



**La Punción Aspirativa con Aguja Fina
de la Glándula Tiroides (PAAF).
Guía para Pacientes**

Dr. Eduardo R. Cuvertino

Prof. A.de la 1ª Cátedra de Diag. por Imágenes
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba.

Jefe de la Sección Ecografía General
Del Hospital Nacional de Clínicas.

Director Médico
del C. de Estudios Ecográficos Cuvertino.

Paraná 533 – Piso 2º
Córdoba

424-1923 y 422-4327

Contenido

- 1 - Introducción.
- 2 – Lo que debe conocer antes de la Aspiración.
- 3 – El procedimiento de la Aspiración.
- 4 – Que pasa después de la Aspiración.
- 5 – Otras respuestas.

Este folleto constituye un aporte formativo para personas y también pacientes que están siendo estudiadas e investigadas ante la posibilidad de tener enfermedad tiroidea maligna. Las orientaciones expresadas no reemplazan al tratamiento indicado por el médico especialista y ante cualquier duda, recomendamos consultar al médico de cabecera.

Agradezco de modo particular a la Sociedad de Endocrinología y Metabolismo de Córdoba, que está involucrada en la detección y el estudio de la Enfermedad Tiroidea y a muchos de sus médicos que han realizado aportes para esta guía.
Introducción.

Un bulto (o masa o nódulo) puede ser descubierto accidentalmente por usted o bien por su médico en una rutina de control clínico.

Su presencia obliga siempre a una consulta con su médico de cabecera o con el especialista endocrinólogo.

La enfermedad nodular tiroidea es una afección frecuente, que afecta más a mujeres, especialmente entre los 20 a 50 años. La mayoría de los nódulos tiroideos no son malignos. No obstante, un bulto en el cuello siempre genera preocupación respecto a su evolución o la posibilidad de tener cáncer. Por esta razón, el médico se encuentra obligado a definir cuales de los nódulos son benignos o malignos.

Es importante obtener información respecto a las decisiones clínicas que deba tomar.

Todo nódulo siempre genera inquietud personal y en el ámbito familiar. Pero no siempre es necesaria la cirugía. Además de ello, la cirugía siempre significa un costo mayor, que en algunos casos puede evitarse. En otros casos, a pesar de estar indicada, la cirugía no puede ser realizada. Por esta razón, la **Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF)**, se incorporó como un método mínimamente invasivo, que trata de obtener la mejor información que contribuya a una buena decisión clínica.

En este contexto, es importante reflexionar que “los pacientes no son nódulos, sino personas”, de manera tal, que toda decisión relacionada al manejo de adecuado de la enfermedad nodular, es evaluado integralmente por el clínico endocrinólogo, que busca toda la información indispensable para acompañar las decisiones más apropiadas. La **PAAF** es la mejor herramienta para poder ayudar a tomar buenas decisiones clínicas.

GENERALIDADES.

Su médico le ha mencionado que usted tiene un nódulo (o masa, o bulto) en su glándula tiroides. También puede ocurrir que usted ha sentido o descubierto un bulto en su cuello.

Si usted es una mujer de 20 a 50 años de edad, debe conocer que los nódulos en la Tiroides son un hallazgo común.

No obstante, genera preocupación acerca de la posibilidad de tener cáncer. En realidad la mayoría de nódulos o bultos en la glándula tiroides no son malignos.

El desafío para el medico es determinar cuales son los nódulos benignos y cuáles son los malignos. La siguiente información puede ser útil pero no va a determinar si el nódulo es benigno o maligno:

- Evolución del nódulo (o por cuanto tiempo ha estado presente)
- Si es doloroso o no.
- Si es blando o duro ante la palpación.
- Resultados de los análisis de Laboratorio de su función tiroidea.
- Si respondió o no a la terapia medicamentosa de supresión.
- Hallazgos TIRADS de la Ecografía.
- Captación de yodo radioactivo.

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.

Basados en nuestra experiencia, trataremos de contestar a las preguntas que los pacientes hacen con mas frecuencia.

Si usted no encuentra respuesta a su pregunta específica, o si algo no esta claro, por favor escribanos o envíenos una nota a C. de Estudios Ecográficos Cuvertino. Paraná 533 Piso 2º “A”. (5000). Córdoba. Argentina., o bien a info@ecografiaglobal.com.ar.

Antes de la Aspiración:

¿Qué es la aspiración con aguja fina?

Es un procedimiento simple, similar al que se realiza para obtener sangre de la vena del brazo. La aguja que usamos es muy fina (más delgada que la utilizada para sacar sangre de la vena).

La aguja se conecta a una jeringa, permitiendo al médico realizar una aspiración fácilmente. Al aspirar, las células del nódulo se extraen a través de esta delgada aguja. Si el nódulo contiene líquido lo podemos vaciar. Con estas células se preparan los extendidos (frotis en finas laminas o porta objetos) de vidrio. Estas muestras luego son coloreadas y examinadas por el Médico Citopatólogo mediante el microscopio. Después de examinar todos los extendidos, el patólogo dará un diagnóstico citológico y emitirá un reporte escrito según los consensos internacionales actuales (Bethesda).

¿Realmente necesito una aspiración?

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

¿Mi nódulo que tengo es grande y voy a necesitar una operación?. ¿Aun así, realmente necesito una aspiración?

Si la necesita.

Así puede evitar que su cirujano encuentre sorpresas. En raras ocasiones, un paciente puede tener un cáncer de tiroides, pero conociendo esto con anticipación, ayudara al cirujano a planear mejor su cirugía. Otras pruebas adicionales pueden ser necesarias para excluir la posibilidad de que el paciente tenga otro tipo de tumores, antes de proceder con la tiroidectomía. En raras ocasiones, cáncer de otros órganos (mama, riñón, pulmón) puede extenderse hacia la glándula tiroides y simular un cáncer originario de ella.

¿Debo someterme a una ecografía del cuello antes de que me hagan una aspiración?

Siempre es conveniente. Esto permite asegurar los hallazgos de su médico.

También permite detectar si el nódulo es único o si existen otros. En algunas oportunidades coexisten múltiples y diferentes tipos de nódulos y la ecografía permite evaluar y seleccionar en cuál de ellos puede realizarse la PAAF.

De acuerdo al resultado de la punción Aspirativa, podrá o no programarse una cirugía.

Además, la ecografía aporta información adicional respecto a la presencia de ganglios vecinos a la tiroides, que pueden estar afectados por enfermedad tiroidea maligna. En algunas oportunidades, también puede realizarse una PAAF en alguno de estos ganglios.

¿La aspiración con aguja fina es lo mismo que Biopsia Tru-Cut con aguja?

No, no es lo mismo.

La aspiración con aguja fina es un procedimiento más simple.

¿Que es la biopsia tru-cut con aguja?

Esta biopsia con aguja "Tru-Cut" obtiene un trozo de tejido de su glándula de tiroides. No es el método habitual con el cual se busca información de los nódulos. Es necesario usar anestesia local. El trozo de tejido obtenido se procesa en el laboratorio de patología de la misma forma en que se procesan otras biopsias.

¿Me colocan anestesia local antes de la punción?

No es necesario. No usamos ni inyectamos ninguna anestesia local. Cuando a usted le sacan sangre de la vena de su brazo no le inyectan anestesia local. La aguja que usamos para la aspiración es más delgada que las usadas para sacar sangre de una vena. En algunos casos usamos un cubo de hielo para anestesiarse la piel. Así el pinchazo de la aguja le causa muy poco dolor.

¿En qué consiste la PAAF?

Antes de realizar la Punción Aspirativa con Aguja Fina limpiamos la piel con un algodón con alcohol o algún otro antiséptico. Luego secamos la piel con un trozo de gasa antes de introducir la aguja.

¿Cuánto tiempo voy a estar en el consultorio médico para la PAAF?

La punción solo requiere unos pocos segundos. Previa a la punción el médico efectúa un pequeño rastreo ecográfico para asegurar las decisiones del procedimiento.

Usted debe disponer de unos 30 minutos en nuestro consultorio ya necesitará completar información administrativa, y sobre su cobertura de salud antes de que se efectúe la aspiración. Trate de llegar unos 15 minutos antes de su turno asignado para recibir información de nuestro personal y evacuar sus eventuales dudas.

¿Debo ir en ayunas?

No, usted no necesita ayunar o dejar de comer antes de la aspiración. No hay ninguna limitación respecto a su alimentación ni antes ni después de la aspiración.

¿Puedo tomar mis medicamentos antes de la aspiración?

Usted puede tomar todos los medicamentos que le ha recetado su médico. Si usted está tomando aspirina puede consultar a su médico antes de la aspiración. En general, cuando el procedimiento se realiza con aguja fina no es necesario discontinuar sus medicamentos.

Tomo anticoagulantes. ¿Debo dejar de tomarlos?

Por favor consulte con el médico que le recetó los anticoagulantes. Él le aconsejara si usted puede dejar de tomar dichos medicamentos sin efectos dañinos para su salud. Si no es posible dejar de tomar los anticoagulantes dos días antes de la aspiración, por favor llámenos, y asegúrese de que el médico que va a efectuar el procedimiento este informado.

¿Puedo usar cuello alto, o una polera, o una chalina o bufanda?

Para efectuar la aspiración de su tiroides, usted tiene que exponer su cuello o tener su cuello totalmente descubierto.

Es más fácil efectuar la aspiración si su ropa permite exponer su cuello fácilmente.

Si usted usa un vestido o remera con cuello alto o apretado y no tiene cierre que permita abrir el cuello, va a ser necesario que se quite esa prenda o se desvista parcialmente.

Le recomendamos que use una blusa de cuello amplio y bajo o una blusa con botones, una chomba con cremallera o cualquier vestimenta que permita exponer fácilmente la parte anterior de su cuello.

Evite usar collares o joyas alrededor de su cuello.

¿El médico es experto en efectuar aspiraciones?

Usted debe preguntarle a su médico endocrinólogo a quien le recomienda.

Puede preguntarle a su médico:

- ¿A quién iría él si necesitara aspiración?
- ¿Si uno de sus parientes o miembros de su familia necesita una aspiración a quien lo mandaría?

También pregunte a sus amigos o conocidos que han tenido una aspiración si ellos estuvieron satisfechos con el médico que efectuó el procedimiento.

¿El médico patólogo tiene experiencia para interpretar los extendidos de la PAAF?

Nosotros confiamos las muestras de la aspiración a los mejores y reconocidos citopatólogos de nuestro medio.

Si usted tiene amigos o compañeros de trabajo que han sido diagnosticados con cáncer de la glándula tiroides, pregúnteles.

También puede ir a una biblioteca, revisar publicaciones de la literatura médica y obtener los nombres de patólogos que han publicado artículos científicos sobre cáncer del tiroides.

Durante la Aspiración:

¿Por cuánto tiempo va a permanecer la aguja en mi cuello?

Después de insertar la aguja, si el nódulo es sólido, la aguja se mantiene pocos segundos. Si el nódulo es quístico (de contenido líquido), puede llevar un poco mas de tiempo, el suficiente para vaciar el contenido líquido, pero igualmente necesita unos pocos segundos.

¿Puedo respirar mientras el médico efectúa la aspiración?

Si, usted puede y debe respirar mientras el médico efectúa la aspiración.

Sin embargo, usted no debe hablar mientras la aguja esta insertada en su tiroides. Si evita deglutir es mejor, a fin de evitar movimientos que limiten el procedimiento.

¿Cuántos pinchazos son necesarios para obtener una buena muestra?

Habitualmente un pinchazo es suficiente.

Cuando el médico endocrinólogo recomienda realizar PAAF de dos o más nódulos, el medico realizará una punción en cada uno de ellos, con diferentes jeringas que permitirán luego diferenciar el material por separado.

Excepcionalmente se realiza un segundo pinchazo en algún nódulo, esto depende del criterio clínico del médico que realice la aspiración.

En algunas oportunidades, si el nódulo es quístico (contiene liquido), en la primera aspiración se lo drena completamente y suele ser necesaria una segunda aspiración sobre el remanente sólido.

¿Me puede dañar alguna estructura del cuello?

El procedimiento se realiza bajo control con la ecografía. Esto asegura llegar al lugar preciso (nódulo) y permite evitar tocar o cruzar por estructura nobles como la arteria carótida o el esófago. Las cuerdas vocales están distantes de la tiroides y en general no se ven afectadas por la aspiración.

Después de la aspiración:

¿Necesitaré vendaje después de la aspiración?

Nosotros usamos aguja fina que en general no provoca sangrados que obliguen a un gran vendaje. Simplemente le dejaremos una curita o pequeño apósito que lo puede mantener durante algunos minutos.

¿Puedo manejar después de la aspiración?

Si, usted puede manejar. Una aspiración es comparable con sacar sangre de la vena del brazo. Si usted no ha tenido problemas durante dicho procedimiento, no tendrá problemas después de la aspiración.

¿Necesitaré un analgésico después de la aspiración?

Los síntomas posteriores a la punción no suelen ser diferentes a los del procedimiento mismo. Las molestias propias de la aspiración van desapareciendo lentamente con el transcurso del día. La mayoría de pacientes no necesitan analgésicos después de la aspiración. Algunos pacientes tienen muy poca tolerancia al dolor y toman un comprimido de Paracetamol. Evite tomar aspirina.

¿Tengo que hacer reposo después de la aspiración?

No es indispensable el reposo. Puede realizar actividad cotidiana normal.

Puede realizar actividad física, pero recomendamos no realizar aquellas que puedan estresar el cuello como levantar pesas, jugar a la paleta o jugar al tenis.

¿Puedo ir a trabajar después de la aspiración?

Usted puede regresar a su trabajo después de la aspiración. No hay ninguna restricción.

¿Qué se hace después de la aspiración?

Un médico de nuestro equipo le efectúa la aspiración y el material obtenido será enviado al Laboratorio de Patología. El técnico del Laboratorio colorea las muestras y el medico citopatólogo las examinará minuciosamente con el microscopio.

El citopatólogo emitirá un informe escrito para comunicar sus hallazgos y nos enviará los resultados, para que usted o cualquier persona de confianza pueda retirarlo.

Luego, usted debe llevarlo a su médico endocrinólogo (que solicitó el procedimiento). El podrá transmitirle y aclararle los hallazgos.

¿Qué es un informe citológico o citopatológico?

Este informe es un documento que describe y especifica los hallazgos citológicos en las muestras de la aspiración. En el mismo se describen las características de las células del tejido nodular. El informe que usted recibe, esta normalizado según los últimos consensos internacionales.

Su tratamiento dependerá de este informe.

¿Cuáles 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 espécimen inadecuado (1-10%)

Nosotros propiciamos la aplicación del Protocolo Bethesda, consensuado Internacionalmente para poder categorizar el riesgo real de cada nódulo. Usted podrá entonces recibir un informe con la siguiente nomenclatura.

Bethesda Categoría	Resultado	Riesgo de Malignidad
1	Material Insuficiente	sin diagnóstico
2	Benigno	< 1%
3	Indeterminado	5-10 %
4	Neoplasia Sospechosa	20-30 %
5	Sospecha de Malignidad	50-75 %
6	Maligno	100%

¿Qué es un diagnostico benigno?

Esto significa que su nódulo o masa no es canceroso. Puede deberse a una inflamación (tiroiditis), acumulación de secreción de su tiroides (nódulo coloideo), crecimiento irregular de su glándula (nódulo hiperplásico), o un nódulo mixto (bocio coloide).

¿Qué es un diagnostico maligno?

Esto significa que su nódulo es canceroso. Hay varios tipos de cáncer de la glándula tiroides. Todos son tratables y muchos se curan. El más común y más fácil de tratar con éxito, es el carcinoma papilar.

¿Qué es un diagnostico indeterminado?

Hay formas nodulares intermedias y en algunas de estas, la aspiración no tiene certeza acerca de la naturaleza de su nódulo; puede que sea benigno o maligno. Es importante asegurar que no se confunda con un diagnostico benigno. El diagnostico no concluyente significa que no se puede determinar cómo se va a comportar su nódulo. Luego de esto hay dos alternativas: se puede repetir la aspiración en un tiempo prudencial, o bien usted debe discutir con su medico la posibilidad de cirugía.

¿Qué es material insuficiente?

Para que el citopatólogo pueda emitir un diagnostico preciso, necesita que las muestras analizadas le ofrezcan suficiente material y colgajos de células (al menos 7), En algunas oportunidades la aspiración fracasó o no pudo extraer un número suficiente de colgajos celulares (< a 7 colgajos) de su nódulo para permitir que el citopatólogo emita un informe. La causa más frecuente es que la aspiración solo obtuvo sangre y esto puede ocurrir en aquellos nódulos que tienen mucha vascularidad interna.

En estos casos nosotros nos comunicamos con usted y le solicitamos que se acerque nuevamente a nuestro consultorio para realizar otra aspiración, la que se efectuará sin costos adicionales.

Esto no asegurará el diagnóstico.

¿Qué sucede después si mi resultado es benigno?

Si su informe tiene diagnóstico de benigno, su médico le dirá si usted necesita ser tratado con un medicamento tiroideo o no. Cuando la función tiroidea es normal (análisis de sangre), tal vez no necesite ningún medicamento. En otros casos, será necesaria la "terapia supresiva" con hormona tiroidea, drogas anti tiroideas, o a veces yodo radioactivo.

¿Qué sucede si mi aspiración es maligna?

Si el diagnóstico de su aspiración es maligno, usted va a necesitar cirugía. El tiempo y la extensión de la cirugía es algo que discutirá con su endocrinólogo y con su cirujano.

¿Qué sucede si es la aspiración es diagnosticada como indeterminada?

Si su aspiración tiene un diagnóstico indeterminado esto puede deberse al tipo de material de la muestra que puede ser muy celular y no alcanza a definir apropiadamente todos los signos para un diagnóstico concluyente.

En algunos casos se puede buscar una segunda opinión de otro citopatólogo experimentado utilizando las mismas muestra que originalmente se obtuvieron.

Algunas veces existe una superposición en la apariencia citológica de tumores foliculares benignos y malignos. Si este es el caso, su médico puede considerar apropiado recetarle píldoras de hormona tiroidea durante 6-8 meses y luego repetir la aspiración. Si el nódulo o lesión es grande o usted no puede tolerar la incertidumbre de no tener un diagnóstico definitivo, usted puede decidir proceder con la cirugía. Ver página 11 para mayor información.

¿Qué es un diagnóstico falso negativo?

Esto ocurre cuando el reporte citológico dice que su nódulo es benigno, pero luego se descubre que es canceroso. Se considera que esto puede ocurrir entre 1-3 % de aspiraciones cuando el nódulo es de gran tamaño. Cuando los nódulos son menores de 10 milímetros no suele ocurrir. La desventaja de un diagnóstico falso negativo es la demora en empezar el tratamiento.

¿Que es un diagnóstico falso positivo?

Esto ocurre cuando el informe citológico dice que su nódulo es maligno y usted se somete a la cirugía, pero no se encuentra el cáncer. Se ha reportado que esto puede ocurrir entre el 1% al 5% en algunas instituciones.

¿Puedo buscar una segunda opinión?

Usted siempre tiene derecho a una segunda opinión. Usted debe hacerlo si lo desea y si considera que esto le ayudará a estar más seguro/a. Si bien esto puede significar un gasto adicional, muchas veces es necesario. Le recomendamos que la interconsulta la realice con un experto para evitar desencuentros o contradicciones importantes, sino que contribuyan a solucionar su problema.

¿Porque debe repetirse una aspiración?

Cuando la primera PAAF fue insuficiente se recomienda no dejar al paciente con dudas y reiterar el procedimiento.

Pero también hay otros casos en los que es necesario repetir la aspiración:

- Un nódulo que se agranda mientras usted está tomando medicación tiroidea (que le receto su médico para disminuir el tamaño del nódulo)
- Seguimiento de una aspiración previa diagnosticada como "indeterminado"
- La aparición de un nuevo nódulo.
- Descubrimiento de un nódulo o ganglio linfático adyacente a la glándula tiroides.
- Se recomienda repetir la aspiración de nódulos benignos persistentes un año más tarde.
- Reportes de laboratorio que no aclaran el caso para el médico o quien difieren del cuadro clínico, deben ser repetidos.

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

Sí, porque ninguna técnica tiene 100% de certeza. Cuando existe enfermedad multinodular, si su nódulo es grande y hay un pequeño microfoco de cáncer (en el nódulo o adyacente al nódulo), el cáncer puede no ser detectado. Cuando la enfermedad es uninodular, de pequeño volumen (<10 mm), y ha tenido un buen rastreo ecográfico, es poco probable que pase por alto.

¿Cuáles son los beneficios de que me hagan una aspiración?

Si el nódulo es benigno, se puede evitar la cirugía. Si el nódulo es maligno, la cirugía se puede planear rápidamente.

¿Cuáles son los riesgos o complicaciones, de la aspiración?

Nosotros hemos realizado miles de punciones y no hemos tenido complicaciones mayores.

Una posible e inmediata es el sangrado local, que se puede expresar con un moretón o hinchazón en el cuello con dolor de intensidad variable. Generalmente esto desaparece en una o dos semanas. Es sumamente raro de que este evento requiera tratamiento médico.

Cuando el procedimiento se realiza bajo control ecográfico e poco probable la lesión de vasos u otras estructuras que puedan sangrar.

Algunos pacientes jóvenes pueden tener una reacción vaso-vagal (desmayo). De ocurrir, es más frecuente en varones.

¿Cuáles son las complicaciones tardías de la aspiración?

Entre las complicaciones no-inmediatas se ha reportado infección local.

La infección (tiroiditis supurativa) se ha reportado raramente. En estos casos puede sentirse mucho dolor e hinchazón del cuello acompañado de fiebre y dificultad para tragar. Esto requiere tratamiento con antibióticos recetados por su médico.

¿Puede haber diseminación (o escape) de las células cancerosas como resultado de la aspiración?

Los cirujanos y pacientes frecuentemente expresan su preocupación respecto al “sembrado de células malignas a lo largo del trayecto de la aguja”. La aspiración como método diagnóstico ha sido utilizada en el Centro Médico “Memorial Sloan Kettering” en la ciudad de Nueva York por más de 80 años y en el Hospital Karolinska en Estocolmo por más de 50 Años; estas instituciones todavía no han reportado un caso de tal diseminación.

¿Cuánto me va a doler el cuello después de la aspiración?

La intensidad del dolor durante y después de la aspiración es comparable con el dolor que se siente cuando le sacan sangre de la vena del brazo. Generalmente la aspiración duele menos porque la aguja es más delgada. Muy pocos pacientes necesitan tomar Paracetamol o su equivalente después de la aspiración. Evite tomar aspirina.

¿Qué debo hacer si el resultado de la aspiración no es definitivo?

Usted debe discutir esta interpretación con su endocrinólogo. Si el médico que ordeno a aspiración es un clínico o médico de familia, le sugerimos que consulte a un especialista endocrinólogo. Si el informe de la aspiración no es definitivo porque el nódulo es celular pero no hay sospecha de cáncer, entonces puede repetirse la aspiración. En algunos casos su médico le hará repetir la aspiración después de haber recibido terapia con hormona tiroidea por 6-8 meses. Recuerde que también puede solicitar las muestras para que sean revisadas por otro patólogo, que tenga entrenamiento especializado en enfermedades tiroideas. Dicho patólogo puede dar un diagnóstico más definitivo. En algunos casos de lesiones Bethesda 3 o 4 puede estar indicado proceder con la extirpación quirúrgica.

¿Cuál es el grado de certeza diagnóstica de la aspiración?

La certeza del diagnóstico depende de la obtención de un buen material con técnica adecuada. En los nódulos de pequeño tamaño la certeza es mayor respecto a los grandes nódulos.

No obstante, las cifras que se mencionan en la literatura médica varían considerablemente y pueden ser difíciles de interpretar.

¿Cuánto demora en obtener resultados?

Generalmente el patólogo comunicara los resultados por escrito en 10 días hábiles. Usted debe llevárselos a su médico endocrinólogo para compartir reflexiones y una adecuada interpretación de los mismos.

Si su médico lo ha enviado con nosotros para que efectuemos la aspiración, le habrá aconsejado que una vez que usted sepa la fecha en que va a ser aspirado haga una cita con él más tarde para ser informado de los resultados. Esto es muy razonable.

¿Quién puede solicitar una segunda opinión?

Esto varía dependiendo de quien la requiere. Puede ser el patólogo, el endocrinólogo, el cirujano o el paciente.

A veces el médico patólogo no está completamente seguro de la interpretación, o puede "sospechar cáncer" pero no posee toda la certeza de enviar un diagnóstico definitivo.

Otras veces el endocrinólogo o el cirujano recibe un informe patológico que no corresponde a sus hallazgos clínicos.

Cualquier razón ante la cual usted no se siente cómodo con el diagnóstico (especialmente si significa cirugía), puede orientarse a una segunda opinión de un experto.

Usted debe saber que los médicos no somos infalibles y que no somos Dios. Ningún procedimiento o resultado va a ser correcto el 100% de las veces.

Usted puede obtener una segunda opinión para su mayor tranquilidad.

Misceláneas.

¿Quién puede efectuar aspiraciones?

Cualquier médico entrenado en el procedimiento, con adecuada técnica y guía ecográfica.

Hace algunos años estos procedimientos se realizaban a ciegas por parte de endocrinólogos, cirujanos o patólogos.

El control ecográfico evita errores y minimiza los riesgos de la PAAF.

La ventaja de visualizar las imágenes es importantísima para aquellas lesiones que no son palpables o que están en el plano profundo de la glándula. En nuestros años de práctica hemos adquirido una buena experiencia que nos asegura el éxito de la aspiración.

¿Cómo se sabe si el cáncer ha invadido los ganglios linfáticos?

En algunos pacientes con carcinoma, los ganglios están enfermos con metástasis. A veces son grandes y pueden palparse. Por lo general recurrimos a la ecografía como el método de primera línea para detectar pequeñas metástasis que pueden pasar desapercibidas a la palpación del médico.

Cuando fuese necesario también puede realizarse la aspiración con guía de la ecografía, cuando algún ganglio es sospechoso.

En estos casos, nosotros también realizamos valoraciones bioquímicas que permiten aumentar la certeza de la aspiración y la citología, tal como la determinación de tiroglobulina de la punta de la aguja.

¿Quién obtiene destreza en efectuar aspiraciones?

El médico ecografista debe estar verdaderamente interesado en aprender a dominar la técnica y debe efectuarla con suficiente frecuencia para volverse experto. Como en otros procedimientos, la práctica aproxima a la perfección técnica.

En nuestro equipo, no solo exigimos destreza técnica, sino también un trato humanitario que permita al paciente sentirse cómodo y seguro.

Nosotros tenemos un porcentaje muy bajo de especímenes Bethesda 1 (0,3%), lo que indica que nuestra técnica tiene bastante certeza. No obstante ello, cuando el resultado es insuficiente, nosotros reiteramos el procedimiento, privilegiando siempre el bien del paciente respecto a la necesidad de conocer adecuadamente su enfermedad.

¿Porque algunos pacientes son diagnosticados incorrectamente?

A pesar del esfuerzo de los médicos, no somos infalibles. Los errores pueden ser el resultado de problemas muestras no satisfactorias (debido a mala técnica de aspiración), o errores de interpretación. El examen de los extendidos es tedioso y lleva mucho tiempo.

A veces el patólogo no ve o no descubre las células malignas, o dichas células no son muy numerosas. En otros casos, existe una superposición de patrones citológicos (nódulo adenomatoide celular, neoplasia folicular, y variedad folicular del carcinoma papilar).

Estoy preocupada por la posibilidad de tener cáncer. ¿Qué debo hacer?

Recuerde que la mayoría de los nódulos son benignos. Si el nódulo es maligno, la posibilidad de una cura total es excelente si se diagnostica a tiempo. Hable de esto con su endocrinólogo.