



**Sr. Dr. Luis Benítez Bribiesca**  
**Editor de Acta Médica Grupo Ángeles**

México, D.F., 5 de Agosto de 2015.

Sr. Editor, dirijo la presente misiva con el objeto de hacer algunas observaciones al muy interesante artículo **“Biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido y correlación citopatológica de nódulos tiroideos en un hospital privado de México”** de Herrera Lima R y cols. publicado en Acta Médica 2015; 13: 13-19.

En este manuscrito se incluyeron 439 pacientes, un número bastante adecuado para el objetivo del artículo, en todos se realizó BAAF guiada por ultrasonido (BAAF-USG), que es sin duda el método de diagnóstico estándar del nódulo tiroideo con sospecha de malignidad, tal y como los autores lo mencionan; 13% de ellos tuvieron diagnóstico de carcinoma bien diferenciado, la mayoría de tipo papilar y 2% más tuvieron sospecha; en síntesis, 15% de la muestra tenía datos de carcinoma y en 85% no había elementos suficientes para diagnosticar neoplasia maligna.

Desafortunadamente, los autores no aclaran en el texto cuál fue la indicación de realizar dicha BAAF, lo cual es fundamental. Si la mayoría de los pacientes no presentaban sospecha ultrasonográfica, se concluiría que la sensibilidad de la BAAF-USG es adecuada; por el contrario, si la mayoría tuviesen nódulo con sospecha ultrasonográfica, entonces la tasa de falsos positivos es muy alta, por lo que era muy importante precisar las indicaciones del procedimiento. Para ATA la presencia de microcalcificaciones y la heterogeneidad del nódulo son los criterios absolutos que la indican, dado que son los dos criterios ultrasonográficos que con mayor frecuencia se asocian al cáncer bien diferenciado de tiroides.<sup>1</sup>

Los autores tampoco correlacionan el hallazgo ultrasonográfico (eventualmente el TIRADS) con el resultado citológico, esto es probablemente lo más importante, porque si sólo 13% de los pacientes tuvieron carcinoma, se sobreentiende que en más de 80% la indicación de biopsia fue dudosa. El diagnóstico clínico o iconográfico de nódulo

lo tiroideo no implica necesariamente efectuar en forma rutinaria una biopsia, puesto que depende precisamente de las características ultrasonográficas, mismas que no son mencionadas. La ultrasonografía nos permite descartar la gran mayoría de nódulos, que por sus características se sabe no son carcinomas (nódulos quísticos o espongiiformes)<sup>1</sup> y por lo tanto no requieren biopsia, evitando así molestias y gastos innecesarios.

Sin duda el estándar de oro contra el que hay que comparar la BAAF-USG es el resultado histopatológico del nódulo en cuestión. Desgraciadamente dicha información tampoco aparece en el artículo. La comparación de ambos parámetros nos indica la especificidad de la BAAF, la falta de correlación entre pieza y citología nos deja en duda si realmente todas las biopsias clasificadas como Bethesda V y VI eran carcinomas.

Era también de suma importancia saber cuántos pacientes con clasificación Bethesda I a IV fueron sometidos a cirugía, al comparar estos resultados conoceríamos el índice de falsos negativos y de falsos positivos de la BAAF-USG, lo cual daría el justo valor al estudio.

Asimismo, es menester mencionar y aclarar que en la figura 6 “patología maligna”, los autores incluyen a 12 pacientes con neoplasia folicular; esto no debería ser así porque dicho diagnóstico no es sinónimo de carcinoma.

Con base en las recomendaciones de ATA,<sup>1</sup> el ultrasonido es el método ideal para la evaluación del nódulo tiroideo y la BAAF guiada por él, sin duda es el mejor método diagnóstico con el cual la tasa de falsos negativos disminuye al máximo; el gammagrama tiroideo con objeto de diferenciar entre nódulo tiroideo y benigno no tiene papel alguno en el flujograma diagnóstico-terapéutico cuando los niveles de TSH son normales o altos.

Con respecto al TIRADS, considero importante comentar que si bien es un excelente intento de estandarizar el reporte ultrasonográfico, su reproductividad no es homogénea y ATA no lo integra incluso como recomendación en la evaluación del nódulo tiroideo, probablemente su mayor importancia radique en la asociación con las citologías indeterminadas (Bethesda I a IV en las que se descartaría vincular a ambas evaluaciones con la necesidad de tiroidectomía).<sup>2,3</sup>

En el presente estudio, la falta de correlación entre la clasificación del TIRADS y la citología nos impide conocer el valor de esta clasificación en relación al menos con los

*Correspondencia:*

Dr. José Francisco Gallegos Hernández  
Consultorio 435, Hospital Ángeles Lomas  
Correo electrónico: gal61@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

resultados citológicos, aunque no su especificidad. Para ello debió haberse comparado con el resultado histopatológico del espécimen de tiroidectomía.

Y finalmente ahondar en la importancia de que durante la evaluación ultrasonográfica por un nódulo tiroideo con sospecha de malignidad, la zona linfoprotectora (el cuello lateral) debe rastrearse cuidadosamente en búsqueda de metástasis ganglionar, sobre todo en los niveles III, IV y V la presencia de metástasis en dicho sitio no sólo cambia la clasificación del TIRADS, sino que modifica totalmente el abordaje quirúrgico de un paciente con carcinoma bien diferenciado de tiroides.

Felicito a los autores por este muy interesante reporte efectuado en medio privado, que sin duda confirma la gran utilidad que tiene el ultrasonido cervical (es el estudio ideal para evaluar un nódulo tiroideo) y lo importante que es un ultrasonografista experto en el área.

Dr. José Francisco Gallegos Hernández  
Cirujano Oncólogo.  
Tumores de Cabeza y Cuello

## REFERENCIAS

1. The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009; 19: 1167-1214.
2. Yoon JH, Lee HS, Kim EK, Moon HJ, Kwak JY. Thyroid nodules: non diagnostic cytologic results according to thyroid imaging reporting and data system (TIRADS) before and after application of the Bethesda system. *Radiology*. 2015; 276: 579-587.
3. Liénart F. Thyroid nodule: benign or malignant? *Rev Med Brux*. 2012; 33: 254-262.