

Evolución en citopatología tiroidea

Víctor J. Carlo-Chévere, MD, FCAP, ECNU, MIAC

Jefe, Servicio de Citología y Clínica de Aspiración por Aguja Fina
Puerto Rico Pathology



Por décadas venimos utilizando la técnica de biopsia por aguja fina para la evaluación y el diagnóstico de los nódulos en la glándula tiroidea. En 2010, se publicó el “Bethesda System for reporting thyroid cytopathology” para definir una terminología diagnóstica que facilitara la comunicación de los resultados. Lo más trascendental del sistema fue que estableció el concepto de un **riesgo de malignidad (ROM)** para cada categoría diagnóstica. El sistema obtuvo rápida difusión y aceptación internacional.

Este año se publicó la 3ª edición del “Bethesda System”. La esencia de las categorías diagnósticas permanece inalterada, pero introduce cambios importantes para el manejo de los nódulos y del cáncer de la glándula tiroidea. Primero, simplifica la terminología con nombres únicos en lugar de varias alternativas por categoría. También incorporó, en lo posible, la nomenclatura usada por el WHO-2022 en la clasificación de tumores tiroideos. Se ajustó el ROM asociado a cada categoría, según la literatura médica disponible desde la primera edición. Más aún, esta edición incluye ROM ajustados para la población pediátrica. Por ejemplo, en la categoría de “Atypia of undetermined significance”, la 1ª edición establece un ROM del 5-15%, la 3ª edición del 13-30% y, para la población pediátrica, de un 11-54%.

Esta 3ª edición incorpora capítulos adicionales. Uno de ellos está dedicado a los carcinomas diferenciados de alto grado. La nomenclatura de WHO-2022 reconoce que los carcinomas diferenciados (papilar y folicular) pueden tener hallazgos morfológicos predictivos de un comportamiento más agresivo y resistencia a terapias como el yodo radioactivo. Estos incluyen mayor atipia citológica, necrosis y actividad mitótica. El WHO

denomina a estos tumores “Differentiated high grade thyroid carcinoma” y los agrupa junto con el “Poorly differentiated thyroid carcinoma”. Comúnmente, no es posible distinguir estos dos diagnósticos en forma citológica, pero al agruparlos en una entidad, la 3ª edición se alinea con el WHO y permite transmitir a los médicos clínicos un diagnóstico que implica una agresividad intermedia, con las implicaciones terapéuticas que ello conlleva.

Las pruebas moleculares han incursionado con fuerza en la evaluación de los nódulos de tiroides, y esta 3ª edición dedica un capítulo al análisis y la aplicación correcta de las mismas. Estas son usadas mayormente para evitar la cirugía en nódulos con citología indeterminada, y los laboratorios de referencia han desarrollado paneles extensos con una alta sensibilidad para detectar malignidad. Con estos, un resultado negativo hace que el ROM del nódulo sea muy bajo, y se puede vigilar por sonografía. Estos paneles incluyen además marcadores altamente predictivos de cáncer, muy específicos. Aquí, un resultado positivo confiere un ROM muy alto, por lo que la vigilancia sonográfica no es factible. Paneles con un número reducido de marcadores (*7-gene test panel*) pueden proveer información útil según la necesidad clínica, pero no son tan versátiles; particularmente con los ROM elevados reportados en la 3ª edición para nódulos indeterminados, al compararse con la 1ª edición. En términos generales, un resultado negativo aquí es inadecuado para justificar vigilancia sonográfica en nódulos indeterminados, pues el riesgo residual de malignidad es del 6-18%.

La 3ª edición del Bethesda System valida los logros alcanzados con la 1ª edición y estimula el desarrollo de esta herramienta para el cuidado de los pacientes. 