

NÓDULO TIROIDEO DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTE ANCIANA

Anas Chaachou Charradi; Jordi Temprana Salvador
Hospital Universitari Vall d'Hebron; Barcelona

INTRODUCCIÓN Y CASO CLÍNICO

El carcinoma anaplásico de tiroides constituye algo menos del 5% de los tumores malignos de tiroides y es uno de los que presenta un peor pronóstico. Suele afectar a personas mayores de 60 años y puede convivir con carcinomas papilares sincrónicos.

Citológicamente se caracteriza por una población celular no cohesiva o en pequeños grupos, con morfología fusiforme o epiteliode, así como células con pleomorfismo nuclear muy marcado. Los núcleos aparecen hiper cromáticos, de contorno irregular y con amplia variabilidad de tamaño, pudiendo también presentar pseudoinclusiones. Es habitual identificar numerosas figuras de mitosis y material necrótico.

El diagnóstico diferencial de esta entidad incluye un amplio espectro de lesiones tiroideas, tanto benignas como malignas.

Presentamos el caso de una paciente de 85 años, originaria de Chile, pero residente en España. Como antecedentes patológicos de interés destaca un antecedente de colecistectomía, celiacía, un adenoma túbulo-velloso duodenal con displasia de alto grado y una gammopatía monoclonal de significado incierto con aumento de IgM que no requiere tratamiento.

La paciente acude a su centro de salud por autopalpación de un nódulo cervical anterior. A la exploración se constata la presencia de un nódulo de 3 cm de diámetro máximo en el lóbulo tiroideo derecho, bien delimitado, no adherido a planos profundos, de consistencia sólida y no doloroso a la palpación.

La ecografía confirma la presencia de este nódulo, clasificándolo como TIRADS 4/5. Se decide realizar una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) diagnóstica.

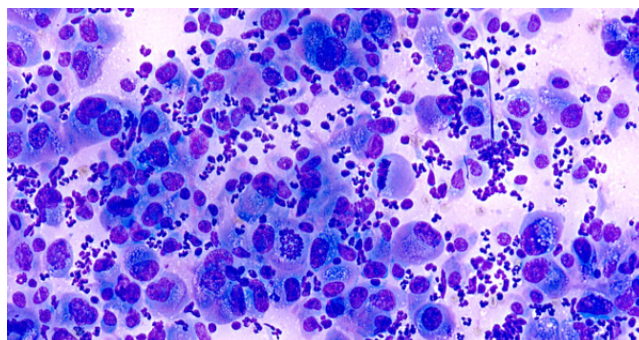


Figura 1. Extensión citológica en la que se observa un marcado pleomorfismo celular con numerosas figuras de mitosis, con un fondo inflamatorio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la PAAF de un nódulo tiroideo de nueva aparición debe incluir diversas entidades, entre las que destacan:

- 1) Nódulo benigno: se caracteriza por una celularidad escasa o moderada, con abundante material coloidal y pequeños grupos cohesivos de células foliculares que tienden a formar folículos de diversos tamaños. No presenta atipia nuclear ni figuras de mitosis. El fondo de las extensiones suele ser hemático. En caso de degeneración quística se pueden identificar macrófagos.
- 2) Carcinoma papilar: es el carcinoma tiroideo más frecuente. Presenta placas, papilas o microfoliculos de células con núcleos con cierto amoldamiento nuclear y citoplasma variable, que puede ser denso de tipo oncocítico o vacuolado. Los atributos nucleares son característicos: cromatina granular fina, presencia de pseudoinclusiones y hendiduras y una membrana nuclear engrosada. En ocasiones se pueden identificar cuerpos de psamoma.

3) Carcinoma folicular: es el segundo carcinoma tiroideo más frecuente. Es citológicamente indistinguible del adenoma folicular, pues esta diferencia se establece según exista invasión capsular. Citológicamente se caracteriza por una celularidad abundante distribuida en microfoliculos o trabéculas, con tamaño celular aumentado y superposición. Los núcleos son ligeramente irregulares y presentan un aspecto pálido.

4) Carcinoma de células de Hürthle: el diagnóstico en citología es sólo de sospecha. En las extensiones citológicas identificaremos casi exclusivamente células de Hürthle poco cohesivas, con nucleolos prominentes y citoplasma de aspecto granular. Es habitual la presencia de coloide, que en ocasiones sufre un cambio basófilo que recuerda a los cuerpos de psamoma.

5) Carcinoma medular: representa únicamente un 2-3% de carcinomas tiroideos. Se origina en las células parafoliculares o células C, productoras de calcitonina. Aparecen como pequeñas placas de células con un amplio abanico de morfologías (poligonales, redondeadas, plasmocitoides o fusiformes, llamadas "en cometa"). Los núcleos son redondeados u ovalados y los nucleolos son poco prominente, pudiendo existir pseudoinclusiones nucleares similares a las del carcinoma papilar. Algunas células presentan gránulos citoplasmáticos eosinófilos o depósito de amiloide.

6) Otros: la tiroides puede albergar otras neoplasias mucho más infrecuentes que las mencionadas, tales como el linfoma primario de tiroides, el carcinoma pobremente diferenciado y el carcinoma escamoso.

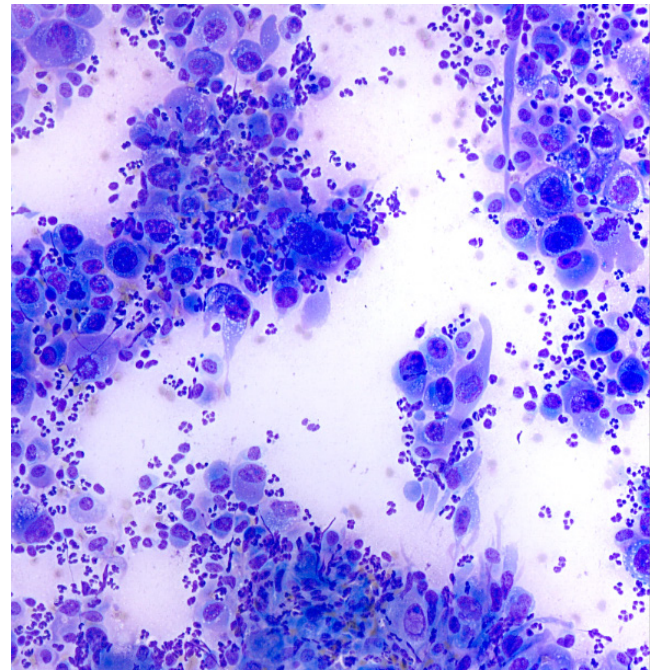


Figura 2. Extensión citológica en la que se observa un marcado pleomorfismo celular con numerosas figuras de mitosis, con un fondo inflamatorio.

EVOLUCIÓN Y CONCLUSIONES

La PAAF de la paciente fue compatible con un carcinoma anaplásico de tiroides, categoría VI de la clasificación de Bethesda. El estudio de extensión no identificó invasión ganglionar regional ni metástasis a distancia.

El carcinoma anaplásico tiene un pésimo pronóstico, pues se suele diagnosticar en estadios muy avanzados. Aunque el diagnóstico citológico es rentable y rápido, es importante complementarlo mediante estudios inmunohistoquímicos y correlacionar con la clínica y la radiología. ■

Bibliografía

1. Cibas, E. S., & Ducatman, B. S. (2021). Thyroid. En *Cytology: Diagnostic Principles and Clinical Correlates* (pp. 288-327). Elsevier.
2. Podany P, Abi-Raad R, Barbieri A, Garritano J, Prasad ML, Cai G, Adeniran AJ, Gilani SM. Anaplastic thyroid carcinoma: Cytomorphologic features on fine-needle aspiration and associated diagnostic challenges. *Am J Clin Pathol.* 2021;157(4):608–619. doi:10.1093/ajcp/aqab159.