, no se asoció a la presencia de TR no sospechoso (46 vs. 52%, $p = 0,68$) ni al tamaño del nódulo (25 vs. 26 mm, $p = 0,73$).

Conclusiones: La probabilidad de nueva citología BIII tras segunda PAAF en el mismo centro fue muy elevada, similar a la descrita en otras series, limitando la utilidad de este abordaje. Ante esta situación, en nódulos BIII se podrían plantear otras opciones: estudio molecular, biopsia con aguja gruesa o basar la recomendación de segunda PAAF según subtipo de BIII. En nuestra muestra ni el tamaño ni el TIRADS permiten predecir el cambio de categoría citológica tras segunda PAAF.