

## *El informe citológico tiroideo "Nódulo Coloidosquístico". Su valor patológico*

Dres. Bolívar Delgado,  
Luis Yametti, Iliana Farre y  
Leonardo Rissi

**Se revisa una serie de 207 nódulos tiroideos estudiados por la citología con control histológico de los que en 129 el informe fue "nódulo coloido-quístico". Se analizan las diferentes etiologías señalándose un 8,5% de carcinomas diferenciados. El tener hemorragia evolucionada o hiperplasia parenquimatosa asociada no aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer. Si bien en la gran mayoría este citograma corresponde a lesiones nodulares en menor proporción lo puede hacer a lesiones difusas sin nódulos.**

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS MOTS CLÉS) MEDLARS:  
Thyroid Diseases / Pathology*

### **SUMMARY: Thyroid "Colloidocystic nodule" as a cytological diagnosis.**

Authors revise a series of 207 thyroid nodules cytologically studied with histological control; 129 of these had been informed as colloidocystic nodules. They

*Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado). Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo y Servicio de Cirugía del Circulo Católico (Jefe: Dr. Bolívar Delgado).*

analyse the different etiologies, pointing out an 8,5% of differentiated carcinomas. The appearance of evolved haemorrhage or associated parenchymatous hyperplasia did not increase cancer risk. Although in most cases this cytogram corresponds to nodular lesions, in a small number it can correspond to diffuse lesions without nodules.

### **RÉSUMÉ: Rapport cytologique thyroïdien "Nodule coloidokystique". Sa valeur pathologique.**

On analyse une série de 207 nodules thyroïdiens étudiés par cytologie avec contrôle histologique, dont 129 furent rapportés comme "nodule coloidalekystique". Les différentes étiologies sont analysées en remarquant 8,5% de cancers différenciés. La présence d'hémorragie évolutive hyperplasie parenchymateuse associée n'augmentent pas statistiquement le risque du cancer. Bien que la plupart de ces cytogrammes correspondent à des lésions nodulaires, dans une faible proportion il s'agit de lésions diffuses sans nodules.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de junio de 1987.

Prof. Director, Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica Residente y colaborador no médico.

Dirección: Brito del Pino 1554 (602). Montevideo, C.P. 11.600 (Dr. B. Delgado).

## INTRODUCCION

Un citograma tiroideo compuesto por células tiroideas pequeñas, células espumosas, macrófagos, cristales de colesterol y aumento de la sustancia coloide es definido por la Escuela Citológica Uruguaya como de "involución coloide complicada con quistificación" y se observaría habitualmente en los nódulos quísticos del bocio multinodular, los adenomas y el carcinoma quístico-papilar<sup>(1, 2)</sup>.

Si se le agrega sangre semidigerida, macrófagos, eritrofagos o pigmento hemosiderínico fagocitado, la citada escuela lo califica de "quistificación complicada con hemorragia evolucionada"<sup>(2)</sup> situación esta última a la que en nuestro medio<sup>(3, 4)</sup> se le asigna valor como riesgo o sospecha de carcinoma. Lo mismo ocurre con los citogramas mixtos en los que aparecen elementos de hiperplasia parenquimatosa expresada por la existencia de células tiroideas medianas<sup>(4)</sup>.

El propósito de este trabajo es establecer el valor patológico de los citogramas "nódulo coloido-quístico" (N.C.Q.), "coloido-quístico con hemorragia evolucionada" (N.C.Q.H.E.) y los "mixtos" (coloido-quístico e hiperplasia parenquimatosa) y establecer fundamentalmente su relación con el carcinoma diferenciado del tiroides.

## MATERIAL Y METODOS

De 207 nódulos tiroideos estudiados por la citología en 129 (62%) el informe fue de N.C.Q. o N.C.Q.H.E. La totalidad de ellos fueron operados y sometidos a control histológico. Se calculó la incidencia de las diferentes etiologías y el riesgo de cáncer en los N.C.Q. en los N.C.Q.H.E. y en los mixtos determinando para cada uno de ellos la significación estadística ( $p < 0.05$ ).

## RESULTADOS

La gran mayoría (115:89%) de estos citogramas correspondieron a nódulos de un bocio multinodular (47%) o a adenomas (42%). El resto a carcinoma tiroideo 8.5% (folicular 7:5.4% y papilar 4:3.1%) y a lesiones difusas 3:2.3%:1 tiroiditis de Hashimoto y 2 hiperplasias difusas (Cuadro 1).

En primer lugar los separamos en NCQ y NCQHE: en el primero (82) hubieron 5 carcinomas y en el segundo (47) & manteniéndose la frecuencia relativa de bocio multinodular y adenoma. (Cuadro 2).

En segundo lugar consideramos otros 2 grupos: puros (75) y mixtos (54) es decir con elementos de hiperplasia parenquimatosa (células tiroideas medianas). En el primero de ellos se encontraron 7 cánceres

y en el segundo 4 (Cuadro 2). Sometidos estos resultados al estudio estadístico se comprobó que los diferentes grupos no presentaban entre sí diferencias significativas en cuanto al riesgo de cáncer ( $p < 0.05$ ).

## DISCUSION

El citograma NCQ es el más frecuentemente hallado en un nódulo tiroideo (62%) y puede considerarse como el citograma característico de lesión benigna<sup>(4)</sup>.

**Cuadro 1**

### RESULTADOS

- B.M.N.	61	47.2%	
Adenomas	54	41.9%	89%
Carcinomas	11	8.5%	
1) folicular	7	5.4%	
2) papilar	4	3.1%	
- Lesiones difusas	3	2.3%	

**Cuadro 2**

CITOGRAMA	Nº CASOS	CANCER
1 - TOTAL	129	11
2 N.C.Q. sin H.E. <sup>(*)</sup>	82	5
N.C.Q. con H.E. <sup>(*)</sup>	47	6
3 N.C.Q. PURO <sup>(*)</sup>	75	7
N.C.Q. + hiperplasia <sup>(*)</sup>	54	4

(\*) Sin significación estadística ( $p < 0.05$ )

NCQ: nódulo coloido quístico

HE: Hemorragia evolucionada

El propósito de este trabajo es establecer el valor patológico de los citogramas "nódulo coloido-quístico" (N.C.Q.), "coloido-quístico con hemorragia evolucionada" (N.C.Q.H.E.) y los "mixtos" (coloido-quístico e hiperplasia parenquimatosa) y establecer fundamentalmente su relación con el carcinoma diferenciado del tiroides.

## MATERIAL Y METODOS

De 207 nódulos tiroideos estudiados por la citología en 129 (62%) el informe fue de N.C.Q. o N.C.Q.H.E. La totalidad de ellos fueron operados y sometidos a control histológico. Se calculó la incidencia de las diferentes etiologías y el riesgo de cáncer en los

N.C.Q. en los N.C.Q.H.E. y en los mixtos determinando para cada uno de ellos la significación estadística ( $p < 0.05$ ).

## RESULTADOS

La gran mayoría (115:89%) de estos citogramas correspondieron a nódulos de un bocio multinodular (47%) o a adenomas (42%). El resto a carcinoma tiroideo 8.5% (folicular 7:5.4% y papilar 4:3.1%) y a lesiones difusas 3:2.3%:1 tiroiditis de Hashimoto y 2 hiperplasias difusas (Cuadro 1).

En primer lugar los separamos en NCQ y NCQHE: en el primero (82) hubieron 5 carcinomas y en el segundo (47) & manteniéndose la frecuencia relativa de bocio multinodular y adenoma. (Cuadro 2).

En segundo lugar consideramos otros 2 grupos: puros (75) y mixtos (54) es decir con elementos de hiperplasia parenquimatosa (células tiroideas medianas). En el primero de ellos se encontraron 7 cánceres y en el segundo 4 (Cuadro 2). Sometidos estos resultados al estudio estadístico se comprobó que los diferentes grupos no presentaban entre sí diferencias significativas en cuanto al riesgo de cáncer ( $p < 0.05$ ).

## DISCUSION

El citograma NCQ es el más frecuentemente hallado en un nódulo tiroideo (62%) y puede considerarse como el citograma característico de lesión benigna<sup>(4)</sup>.

De acuerdo a Paseyro<sup>(2)</sup> corresponde a una lesión nodular quística, habitualmente los nódulos quísticos del bocio multinodular, adenomas o carcinomas quístico-papilares.

Este síndrome celular así descrito es difícilmente comparable con datos de la literatura internacional pues en ella se clasifican los citogramas como benignos, malignos, sospechosos o indeterminados<sup>(4)</sup> no haciéndose referencia a este tipo de "síndrome celular".

La única publicación nacional que analiza este tema aportando datos numéricos es la de Manzano<sup>(5)</sup> en la cual sobre una serie muy corta de 19 casos de NCQ el 84% correspondieron a adenomas y el 16% a bocios multinodulares. La serie publicada por Paseyro<sup>(6)</sup> aporta datos indirectos al mostrar que de 15 nódulos hipercaptantes del tiroides, 9 (60%) tenían una citología de NCQ (5 NCQ y 4 NCQHE) y esos 9 eran adenomas.

En una publicación anterior nuestra<sup>(7)</sup> se hallaron 92 citogramas de involución coloide en 187 nódulos tiroideos estudiados por la citología pero en ella no se especificaba cuántos correspondían a involución coloide con quistificación.

En nuestra serie actual la gran mayoría (89%) de estos citogramas correspondieron a nódulos del bocio multinodular o a adenomas en proporciones similares, pero la tercera etiología correspondió no al carcinoma quístico-papilar como sostenía Paseyro<sup>(2)</sup> sino al carcinoma folicular.

Los carcinomas diferenciados constituyeron en totalidad un 8.5% de los casos (11 observaciones) cifra que representa los falsos negativos de la citología y es la razón de porqué el valor predictivo negativo de malignidad de este tipo de citograma sea solo del 91.4%.

El análisis estadístico demostró además para esta serie estudiada que la evidencia citológica de "hemorragia evolucionada" o de "hiperplasia parenquimatosa" o ambas asociada a un citograma NCQ no tiene significación en cuanto a aumentar el riesgo de que se trate de un carcinoma como se sostiene en nuestro medio<sup>(3, 4)</sup>.

Por último la Escuela Uruguaya<sup>(3, 1, 2)</sup> ha enfatizado el valor del citograma NCQ en la determinación de lesión nodular macroscópica tiroidea lo cual ha sido demostrado en nuestras observaciones en un 97.7% pero señalando el hecho de que en menor proporción (2.3%) puede corresponder a lesiones difusas sin nódulos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GROSSO O.F., PASEYRO P., MAGGIOLO J. - Elementos de patología tiroidea. Montevideo. 1964 Científica Fac. Med.
2. PASEYRO P. - Semiología celular de los bocios. An. Fac. Med. Montevideo 1979, 1:11-27.
3. ACOSTA L. - Citado por (4).
4. DELGADO B., YAMETTI L., IRAOLA M.L. - Nódulo tiroideo. Su planteo quirúrgico. Act. Cir. 1986. 1:117-70.
5. MANZANO O., MUXI F., MAUTONE J. - Correlación entre el examen citológico por punción y la anatomía patológica de los nódulos tiroideos. Congreso Nacional de Medicina Interna 5º, 1969, 1:5-8.
6. PASEYRO P. et al. - Nódulos tiroideos calientes e hipercaptantes. Correlación anatómica y citológica en el adenoma folicular único. Arch. Inst. Endocr. "Prof. Mussio Fournier" 1977. 2:13-16.
7. DELGADO G., YAMETTI L. y BERAZATEGUI R. - Valor del estudio citológico en los nódulos tiroideos. Cir. Uruguay 1982. 52:512-6.