



PUNCIÓN ASPIRACIÓN DE TIROIDES CON AGUJA FINA

DR. IGOR VILLALBA GARCÍA PERALTA

COORDINADOR DE CLÍNICA DE ENFERMEDADES DE TIROIDES

Contenidos

- Generalidades
- Materiales
- Procedimientos
- Terminología
- Estadísticas
- Diagnósticos
- Otros diagnósticos

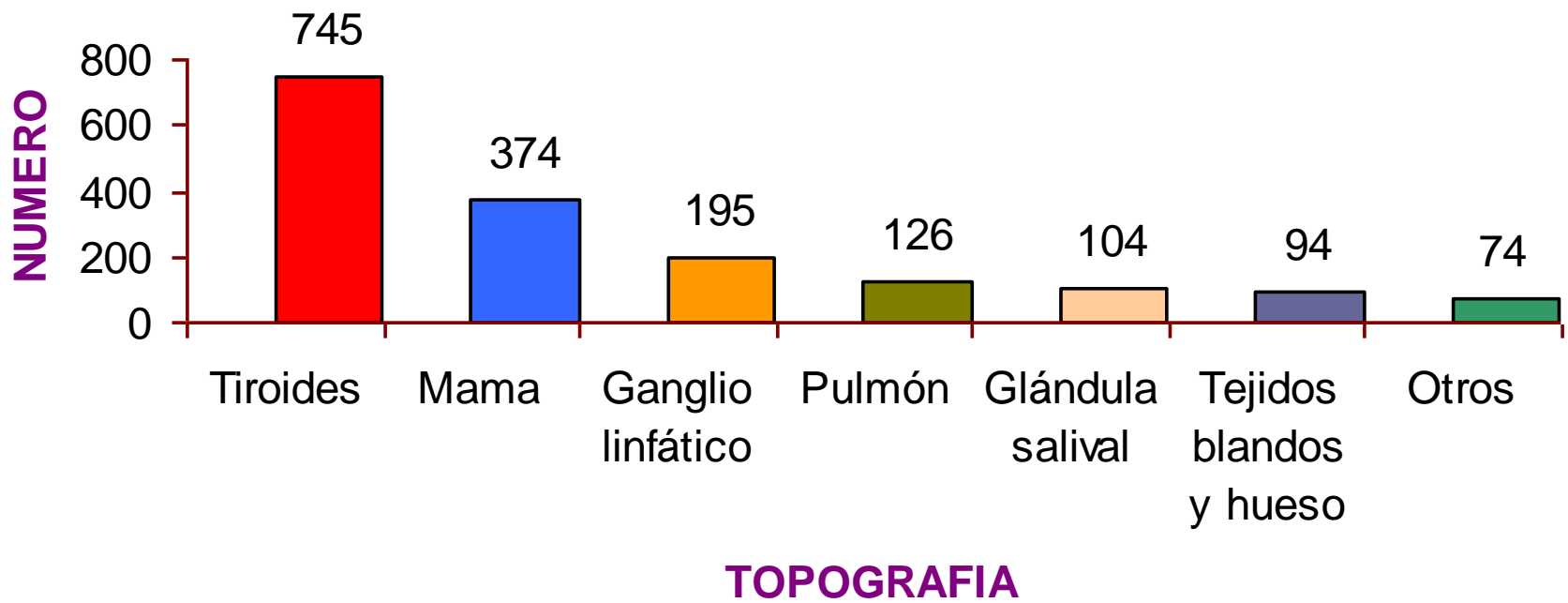
GENERALIDADES

Dr. José Somocurcio

PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) DE TIROIDES

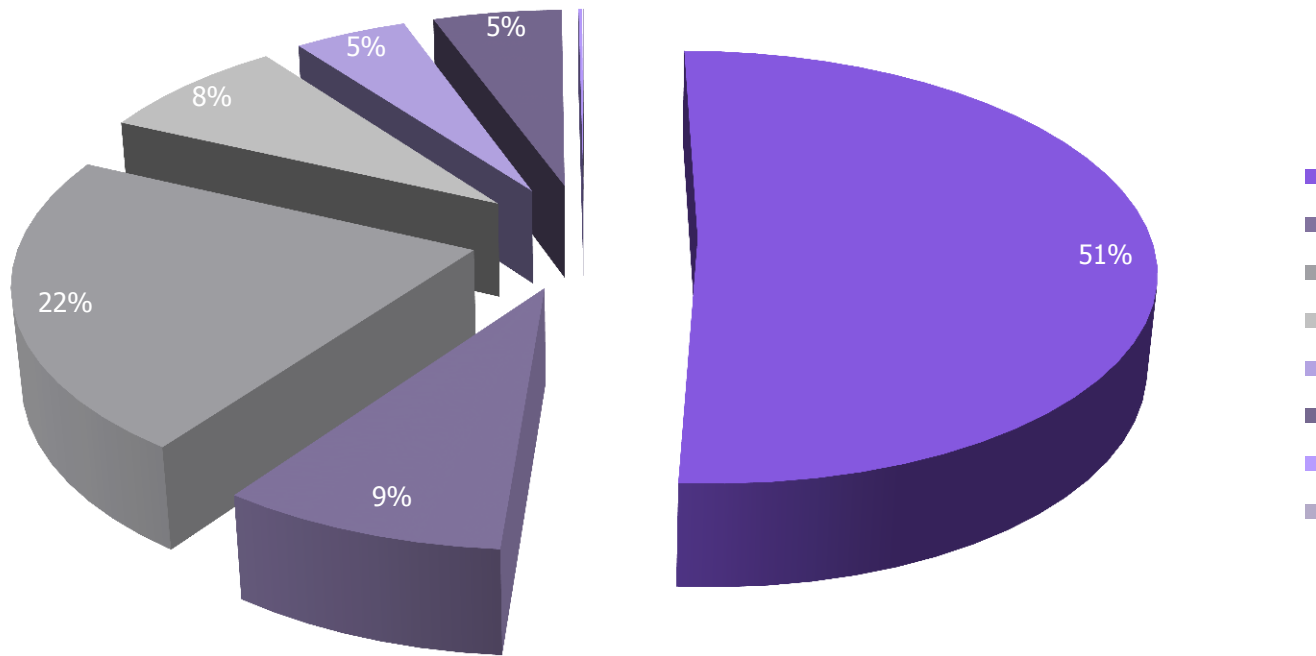
- Manejo y selección de pacientes
- Procedimiento estándar
- Método seguro, costo-beneficio
- Piedra angular en el diagnóstico del nódulo tiroideo.
- Utilizado como test de selección
- Reducción del número innecesario de operaciones.

BIOPSIAS POR ASPIRACION CON AGUJA FINA. AÑO 2002 HNERM

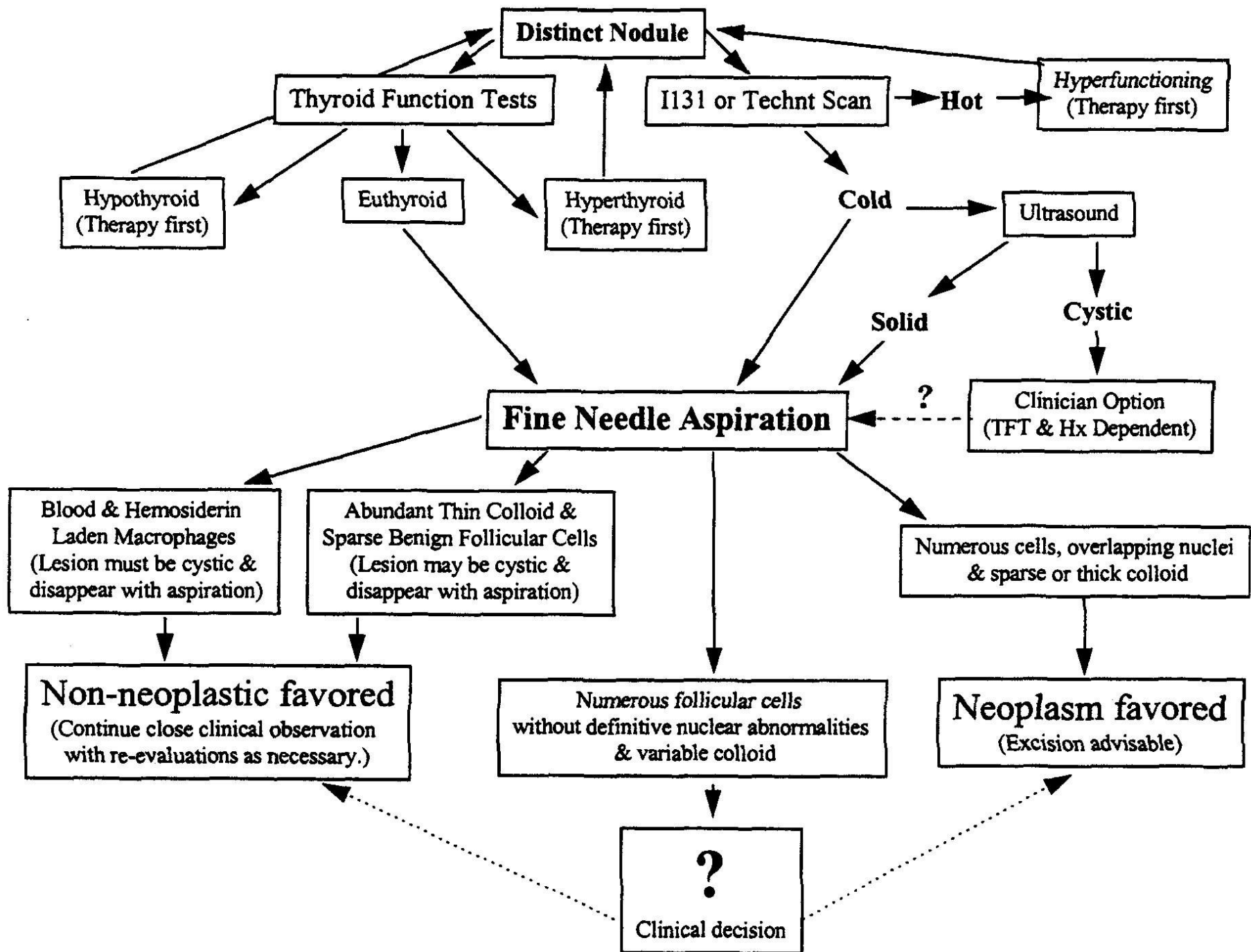


BAAF AÑO 2009

TOTAL DE CASOS 3,879



Hospital E. Rebagliati Martins
EsSalud





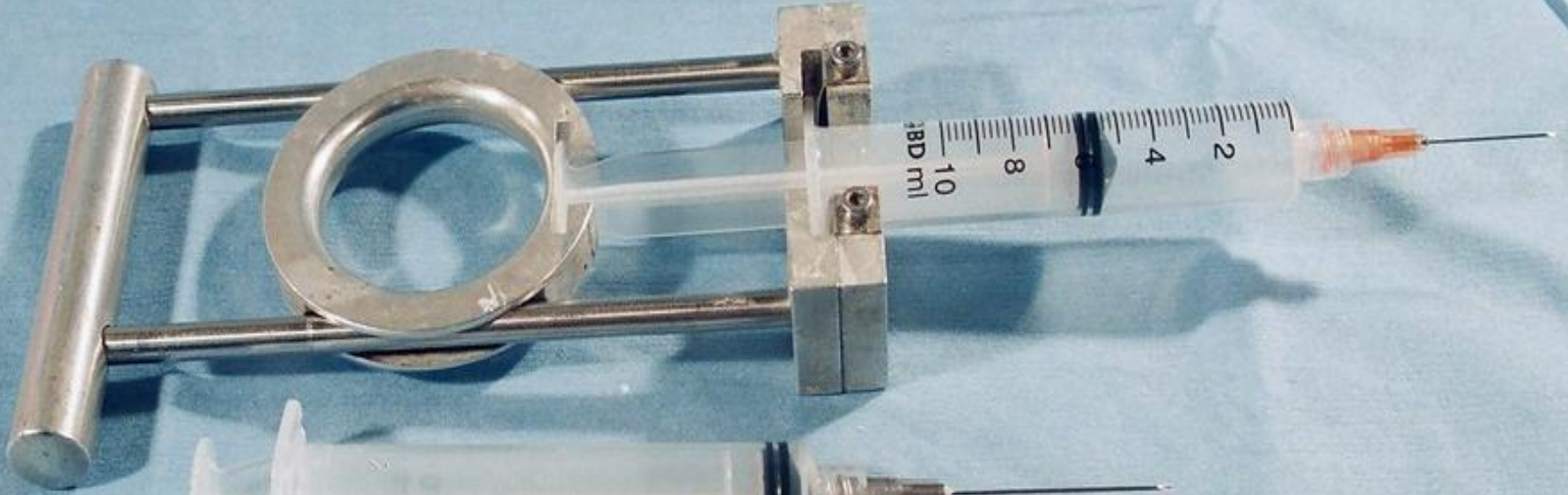
MATERIALES

Dr. José Somocurcio

MATERIALES UTILIZADOS PARA LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA DE TIROIDES

- Guantes
- Alcohol.
- Algodón-gasas
- Manija porta jeringas
- Jeringas descartables de 10cc
- Aguja fina de 22,23,25,26 (2.5-5cm)
- Fijador: Alcohol éter al 95%
- Láminas portaobjetos





PROCEDIMIENTO

Dr. José Somocurcio



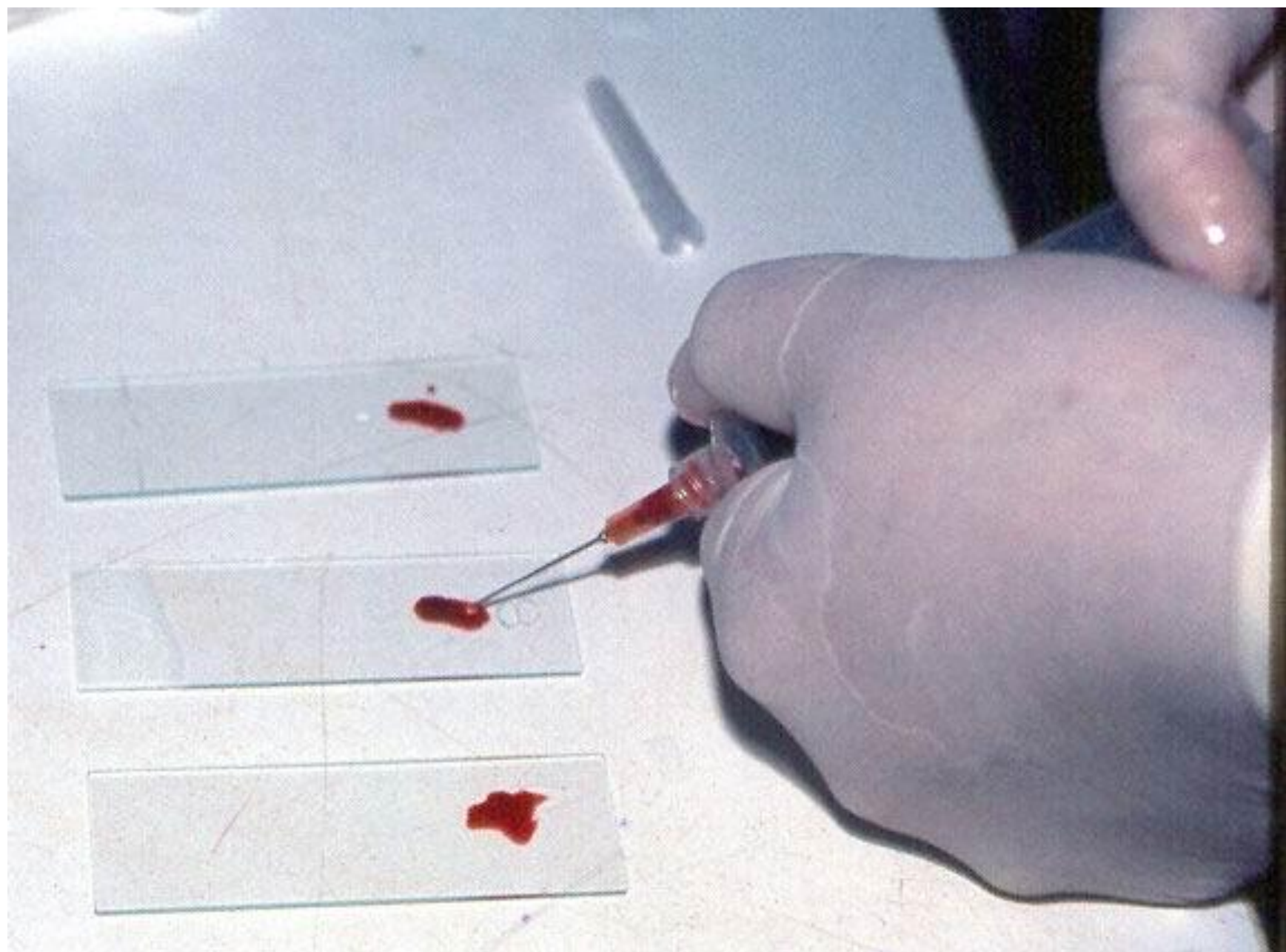
“La Cadena para el
Diagnóstico”



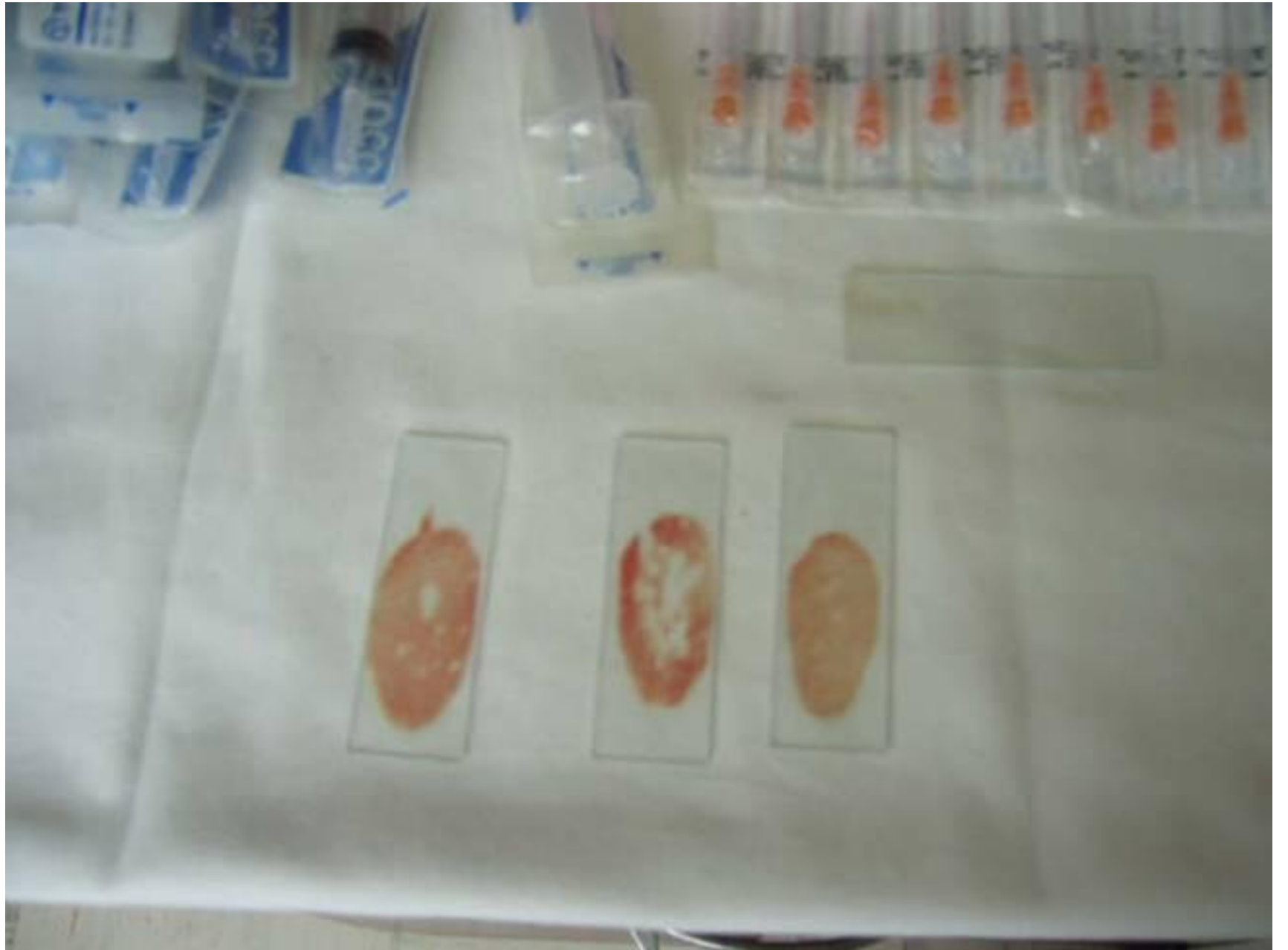


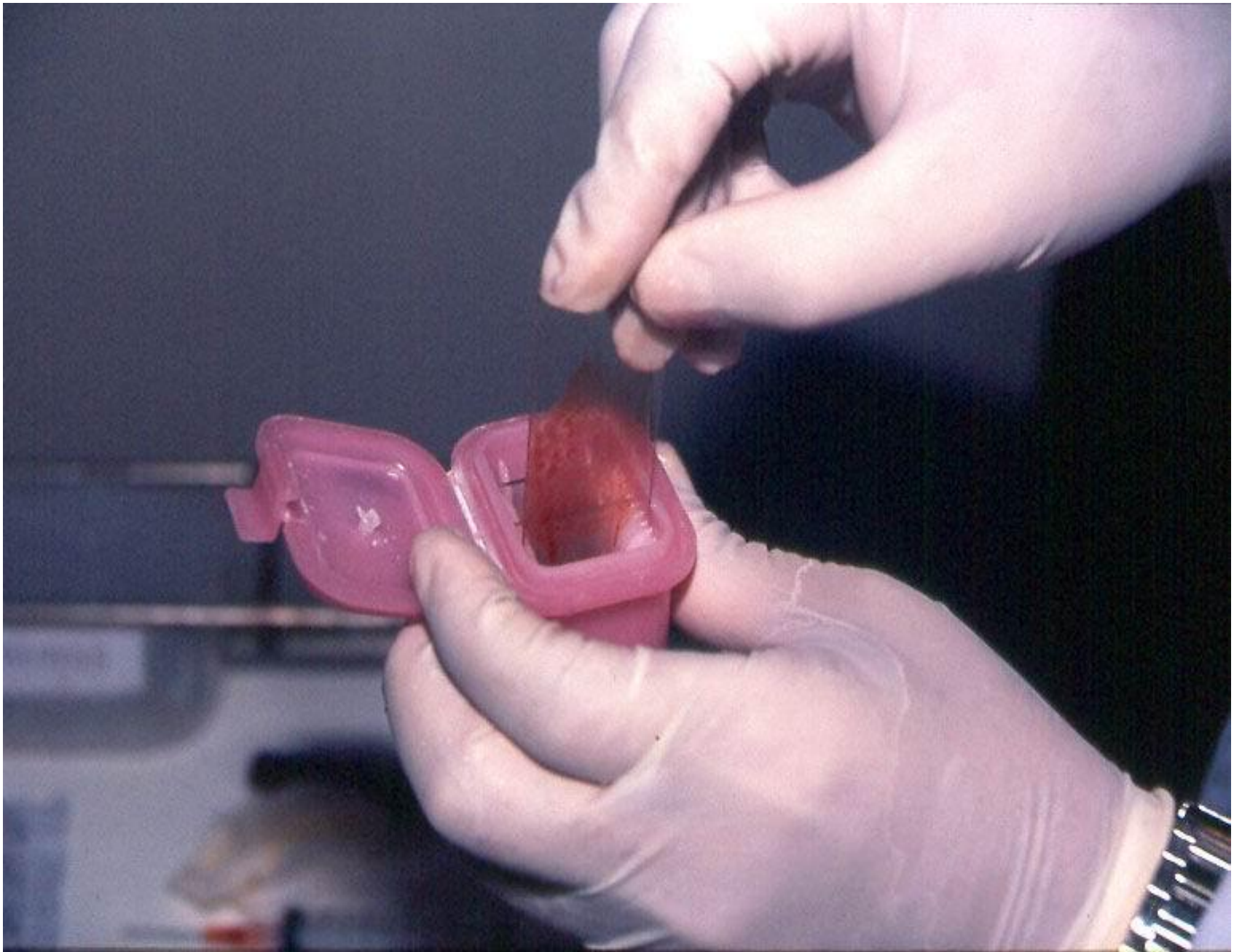






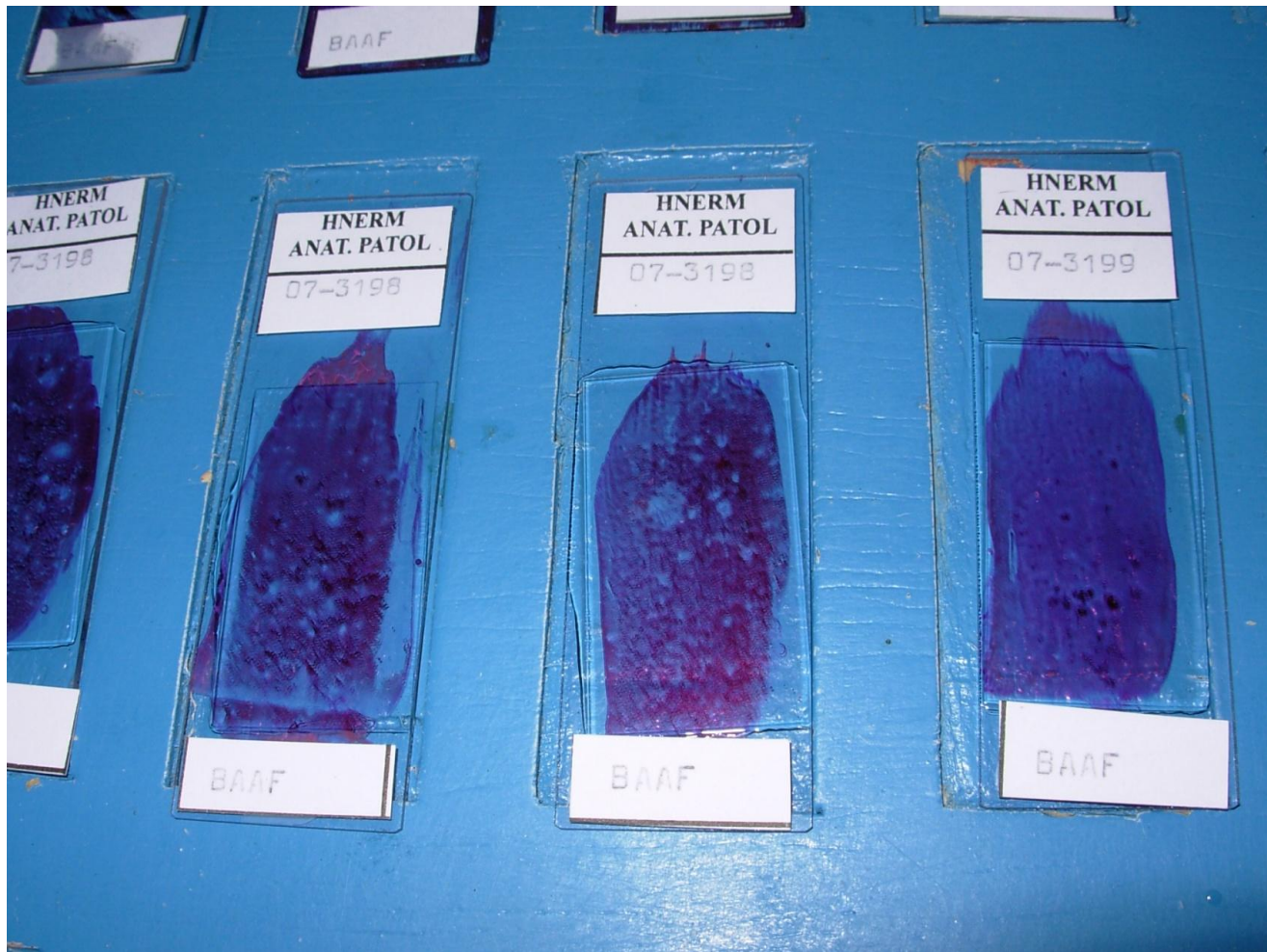












HNRM
ANAT. PATOL
7-3198

HNRM
ANAT. PATOL
07-3198

HNRM
ANAT. PATOL
07-3198

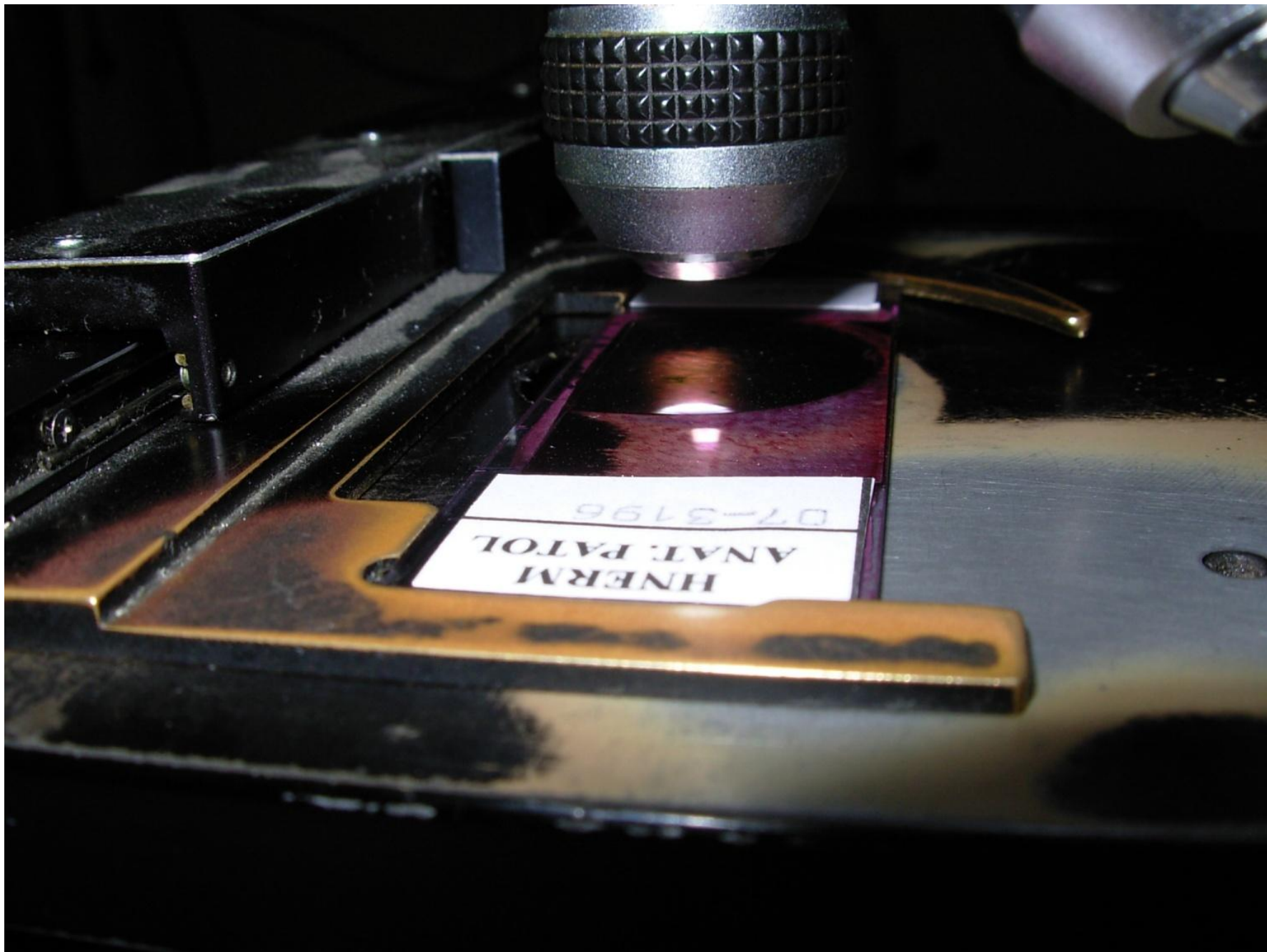
HNRM
ANAT. PATOL
07-3199

BAAF

BAAF

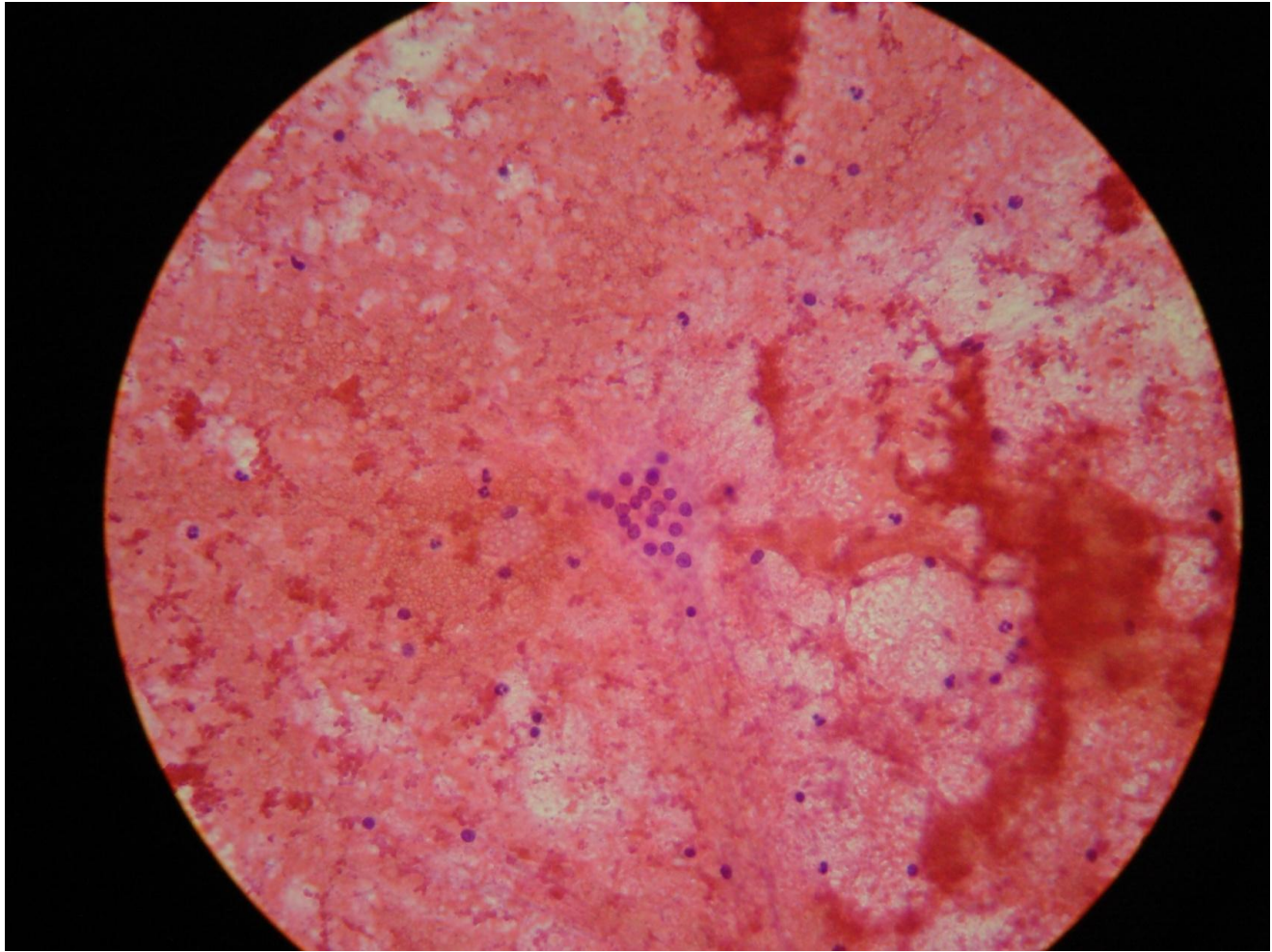
BAAF

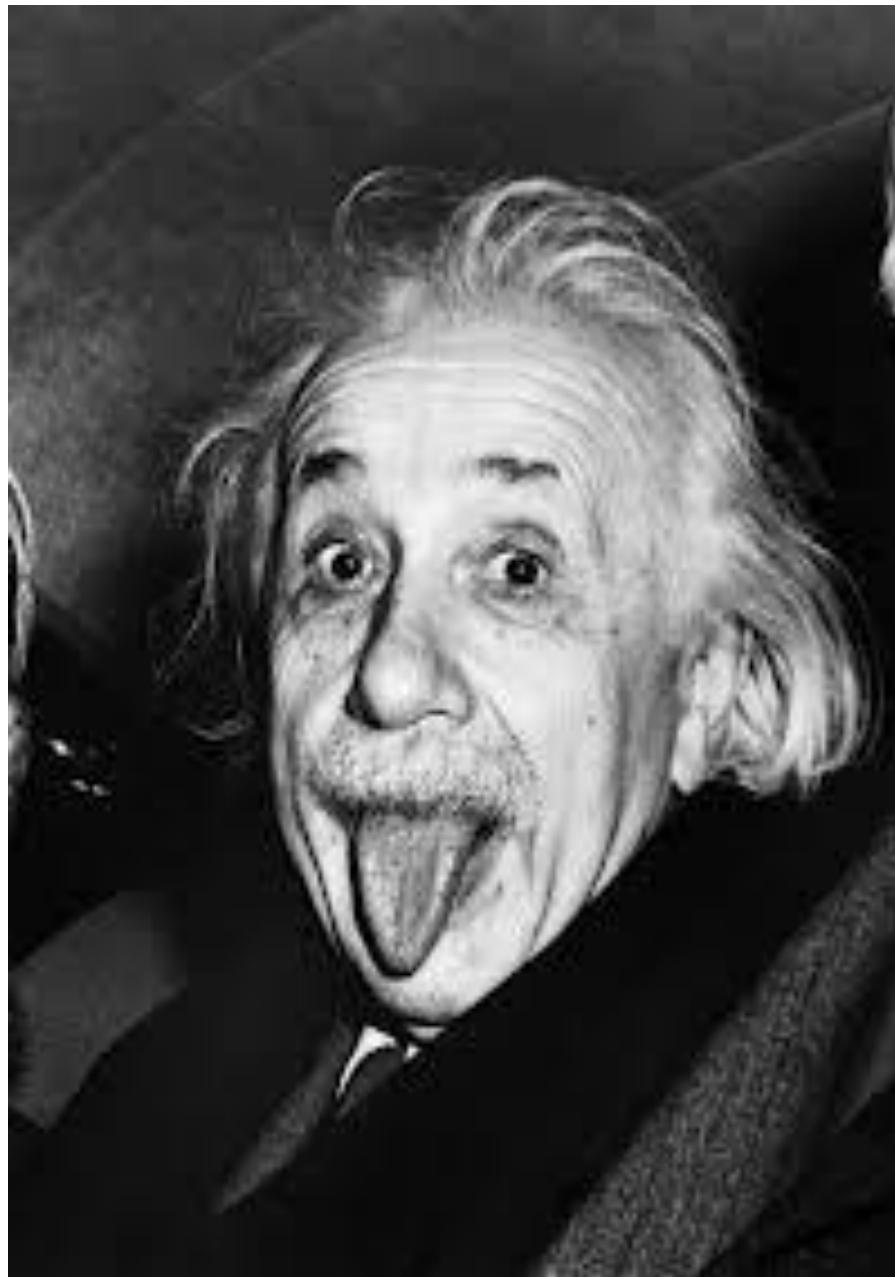
BAAF



HNERM
ANAT. PATOL

07-5196

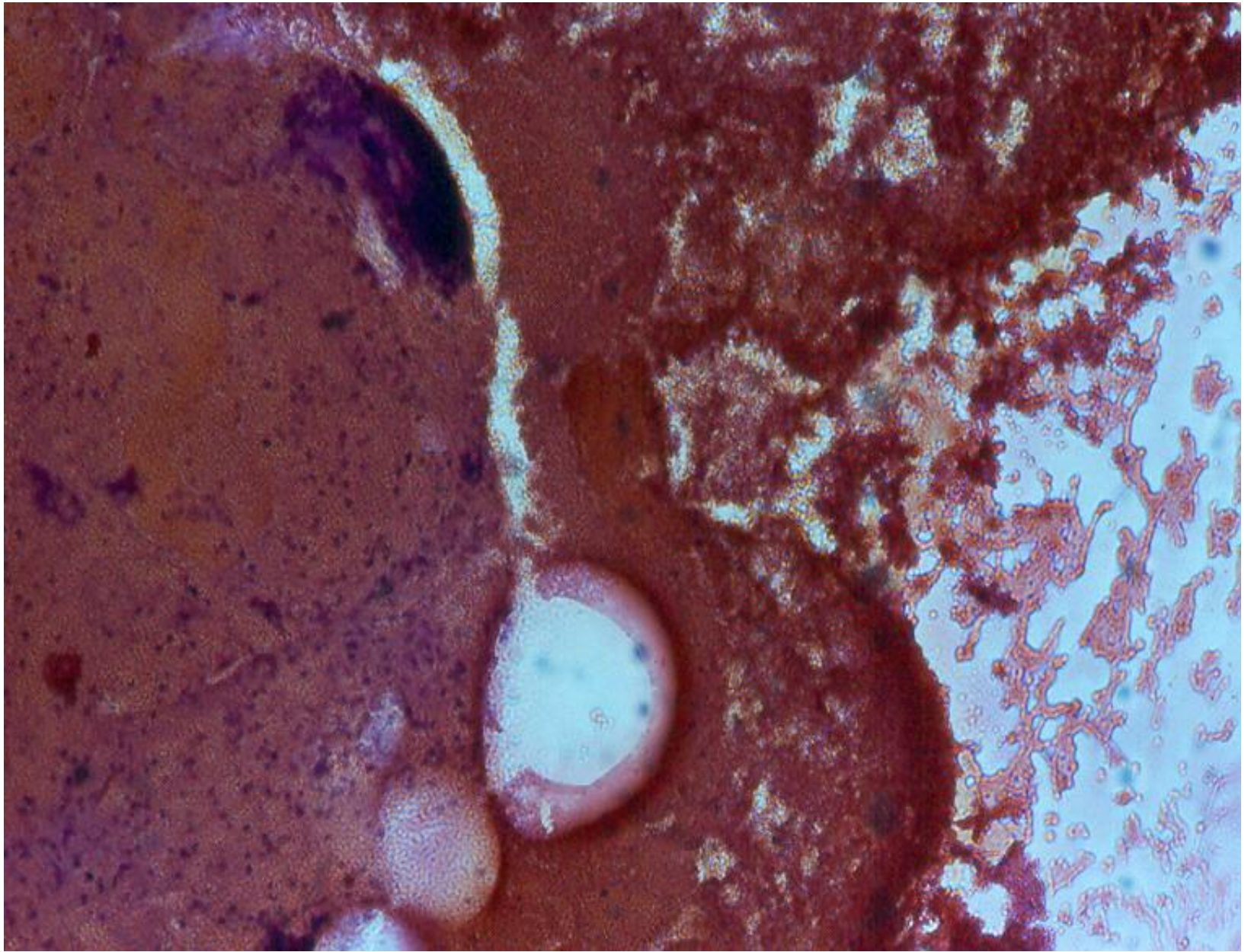


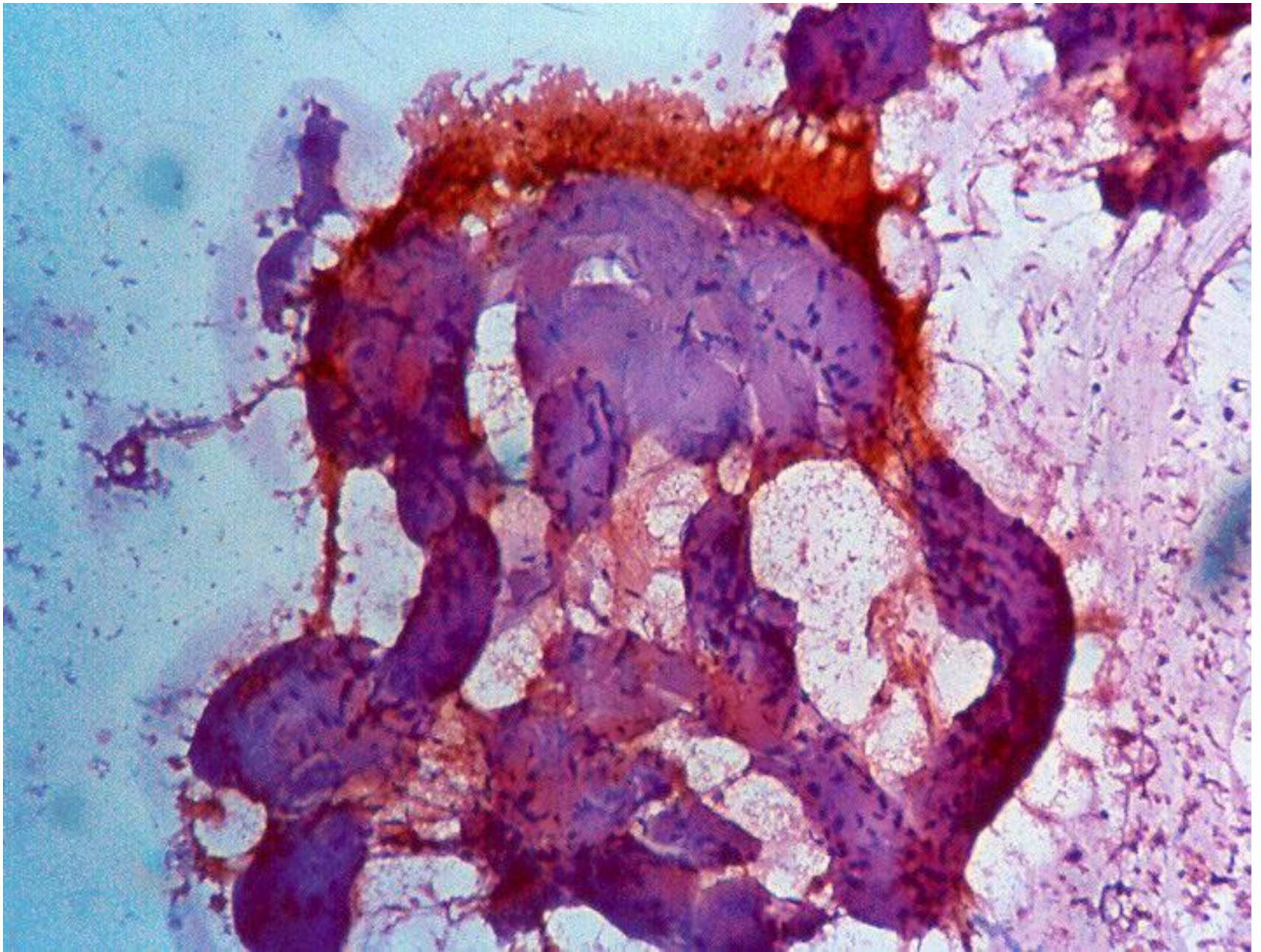


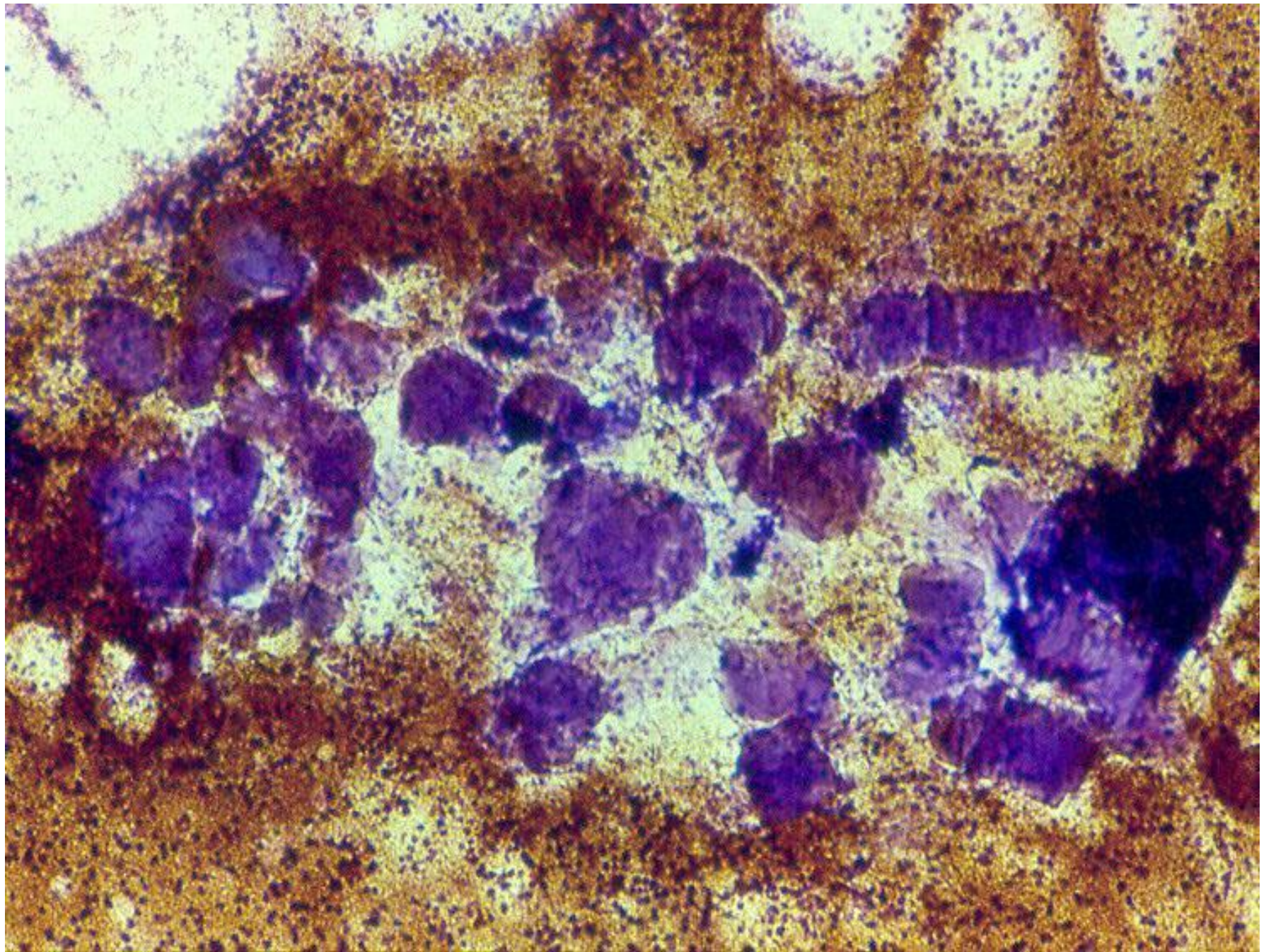


Muestra Insatisfactoria

.







INDICACIONES PARA LA CIRUGÍA

- A) Diagnóstico de cáncer por PAAF
- B) Sospecha de cáncer por PAAF
- C) Nódulo tiroideo + adenopatía regional
- D) Nódulo tiroideo+historia de radiación local
- E) Crecimiento de masa tiroidea a pesar de terapia con Levo tiroxina
- F) Síntomas clínicos de presión, ronquera o disfagia en pacientes con nódulos tiroideos.

RIESGOS PARA LA CIRUGÍA

- 1) Parálisis de cuerda vocal
- 2) Hipoparatiroidismo
- 3) Hipotiroidismo

PRECISIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR PAAF DE TIROIDES

- Habilidad del investigador
- Experiencia del citopatólogo
- Niveles de muestras inadecuadas:
 - 4% de 304 (9)
 - 6% de 111 (2)
 - 8% de 395 (1)
 - 16% de 795(3)
 - 20% de 6300(2)
 - 25% de 1380 (4)
 - 13-62% de 766 (8)

Material insuficiente o insatisfactorio

- Aceptable menos del 15%
- Ofrecer entrenamiento en caso de porcentaje elevado
- No se debe tratar de diagnosticar este material
- Criterios no deben ser muy liberales para evitar muchos falsos negativos.

INDICACIONES PARA VALORAR EL MATERIAL

(Sociedad Ppanicolaou de Citopatología)

CELULAS	COLOIDE	INTERPRETACIÓN
NUMEROSAS	VARIABLE	MATERIAL SUFICIENTE
ESCASAS	ESCASO/AUSENTE	MATERIAL INSUFICIENTE
ESCASAS	ABUNDANTE	BOCIO COLOIDE
HISTIOCITOS	VARIABLE	BOCIO QUISTICO

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES PARA LA INTERPRETACIÓN DE LA PAAF DE TIROIDES

Valoración de 3 componentes:

- *Arquitectura (en panorámico)
- *Fondo y Material extracelular
- *Características citológicas (mayor aumento)

Interpretación es clínico-patológica

Ventajas de la Punción Aspiración de tiroides

En el paciente:

- *Dolor mínimo, mínimo discomfort y postración
 - *Generalmente no requiere anestesia
 - *Puede utilizarse en pacientes de alto riesgo
 - *Usualmente es un procedimiento ambulatorio
 - *ahorra tiempo y gastos de hospitalización
 - *Rápido alivio de la ansiedad
- Deja mas tiempo para otros procedimientos.

VENTAJAS DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN DE TIROIDES

En el manejo clínico:

- *Fácil de repetir
- *Evaluación de múltiples áreas con mínimo trauma
- *Mínima alteración de los tejidos.
- *Confirma malignidad y lo deja intacto para futuras evaluaciones
- *Es terapéutico en quistes o abscesos

VENTAJAS DE LA PUNCIÓN ASPIRACIÓN DE TIROIDES

En el laboratorio:

- *Equipo simple y barato
- *Preservación celular adecuada
- *Permite estudios en células frescas
- *Puede obtenerse material para microbiología
- *Provee estímulo académico para el personal.

CONTRAINDICACIONES DE LA PAAF DE TIROIDES

- Diátesis hemorrágica marcada
- Lesiones muy vascularizadas
- Pacientes de alto riesgo
- Relativa a órganos profundos

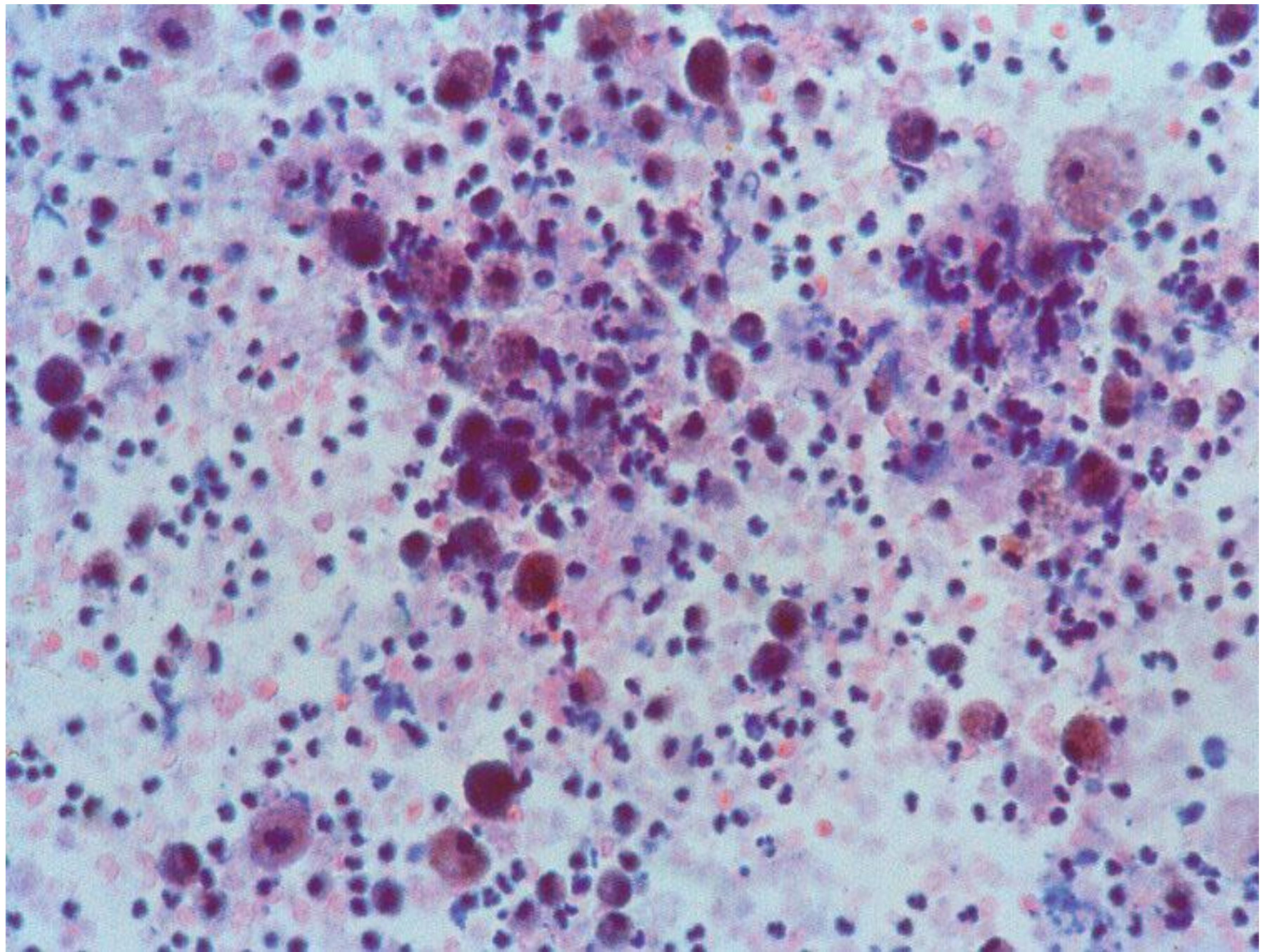
COMPLICACIONES DE LA PAAF DE TIROIDES

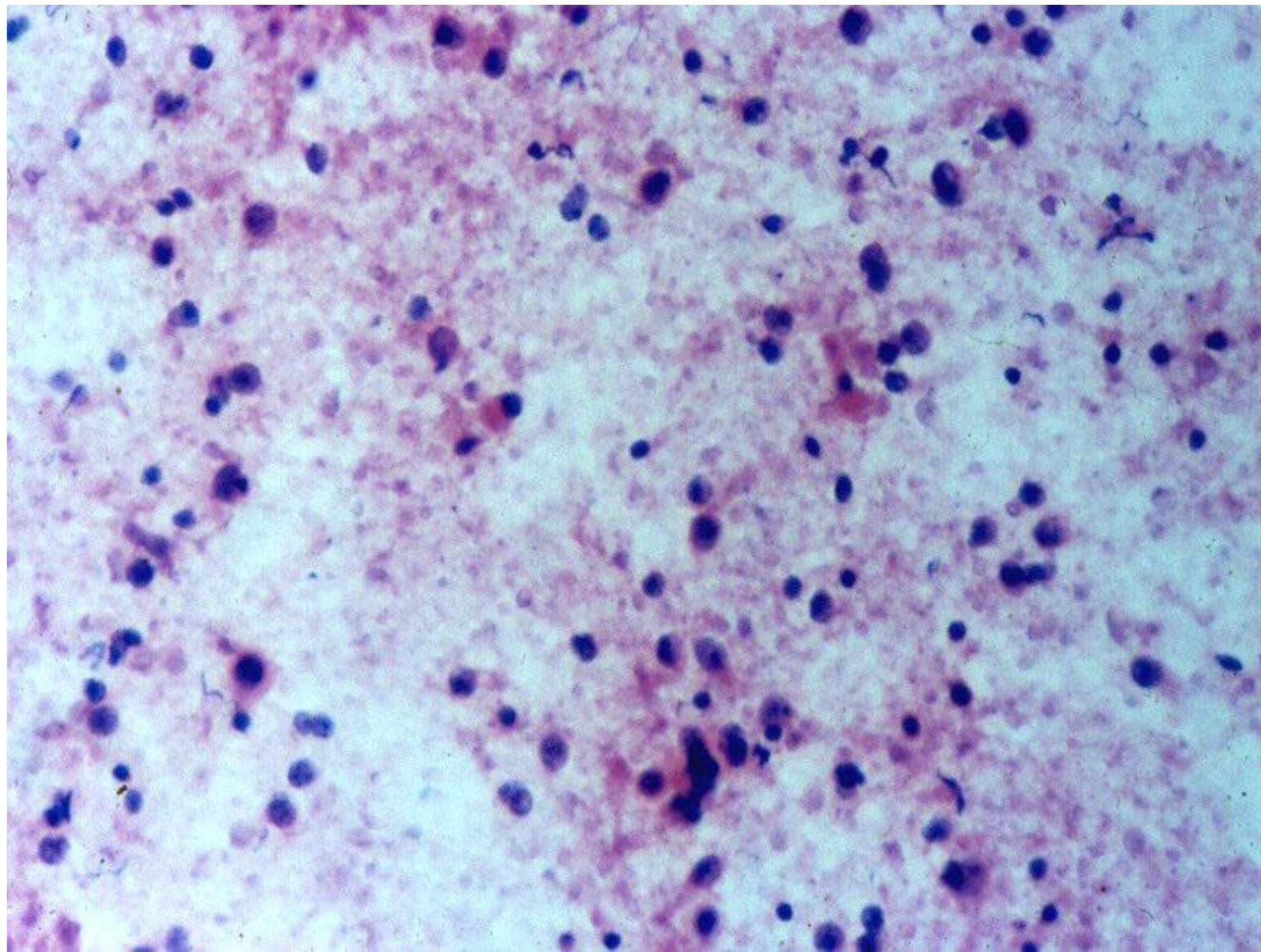
- Infecciones o septicemia
- Trauma en vasos o nervios
- Ataque vasovagal

Microscopía

LESION QUÍSTICA

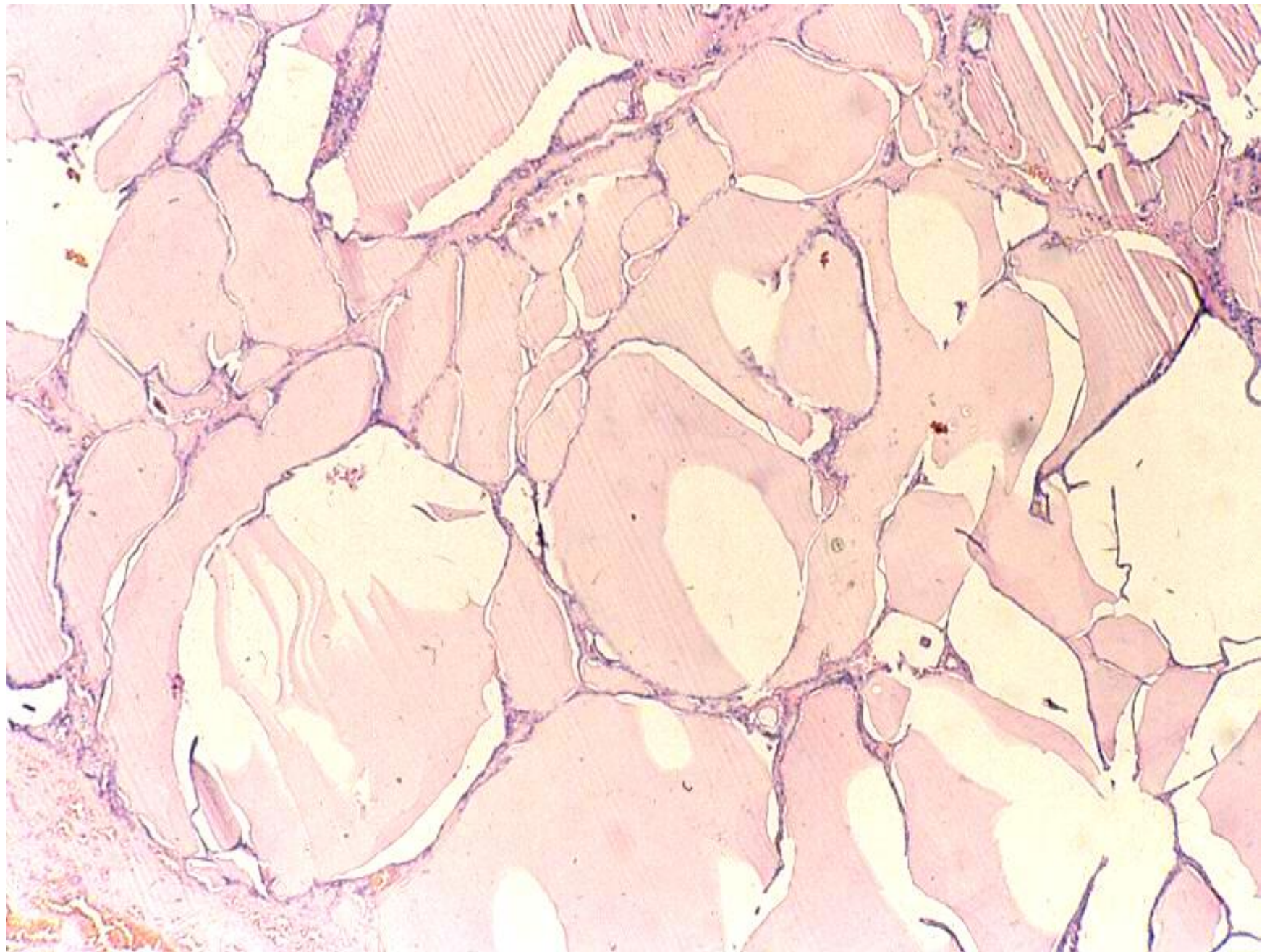
- Líquido frecuentemente amarronado
- Histiocitos espumosos con/sin hemosiderina
- Células foliculares degeneradas
- Hemático (hematíes lisados)
- Cristales de colesterol (a veces).

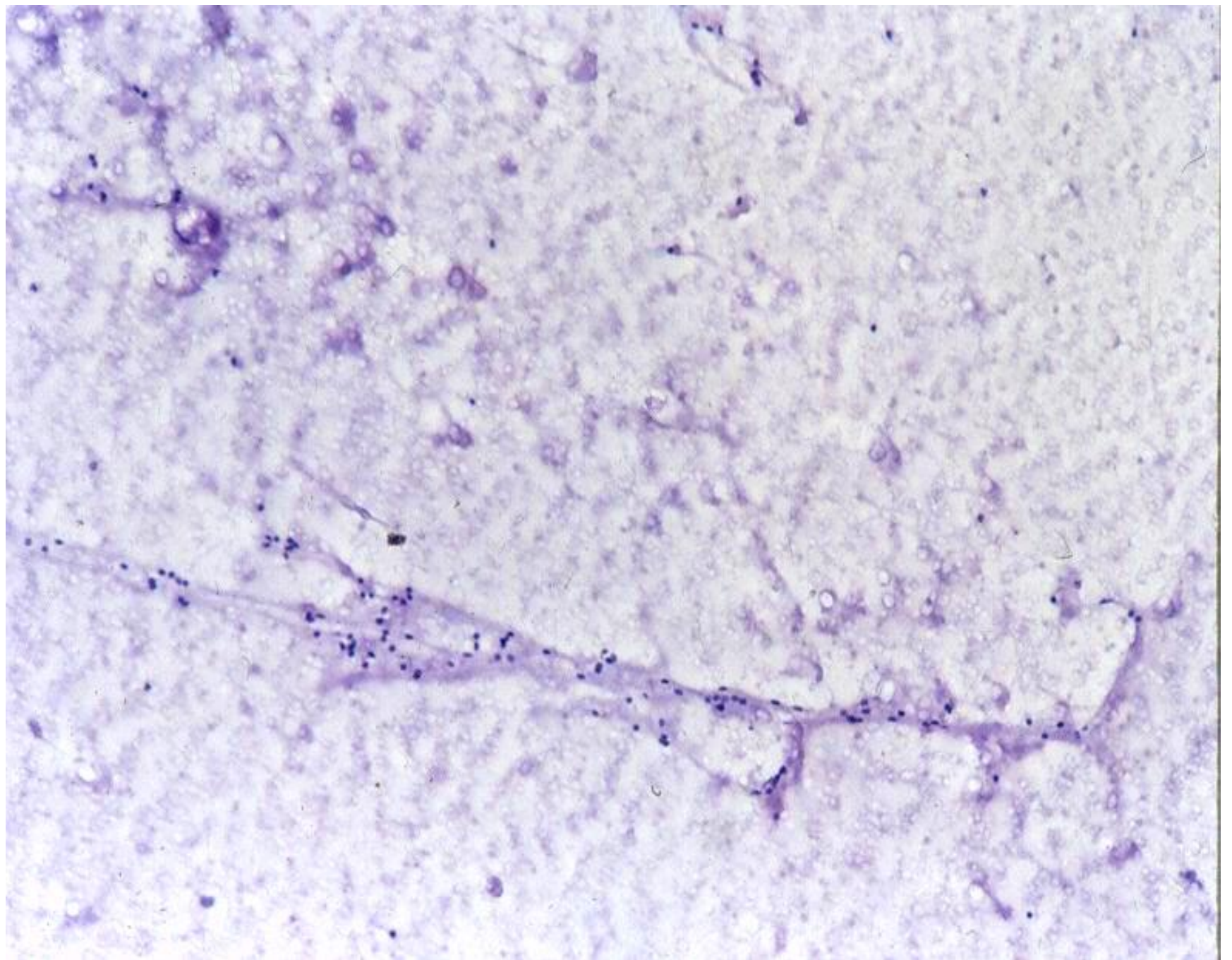




BOCIO COLOIDE

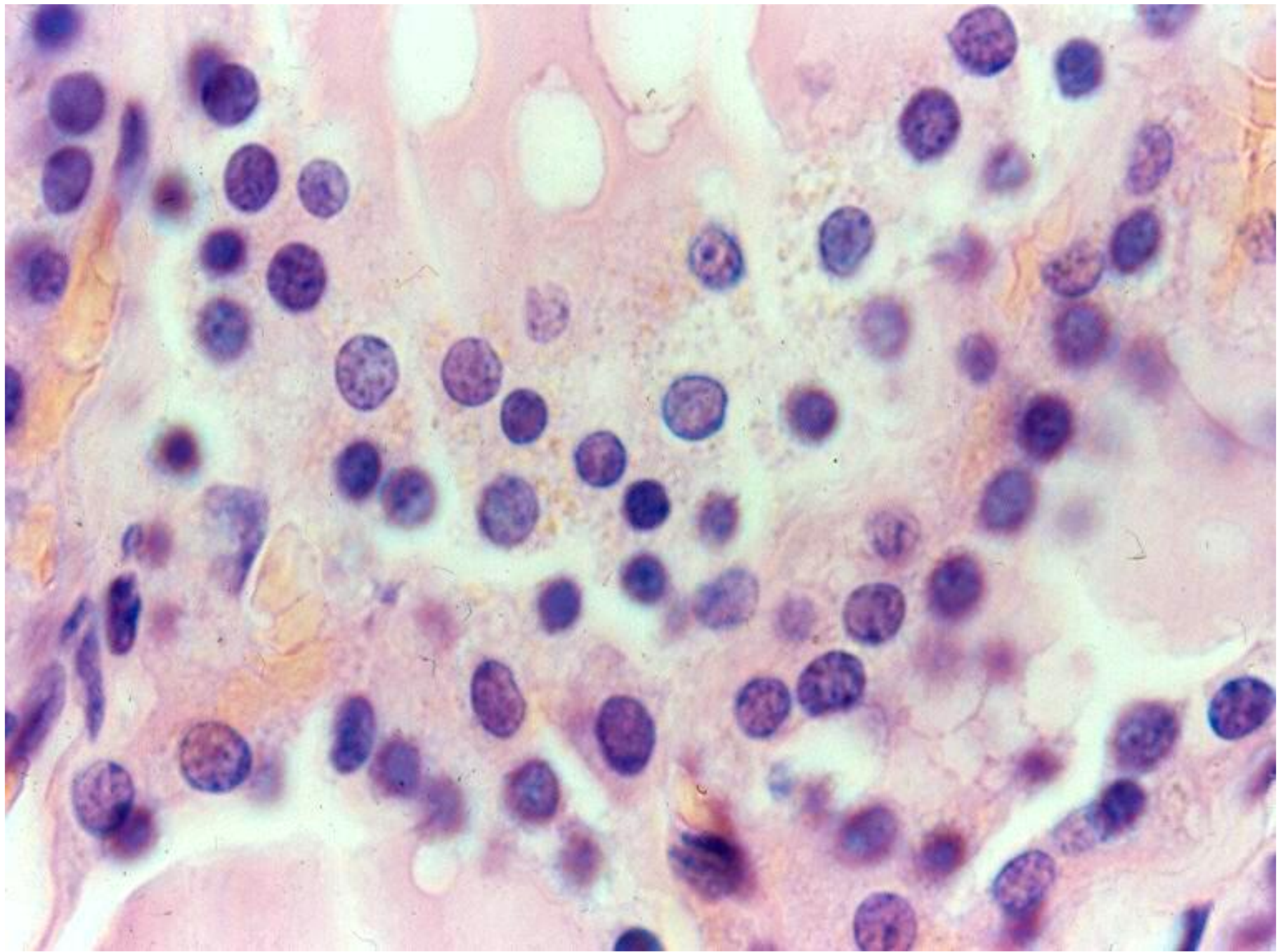
- Material coloide
- Células foliculares aisladas en placas
- Células espumosas con hemosiderina
- Fragmentos de estroma
- Indistinguible de un adenoma macrofolicular o coloide.

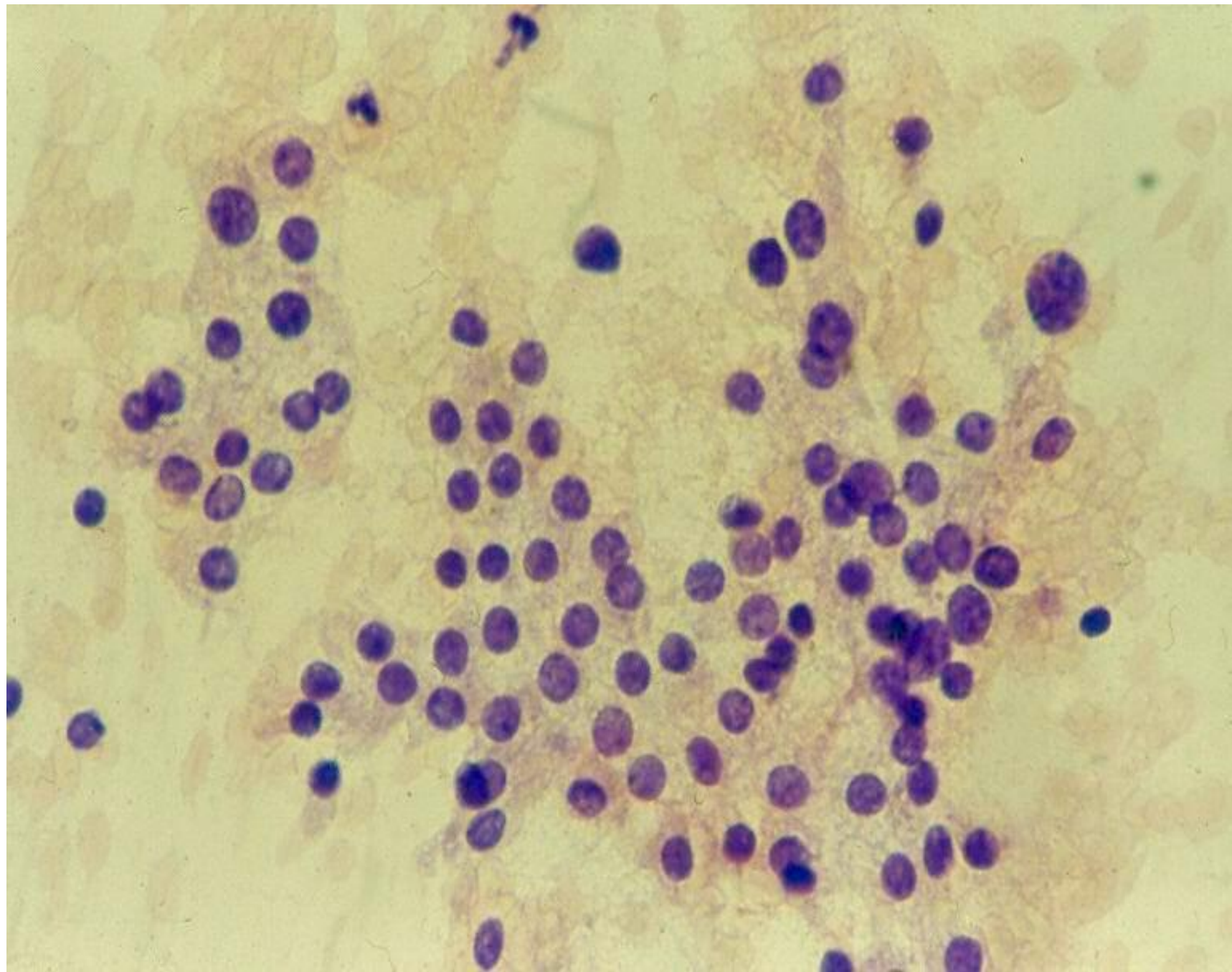




BOCIO TIROTÓXICO (ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW)

- Coloide escaso
- Sangre abundante
- Células foliculares grandes con vacuolas marginales
- A veces pleomorfismo nuclear





TIROIDITIS

Clínicamente se clasifican en 3 grupos:

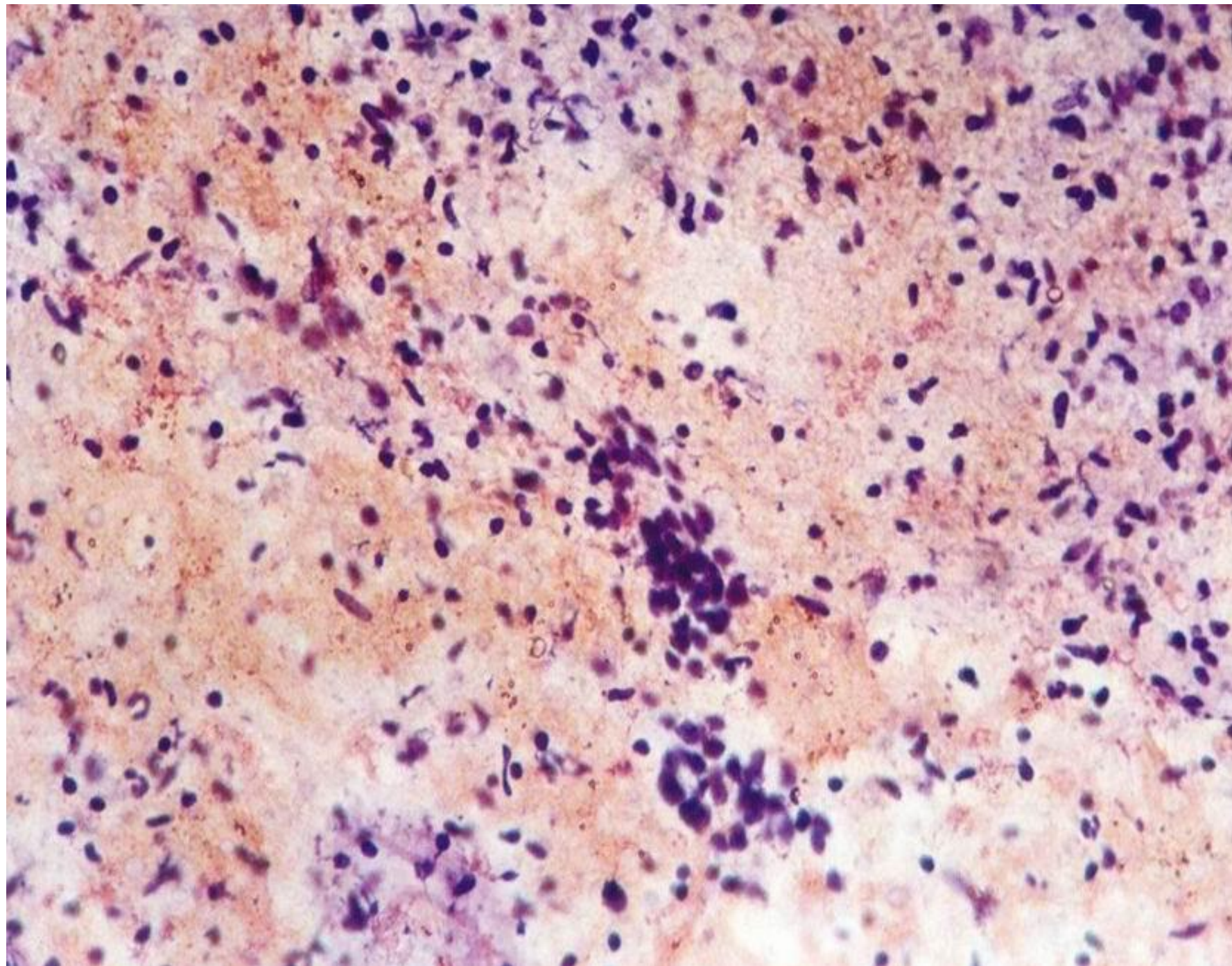
* **Agudas**

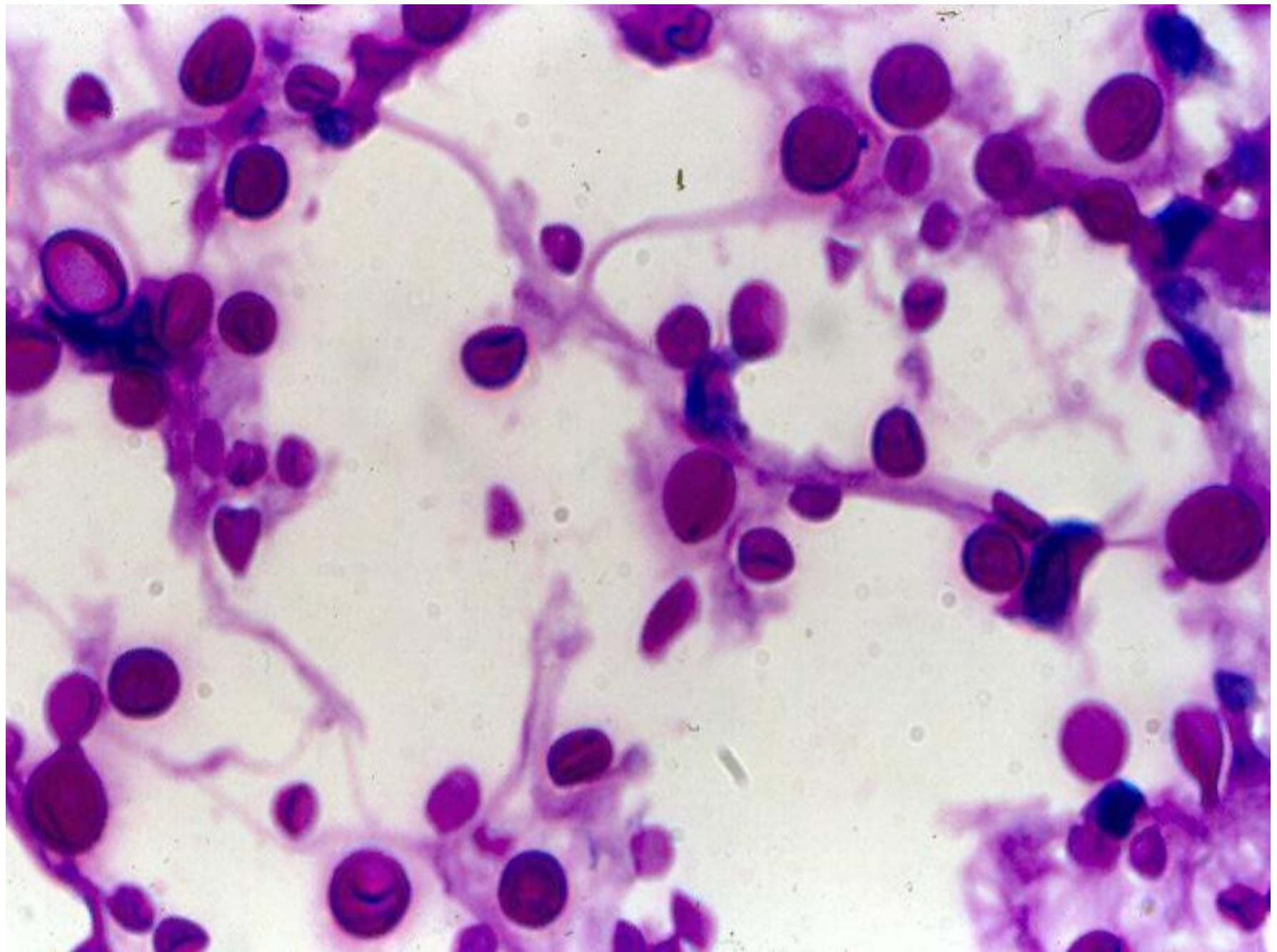
* **Subagudas:** Tiroiditis de Dequervain;
tiroiditis linfocitaria indolora

* **Crónicas:** Tiroiditis linfocitaria
focal; Tiroiditis de Hashimoto; Tiroiditis
de Riedel.

TIROIDITIS AGUDA SUPURATIVA

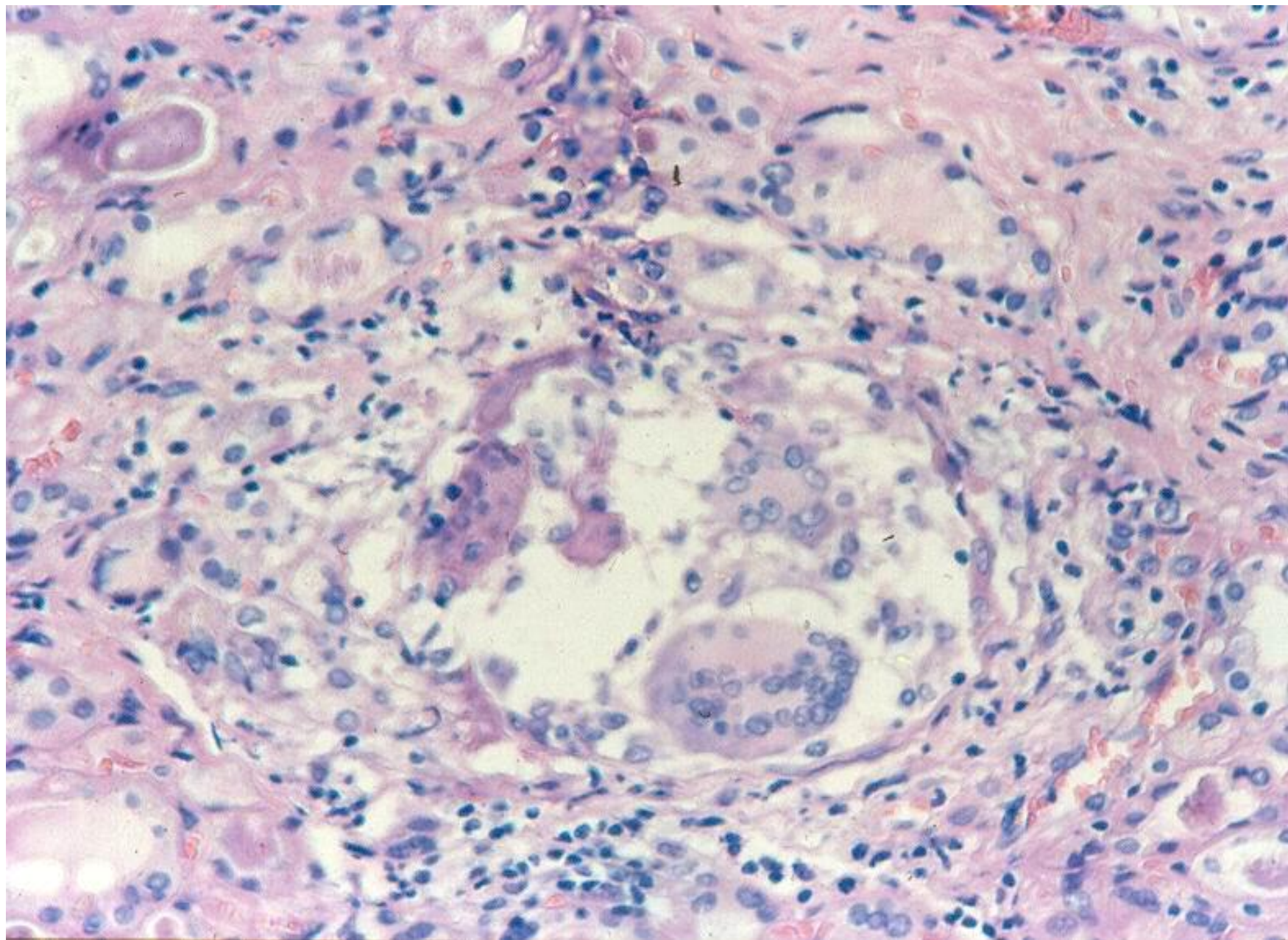
- Puede estar causada por bacterias hongos o parásitos
- Abundantes granulocitos y material necrótico

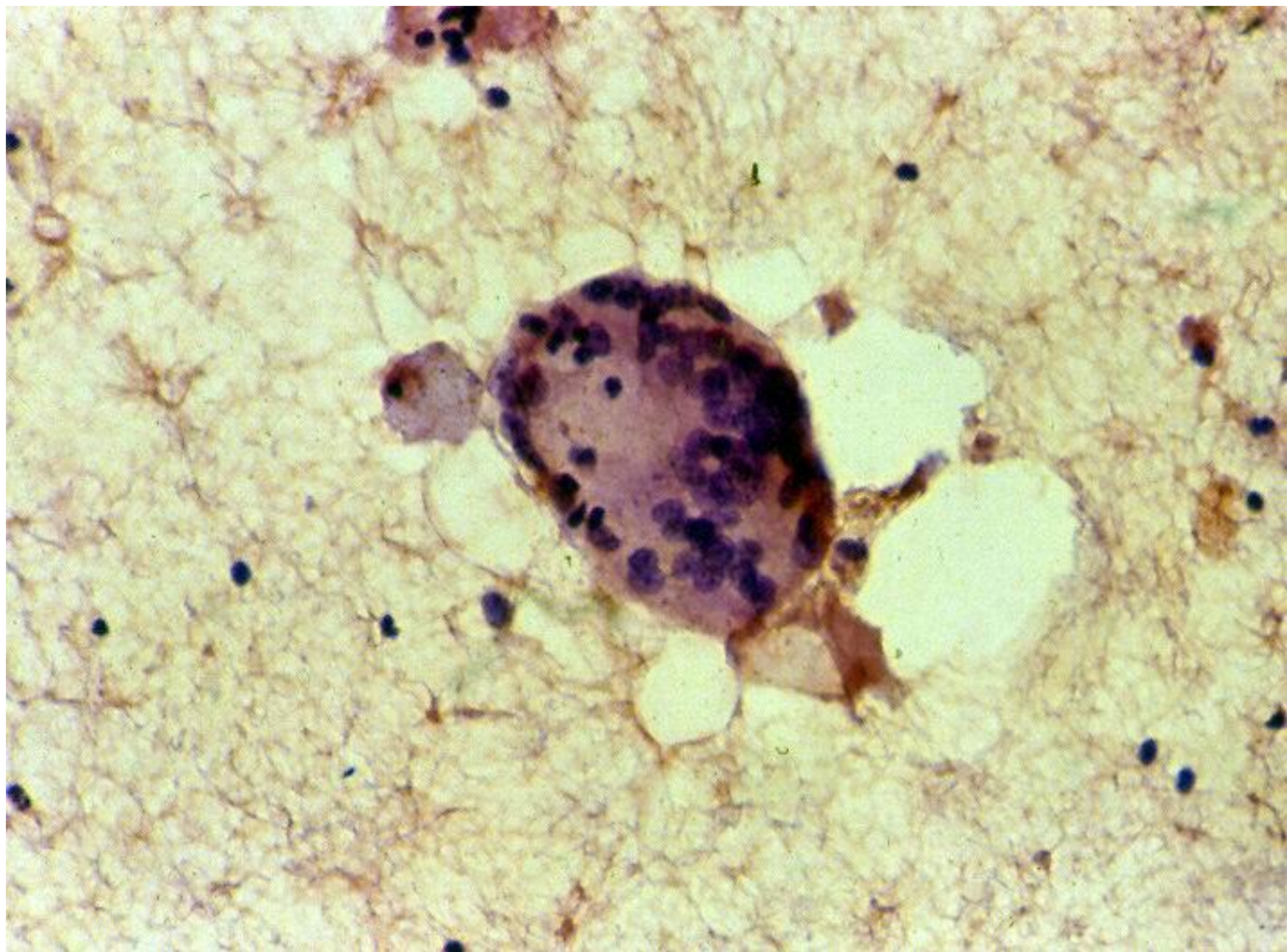




TIROIDITIS GRANULOMATOSA DE QUERVAIN

- Células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño
- Células foliculares pequeñas degeneradas
- Células epitelioides y macrófagos
- Granulocitos, linfocitos y células plasmáticas
- Material coloide

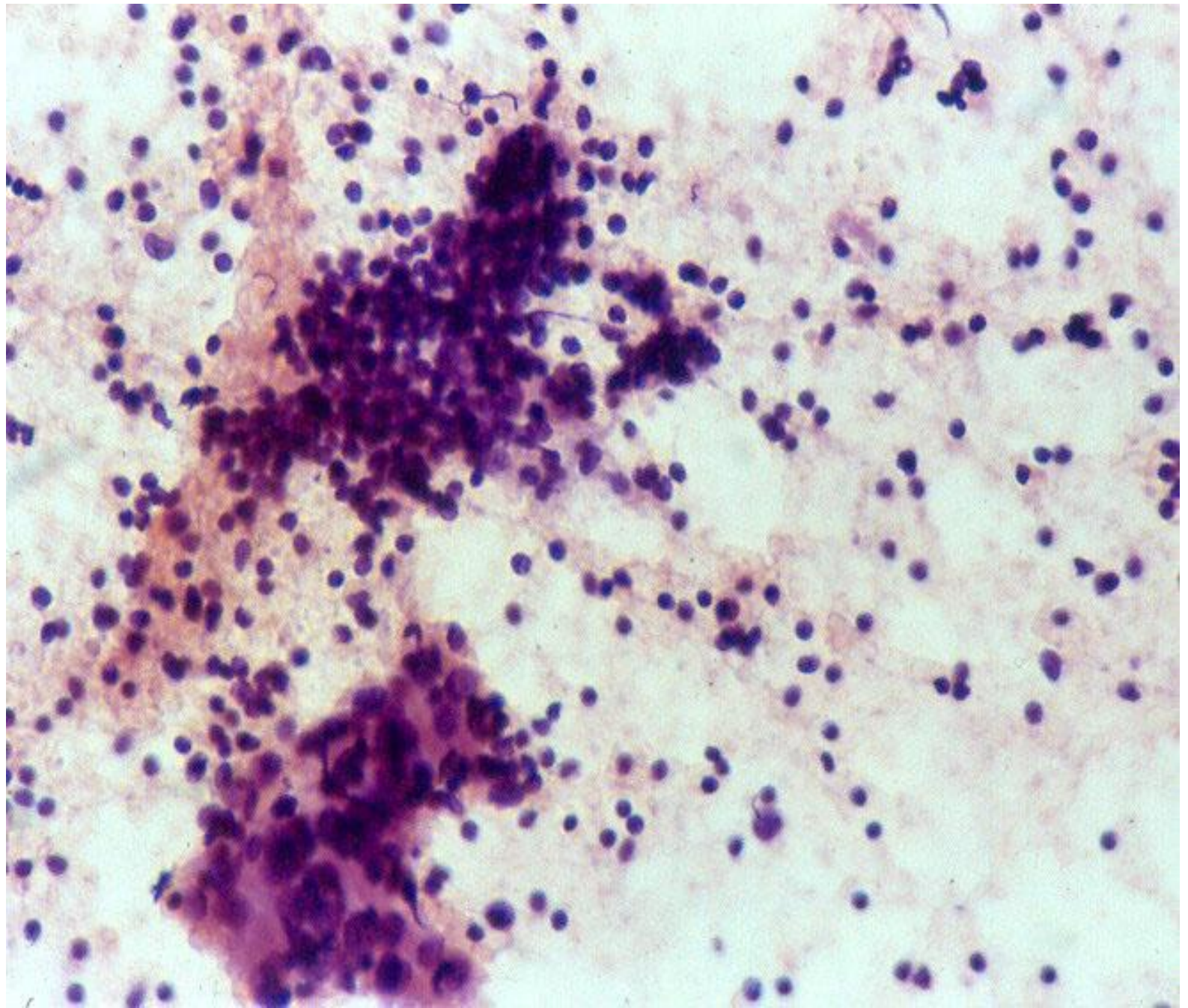


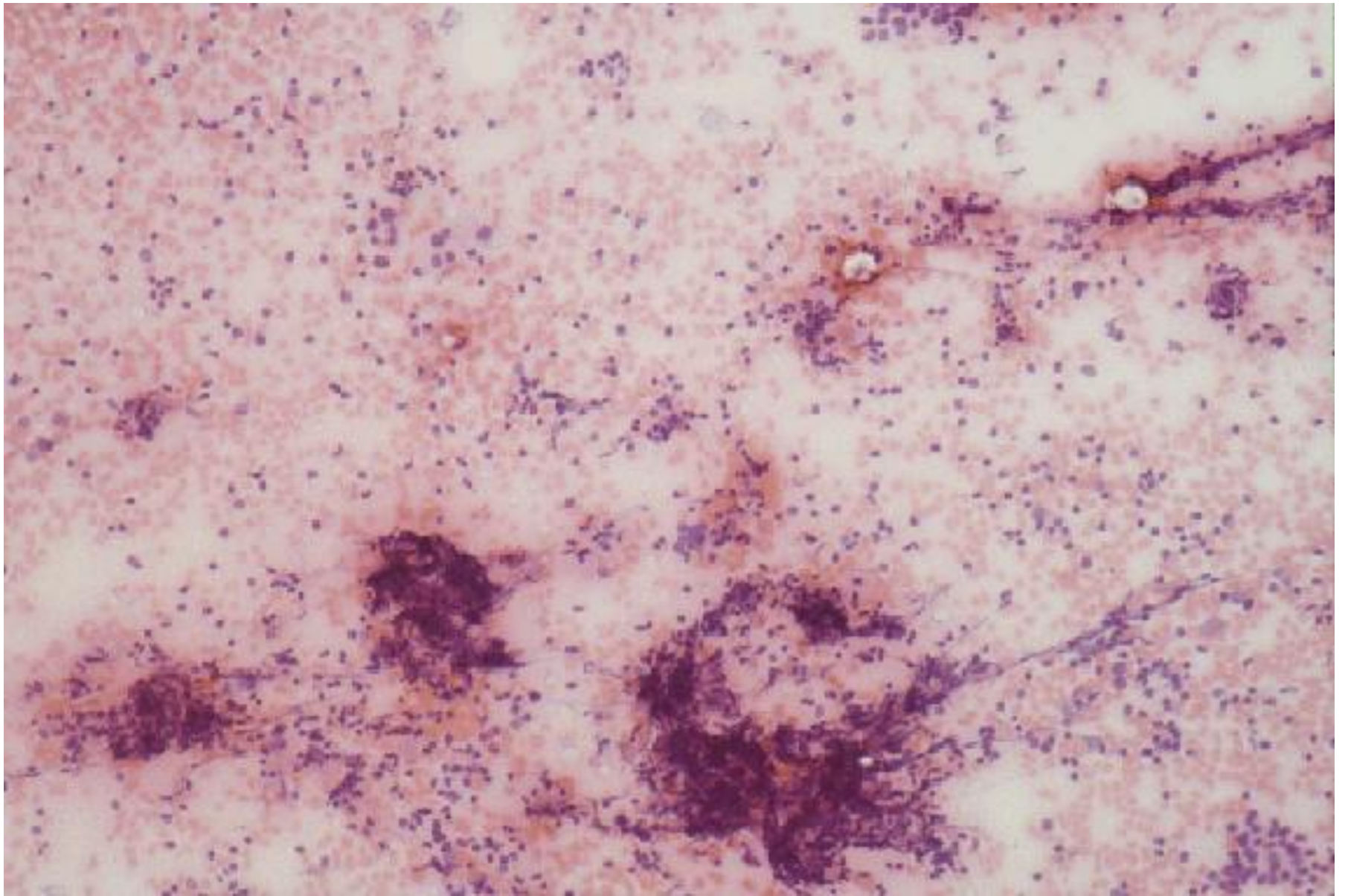


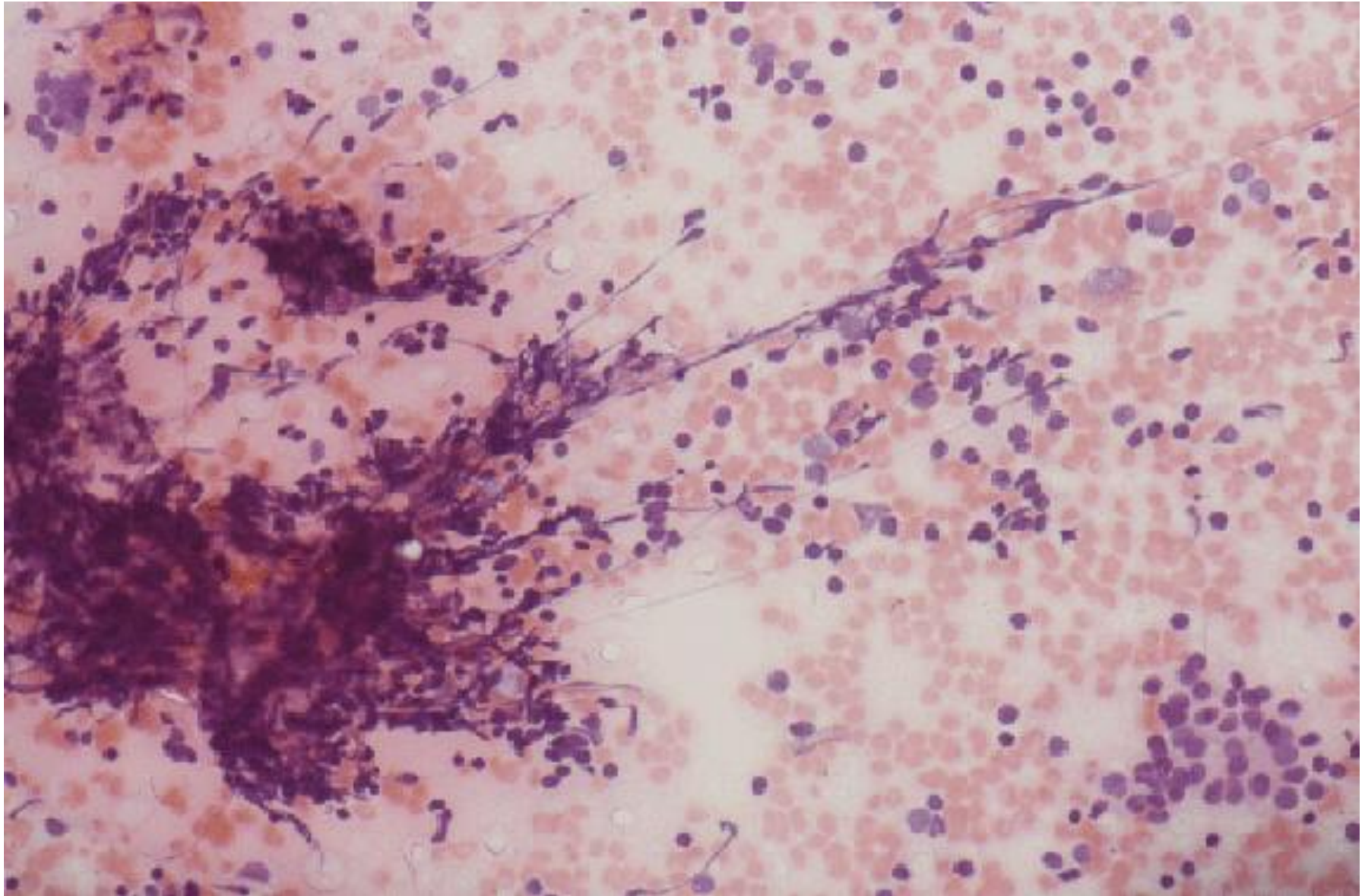


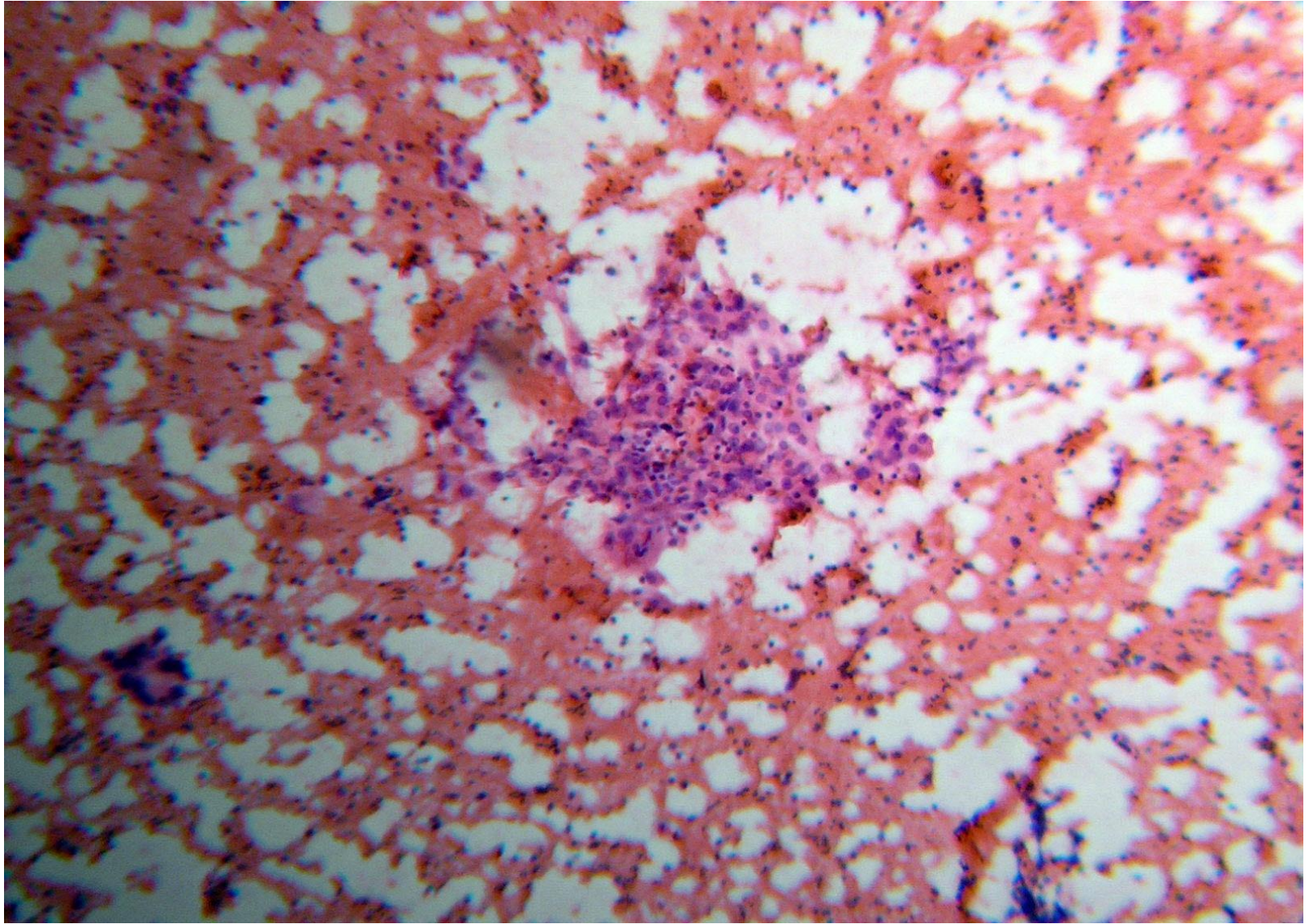
TIROIDITIS DE HASHIMOTO

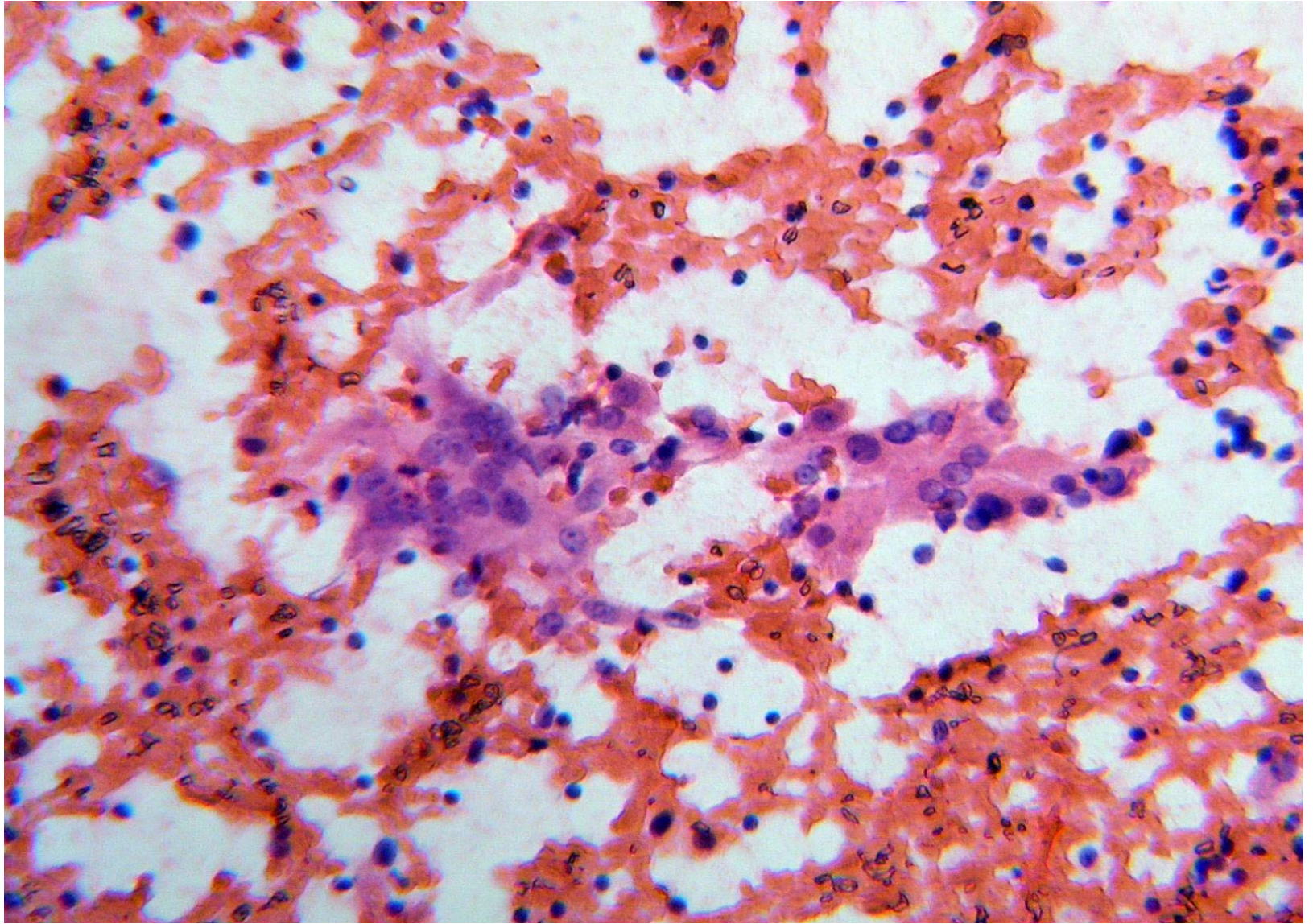
- Células Oncocíticas (de Hürtle)
- Abundantes linfocitos
- Ocasionales células gigantes y pequeños granulomas





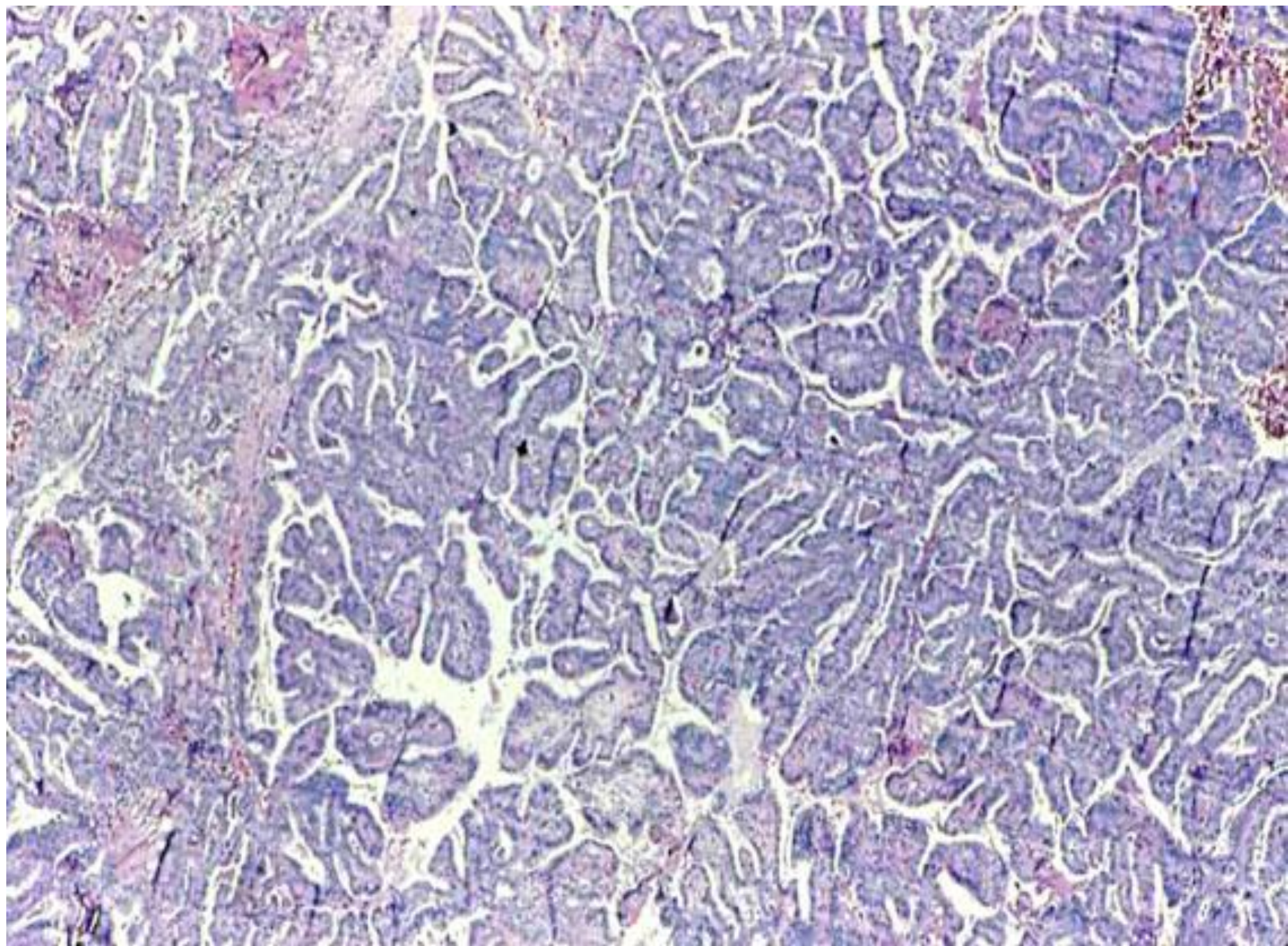


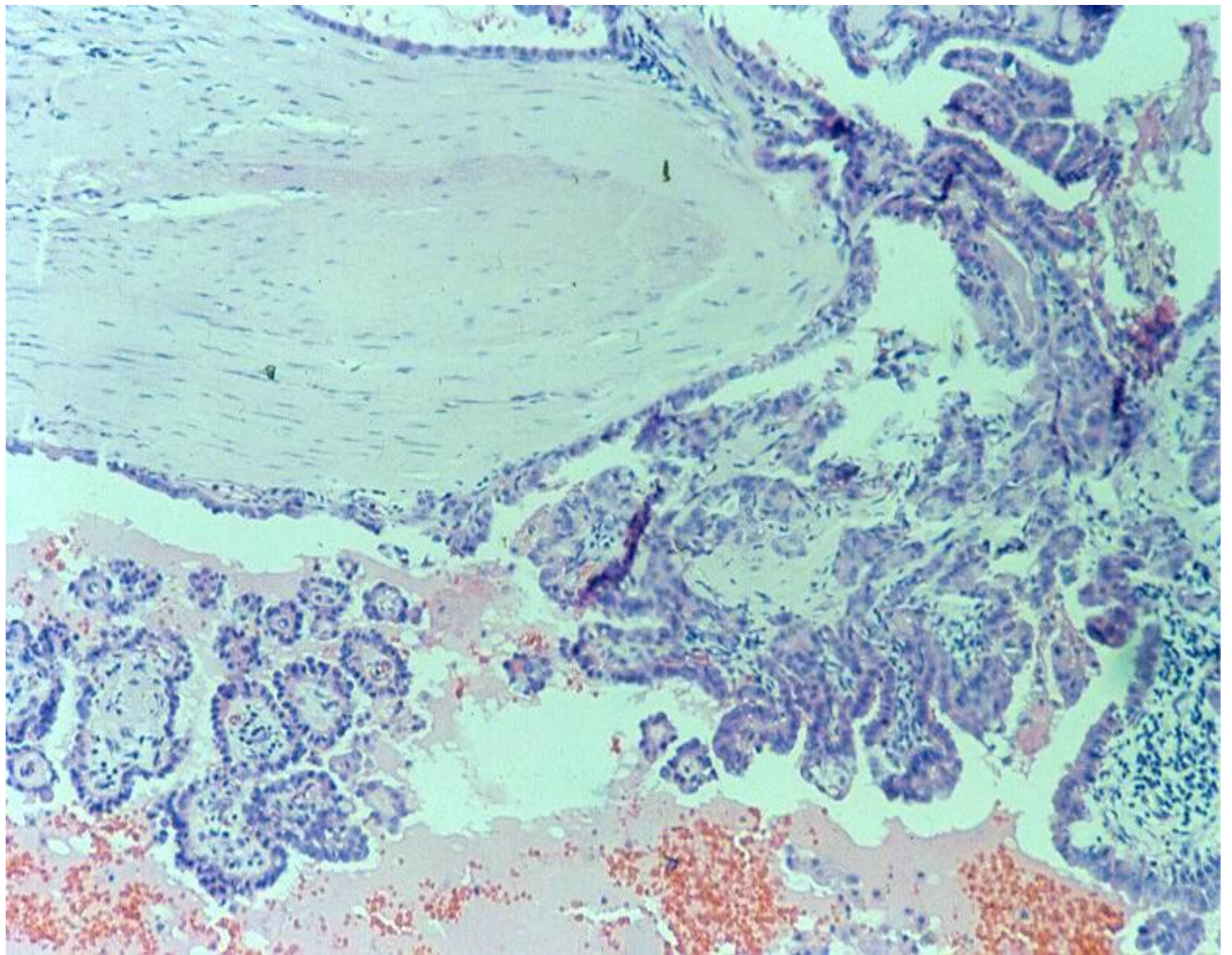


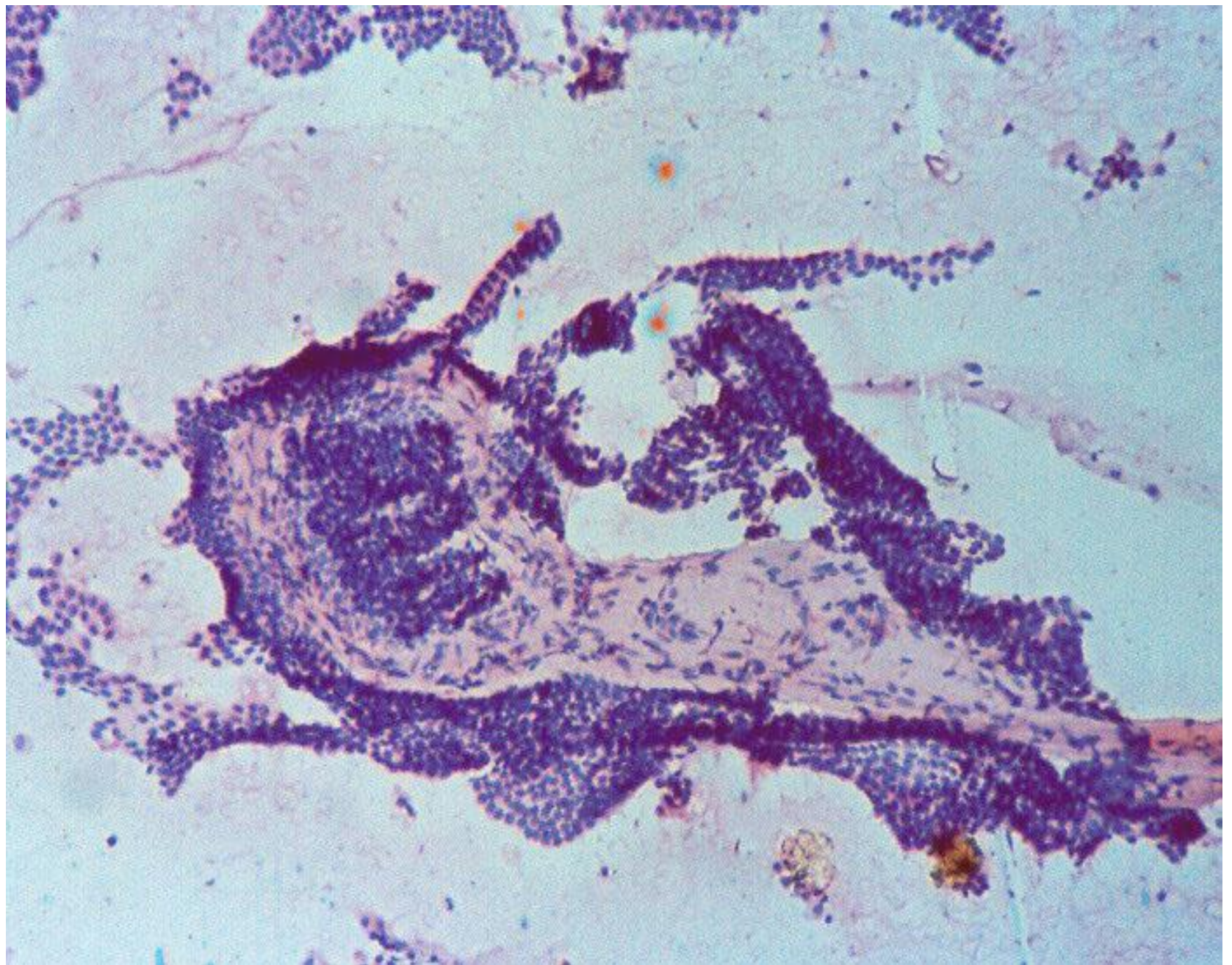


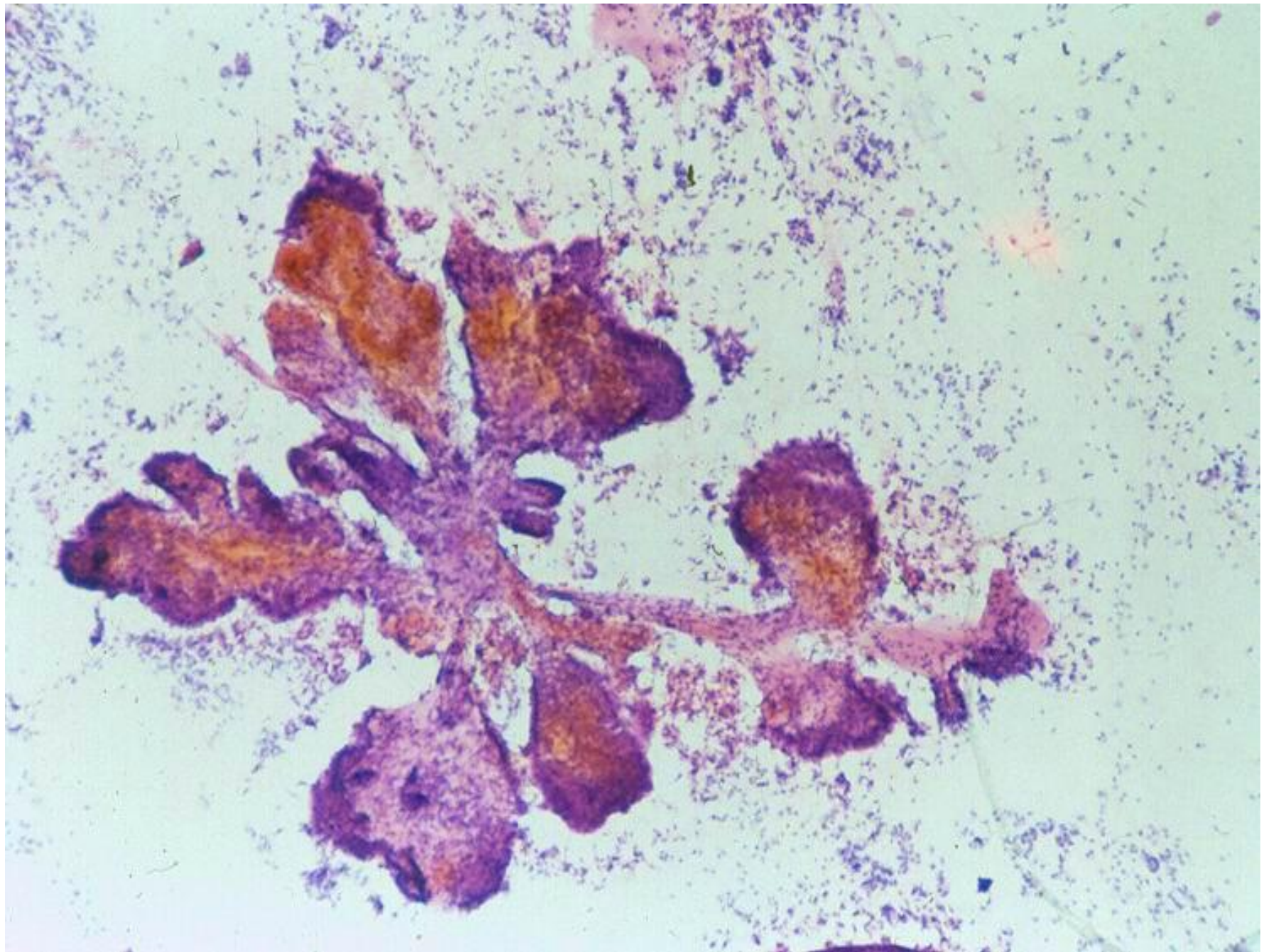
CARCINOMA PAPILAR

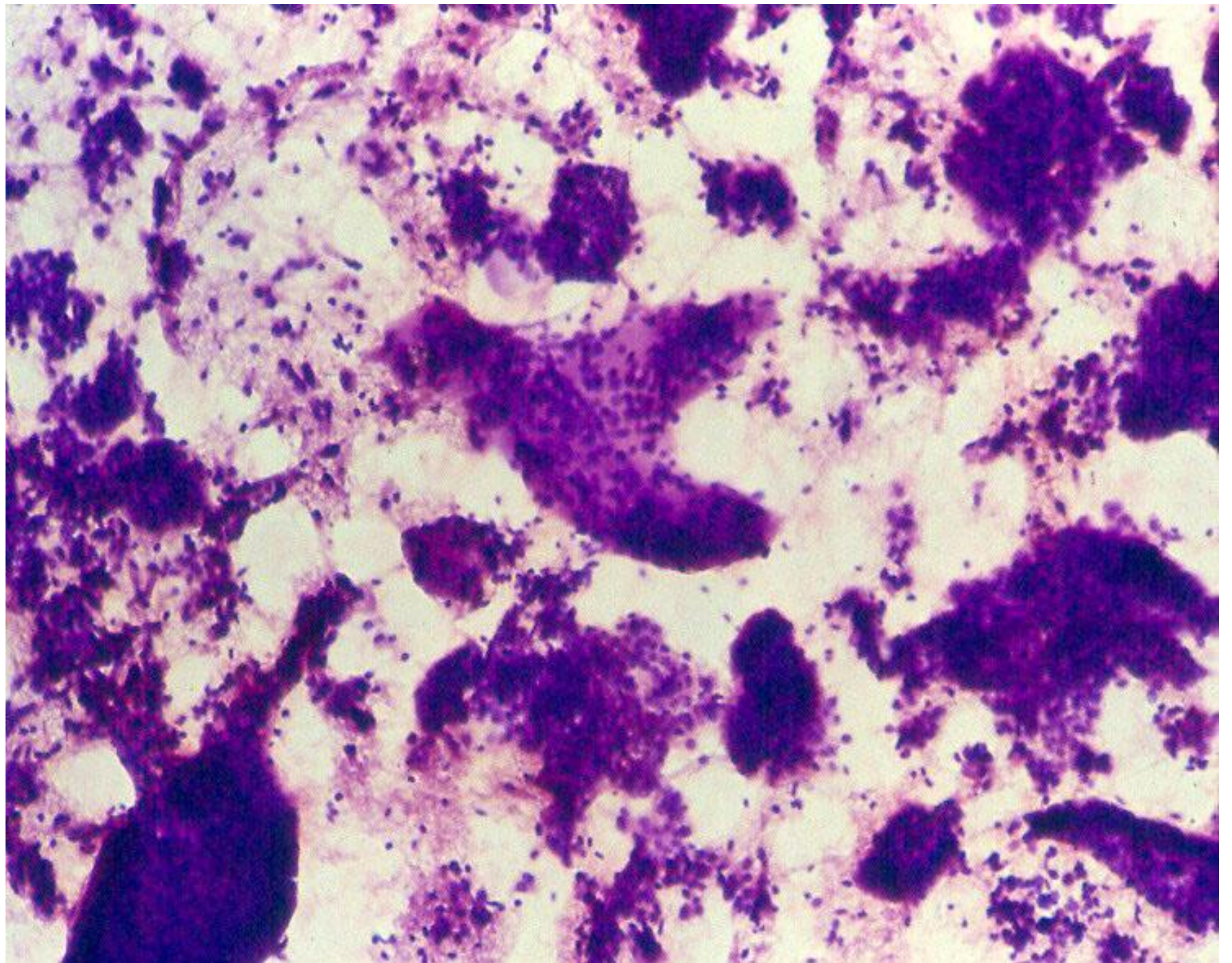
- Pseudoinclusiones intranucleares
- Estructuras papilares
- Citoplasma denso de bordes bien definidos
- Coloide viscoso
- Células gigantes y linfocitos
- Cuerpos de psamoma
- Placas bidimensionales
- Hendiduras nucleares
- Células metaplásicas

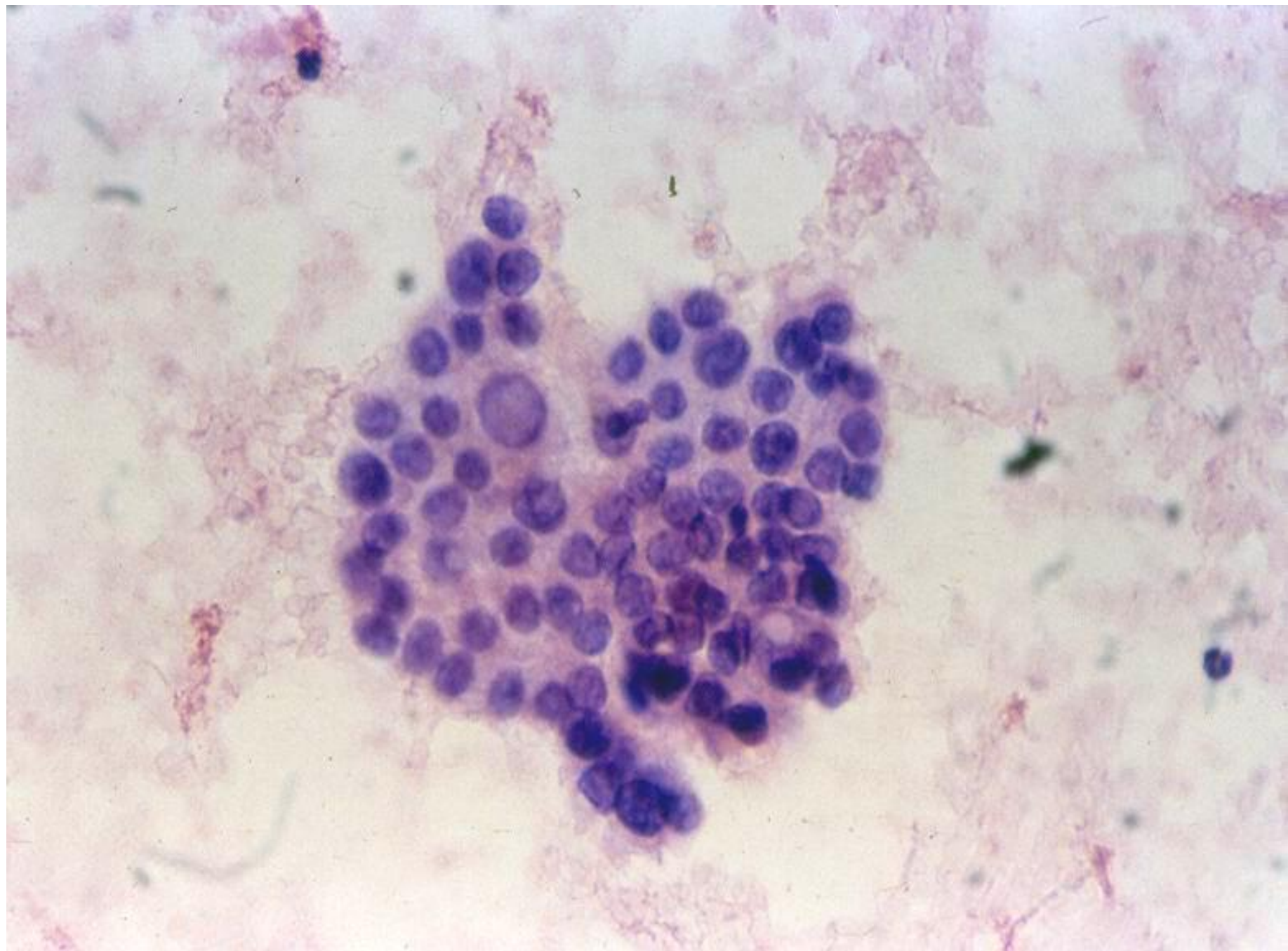


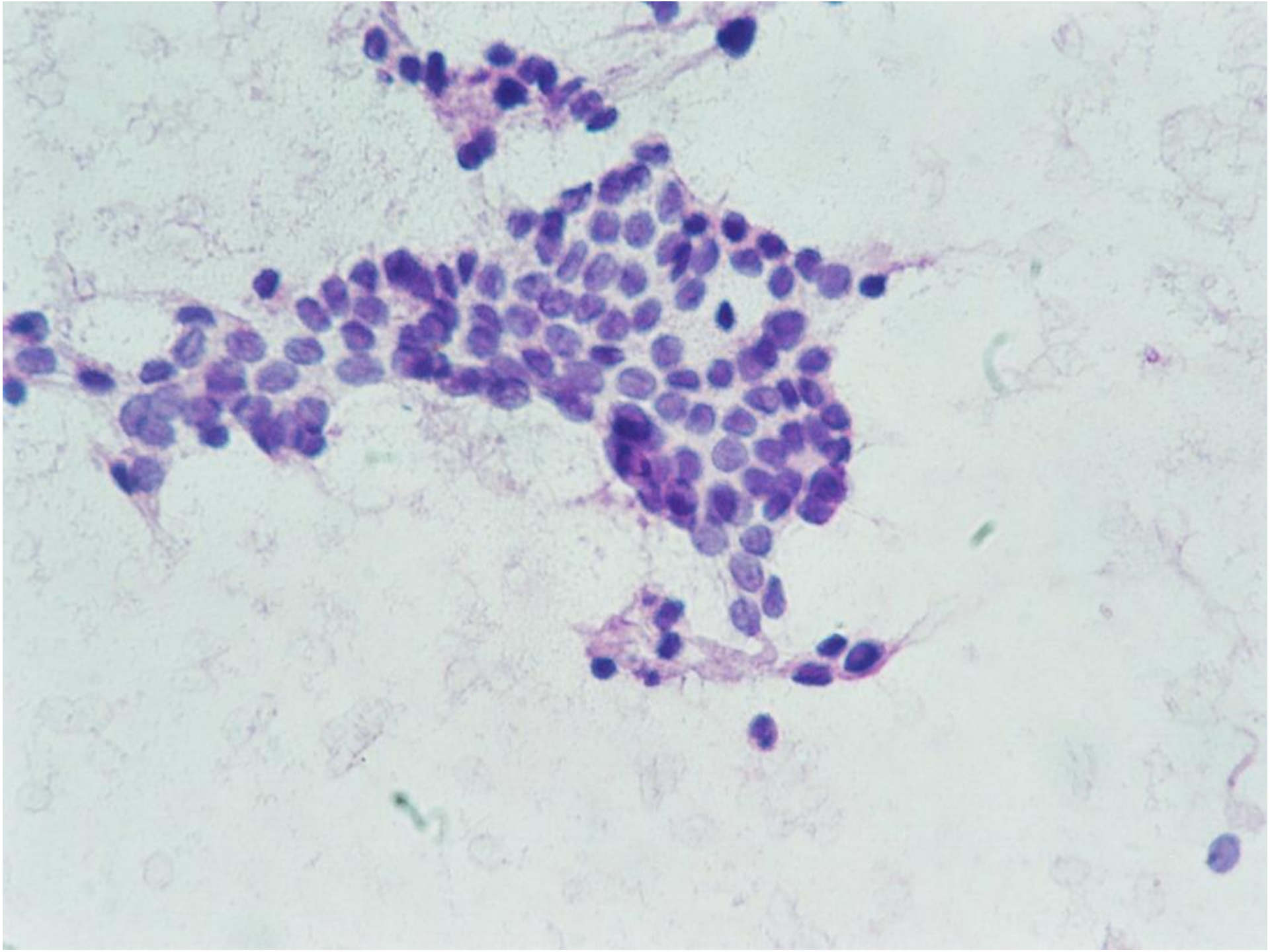


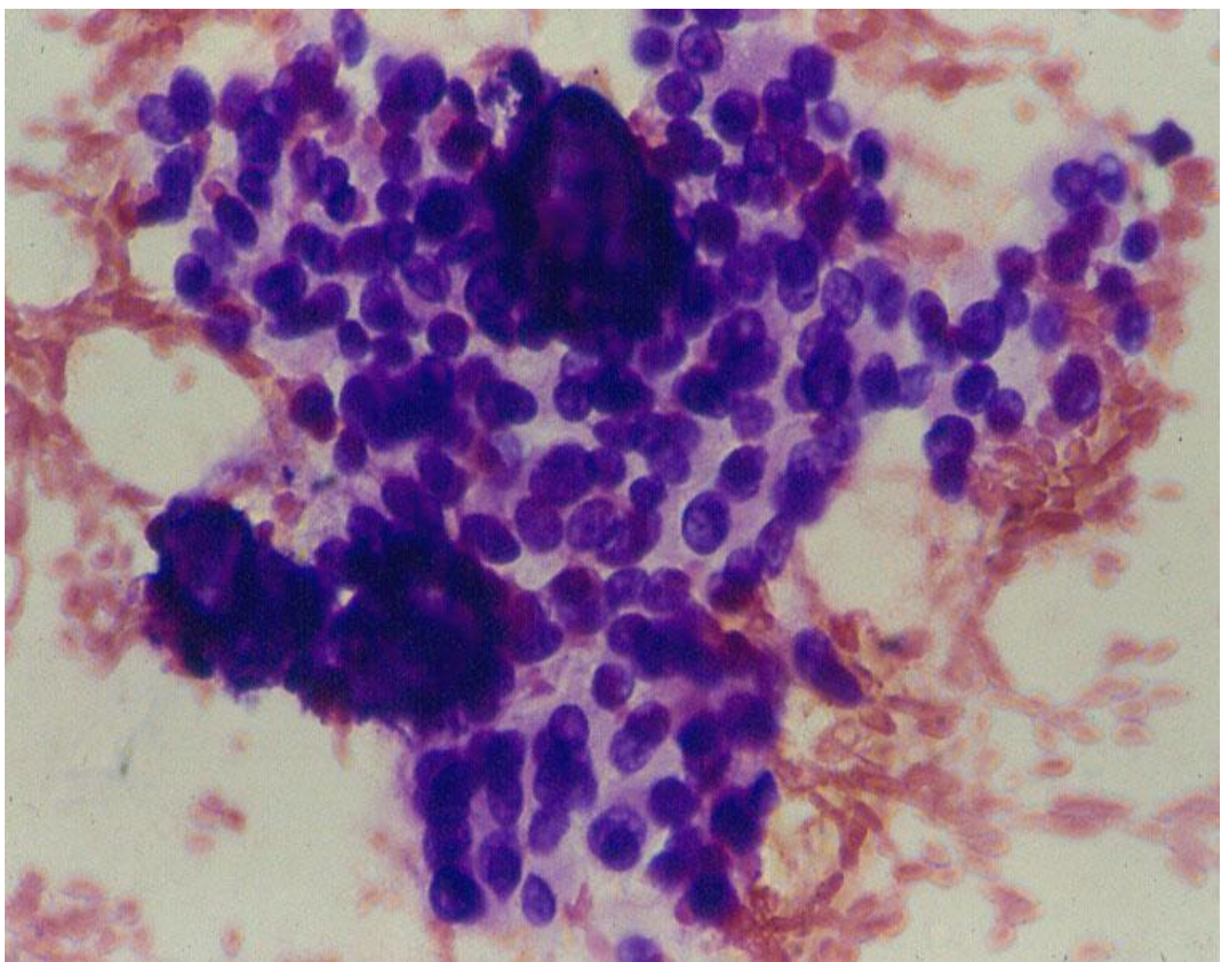






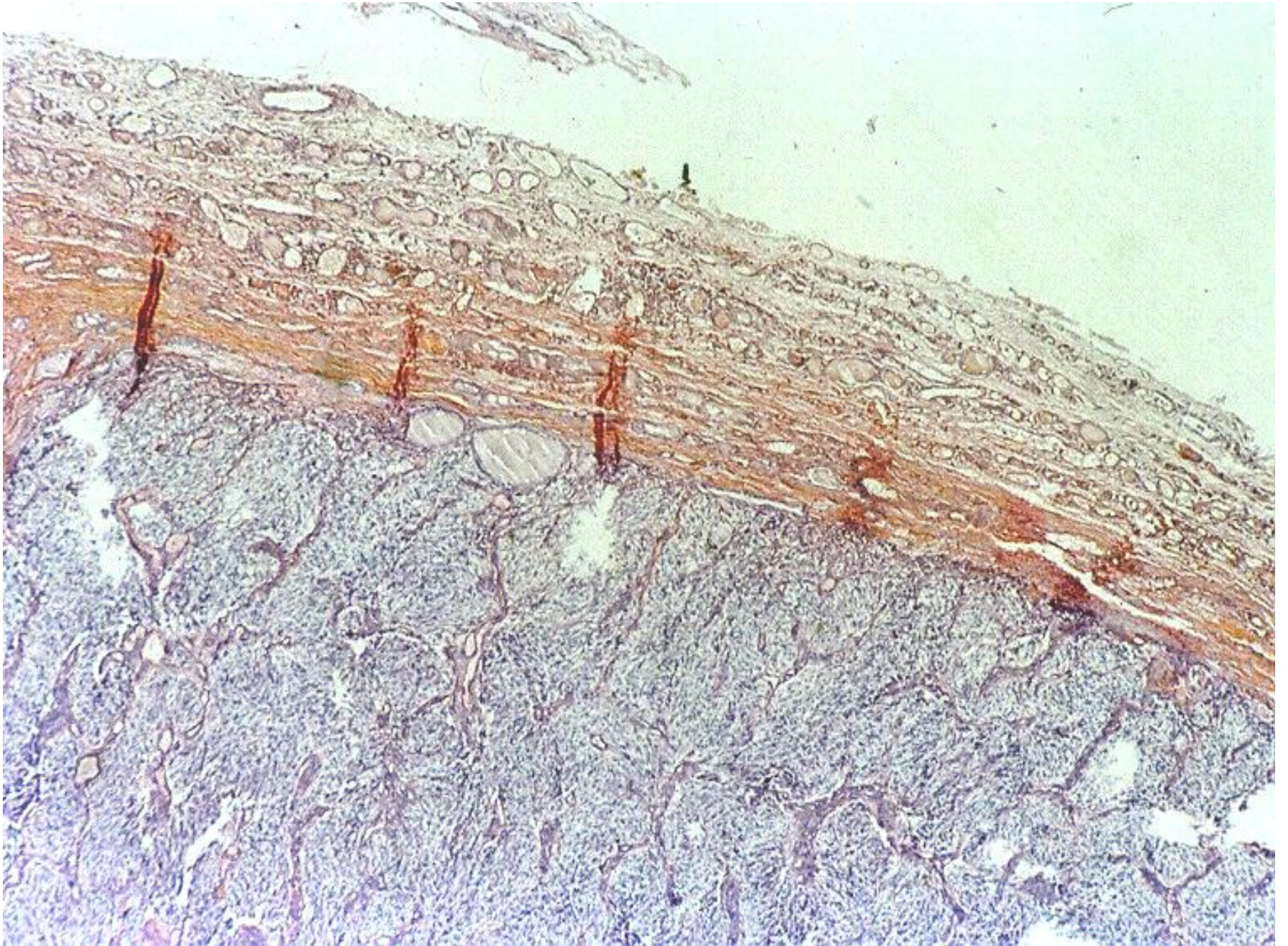


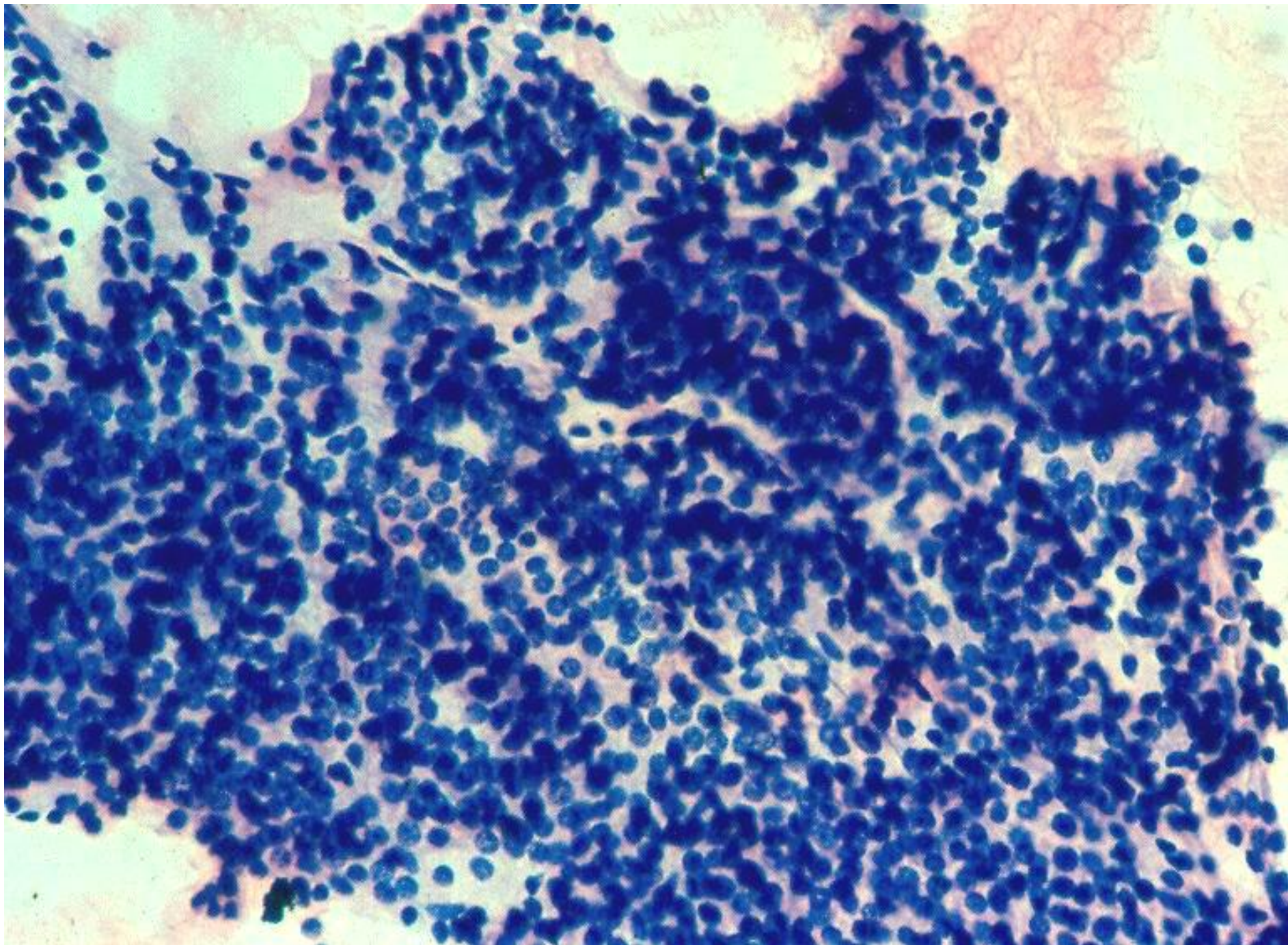


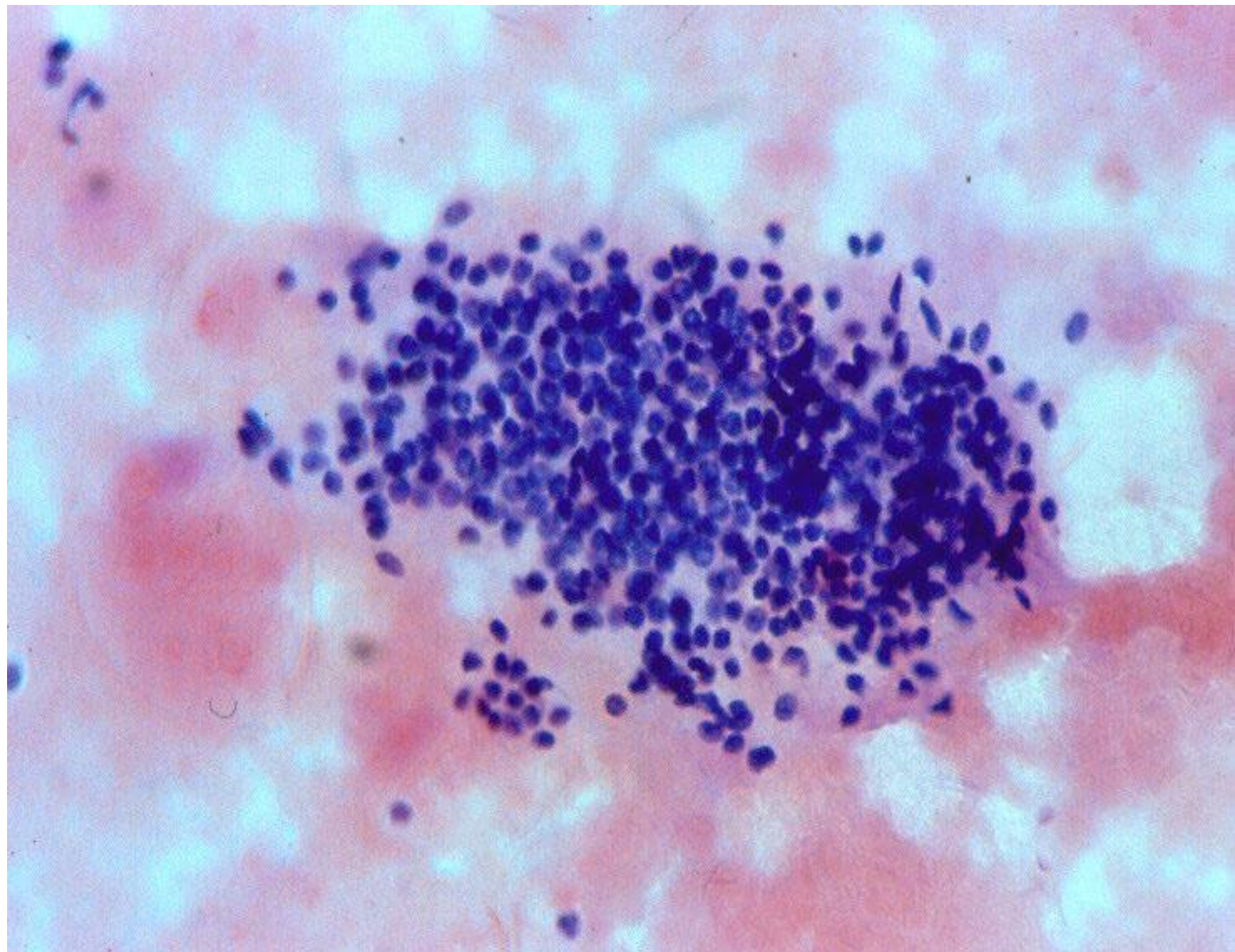


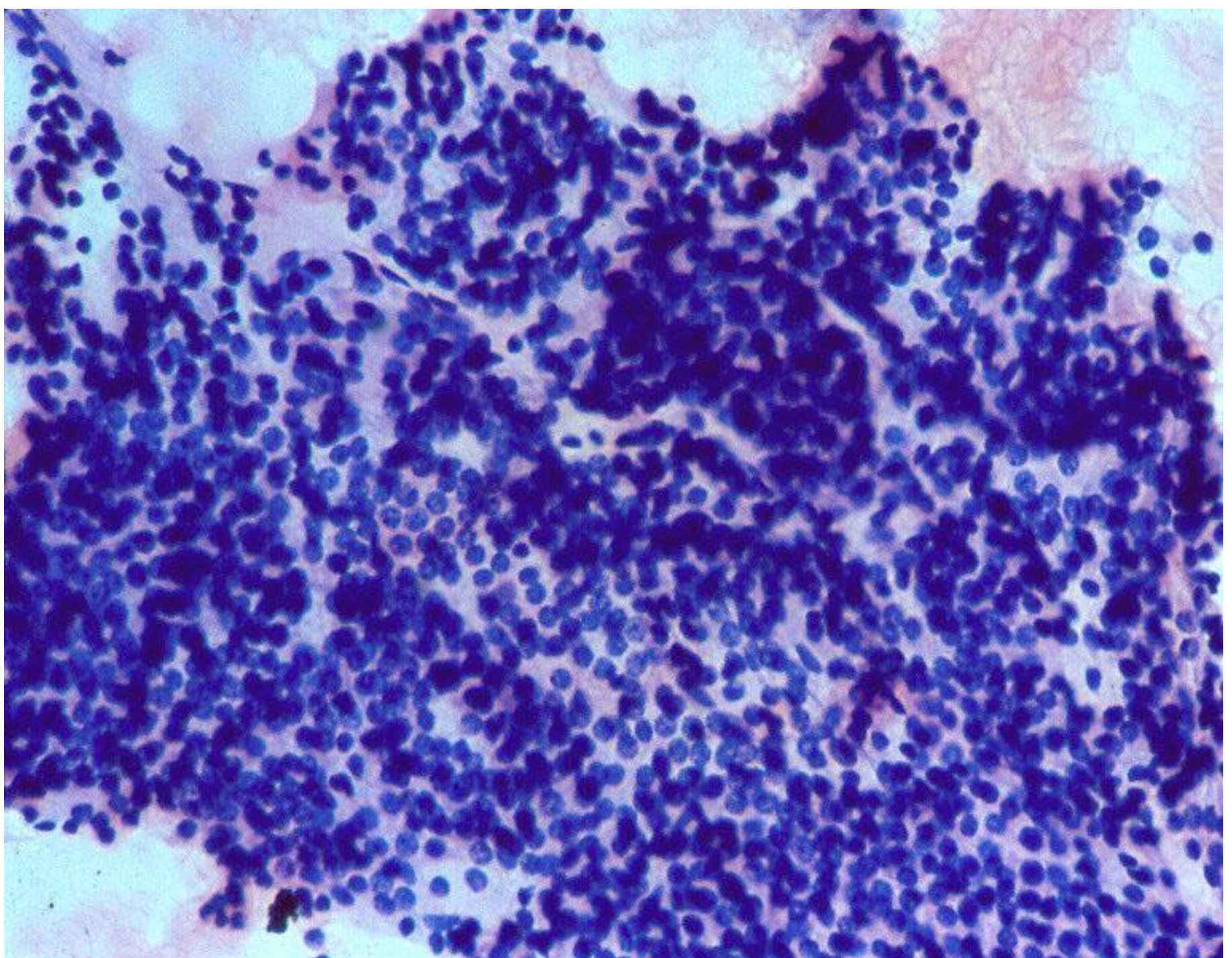
PROLIFERACIÓN FOLICULAR

- Nódulo hiperplásico
- Adenoma folicular
- Carcinoma folicular (15-20%)
- Cuadro citológico: coloide escaso o ausente, numerosos microfolículos.



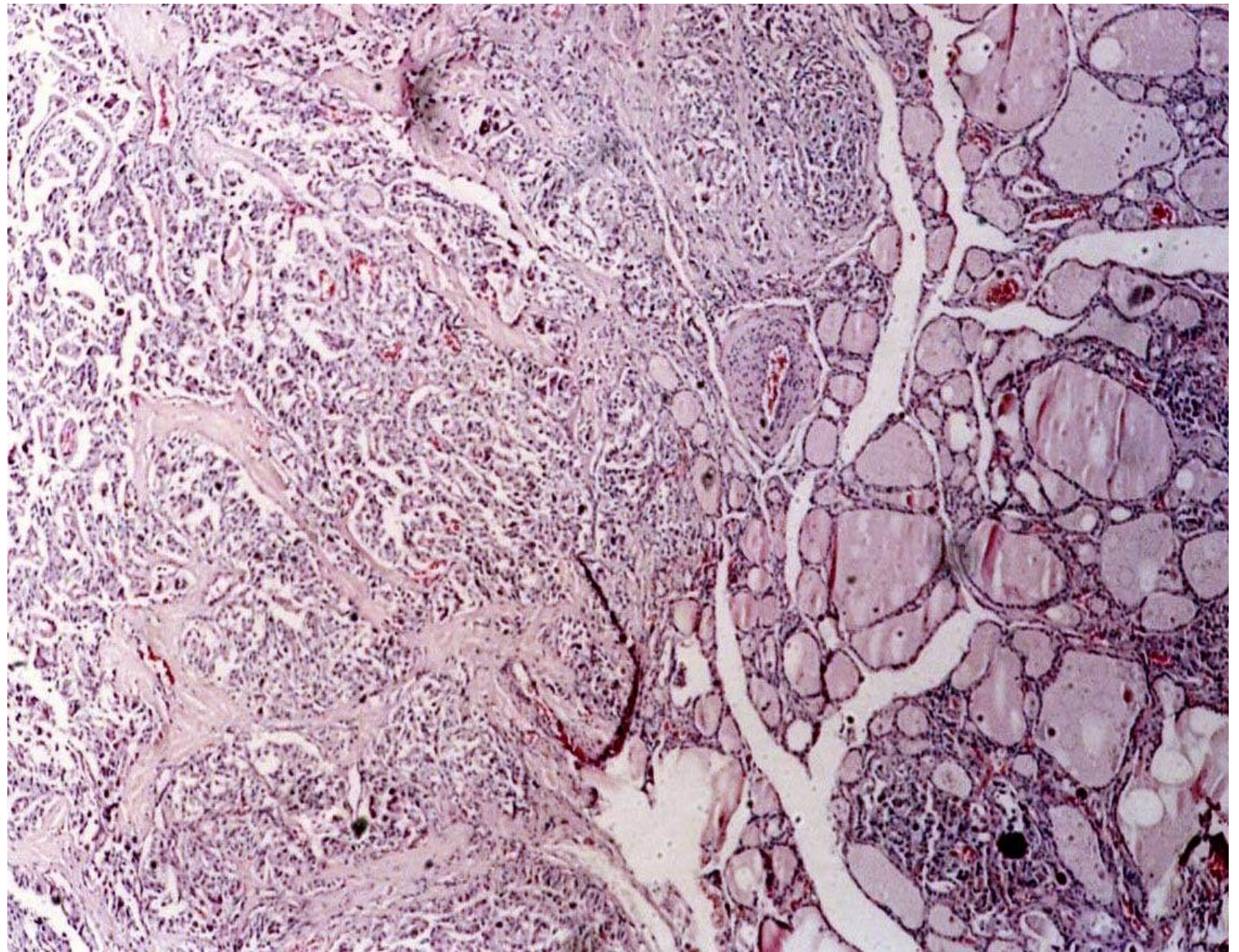


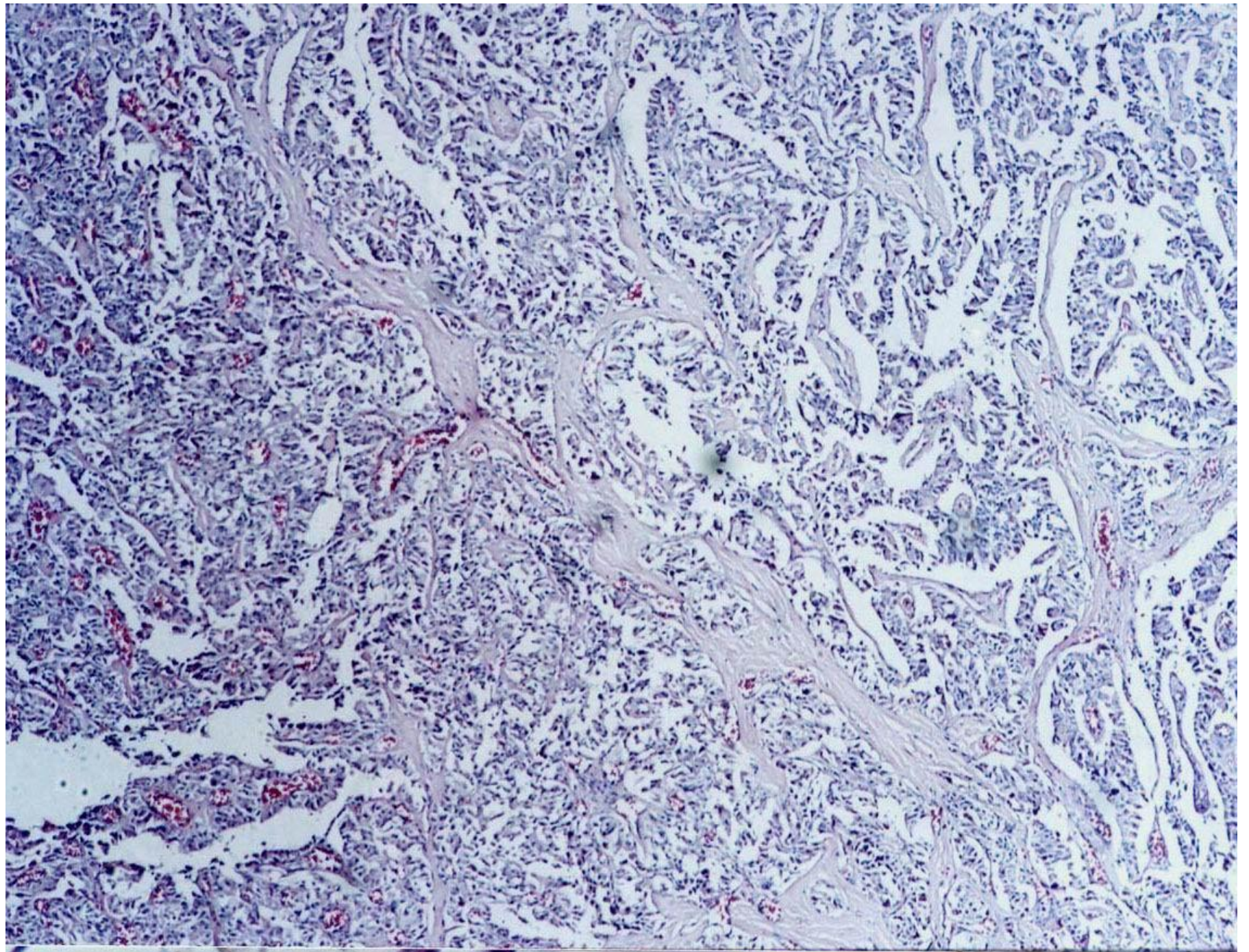


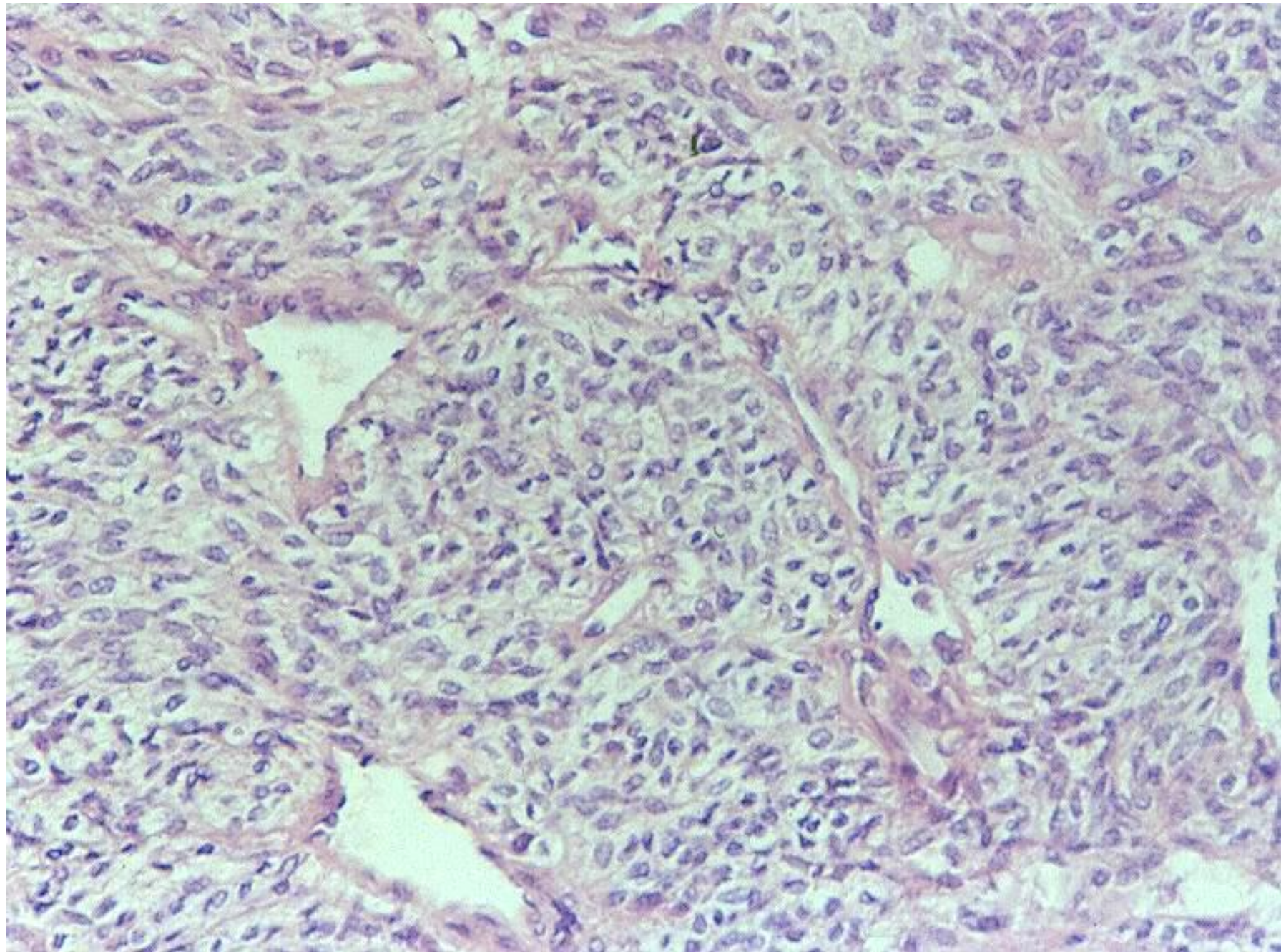


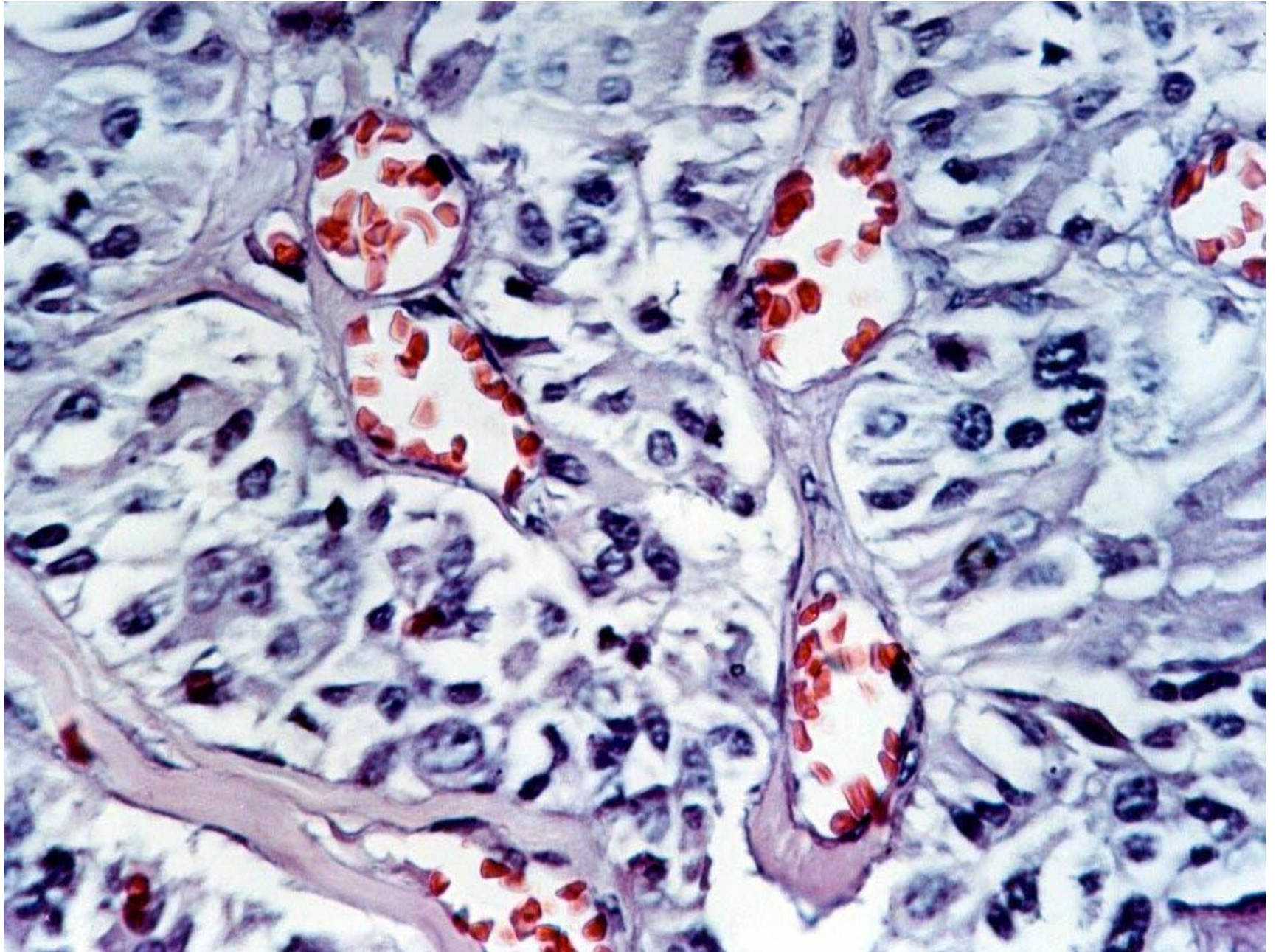
CARCINOMA MEDULAR

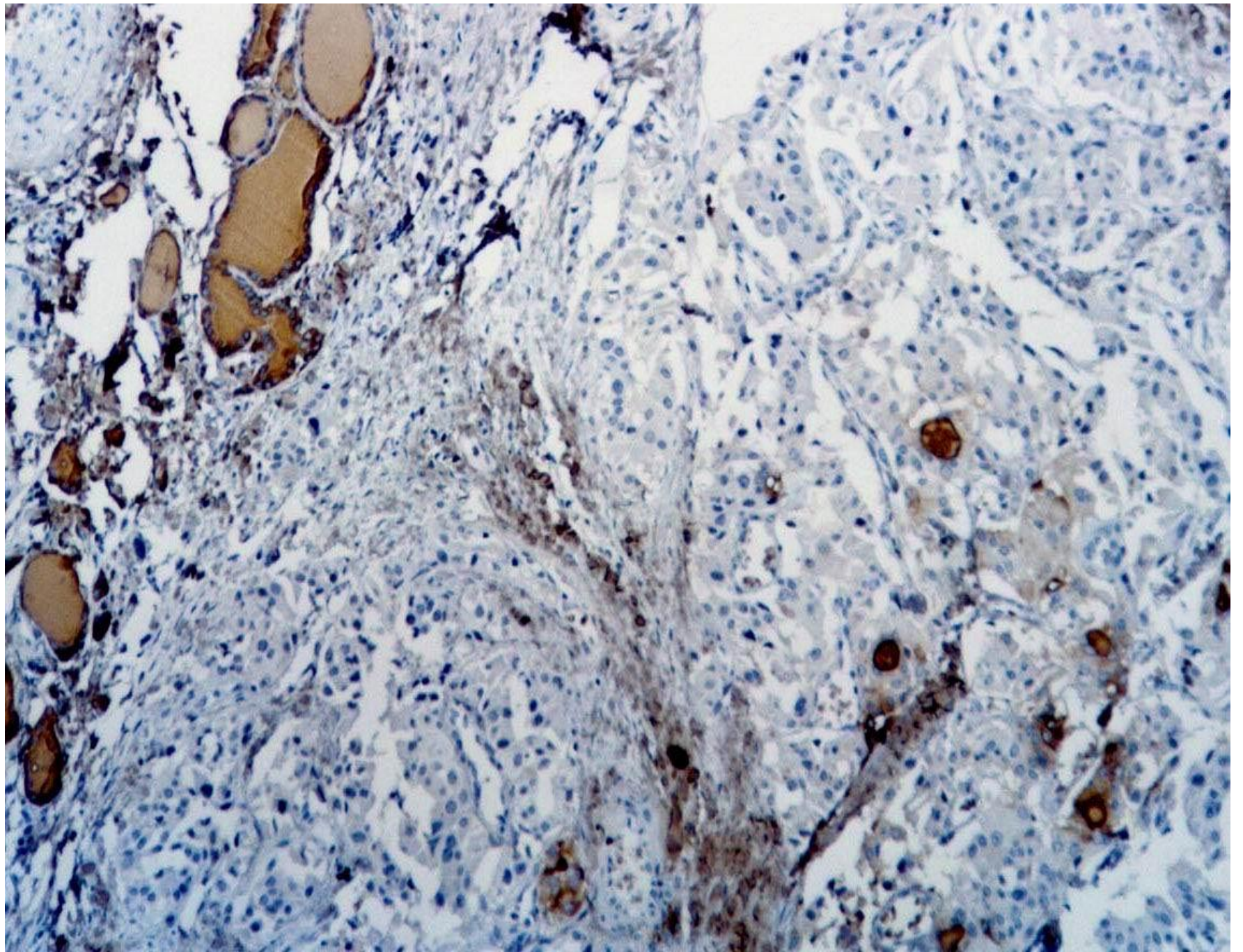
- Células aisladas y poco cohesivas
- Citoplasma poligonal plasmocitoide
- Nucleo oval, cigarro, ocasionalmente gigante
- Cromatina sal y pimienta
- Pseudoinclusión intranuclear
- Granulación citoplasmática
- Amiloide
- Calcitonina(+)

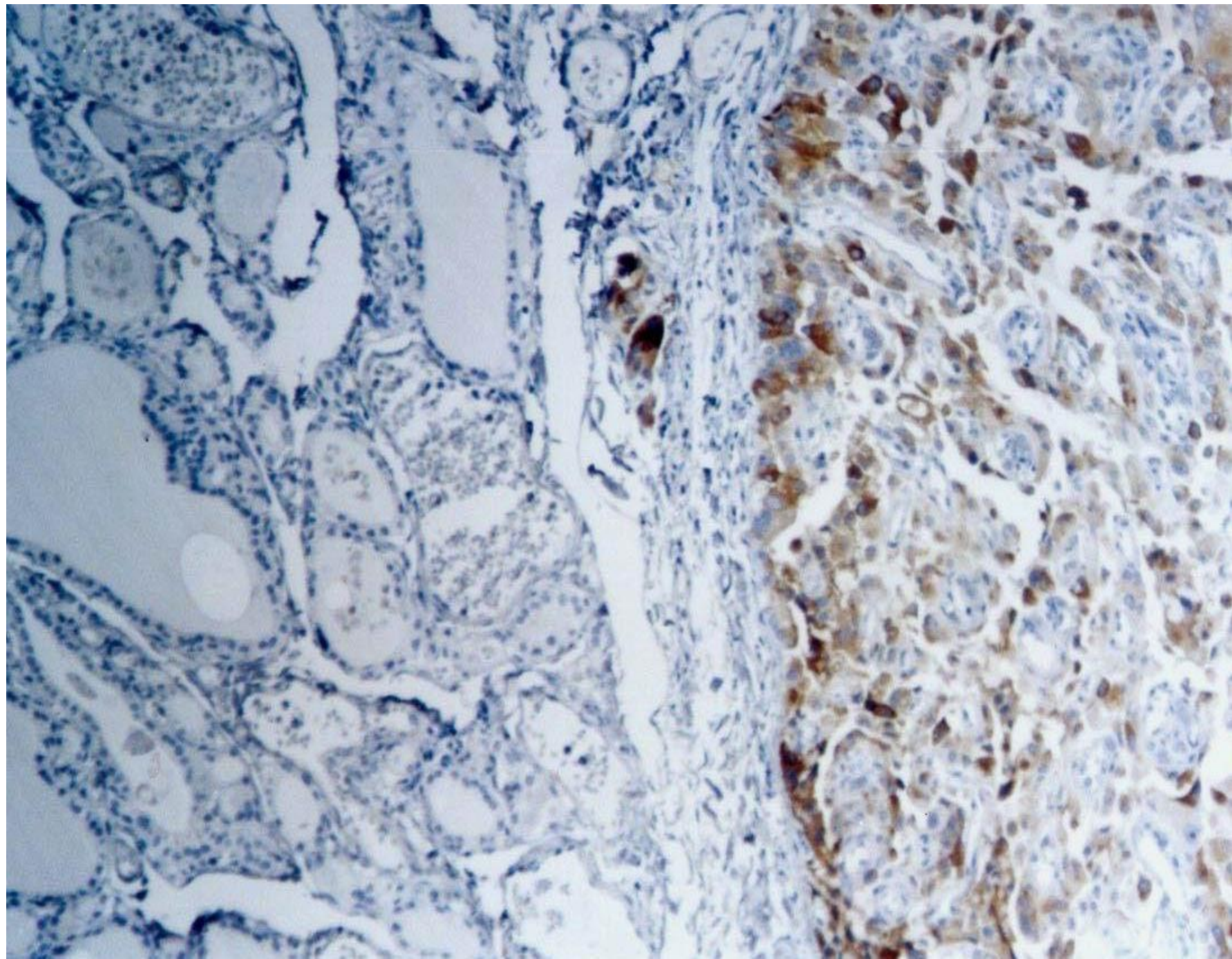


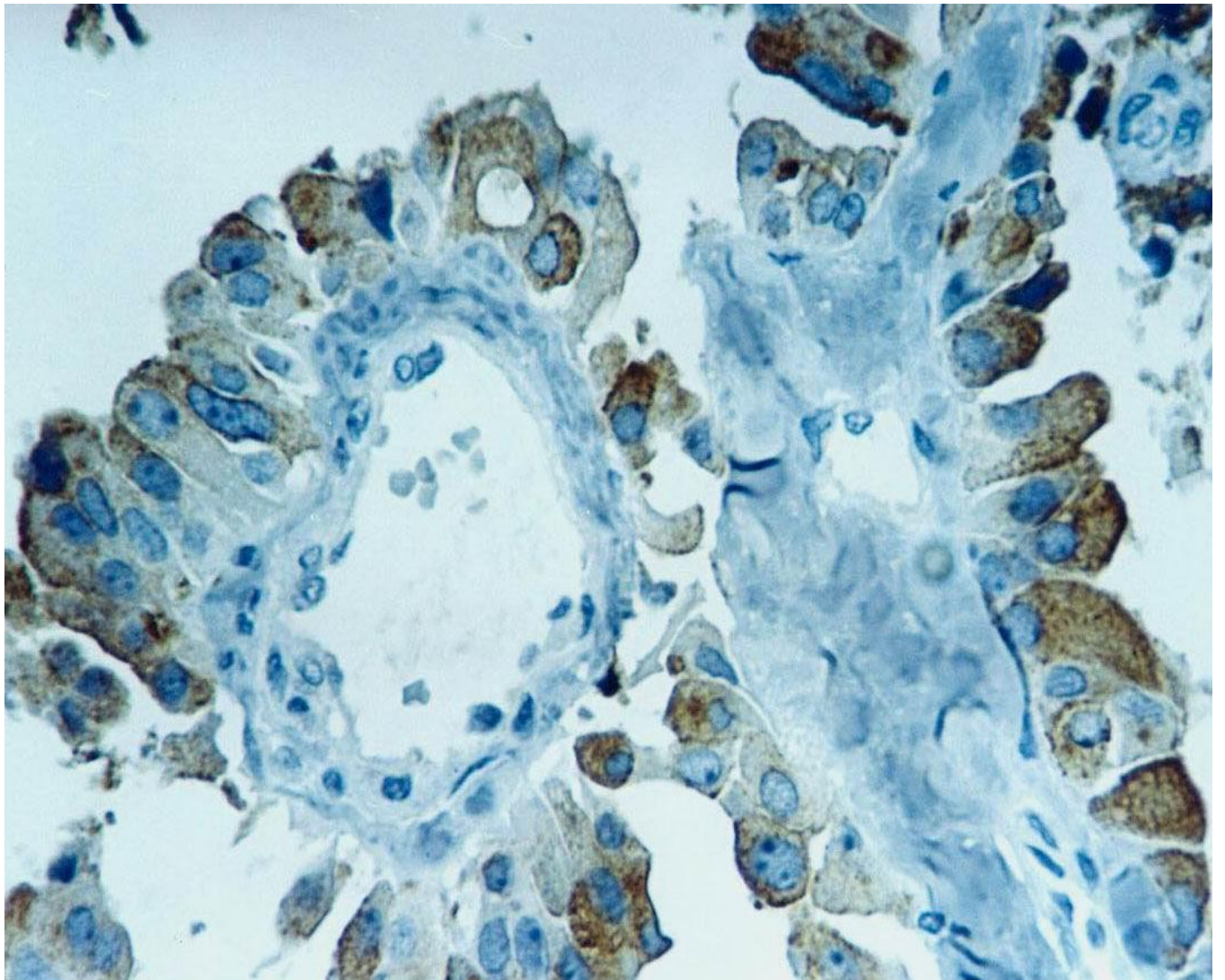


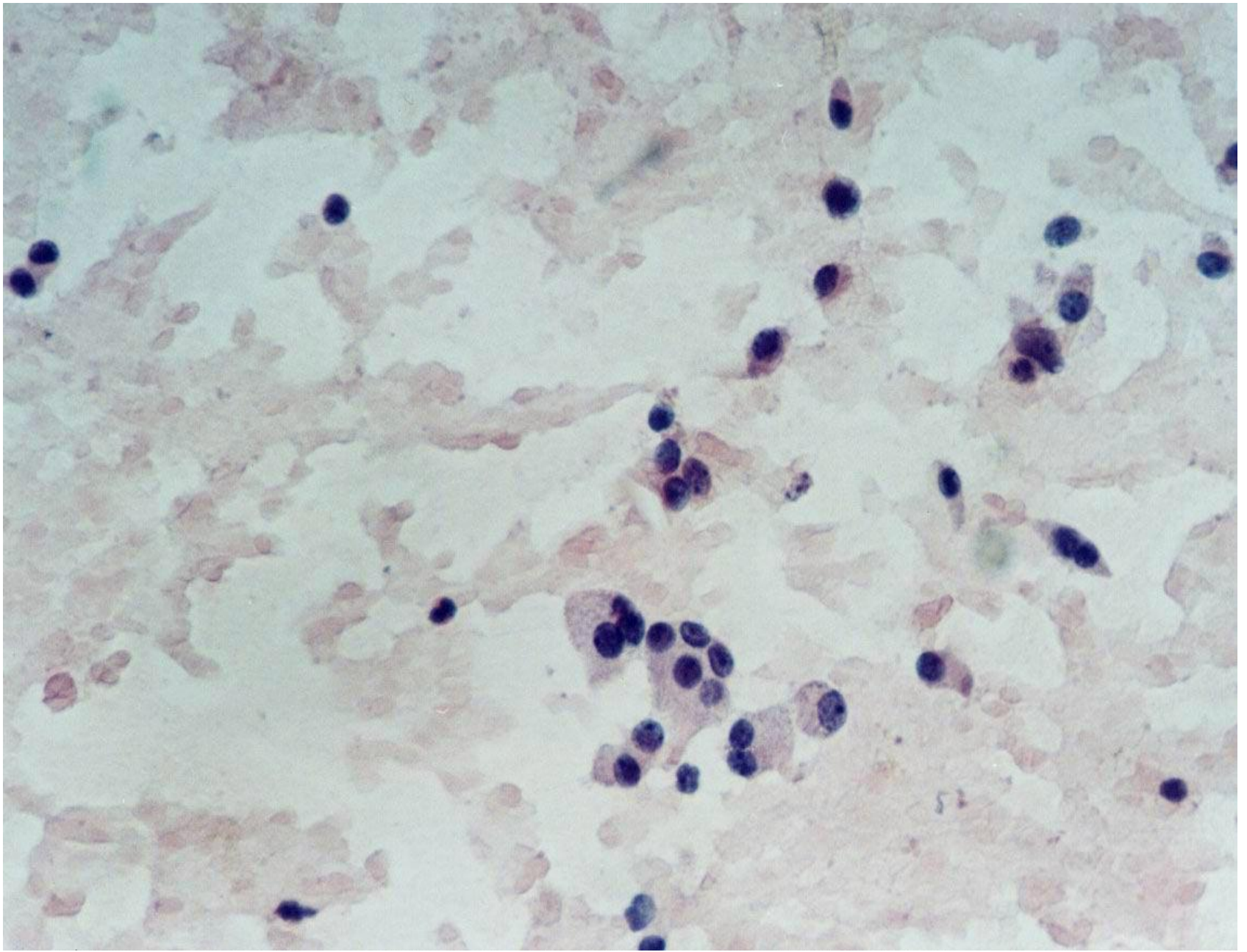


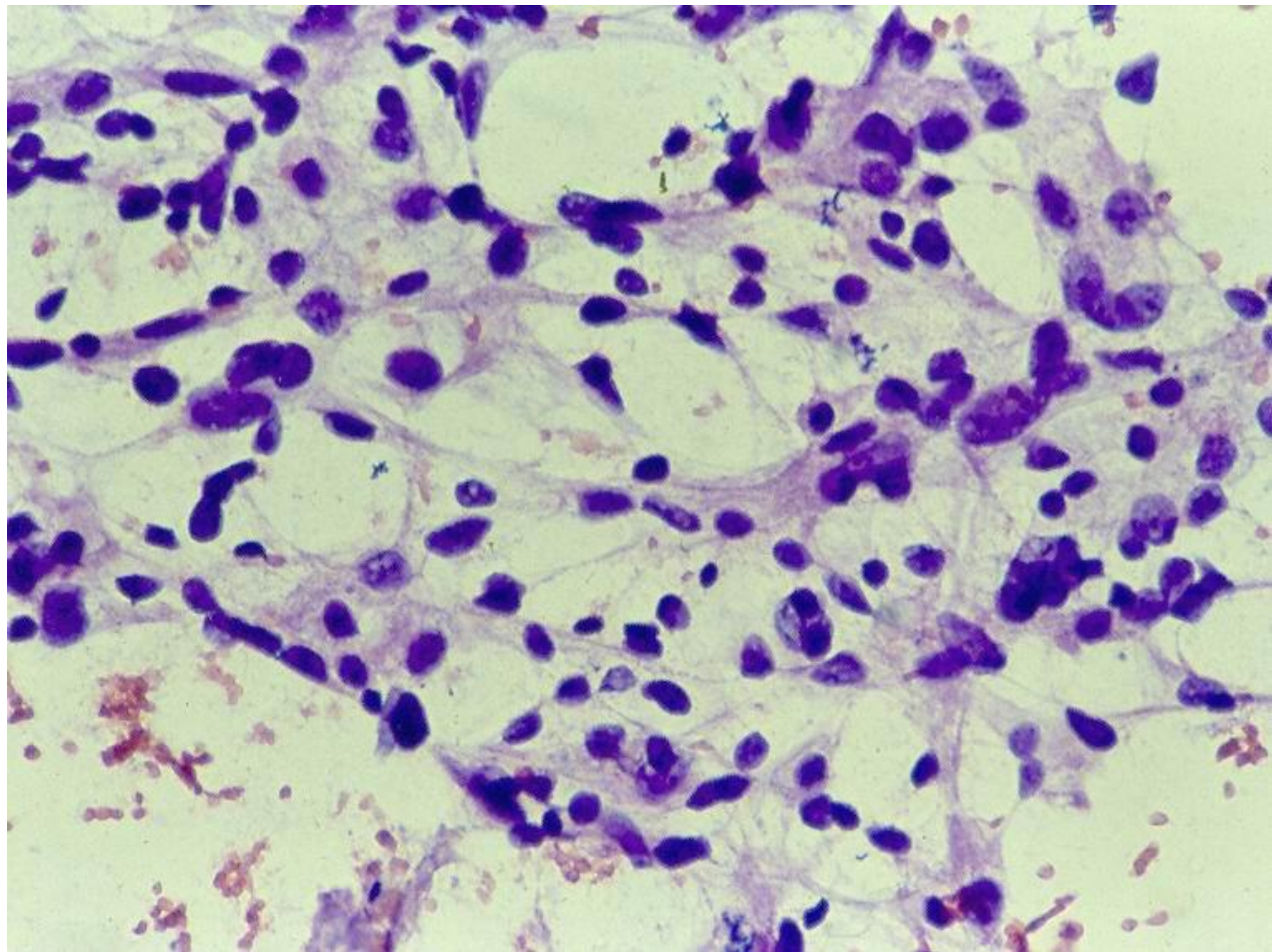






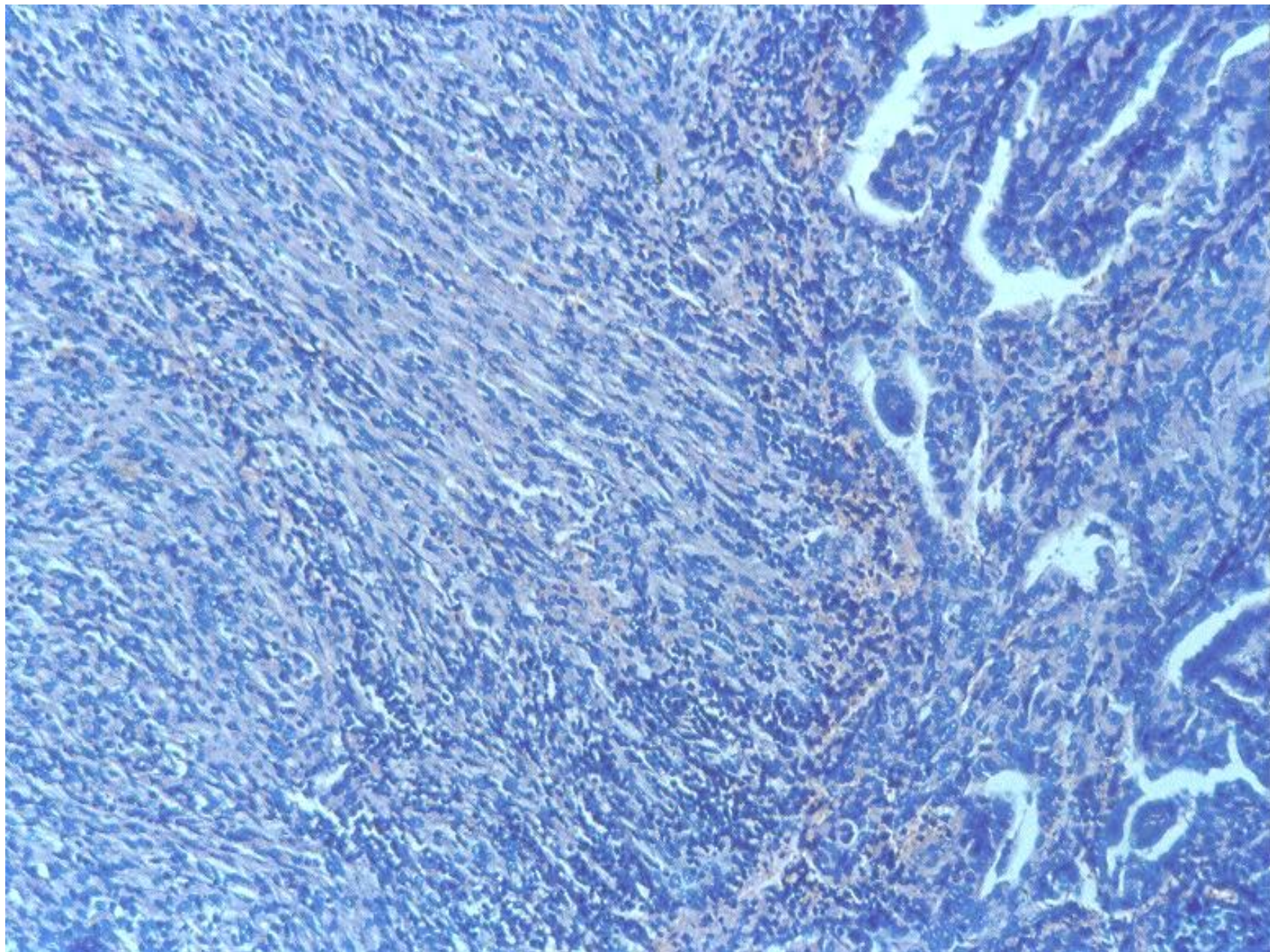


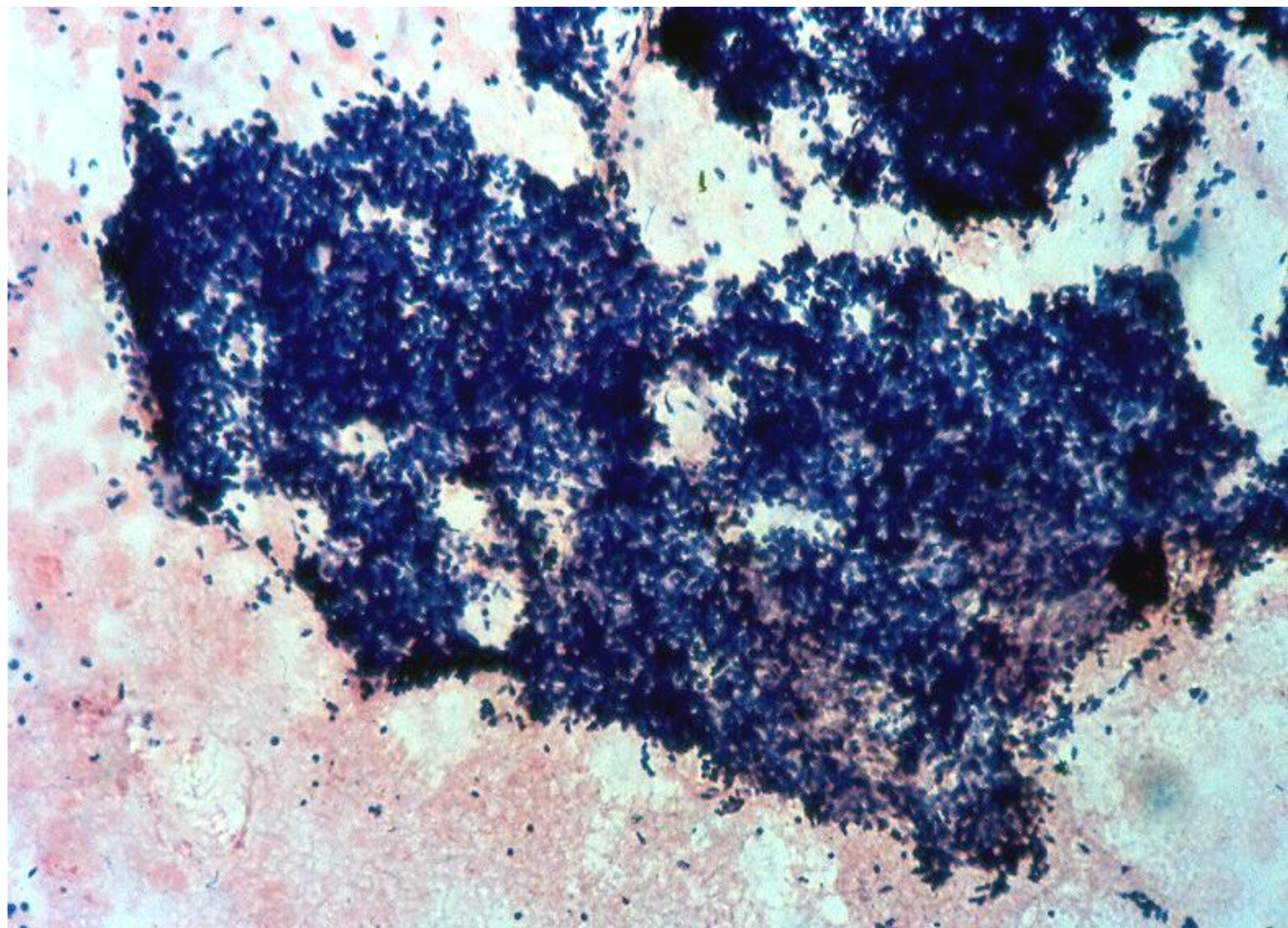


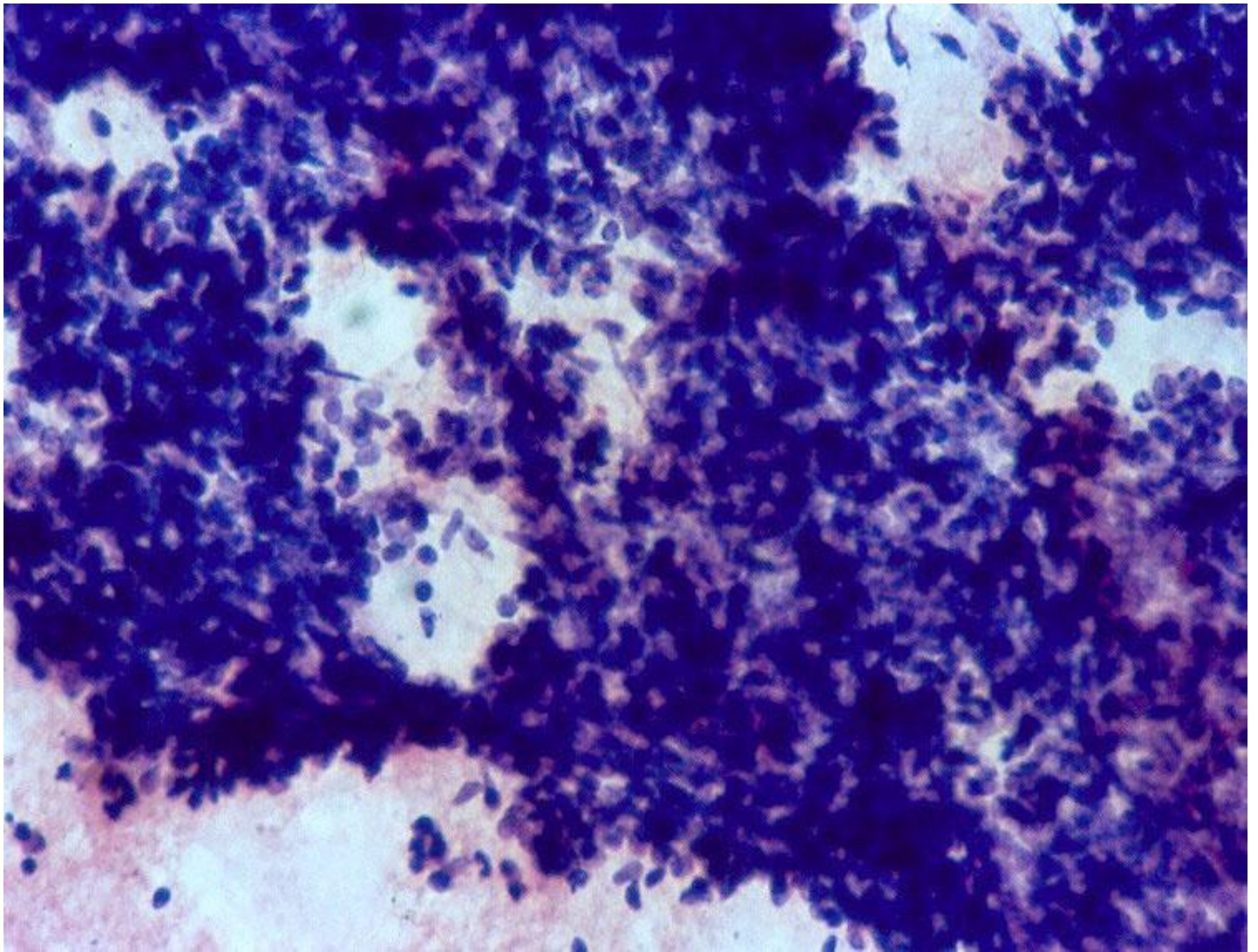


CARCINOMA ANAPLÁSICO O INDIFERENCIADO

- Células gigantes y abigarradas
- Frecuentes mitosis
- Necrosis
- Células inflamatorias

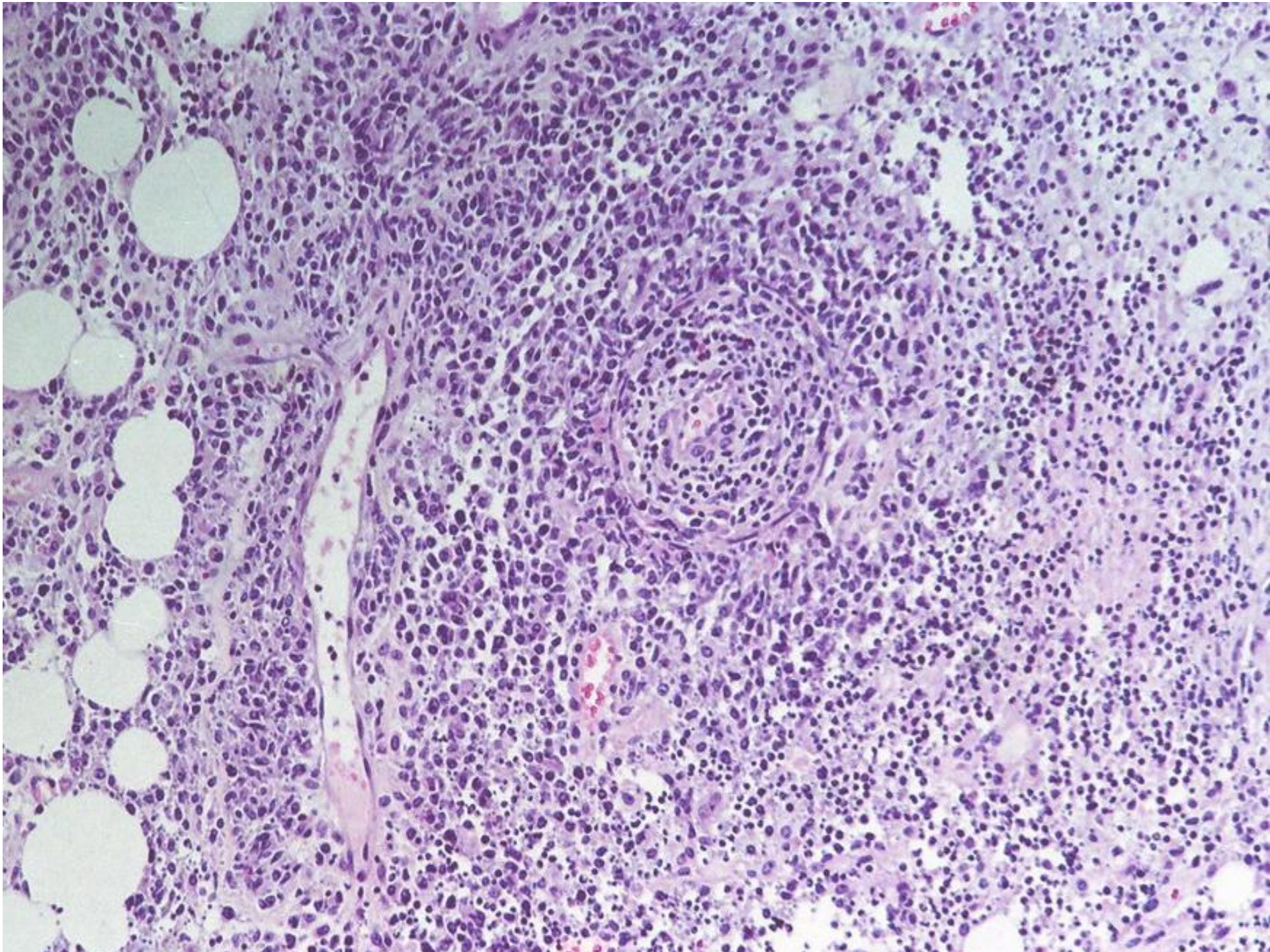


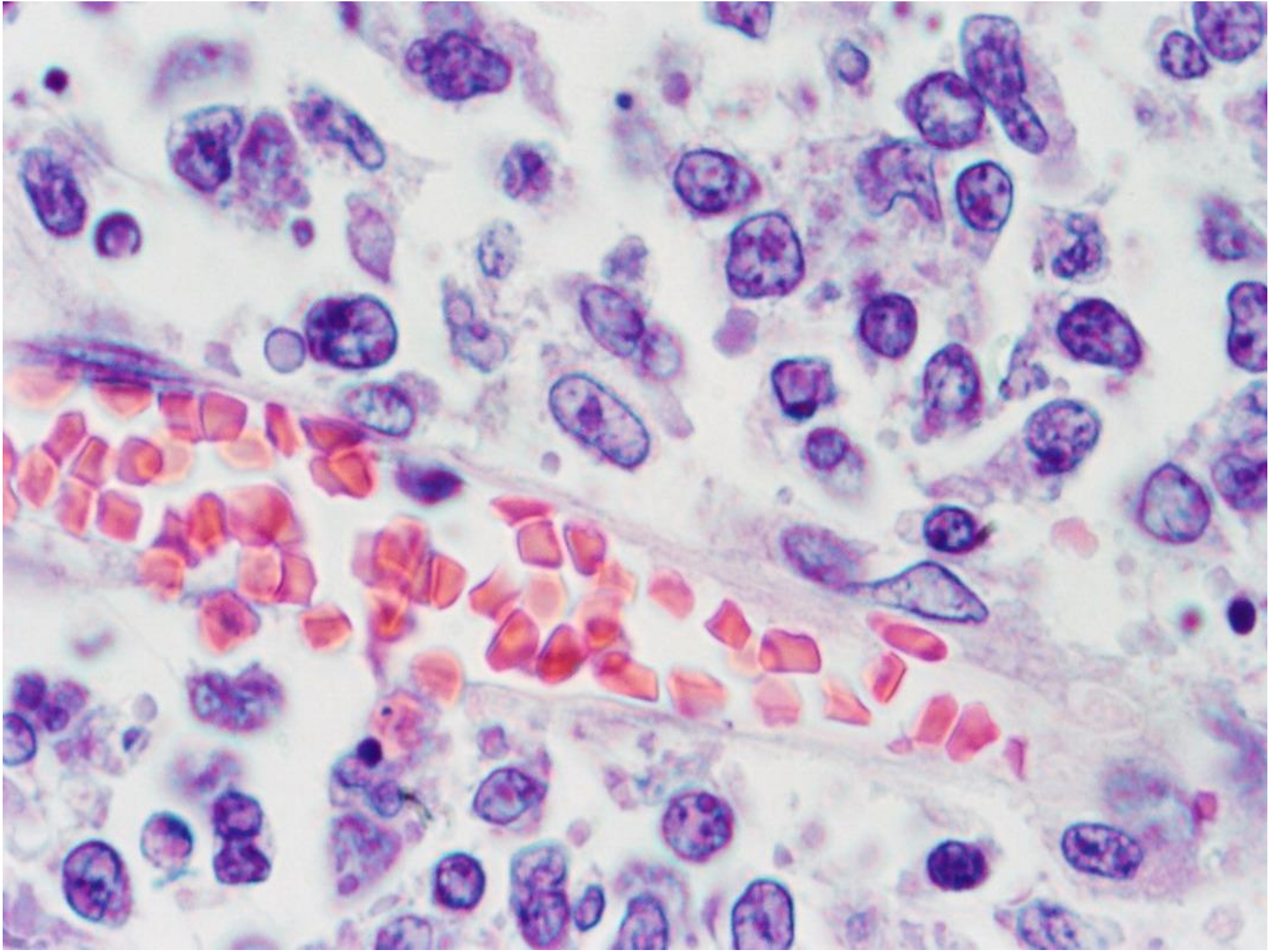


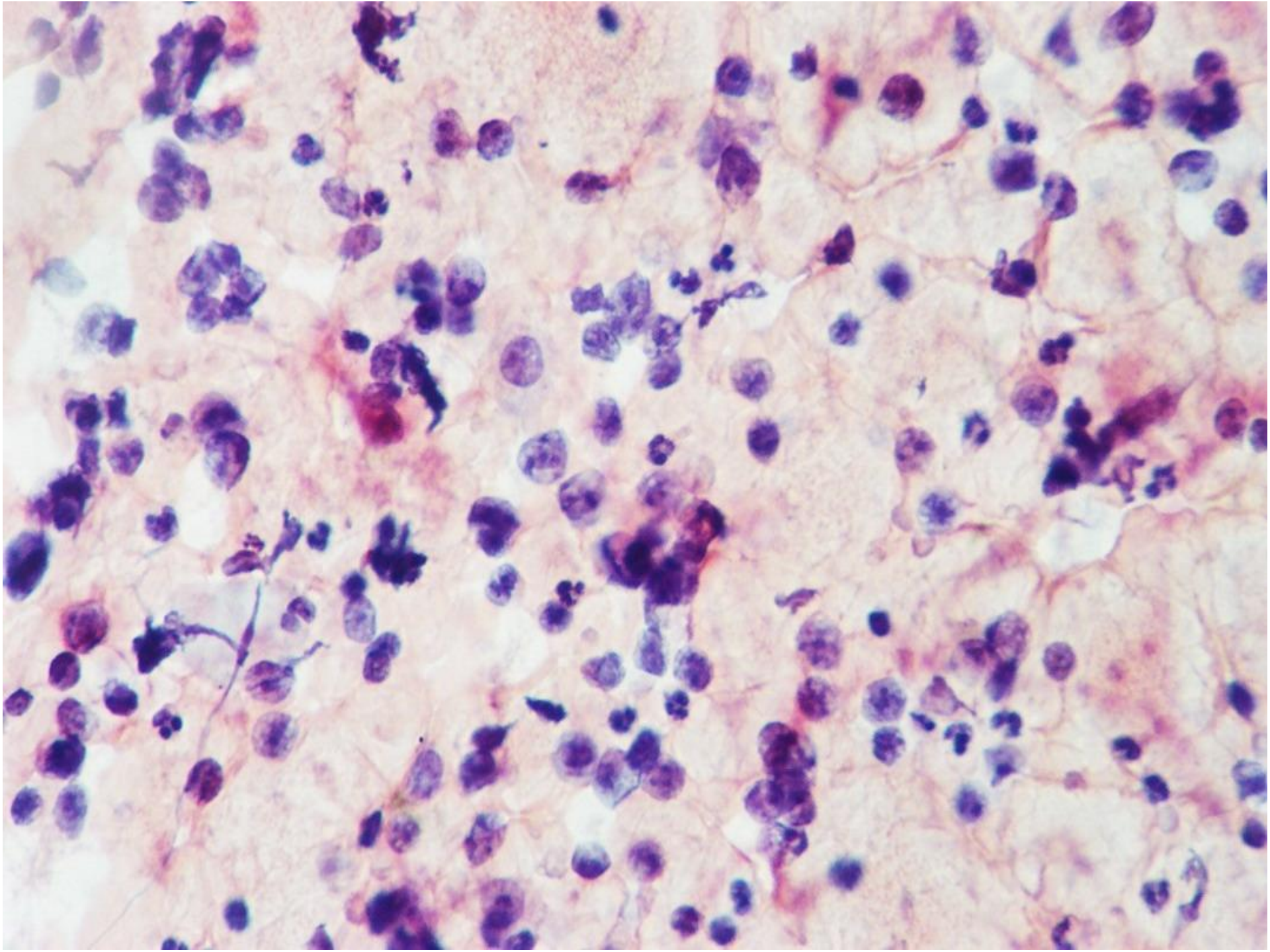


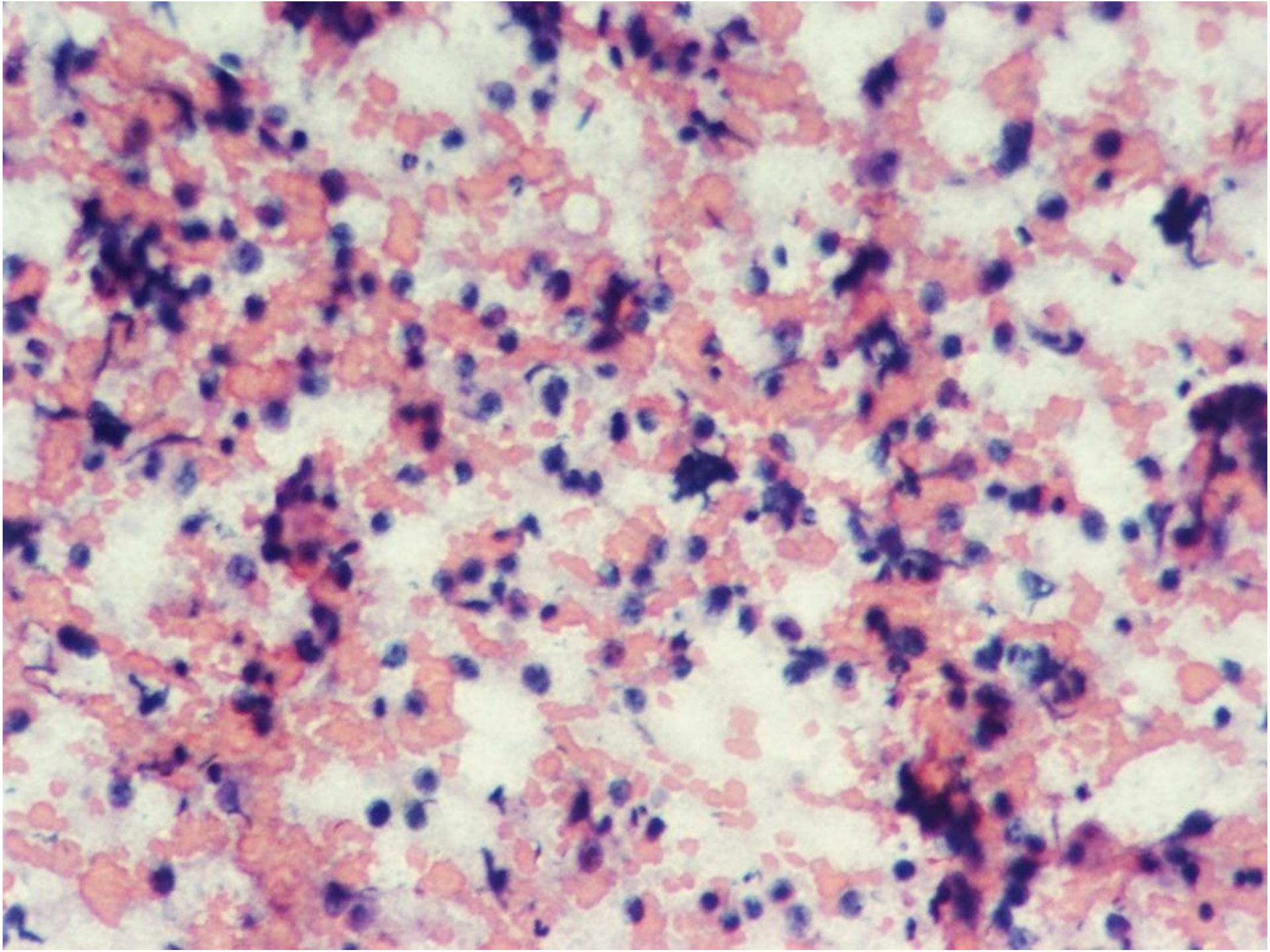
LINFOMA

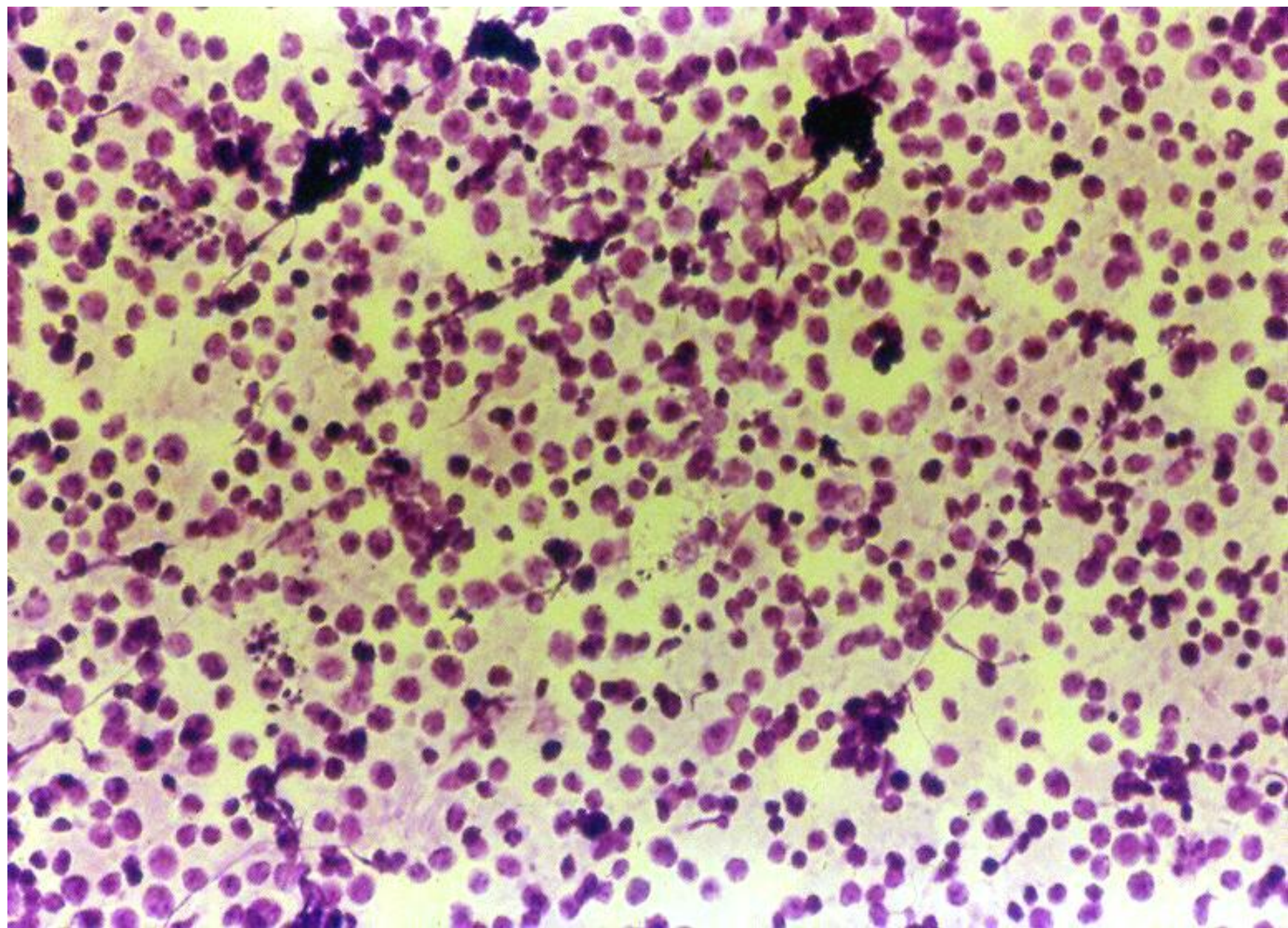
- * Celularidad linfoide monomórfica
- * Escaso epitelio folicular
- * Escasas células oncocíticas
- * Cromatina irregular





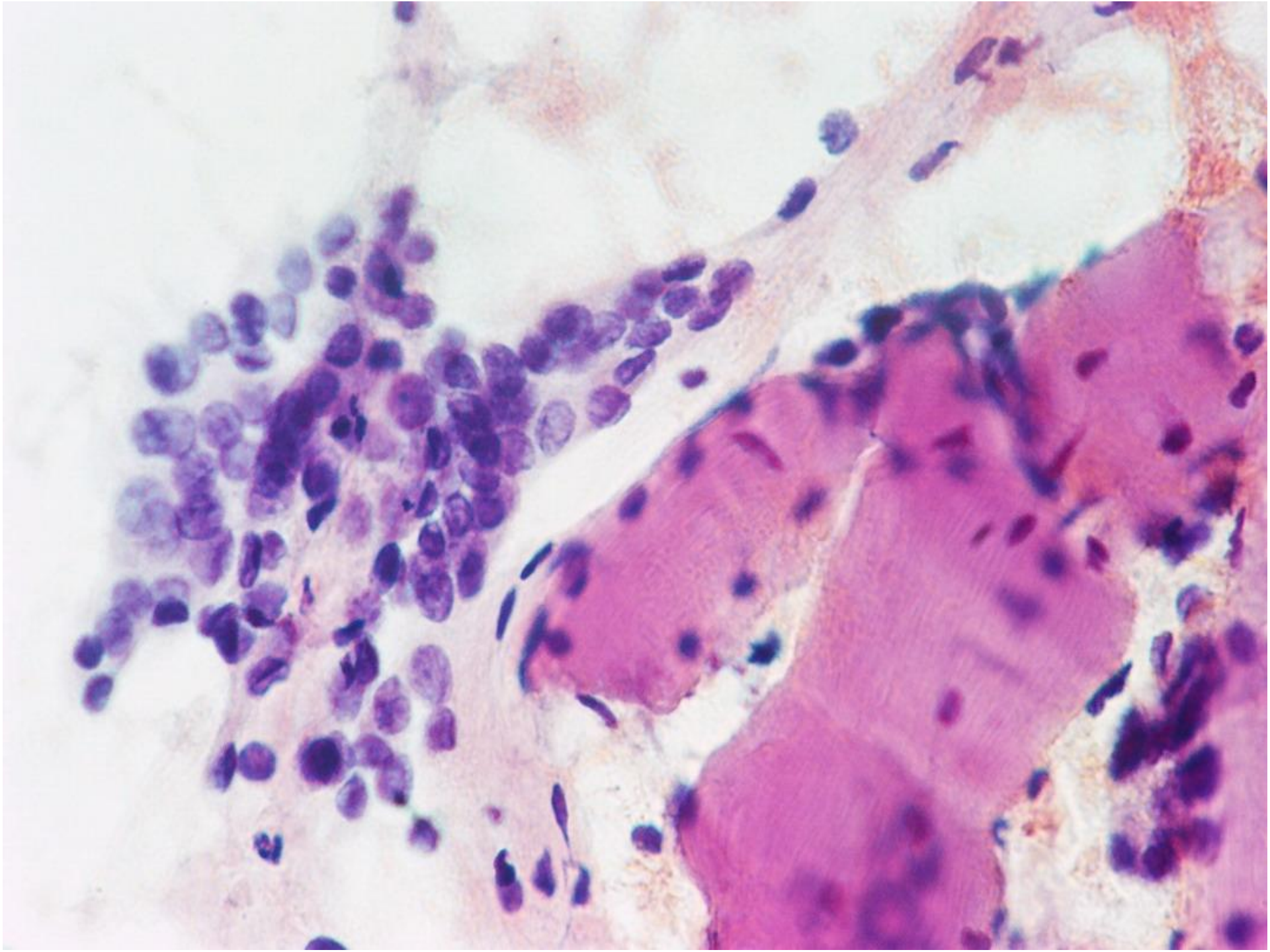


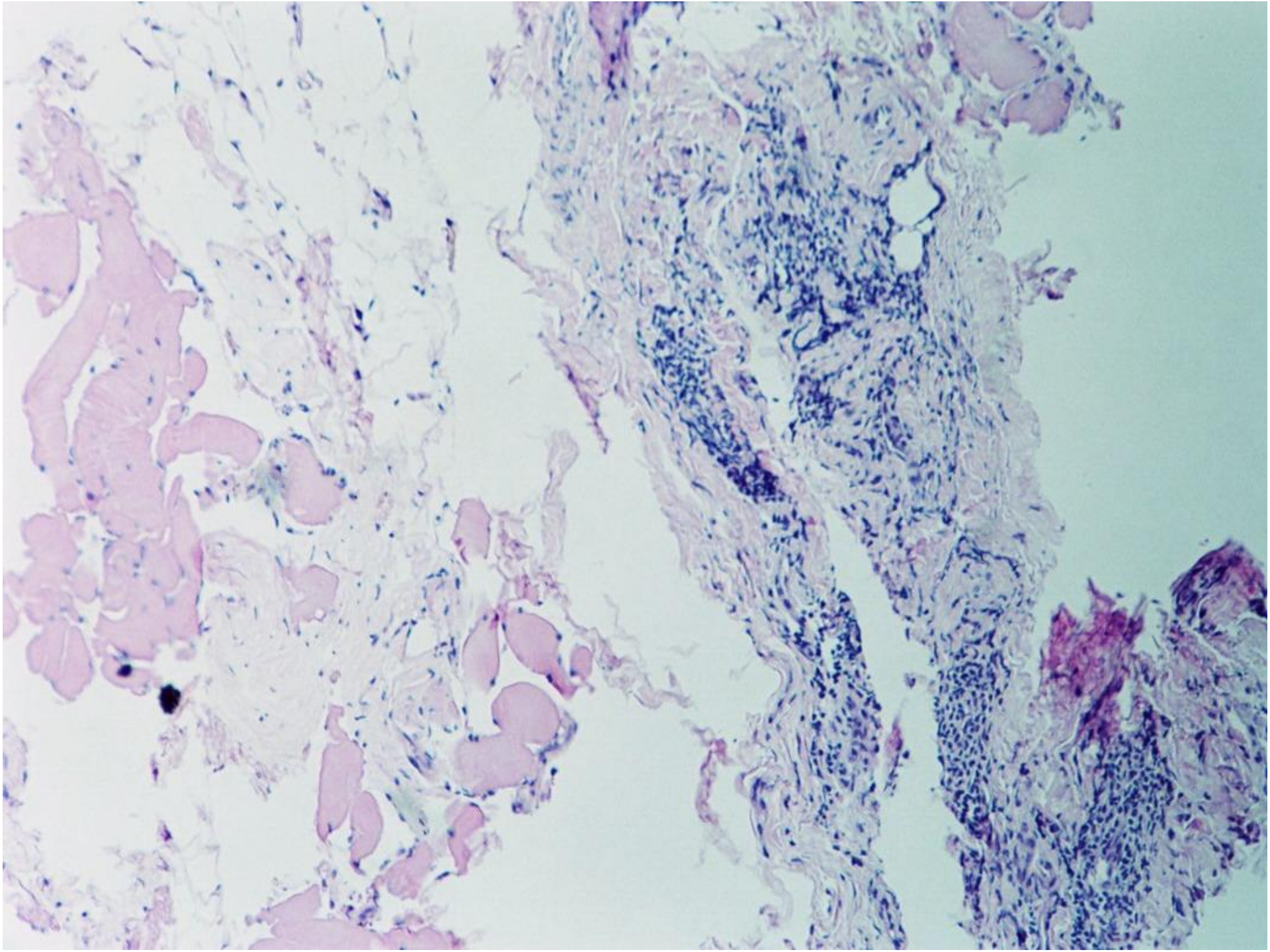




Metástasis

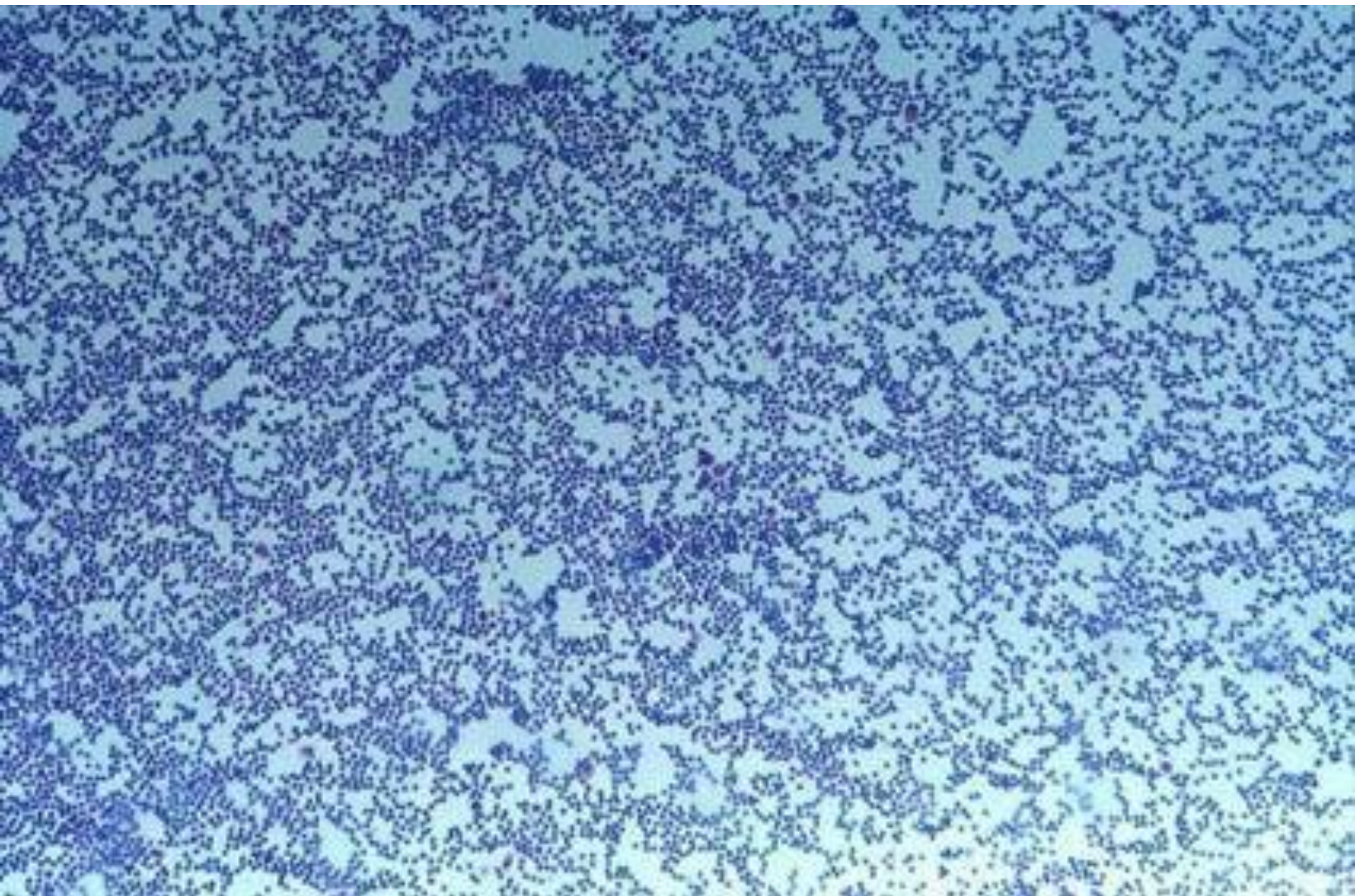
- ❖ En tiroides puede presentarse como una tumoración aparentemente primaria o como una tiroiditis, el origen más frecuente es mama, pulmón, riñon y melanoma

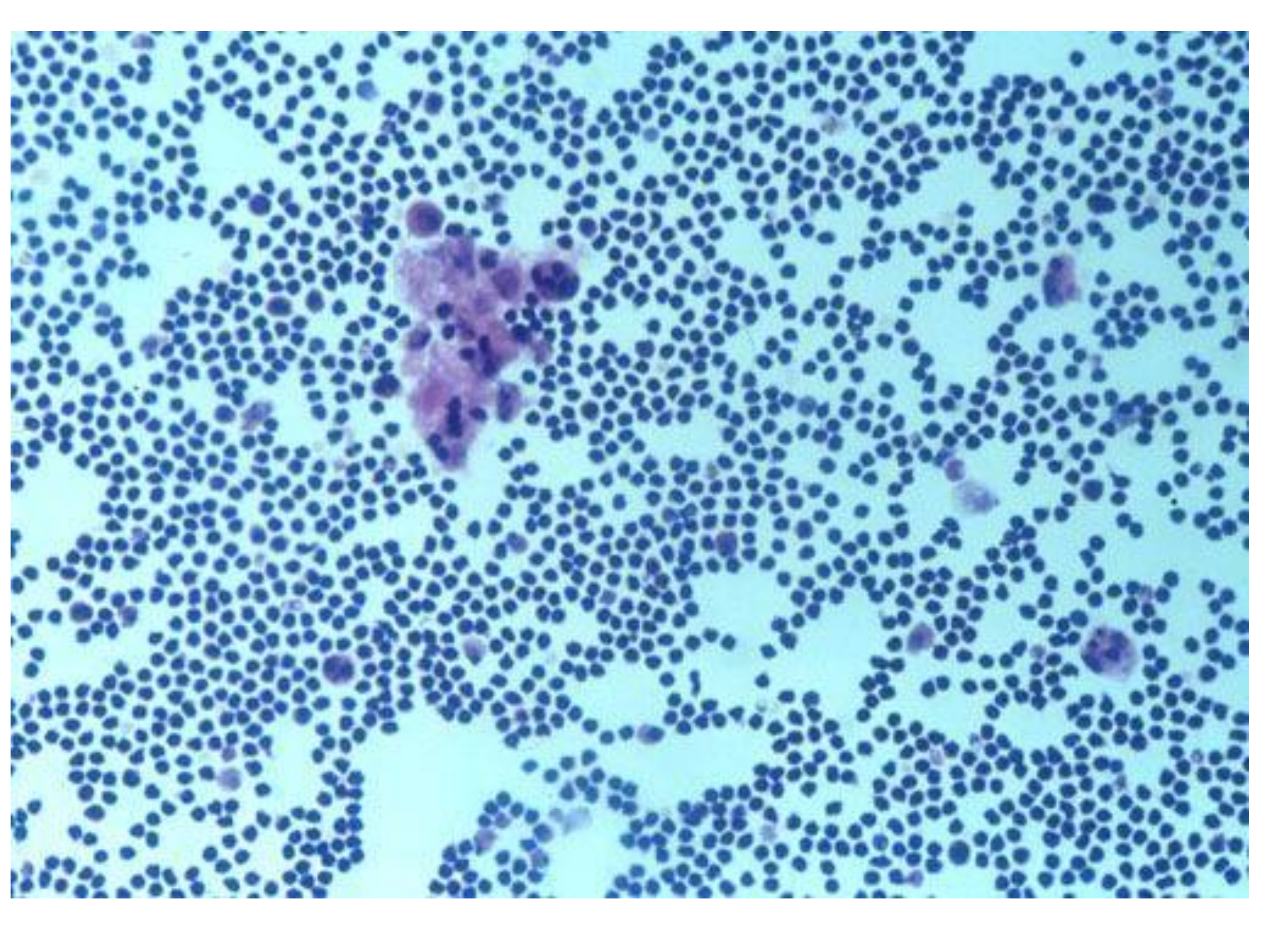




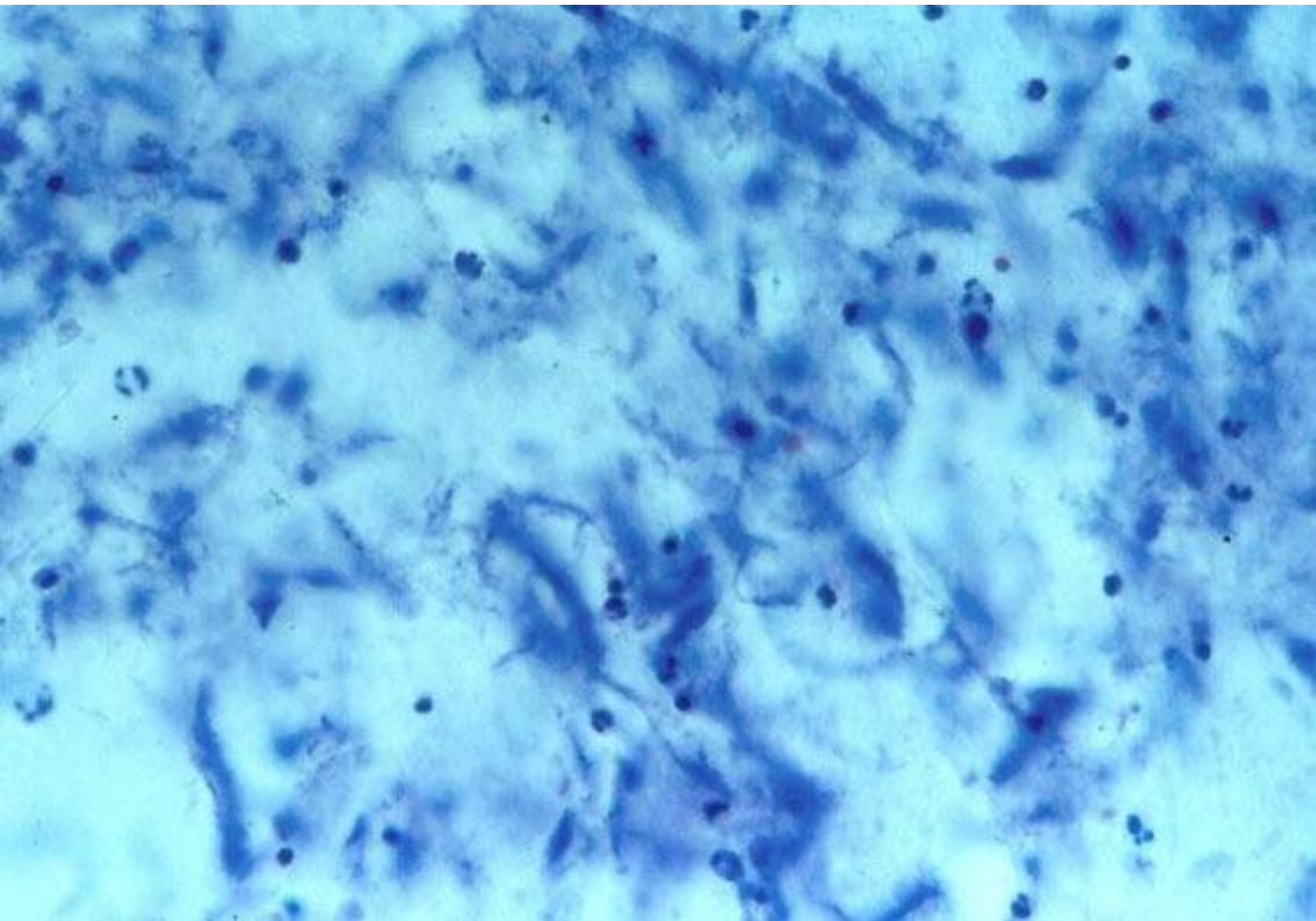
OTRAS LESIONES

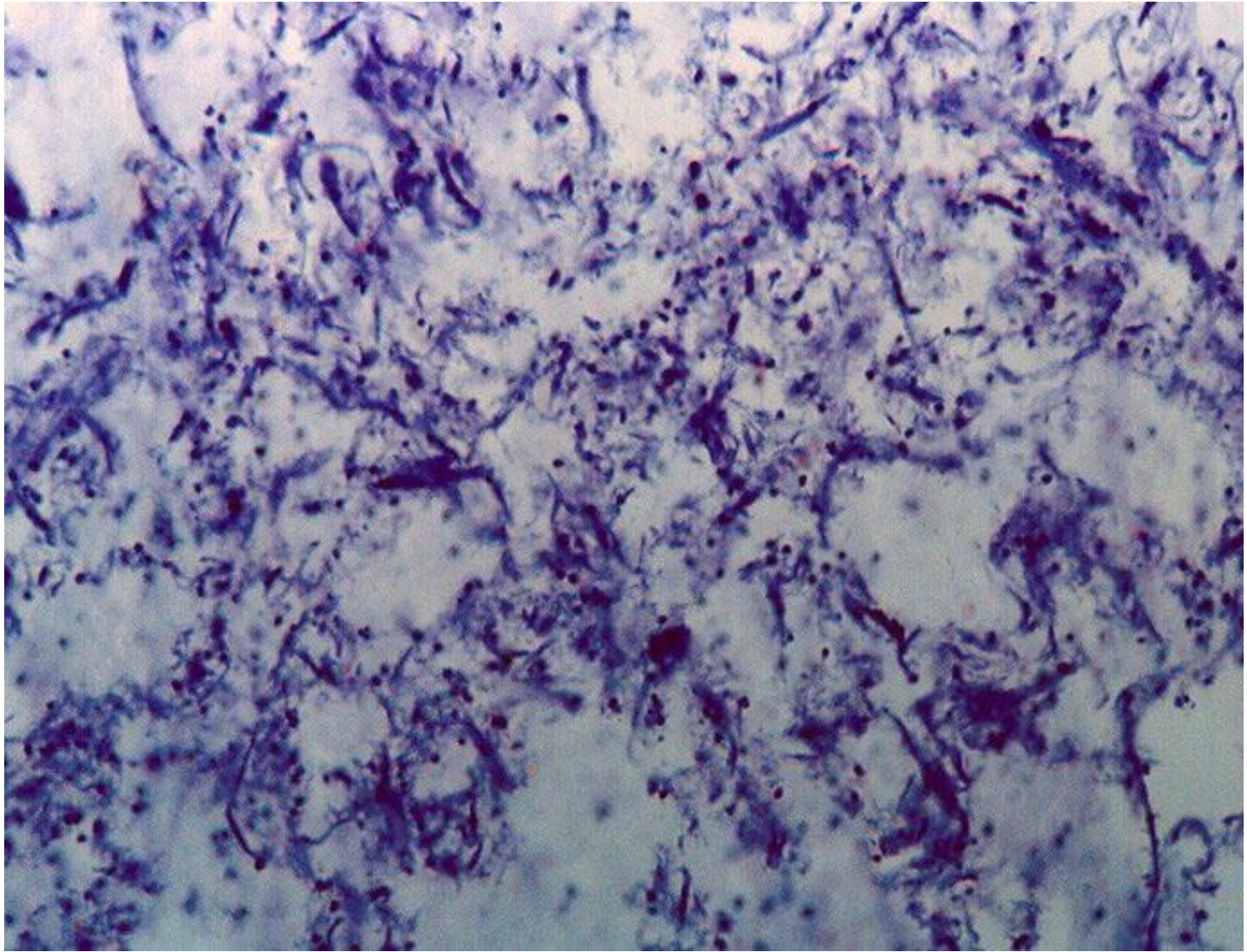
LINFANGIOMA QUÍSTICO

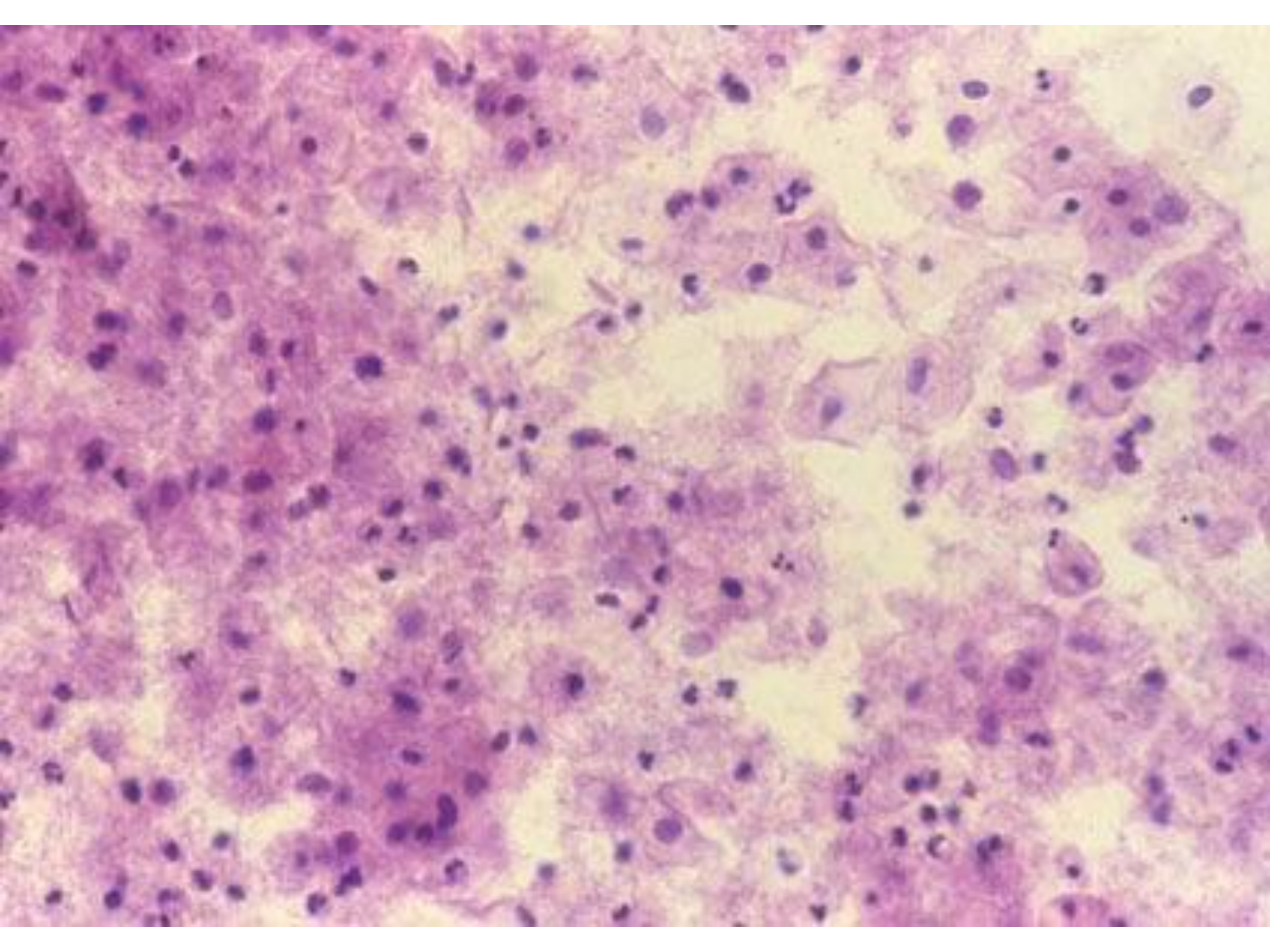




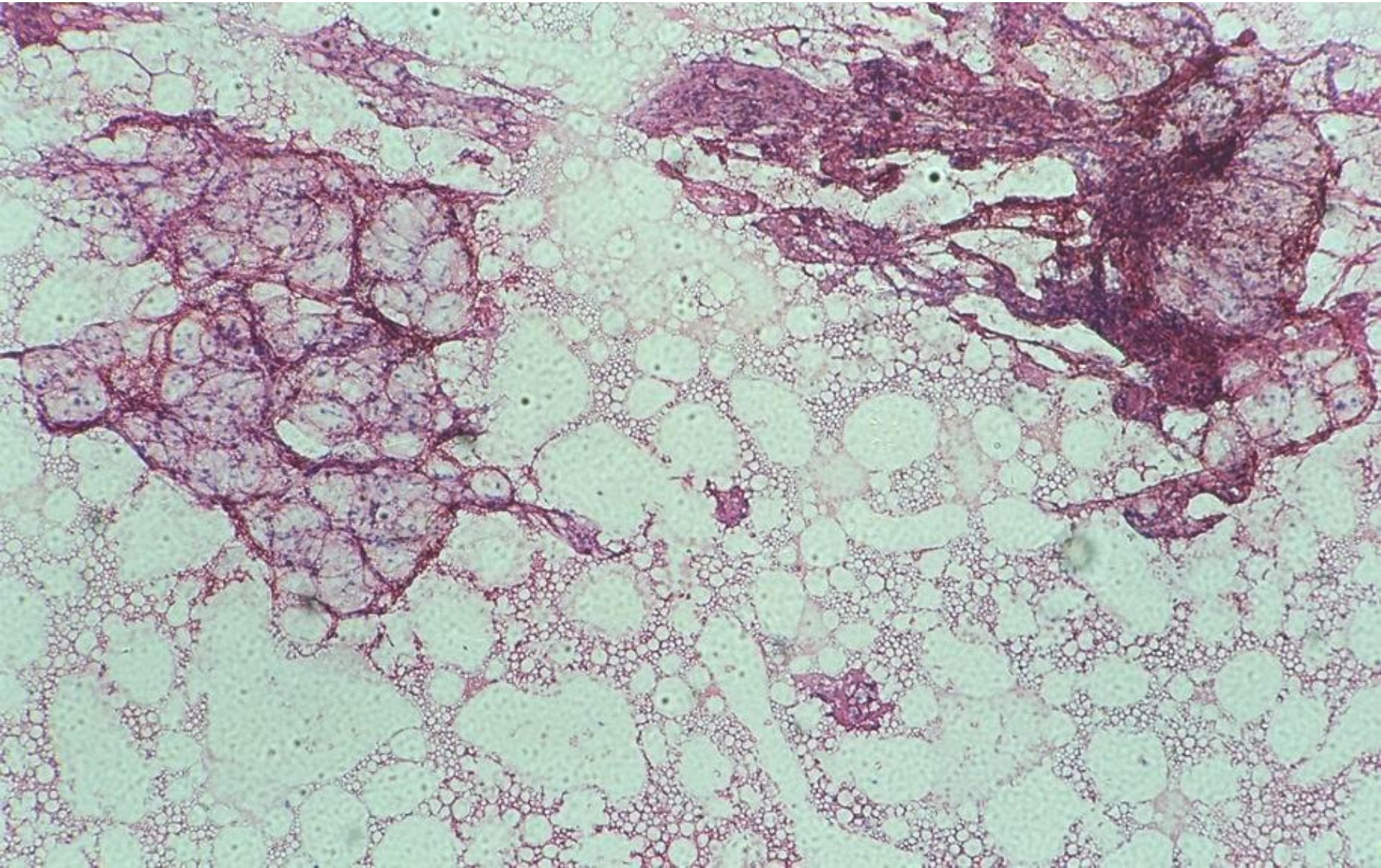
QUISTE EPIDÉRMICO DE INCLUSIÓN

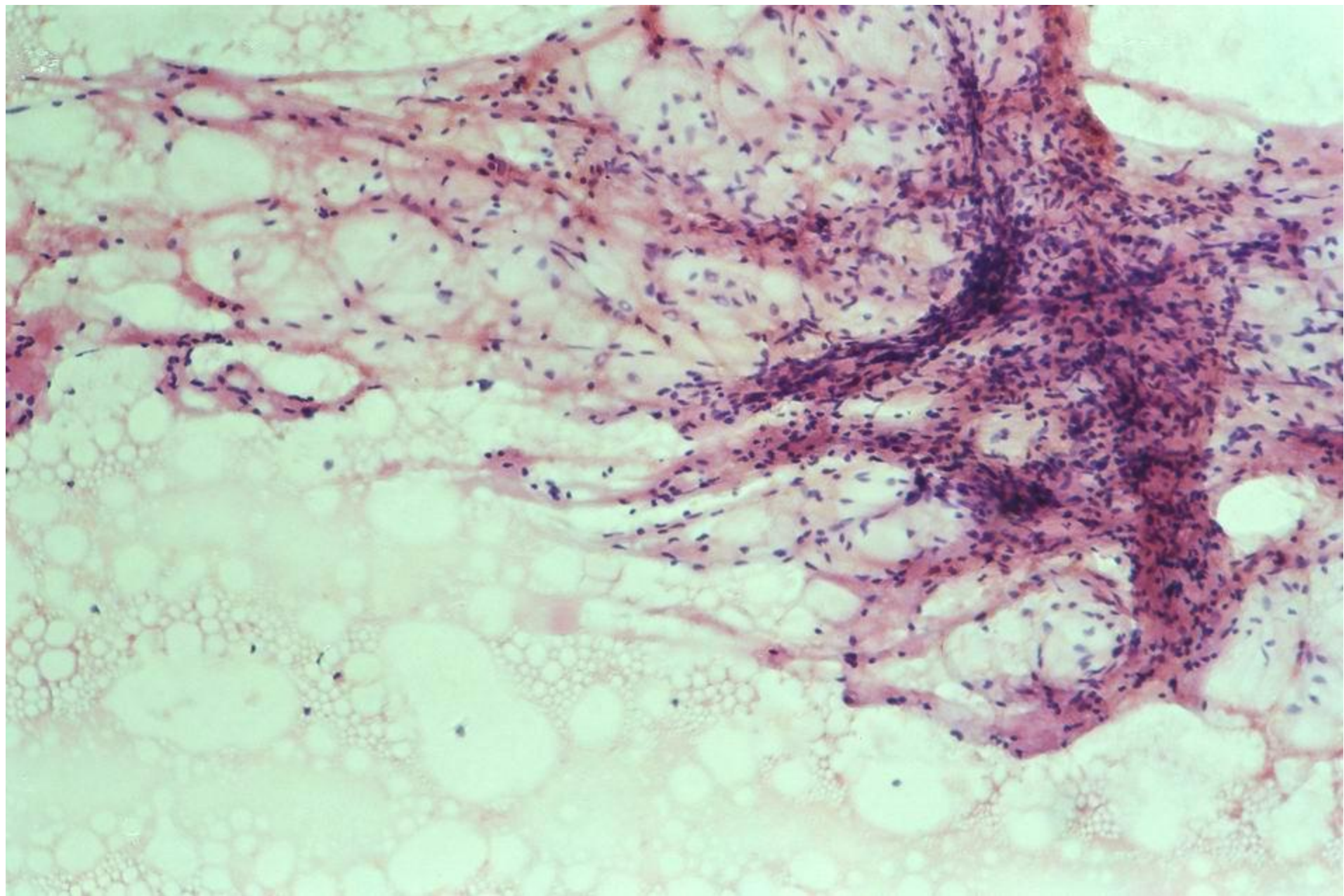


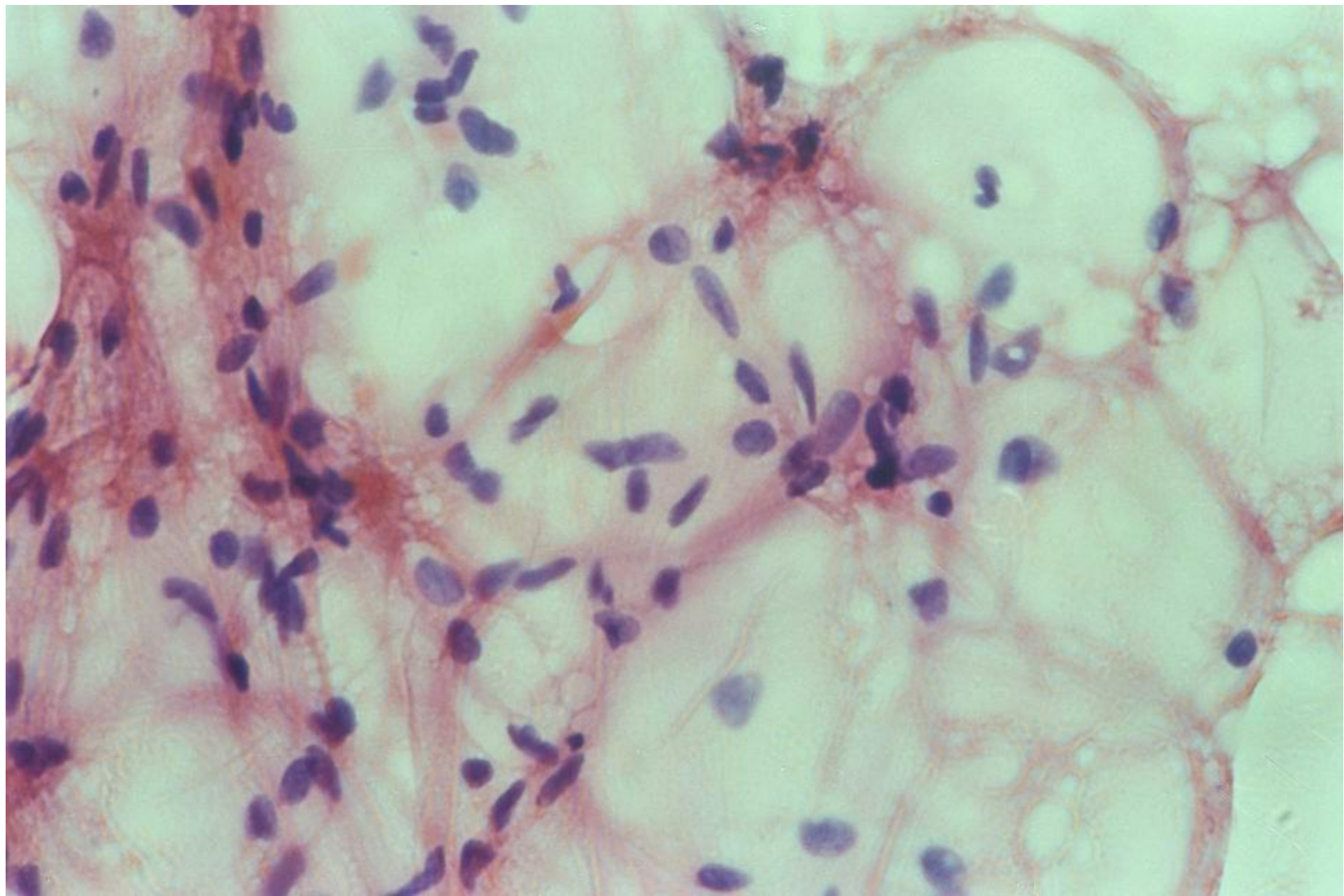




LIPOMA

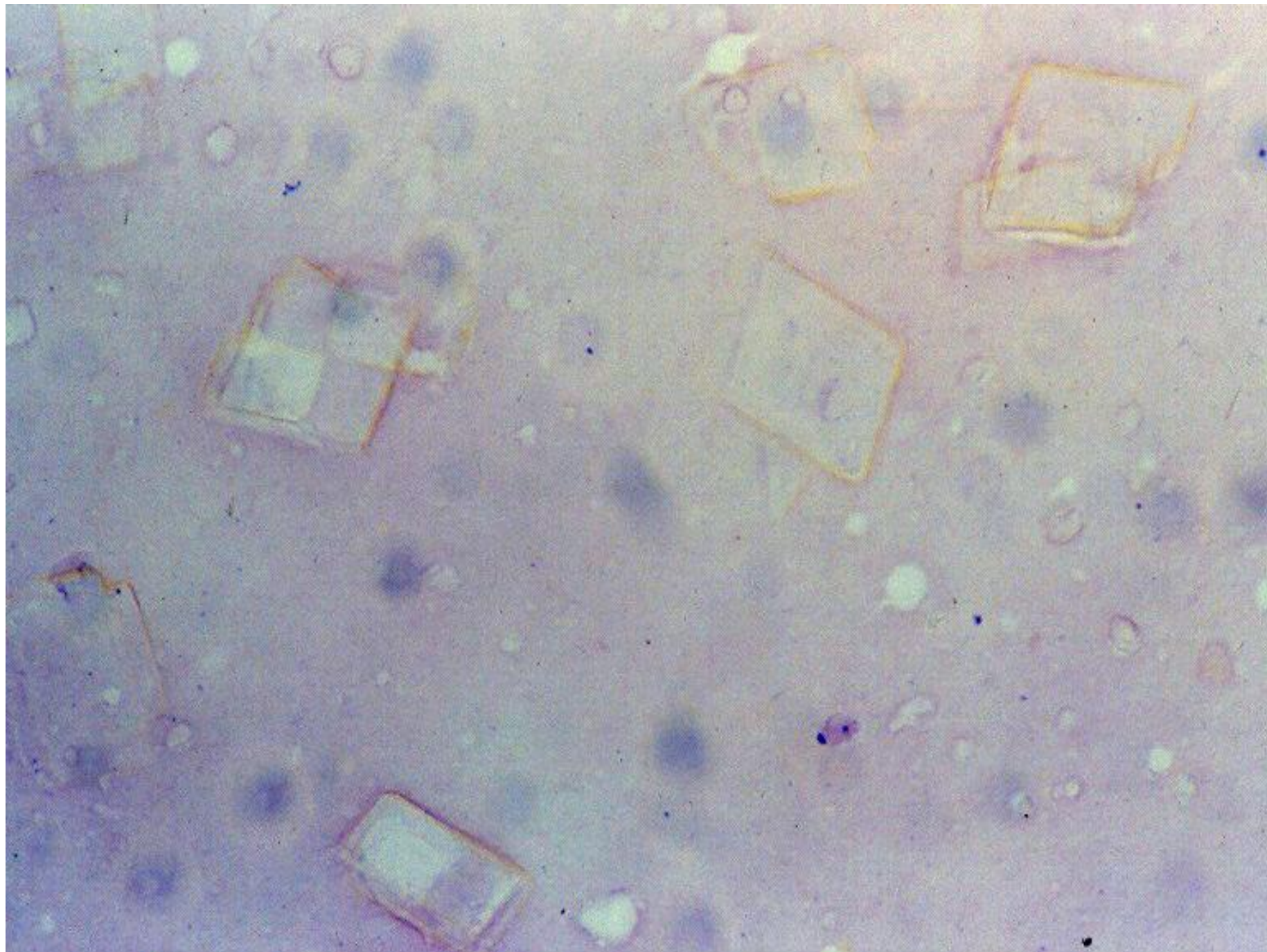






Cristaloides

.





Gracias por su atención