

Carta al Director

A propósito de la punción aspirativa con aguja fina de tiroides

Sr. Director:

Recientemente hemos venido observando una creciente preocupación de los clínicos en cuanto a la adecuación de la muestra obtenida mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) que remiten al citólogo para su interpretación, y no es de extrañar, pues en algunos centros el porcentaje de insatisfactorios para evaluación es muy elevado. Es necesario destacar que la idoneidad de un tiroideo depende de numerosos factores, si bien cobra especial importancia la propia naturaleza de la glándula, la experiencia de quien realiza la punción y la habilidad de quien interpreta la muestra¹. No son pocas las ocasiones en que el clínico culpa al citólogo de ser demasiado estricto en sus criterios, origen, según ellos, del gran número de estudios que deben repetirse sin justificación. Ante tal observación, queremos argumentar que no están establecidos unos criterios universales para considerar una muestra como adecuada, aunque sí hay unanimidad para establecer los mínimos necesarios para que la muestra se pueda valorar correctamente; así, ésta debe tener al menos 6 grupos de células epiteliales (foliculares), de 10 o más células cada uno, en 2 preparaciones consecutivas. Posteriormente, y según las distintas escuelas, se requerirá un número igual o mayor de células para que se pueda efectuar el diagnóstico. Ante estas circunstancias, hay que hacer una salvedad: la situación en que se observen anomalías aun sin cumplirse los criterios cuantitativos de idoneidad; en tal caso, el extendido pasa directamente a ser valorable. Esta última apreciación creemos que es de gran trascendencia para el clínico que enjuicia la labor del citólogo, pues en los casos positivos, el diagnóstico se reflejará en el informe, y en los casos no valorables, siempre será mejor repetir el estudio que asumir como negativo un extendido que simplemente no cumple los criterios de idoneidad. Si aún queda alguna duda, es también útil conocer que la citología de una hiperplasia nodular/nódulo benigno, considerando esta entidad como la afección tiroidea más frecuente, no difiere de la observada en tejido tiroideo no patológico, por lo cual la flexibilidad de criterios empleada por algunos citólogos, que tanto agrada a muchos clínicos, reducirá seguramente el número de muestras insatisfactorias, si bien a expensas de diagnósticos de compatibilidad con hiperplasia nodular o de negatividad².

Hay otras 2 situaciones frecuentes que es preciso comentar; algunos extendidos carecen de celularidad

folicular aunque están compuestos por una población de células macrofágicas de tipo espumoso. En estos casos, se suele realizar un diagnóstico de compatibilidad con quiste o cambios regresivos aun en ausencia de las citadas células foliculares y, por tanto, en una situación que de otro modo podría incluirse dentro de las insatisfactorias. El segundo caso que se debe destacar es el de los frotis extendidos con contenido coloide sin células foliculares acompañantes; estos frotis extendidos se deberían clasificar como insatisfactorios si nos ceñimos a los citados criterios, aunque en la práctica se habla de compatibilidad con bocio/nódulo coloide³.

Como podemos deducir, no hay criterios estrictos en la evaluación de frotis citológicos procedentes de la glándula tiroidea, sobre todo en cuanto a afección benigna; en cambio, hay bastante homogeneidad en la identificación de lesiones malignas que, al fin y al cabo, son las que el clínico desea identificar en aras de un tratamiento quirúrgico y para las que la PAAF de tiroides tiene su mayor valor.

Con esta carta queremos transmitir tranquilidad al clínico, pues las lesiones de trascendencia difícilmente se nos escapan, y es mejor repetir la punción, en casos que así lo requieran, que aceptar un diagnóstico de negatividad que resulte ser un falso negativo condicionado por la presión del clínico solicitante.

Aprovechamos también esta oportunidad de comunicarnos con los clínicos para destacar la importancia que tiene una adecuada información clínica para la correcta interpretación de la muestra, sobre todo en los casos en los cuales quien realiza la punción no es la misma persona que la interpreta, pues resulta problemático afrontar un frotis en el que la única información aportada es que se trata de una PAAF de tiroides.

FRANCISCO JAVIER TORRES GÓMEZ^a Y FRANCISCO JAVIER TORRES OLIVERA^b

^aUnidad de Anatomía Patológica. Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla. España.

^bDepartamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caruso D, Mazzaferri E. Fine needle aspiration biopsy in the management of thyroid nodules. *Endocrinologist*. 1991;1:194-202.
2. Gharib H, Goellner J, Johnson D. Fine needle aspiration cytology of the thyroid: a 12 year experience with 11000 biopsies. *Clin Lab Med*. 1993;13:699-709.
3. Guidelines of the Papanicolaou Society of Cytopathology for the examination of fine-needle aspiration specimens from thyroid nodules. *Diagn Cytopathol*. 1996;15:84-9.