**TL 9  
NÓDULOS TIROIDEOS INDETERMINADOS (BETHESDA III Y IV). APORTE DE LA ECOGRAFÍA EN SU MANEJO TERAPÉUTICO** Eleonora Horvath2, Marisol García Mora3, Camila de la Barra Escobar2, Guillermo Silva Aguilera2, Jeannie Slater Morales1, Skocnic Binder Velimir2, Hernán Tala Jury3, Sergio Majlis Drinberg3

1Servicio de Anatomía Patológica; Clínica Alemana, 2Servicio de Imagenología; Clínica Alemana, 3Servicio de Endocrinología; Clínica Alemana

**Objetiv**o**s:** Actualmente, frente a un nódulo tiroideo puncionado con resultado Bethesda III o IV se propone re-punción, seguimiento o tiroidectomía. El objetivo de este trabajo fue evaluar el rol de la ecografía (US) en predecir la naturaleza benigna o maligna de estas lesiones, con el fin de orientar la toma de decisiones.

**Diseño experimental:**

Estudio retrospectivo, descriptivo.

**Material y Métodos:**

Revisión autorizada por el Comité Ética de la Institución de las punciones tiroideas (PAAF) realizadas con técnica de coágulo entre 2010-2015. Se seleccionaron los nódulos que fueron clasificados en anatomía patológica (AP) como categoría Bethesda III (Atipia de significado incierto = ASI; Lesión folicular de significado indeterminado = LFSI) ó IV (Neoplasia folicular= NF y sospecha de neoplasia = SNF). Se incluyeron para análisis aquellos pacientes que fueron operados en nuestro centro. Los nódulos se consideraban de bajo riesgo con score TIRADS 2, 3 y 4A y de riesgo intermedio-alto con TIRADS 4, 4B y 5. Se correlacionó el riesgo ecográfico con la presencia de malignidad en la AP definitiva (tiroidectomía).

**Resultados:**

En el periodo de estudio años se han realizado 3.738 PAAF, de ellas 269 (7,2%) fueron Bethesda III (47 ASI y 222 LFSI) y 46 (1,2%) Bethesda IV. Se operaron 90 pacientes (65 LSFI, 11 ASI y 14 NF/SNF), tamaño promedio: 17 mm (rango 4-60 mm). Tasa de malignidad en los pacientes operados fue: 6/65=9,2% en las LFSI, 10/11=90,9% en las ASI y 6/14 =42,8% en las NF/SNF.

En los nódulos de sospecha ecográfica intermedia/alta la malignidad fue de 12,2% (6/49) en las LFSI, 100% (10/10) en las ASI y 50% (6/12) en las NF/SNF. Mientras, en los nódulos de baja sospecha ecográfica no se encontró malignidad en ningún subgrupo histológico.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Benigno (%) | Maligno (%) |
| LFSI n=65 | 59/65 (90,7%) | 6/65 (9,2%) |
| LFSI + US de bajo riesgo (n=16) | 16/16 (100%) | 0/16 |
| LFSI + US de riesgo int/alto (n=49) | 43/49 (87,7%) | 6/49 (12,2%) |
| ASI n=11 | 1/11 (9%) | 10/11 (90,9%) |
| ASI + US de bajo riesgo (n=1) | 1/1 (100%) | 0/1 (0%) |
| ASI + US de riesgo int/alto (n=10) | 0/10 (0%) | 10/10 (100%) |
| FN/SFN n=14 | 8/14 (57,1%) | 6/14 (42,8%) |
| FN/SNF + US de bajo riesgo (n=2) | 2/2 (100%) | 0/2 (0%) |
| FN/SNF + US de riesgo int/alto (n=12) | 6/12 (50%) | 6/12 (50%) |

**Conclusiones:**

La presencia de malignidad resultó ser muy baja para nódulos con bajo riesgo ecográfico. Dado el bajo número de pacientes en los grupos NF/SNF y ASI, esta información es principalmente válida en los pacientes con LFSI. También es destacable la alta presencia de malignidad de las ASI en nuestro grupo que ha sido reportado en otras series. Esta información podría ayudar a la toma de decisiones de los nódulos Bethesda III y IV (observación versus tratamiento quirúrgico).