

Excerpt from the 14-page booklet and reprinted on the ThyCa web site <[www.thyca.org](http://www.thyca.org)> with permission of Yolanda C. Oertel, M.D.

# Aspiración con Aguja Fina de la Glándula Tiroides: Guía Para el Paciente

**Dra. Yolanda C. Oertel**

Directora del Servicio de Aspiración con Aguja Fina  
Instituto del Cáncer  
Washington Hospital Center  
Washington DC

(c) Copyright 2003 by Yolanda C. Oertel, M.D. All rights reserved.

Este folleto será publicado como parte de un capítulo en el nuevo libro: *Thyroid Cancer: The Patient's Guide*, edited by Dr. Douglas Van Nostrand, M.D., Leonard Wartofsky, M.D., and Gary Bloom. (to be published early in 2004).

Suministramos este folleto como un servicio educativo a las personas que están siendo investigadas por la posibilidad de que tengan cáncer de la glándula tiroides. Este folleto no reemplaza a su tratamiento médico y usted debe consultar al doctor que lo está tratando.

Mi especial agradecimiento a los médicos del Washington Hospital Center que están involucrados en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer del tiroides y a los miembros the *ThyCa*: Thyroid Cancer Survivor's Association, Inc. <[www.thyca.org](http://www.thyca.org)>, por su ayuda en el desarrollo de esta publicación.

Note: This booklet is also available in English: *Fine Needle Aspiration of the Thyroid: The Patient's Guide* by Yolanda C. Oertel, M.D. (c) Copyright 2002. An excerpt is on the ThyCa web site.

## Generalidades

Su médico le acaba de decir que usted tiene un “bulto” (o masa, o nódulo) en su glándula tiroides. O usted ha sentido o descubierto un bulto en su cuello y ha pedido una cita para ver a su internista. Si usted es una mujer de 20 a 50 años de edad, por favor entienda que éste es un hallazgo común. Sin embargo va a estar preocupada acerca de la posibilidad de tener cáncer. En realidad la mayoría de nódulos o bultos en la glándula tiroides **NO** son cancerosos.

El reto para el médico es determinar cuales son los nódulos benignos y cuales son los cancerosos. La siguiente información puede ser útil pero **NO** va a determinar si el nódulo es benigno o maligno:

- Duración del nódulo (o por cuanto tiempo ha estado presente).
- Si es doloroso o no.
- Si es blando o firme a la palpación.
- Resultados de los análisis de sangre de su función tiroidea.
- Si ha respondido o no a la terapia hormonal de supresión.
- Hallazgos del Ultrasonido.
- Captación de yodo radioactivo y resultados de radiología.

La aspiración con aguja fina es el único examen que puede diferenciar un nódulo benigno de un nódulo maligno (antes de la extirpación quirúrgica). Por esta razón su médico le va a decir que usted necesita una aspiración de su nódulo. A continuación le proporcionamos información acerca de este procedimiento que le ayudará a entender por que y como vamos a efectuar este procedimiento.

Basada en mi experiencia como patóloga que ha estado aspirando masas palpables por 27 años (los últimos 5 años dedicada principalmente a la aspiración de nódulos tiroideos) trataré de contestar a las preguntas que los pacientes hacen con más frecuencia. Si usted no encuentra la respuesta a su pregunta específica, o si algo no está claro, por favor escríbame y envíeme su nota a: Dra. Yolanda C. Oertel, Directora del Servicio de Aspiración con Aguja Fina, Instituto del Cáncer (C-1219), Washington Hospital Center, 110 Irving Street, NW, Washington DC, 20010-2975

## I. Antes de la Aspiración:

### Que es la aspiración con aguja fina?

Es un procedimiento muy simple, semejante a sacar sangre de la vena del brazo. La aguja que usamos es más delgada que para sacar sangre de la vena. La aguja está conectada a una jeringa que a su vez encaja en un portajeringa y esto permite al médico aplicar succión fácilmente. Las células de su nódulo tiroideo se van a extraer a través de esta aguja delgada. Si el nódulo contiene líquido lo vamos a drenar. Con las células se van a preparar extendidos o frotis en láminas (o portaobjetos) de vidrio. Luego se colorean las láminas y se examinan con el microscopio. Después de examinar todas las láminas, el patólogo dará un diagnóstico citológico y emitirá un reporte escrito.

### Realmente necesito una aspiración?

Una aspiración es el único método no quirúrgico que puede determinar si su nódulo tiroideo es benigno o maligno.

### El “tumor que tengo es grande y voy a necesitar una operación.” Aún así, realmente necesito una aspiración?

Sí, para evitar que su cirujano encuentre sorpresas. En raras ocasiones, un paciente puede tener un carcinoma medular o un carcinoma anaplástico del tiroides. Sabiendo esto con anticipación ayudará al cirujano a planear mejor. Otras pruebas adicionales serán necesarias para excluir la posibilidad de que el paciente tenga además otros tumores (por ejemplo: feocromocitoma) antes de proceder con la tiroidectomía. En raras ocasiones, cáncer de otros órganos (mama, riñón, pulmón) puede haberse extendido a la glándula tiroides y simular un cáncer primario de ella.

### Debo someterme a Ultrasonido del cuello antes de que me hagan una aspiración?

En la mayoría de los casos esto no es necesario. Si su médico descubre que usted tiene un nódulo y el patólogo puede efectuar una aspiración inmediatamente o al día siguiente, no es necesario esperar hasta después de haber obtenido un examen sonográfico (ultrasonido del cuello). El diagnóstico citológico puede obtenerse en 24 horas y si el nódulo es maligno la cirugía puede programarse a los pocos días.

## Cuales son los resultados citológicos de la aspiración?

Generalmente los resultados pueden dividirse en cuatro categorías: (1) benigno (70-75 % de los casos). (2) maligno (4-7 %), (3) no concluyente o no definitivo (10-15 %), y (4) no satisfactorio o especimen inadecuado (1-10%).

### Que es un diagnóstico benigno?

Esto significa que su nódulo o masa NO es canceroso. Puede deberse a una inflamación (tiroiditis), acumulación de la secreción de su tiroides (nódulo coloideo), crecimiento irregular de su glándula (nódulo hiperplástico), o un quiste (nódulo con líquido).

### Que es un diagnóstico maligno?

Esto significa que su nódulo es canceroso. Hay varios tipos de cáncer de la glándula tiroides. El más común y más fácil de tratar con éxito es el carcinoma papilar.

### Que es un diagnóstico vago o impreciso?

Cuando no hay certeza acerca de la naturaleza de su nódulo; puede que sea benigno o maligno. Por favor asegúrese de que no se confunda con un diagnóstico benigno. El diagnóstico no concluyente significa que no hemos podido determinar cómo se va a comportar su nódulo. Hay dos alternativas: se puede repetir la aspiración o usted debe discutir con su médico la posibilidad de cirugía.

### Que es un diagnóstico no satisfactorio?

Quien efectuó la aspiración fracasó o no extrajo un número suficiente de células de su nódulo para permitir al patólogo emitir un diagnóstico. Lo más frecuente es que el médico sólo obtuvo sangre. Es como si no se hubiera efectuado la aspiración y ésta tiene que repetirse (de preferencia el siguiente médico que va a aspirar debe ser más experimentado). Asegúrese de que este diagnóstico no sea confundido con un diagnóstico de benignidad.

## Que debo hacer si el resultado de la aspiración no es definitivo?

Usted debe discutir esta interpretación con su endocrinólogo. Si el médico que ordenó la aspiración es un internista o médico de familia, yo le sugiero que consulte con un especialista (endocrinólogo). Si el reporte de la aspiración no es definitivo porque el nódulo es celular pero no hay sospecha de cáncer, entonces debe repetirse la aspiración. Es preferible, repetir la aspiración después de que el paciente ha recibido terapia supresiva con hormona tiroidea por 6-8 meses. También puede enviar las láminas para ser revisadas por otro patólogo (obtener una segunda opinión) que esté interesado o que tenga entrenamiento especializado en enfermedades tiroideas. Dicho patólogo puede dar un diagnóstico más definitivo. Si el diagnóstico es “neoplasia folicular,” entonces está indicado proceder con la extirpación quirúrgica.

## Puedo tener cáncer que no es detectado por la aspiración?

Sí, porque ninguna técnica tiene 100% de certeza. Si su nódulo es grande y hay un pequeño foco de cáncer (en el nódulo o adyacente al nódulo), el cáncer puede no ser detectado.

## Cual es el grado de certeza diagnóstica de la aspiración?

La certeza del diagnóstico depende de la destreza y experiencia de los médicos que obtienen las muestras e interpretan las láminas con el microscopio. Las cifras mencionadas en la literatura médica varían considerablemente y pueden ser difíciles de interpretar.

## Quién puede efectuar aspiraciones?

Cualquier médico que esté interesado en aprender como efectuar el procedimiento en forma apropiada y que disponga de instalaciones físicas adecuadas (una habitación con mesa de examen, caño, láminas, porta-láminas, jeringas y agujas desechables, etc.)

- Endocrinólogos e internistas tienen la ventaja de que pueden efectuar la aspiración inmediatamente después de descubrir el nódulo. Así, pueden obtener un diagnóstico en forma más eficaz y económica.
- Cirujanos tienen la ventaja de la destreza manual. Sin embargo, la técnica de aspiración con aguja fina es engañosa y parece muy simple y la mayoría de cirujanos no la dominan. La glándula tiroides es más difícil de aspirar, en comparación con lesiones de mama. Además los cirujanos no tienen tantos pacientes con lesiones de la glándula tiroides como los endocrinólogos, de modo que no tienen suficiente práctica.
- Patólogos tienen la ventaja de que pueden examinar los frotis (extendidos celulares) con el microscopio y determinar inmediatamente si el espécimen es adecuado o no. Por consiguiente, el porcentaje de especímenes inadecuados es más pequeño. Pero, son muy pocos los patólogos que están dispuestos a efectuar aspiraciones. Por su entrenamiento, los patólogos están más involucrados con problemas diagnósticos y no tratando pacientes. Somos “médicos invisibles” para los pacientes.
- Radiólogos tienen la ventaja de poder aspirar las lesiones no palpables y las masas profundas en las cavidades torácicas y abdominales (pulmones, hígado, etc.). Usan ultrasonido, tomografía computarizada, y otras técnicas radiológicas. Sin embargo no tienen suficiente número de casos de glándula tiroides para obtener experiencia.