



## Revista Colombiana de Cancerología

[www.elsevier.es/cancerologia](http://www.elsevier.es/cancerologia)



### REVISIÓN

## Diferencias y controversias entre el reporte de patología y la interpretación clínica en patología tiroidea. I parte: Factores pronósticos

Alfredo Ernesto Romero Rojas<sup>a,\*</sup>, Rafael Parra Medina<sup>b</sup>,  
Sandra Isabel Chinchilla Olaya<sup>a</sup>, Amelia de los Reyes Victoria<sup>c</sup> y Augusto Llamas Olier<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Grupo Patología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

<sup>b</sup> Grupo de Epidemiología, Facultad de Medicina, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D. C., Colombia

<sup>c</sup> Grupo Medicina Nuclear, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

Recibido el 16 de marzo de 2016; aceptado el 13 de julio de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Cáncer de tiroides;  
Carcinoma papilar;  
Neoplasia folicular

**Resumen** El cáncer de la glándula tiroides es una neoplasia cuya detección, diagnóstico y tratamiento se realiza de manera interdisciplinaria, por lo tanto el diagnóstico definitivo histopatológico debe ser completo y claro; de modo que pueda ser interpretado de la misma manera por parte del grupo médico tratante. De manera frecuente, los médicos no patólogos que reciben el reporte de un estudio histopatológico de tiroides se enfrentan con dificultades al momento de interpretar el reporte histopatológico y, por lo tanto, en definir la posterior conducta médica. El objetivo de este primer artículo es revisar de manera breve algunos de los diferentes temas que más generan dudas en la interpretación del reporte histopatológico y de las técnicas diagnósticas usadas en patología por parte de los médicos tratantes que tienen un impacto en las decisiones clínicas originadas a partir de la clasificación, estadificación, pronóstico y seguimiento de la enfermedad.

© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Thyroid cancer;  
Papillary carcinoma;  
Follicular neoplasm

**Thyroid pathology: differences and controversies between the pathology report and clinical interpretation. Part I: prognostic factors**

**Abstract** Cancer of the thyroid gland is a neoplasia for which its detection, diagnosis and treatment is interdisciplinary. For this reason, the definitive diagnosis by histopathology should

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aerromero@gmail.com](mailto:aerromero@gmail.com) (A.E. Romero Rojas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2016.07.002>

0123-9015/© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

be complete and clear so that it can be interpreted in the same way by the treating medical group. Non-pathology physicians who receive the report of a histopathological study of the thyroid often have difficulties when interpreting the report and therefore in defining the subsequent medical behaviour. The objective of this first article is to review briefly some of the different subjects that generate most doubts in the interpretation of the histopathology report, and the diagnostic techniques used in pathology by the attending physicians that have an impact on clinical decisions arising from the classification, staging, prognosis, and follow-up of the disease.

© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El cáncer de la glándula tiroidea es la neoplasia más frecuente del sistema endocrino con un incremento llamativo de su incidencia en los últimos años<sup>1</sup>. Según datos del SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results Program*) del *National Cancer Institute*, en Estados Unidos el cáncer de tiroides corresponde al 4% de todas las neoplasias recientemente diagnosticadas con aproximadamente 13,5 nuevos casos por cada 100.000 habitantes<sup>2</sup>. La tasa de supervivencia ha sido estimada en 97,9% a 5 años con una mortalidad baja, calculada en aproximadamente 0,5 por 100.000 personas/año<sup>2</sup>. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres con una relación aproximada de 3 a 1 en países desarrollados<sup>3,4</sup>. La tasa ajustada de incidencia en Colombia para el período entre 2007 y 2011 fue de 1,1 por cada 100.000 hombres y 9,7 por cada 100.000 mujeres ocupando el décimo lugar en frecuencia<sup>5</sup>.

La comprensión clara del reporte histopatológico del cáncer de tiroides depende que el especialista a cargo del manejo médico (cirujano, endocrinólogo, médico nuclear) adopte decisiones calibradas a la justa medida del riesgo de persistencia, recurrencia y muerte por la enfermedad; ya que pequeños detalles en la patología pueden promover grandes diferencias de manejo.

El objetivo de este primer artículo es revisar brevemente algunos de los temas que más dudas generan al interpretar el reporte histopatológico del cáncer diferenciado de tiroides.

### Variantes agresivas del carcinoma papilar de tiroides. ¿Cuándo son agresivas?

El carcinoma papilar de tiroides (CPT) corresponde del 85 al 90% de las neoplasias malignas de la glándula tiroidea<sup>6,7</sup>. Tiene alrededor de 13 variantes histopatológicas (tabla 1) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que comparten los rasgos citopatológicos del CPT<sup>8</sup>, pero algunas muestran perfiles genéticos diferentes<sup>9</sup>. Las variantes de mayor agresividad y riesgo comparadas con el CPT de patrón clásico son: esclerosante difusa, células altas, células columnares, patrón sólido<sup>8</sup> y, más recientemente, la variante con células prominentes en forma de tachuela (*hobnail*)<sup>10</sup>. Se han descrito tres subtipos de esta variante:

**Tabla 1** Variantes histológicas del carcinoma papilar de tiroides

1. Microtumor papilar
2. Microcarcinoma papilar
3. Variante folicular  
Variante o subvariante encapsulada  
Variante o subvariante difusa  
Variante o subvariante macrofolicular (Bocio-like)
4. Variante célula alta
5. Variante célula columnar
6. Variante sólida
7. Variante esclerosante difusa
8. Variante oncocítica (células de Hurthle)
9. Variante Whartin-like
10. Variante célula clara
11. Variante cribiforme-morular
12. Carcinoma papilar con características prominentes en tachuela (*hobnail*)
12. Carcinoma papilar con estroma fascitis-like

encapsulado, difuso o multinodular y macrofolicular (*goiter-like*). El subtipo difuso está asociado a un mayor riesgo de invasión vascular, compromiso ganglionar y metástasis a distancia al diagnóstico. Se presume que en el futuro próximo podría ser categorizado como una variante de alto riesgo<sup>11</sup>.

Los patólogos frecuentemente basan sus reportes en las recomendaciones del Colegio Americano de Patología (CAP)<sup>12</sup> y de la *International Union Against Cancer* (UICC)<sup>13</sup>. Existe consenso en torno a la recomendación de identificar y denominar las variantes del CPT en el reporte final de patología<sup>12-17</sup>. Cuando las células altas representan al menos el 50% del universo celular del tumor, se le denomina variante de células altas<sup>18,19</sup>. Lo mismo ocurre con la variante sólida<sup>20</sup>. Sin embargo, no hay criterios universales para establecer el porcentaje de representatividad que deben tener los demás tipos celulares para tipificar la variante como de alto riesgo. En el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia (INC), se considera subjetivamente que para establecer la predominancia de una variante agresiva debe estar representada en al menos el 30% de las células tumorales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8789441>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8789441>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)