

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUIA DE MANEJO: ACAF PARA EL ESTUDIO DE NODULO TIROIDEO	CÓDIGO: HP-ENDO-GM-01
 	DEPENDENCIA: UNIDAD MEDICO HOSPITALARIA	FECHA DE EMISIÓN: 01-08-2011
	PROCESO: HOSPITALIZACION	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 5

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Orientar sobre las indicaciones y el procedimiento para la realización de la biopsia por aspiración con aguja fina de tiroides en pacientes con nódulo tiroideo.

2. METODOLOGIA

Revisión de literatura medica disponible respecto al tema en Internet y revistas medicas impresas

Fuentes bibliograficas, base de datos primarios y secundarias consultadas

Bases de datos: MEDLINE Y EMBASE por términos MeSH (Medical Subject Headings). Desde los años 1995 al 2010.

Palabras claves: Biopsia tiroides, BACAF, ACAF tiroides.

3. ALCANCE

El cuerpo de la guía contiene la definición del síndrome, los criterios diagnósticos, las causas, cuadro clínico y las intervenciones propuestas para el manejo

4. POBLACION OBJETO

Beneficiarios de las FFMM, personas en edad adulta en quienes se tienen nódulo tiroideo con indicación de Biopsia por aspiración con aguja fina.(BACAF)

5. RECOMENDACIONES

DEFINICION

La biopsia por aspiración con aguja fina de tiroides (**BACAF**) es empleada para obtener un diagnóstico anatómico bajo ciertas situaciones clínicas. Aunque el BACAF puede ser empleado para el diagnóstico de una variedad de desórdenes, generalmente es usado para diferenciar malignidad o benignidad en nódulos tiroideos.

Inicialmente la biopsia abierta con anestesia local o general, fue empleada para el diagnóstico de lesiones tiroideas; posteriormente, procedimientos en el consultorio como la biopsia con aguja Tru – Cut o aguja de Van Silverman, fueron utilizados para obtener una o más muestras para diagnóstico.

GUIA DE MANEJO	ACAF PARA EL ESTUDIO DE NODULO TIROIDEO	CODIGO	HP-ENDO-GM-01	VERSION	01
		Página:	2 de 5		

5. RECOMENDACIONES

El BACAF es una técnica simple, segura y económica que en la mayoría de los pacientes no requiere anestesia local y que puede realizarse en el consultorio.

En manos no expertas estos procedimientos llevan a complicaciones como hemorragia, punción traqueal, parálisis laríngea y lesión transitoria del nervio laríngeo recurrente; la cantidad de la muestra puede ser en ocasiones insuficiente para el diagnóstico.

II. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El BACAF de tiroides es la prueba de mayor utilidad para el diagnóstico de enfermedades neoplásicas de tiroides incluyendo: carcinoma papilar, folicular, medular, anaplasico, linfoma maligno y carcinoma metastásico. Es de utilidad también para el diagnóstico de bocio, lesiones quísticas, procesos inflamatorios como tiroiditis aguda supurativa, tiroiditis subaguda y tiroiditis linfocítica; nódulos adenomatosos, bocio tóxico, lesiones de paratiroides y lipomas de cuello anterior.

III. INTERVENCIONES

A. IMPLEMENTOS:

1. Jeringa de plástico de 10 o 20 cc con aguja desprendible.
2. Jeringa de insulina con aguja desprendible (aguja número 25).
3. Pistola para BACAF tipo Cameco (opcional)
4. Laminas portaobjetos.
5. Material para fijación (ejm. Alcohol absoluto).
6. Frasco de vidrio o plástico con etiqueta para los datos de identificación.
7. Alcohol yodado o algodones empapados en alcohol.
8. Gasas y guantes estériles.
9. Clips de escritorio para separación de las láminas.

GUIA DE MANEJO	ACAF PARA EL ESTUDIO DE NODULO TIROIDEO	CODIGO	HP-ENDO-GM-01	VERSION	01
		Página:	3 de 5		

5. RECOMENDACIONES

B. PROCEDIMIENTO:

El paciente debe ser colocado en una camilla en posición supina con el cuello extendido. Posteriormente se debe localizar por palpación la lesión a biopsiar y limpiar la zona con alcohol yodado o solución antiséptica. Antes de realizar la punción se advierte al paciente que evite pasar saliva, hablar o mover el cuello para evitar punciones inadecuadas. Se toma la jeringa de 10 cc (o 20 cc) se retira la guja y se reemplaza por la aguja de insulina (número 25). Con la mano no dominante se localiza la lesión y se mantiene fija mientras que con la mano contralateral se sostiene la jeringa y se introduce a través de la piel (no es necesario utilizar anestesia local). Una vez que la lesión es alcanzada se realiza una succión suave hasta que se observe liquido en el interior de la jeringa de preferencia tomando muestra en los cuatro cuadrantes moviendo la aguja a través de la lesión. Si se observa salida de sangre a través de la aguja la succión debe ser interrumpida inmediatamente y el procedimiento finalizado. Si no se obtiene sangre la succión debe ser incrementada hasta extraer la mayor cantidad de material posible. La succión debe ser siempre liberada antes de retirar la jeringa del cuello. Una vez retirada la jeringa debe aplicarse presión con una gasa en el sitio de punción para evitar la formación de hematomas. Algunos recomiendan la realización de al menos dos aspiraciones por lesión para evitar movimientos de la aguja en los cuatro cuadrantes y disminuir el riesgo de hematomas y muestras de mala calidad, aunque existe mucha controversia al respecto. Luego de tomar la muestra la aguja debe ser desempatada de la jeringa y esta ultima llenada con aire; la aguja es ajustada nuevamente y presionando el embolo se deposita el material en las láminas portaobjetos (una gota en cada lámina). La muestra debe ser distribuida uniformemente a través de toda la lámina. El material debe ser posteriormente fijado, embalado y enviado a patología.

IV. CONSIDERACIONES ESPECIALES.

La biopsia por aspiración con aguja fina tiene limitaciones. En algunas ocasiones la cantidad de tejido puede ser limitada o no representativa de la totalidad de la lesión. El BACAF no es capaz de diferenciar en algunos casos entre adenoma folicular y carcinoma folicular, donde el compromiso capsular y vascular es fundamental para el diagnóstico.

GUIA DE MANEJO	ACAF PARA EL ESTUDIO DE NODULO TIROIDEO	CODIGO	HP-ENDO-GM-01	VERSION	01
		Página:	4 de 5		

6. ALGORITMO

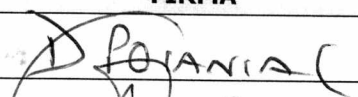
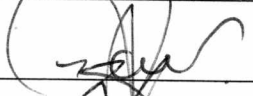
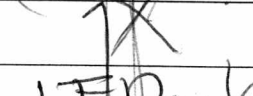
El Sistema Bethesda para reporte citopatológico tiroideo: Riesgo de malignidad y recomendación del manejo clínico.

<i>Categoría</i>	<i>Diagnostico</i>	<i>Riesgo de malignidad (%)</i>	<i>Manejo usual</i>
<i>I</i>	<i>Diagnostico negativo o insatisfactorio</i>		<i>Repetir ACAF con guía ecográfica</i>
<i>II</i>	<i>Benigno</i>	<i>0 a 3</i>	<i>Clinical follow up</i>
<i>III</i>	<i>Atipico de significacncia indertimada o lesion folicular de significancia indeterminada</i>	<i>5 a 15</i>	<i>Repetir ACAF</i>
<i>IV</i>	<i>Neoplasma folicular o sospechoso</i>	<i>15 a 30</i>	<i>Lobectomia quirurgica</i>
<i>V</i>	<i>Sospechoso para malignidad</i>	<i>60 a 75</i>	<i>Tiroidectomia cercana a lo total o lobectomia</i>
<i>VI</i>	<i>Maligno</i>	<i>97 a 99</i>	<i>Tiroidectomia cercana a lo total</i>

GUIA DE MANEJO	ACAF PARA EL ESTUDIO DE NODULO TIROIDEO	CODIGO	HP-ENDO-GM-01	VERSION	01
		Página:	5 de 5		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS
BIBLIOGRAFIA Moore, Tabb; Eastman, Richard. Diagnostic Endocrinology. Second Edition, 1996: 211-228. Wilson; Foster. Williams Textbook of Endocrinology. 1998: 424-425. Williams endocrinology textbook 2008. Guías Asociación Americana de Tiroides 2010.

APROBACION				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Dra. Diana Polania	Medico Endocrinólogo	Febrero 2010	
REVISÓ	Dr. Carlos García Linares	Coordinador Área de Endocrinología	Agosto de 2011	
APROBÓ	Dr. Eliana Patricia Ramírez Cano	Jefe Unidad Medico Hospitalaria	Agosto de 2011	
PLANEACION -CALIDAD	Luisa Fernanda Pombo Ospina	Jefe Área de Calidad	Agosto de 2011	