

Valor de la consulta intraoperatoria con el patólogo en el carcinoma diferenciado del tiroides y su repercusión sobre la extensión de la resección glandular

Dres. Bolívar Delgado¹, Luis Yametti², Fernando Botta³

Resumen

Se analizan los resultados de una serie de 163 nódulos tiroideos operados y estudiados por congelación intraoperatoria destacándose una sensibilidad de 89.6%, una especificidad de 95.8%, 1.8% de falsos negativos, 3% de falsos positivos y una reducción en la extensión de la resección glandular en el 51%.

Palabras clave: Patología tiroides
Técnicas. Morbilidad
Anatomía patológica

Summary

The results of a series of 163 operated nodules which were studied by intraoperative freezing is analysed. The following are emphasized: a sensitivity of 89.6%, a specificity of 95.8%, 1.8% false negatives, 3% false positives and a reduction of extension of glandular resection in 51%.

Introducción

La gran mayoría de los autores comparte el concepto del valor de la biopsia extemporánea o biopsia por congelación a la que nosotros denominamos «Consulta intraoperatoria con el patólogo» en el diagnóstico de la naturaleza de un nódulo tiroideo. Sin embargo algunos autores discuten su valor y en nuestro medio esta técnica no tiene una aceptación muy amplia ni por parte de los cirujanos ni de los patólogos.

Dado que nosotros la realizamos sistemáticamente

te expondremos en el presente trabajo nuestra experiencia en los 6 últimos años (1986-1991).

Material y método

Los 154 pacientes operados de esta serie corresponden en su mayoría a la clientela privada y su motivo de consulta fue un nódulo tiroideo único o dominante.

En la totalidad de ellos se realizó un estudio por congelación en una pieza de lobectomía o istmectomía. Dado que en más de un caso se estudió más de un nódulo el número total de estudios fue de 163.

Los resultados del estudio intraoperatorio fueron controlados por los correspondientes estudios por inclusión en parafina.

Resultados

La consulta intraoperatoria con el patólogo (CIP) no logró hacer un diagnóstico definitivo en 8 casos (8/163 = 5%); 2 correspondían a nódulos calcificados; 2 resultaron ser carcinomas, uno papilar y el otro folicular.

Vale decir que la CIP pudo realizar un diagnóstico en el 95% de los casos.

123 resultados fueron negativos de cáncer pero en ellos hubo 3 falsos negativos (3/163 = 1.8%).

- 1 nódulo quístico calificado como benigno resultó ser un carcinoma papilar encapsulado sin rotura capsular.
- 1 nódulo fibroso correspondió a un carcinoma papilar pequeño (microcarcinoma). En este mismo paciente la CIP diagnosticó otro carcinoma papilar del lóbulo contralateral que era el motivo de la consulta.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «F» (Director Prof. Dr. B. Delgado). Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo.
1. Prof. Director. 2. Ex Prof. Adjunto. 3. Asistente de Clínica Quirúrgica. Presentado como tema libre en el XLII Congreso Uruguayo de Cirugía, Punta del Este, 1-5 de diciembre de 1991.

Correspondencia: Dr. Bolívar Delgado. Brito del Pino 1554 Ap 602. CP 11600. Montevideo.

- 1 carcinoma papilar pequeño (6 mm) fue ignorado en un bocio multinodular.

32 fueron resultados positivos de cáncer pero 5 de ellos fueron falsos positivos (5/163=3%).

- 1 bocio multinodular con un microcarcinoma que no se confirmó.
- 3 carcinomas foliculares que resultaron ser adenomas.
- 1 carcinoma folicular que en realidad era un nódulo dominante de un bocio multinodular.

En el total de la serie hubo 32 carcinomas diferenciados:

- 2 en los que la CIP no hizo diagnóstico.
- 3 falsos negativos (2 de ellos carcinomas pequeños).
- 27 verdaderos positivos (incluye 9 carcinomas foliculares).

De acuerdo a estos resultados se calculó que:

- Resultados informados: 155
- Resultados correctos: 147/155 = 94.8%.
- Sensibilidad: 89.6%.
- Especificidad: 95.8%
- Valor predictivo positivo: 83.8%
- Valor predictivo negativo: 97.4%.

Consecuencias del diagnóstico por CIP sobre la extensión de la resección glandular:

- En 66 casos (66/154=43%) no se modificó el plan preoperatorio.
- En 10 casos (10/154=6%) se amplió la extensión de la resección siendo ésta en 6 correcta y en 4 excesiva (falsos positivos en 3).
- En 79 casos en cambio se redujo a una lobectomía, lobectomía con istmectomía o istmectomía (79/154=51%).

Consecuencias de los errores de la CIP:

- A) De los falsos positivos; 3 operaciones excesivas; 2 llevaron a una TCT en adenomas. Esta operación la consideramos excesiva para esa patología pero es la misma que se hubiese realizado en nuestro medio de no contar con la CIP.
- B) De los falsos negativos ⁽¹⁾: 1 operación económica (lobectomía + istmo) pero aceptable por tratarse de

un carcinoma papilar encapsulado sin rotura capsular ni angioinvasión; 1 TCT también aceptable para un bocio multinodular en el que el estudio diferido halló además un carcinoma pequeño de 6 mm; en el otro se ignoró un carcinoma pequeño de un lóbulo pero la operación realizada había sido una TT por un carcinoma invasor contralateral.

Discusión

La mayoría de los autores sostiene que no se debe realizar una resección glandular extensa sin un diagnóstico anatomopatológico de malignidad y que éste puede ser obtenido en la mayoría de los casos por un estudio por congelación intraoperatorio ⁽¹⁾.

Algunos patólogos le restan valor al método insistiendo sobre todo en las dificultades del diagnóstico de las lesiones foliculares encapsuladas ⁽²⁾, donde solamente la rotura capsular o la angioinvasión o ambas, permiten realizar el diagnóstico siendo esta última difícilmente individualizada en la CIP. Por último algunos autores ⁽³⁾, que disponen de citología preoperatoria por punción de alta confiabilidad, sostienen que ella es más segura que la CIP, por lo que ésta sería innecesaria.

En nuestro medio ⁽⁴⁾ no disponemos de citología confiable por lo que creemos que los resultados obtenidos con la CIP ⁽⁵⁾ justifican su utilización sistemática en el estudio intraoperatorio de los nódulos tiroideos.

Bibliografía

1. **Delgado B.** La extensión de la resección glandular en el carcinoma diferenciado del tiroides. *Cir Uruguay* 1990; 60(1-3): 7-14.
2. **Rosen Y, Rosenblatt P, Saltzman E.** Intraoperative pathologic diagnosis of thyroid neoplasms. *Cancer* 1990; 66: 2001-6.
3. **Hamburger JI, Husain M.** Fine-needle biopsy: extended observations en: *Hamburger JI, Diagnostic Methods in Clinical Thyroidology.* New York: Springer, 1989.
4. **Delgado B, Perrone L, Iraola ML et al.** Estudio comparativo de la citología por punción y la biopsia extemporánea en el diagnóstico de los nódulos tiroideos. *Cir Uruguay* 1989; 59(1-2): 24-7.
5. **Delgado B, Iraola ML, Perrone L et al.** Valor de la biopsia extemporánea en la cirugía del nódulo tiroideo. *Cir Uruguay* 1989; 59(1-2): 28-31.