

# La consulta intraoperatoria con el patólogo (CIP) en las lesiones foliculares tiroideas

Dres. Bolívar Delgado<sup>1</sup>, Luis Yametti<sup>2</sup>, Fernando Botta<sup>3</sup>

## Resumen

Se analiza una serie de 85 lesiones foliculares estudiadas por el patólogo intraoperatoriamente (CIP) lográndose en el diagnóstico de cáncer una sensibilidad de 100%, una especificidad de 95% con un valor predictivo positivo de 76.9% y negativo de 100%.

Se concluye en el alto valor de este estudio cuando es realizado por un patólogo entrenado.

**Palabras clave:** Patología tiroidea  
Anatomía patológica

## Summary

A series of 85 follicular lesions studied by the pathologist intraoperatively is analysed. Sensitivity for cancer diagnosis: 100%. Specificity: 95% with positive predictive value of 76.9% and negative one of 100%. It is concluded that this is a high value study when carried out by a trained pathologist.

## Introducción

Son conocidas las dificultades para el diagnóstico intraoperatorio por el patólogo (CIP) de las lesiones foliculares sobre todo encapsuladas y su catalogación como benignas o malignas.

Esas dificultades son menores pero persisten en los estudios diferidos por inclusión en parafina.

El objeto de este trabajo es mostrar la correlación que hemos obtenido entre el estudio por CIP (por congelación) y el definitivo en las lesiones nodulares foliculares.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «F» (Director Prof. Dr. B. Delgado). Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo.

1. Profesor Director. 2. Ex Prof. Adjunto. 3. Asistente de Clínica Quirúrgica.

Presentado como tema libre en el XLII Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 1991.

**Correspondencia:** Dr. Bolívar Delgado. Brito del Pino 1554 (602). CP 11600. Montevideo.

## Material y método

Se trata de una serie de 158 nódulos tiroideos operados y estudiados por biopsia por congelación intraoperatoria. De ellos 85 correspondieron a nódulos foliculares.

La totalidad fue sometida luego a estudio definitivo por inclusión comparándose entonces ambos resultados.

En base a ello se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo.

## Resultados

La CIP diagnosticó 83 de los nódulos ( $83/85 = 97.6\%$ ) difiriendo 2 para el estudio ulterior.

- 70 adenomas (2 de ellos «atípicos»).
- 13 carcinomas foliculares
  - 8 encapsulados o mínimamente invasores
  - 5 invasores

El estudio definitivo mostró que de los 2 casos en que la CIP no hizo diagnóstico, uno correspondió a un adenoma y otro a un carcinoma encapsulado y mínimamente invasor.

Ninguna lesión calificada por la CIP como adenoma resultó ser carcinoma (falsos negativos = 0); en cambio 3 de los catalogados como carcinomas encapsulados resultaron ser adenomas (falsos positivos).

De acuerdo a estos resultados se calculó:

- Falsos positivos:  $3/83 = 3.6\%$
- Falsos negativos: 0
- Sensibilidad: 100%
- Especificidad: 95%
- Valor predictivo positivo: 76.9%
- Valor predictivo negativo: 100%

## Discusión

El carcinoma ampliamente invasor es fácilmente reconocible por el cirujano o el patólogo<sup>(1)</sup> y no sería un problema para el estudio de CIP.

En la serie de Lang <sup>(2)</sup> sobre 167 carcinomas foliculares 54 eran de ese tipo, y en la de Evans <sup>(3)</sup> sobre 18, 11. Dos de los 10 carcinomas foliculares de la serie de Rosen <sup>(4)</sup> eran invasores y no fueron diagnosticados por el estudio intraoperatorio.

En cambio en la nuestra 5 eran de este tipo y todos fueron correctamente diagnosticados por la CIP.

El problema mayor para el diagnóstico por congelación son los carcinomas encapsulados y mínimamente invasores <sup>(1,3,4)</sup> en donde los criterios arquitecturales y citológicos no son válidos y sólo sí lo son la invasión capsular y la angioinvasión.

La dificultad de diagnosticar por la CIP la invasión capsular limitada y sobre todo la angioinvasión es lo que ha llevado a algunos patólogos a informar en tal situación: «neoplasma folicular: diagnóstico diferido» <sup>(1)</sup>.

Si el cirujano acepta en tal situación que la resección efectuada (habitualmente lobectomía o lobectomía más istmectomía) es suficiente de resultar en definitiva un carcinoma, ese diagnóstico patológico es válido, pero no si considera que de tratarse de un cáncer debería realizarse una tiroidectomía casi total o una total <sup>(5)</sup>.

En la serie de Livolsi <sup>(1)</sup> de 200 tumores foliculares, diagnóstico diferido, sólo 4 (2%) resultaron ser carcinomas.

Shrikhande y Talvarkar <sup>(6)</sup> en una serie extensa de 491 lesiones tiroideas examinadas por biopsia por congelación diagnosticaron el 81% de los carcinomas

foliculares. Rosen <sup>(4)</sup> afirma en cambio que casi todos los carcinomas foliculares encapsulados y mínimamente invasivos no podrían ser diagnosticados intraoperatoriamente por el patólogo.

En nuestra serie 5 de 6 de esos carcinomas fueron correctamente diagnosticados por la CIP y 1 solo por el estudio diferido <sup>(7)</sup>.

Reconociendo las dificultades y limitaciones del estudio intraoperatorio por el patólogo (CIP) creemos que es fundamental que tal estudio sea realizado por un técnico experimentado y especializado en patología tiroidea.

## Bibliografía

1. **Livolsi VA.** Surgical Pathology of the thyroid. Philadelphia: Saunders, 1990.
2. **Lang W, Choritz H, Hundeshagen H.** Risk factors in follicular thyroid carcinomas. *Am J Pathol* 1986, 10: 246-55.
3. **Evans HL.** Follicular neoplasms of the thyroid. *Cancer* 1984; 54: 535-40.
4. **Rosen Y, Rosenblatt T, Saltzman E.** Intraoperative pathologic diagnosis of thyroid neoplasms. *Cancer* 1990; 60: 2001-6.
5. **Delgado B.** La extensión de la resección glandular en el carcinoma diferenciado del tiroides. *Cir Uruguay* 1990; 60(1-3): 7-14.
6. **Shrikhande SS, Talvarkar GV.** Frozen section diagnosis in thyroid lesions. *Indian J Cancer* 1985; 22: 5-7 (citado por Rosen Y.).
7. **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.