

CARCINOMA DE CÉLULAS DE HURTHLE:

CONSIDERACIONES BÁSICAS Y EXPERIENCIA DURANTE 16 AÑOS

ALEJANDRO AURE B. YANUACELIS CRUZ C.

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL Y ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL MILITAR DE CARACAS DR. CARLOS ARVELO, CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVOS: En el presente trabajo se revisa las características epidemiológicas, clínicas y biológicas de los carcinomas de células de Hurthle, tratados en el Hospital Militar de Caracas. **MÉTODOS:** Se revisaron las historias clínicas y los archivos de Anatomía Patológica de los pacientes tratados con cáncer de tiroides en el Hospital Militar de Caracas desde 1983 hasta 1999. Se analizaron los pacientes con carcinoma de células de Hurthle. Se determinaron variables epidemiológicas tales como la edad y el sexo; se determinó la presentación clínica y las variables biológicas del tumor. Se analizó el tratamiento y su posible influencia sobre la sobrevida global y libre de enfermedad. **RESULTADOS:** Un total de 4 pacientes presentaron carcinoma de células de Hurthle del tiroides. Todas las pacientes fueron del sexo femenino. El tamaño tumoral osciló entre 0,5 cm y 9 cm, no se evidenció metástasis ganglionar ni a distancia para el momento del diagnóstico. Un solo caso fue multifocal. A dos pacientes se les realizó tiroidectomía total, a una tiroidectomía subtotal y, a la otra, lobectomía más itsmectomía. Todos los tumores presentaron invasión capsular. **CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos en este trabajo son comparables con los de la literatura internacional. Somos partidarios que en los tumores de las células de Hurthle deben ser tratados con tiroidectomía total.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, glándula tiroides, carcinoma de células de Hurthle, tratamiento, cirugía.

Recibido: 26/07/2004 Revisado: 18/09/2004

Aceptado para Publicación: 19/11/2005

Correspondencia: Dr. Alejandro Aure
Departamento de Cirugía General,
Hospital Militar de Caracas Dr. Carlos Arvelo,
Caracas, Venezuela. E-mail: asab@cantv.net
Tel: (212) 991.7214

SUMMARY

OBJECTIVES: This work has by object to investigate the epidemic, clinical and biological characteristics of the carcinoma of Hurthle cells, treated in the Military Hospital of Caracas. **METHODS:** the clinical histories and the Pathological Anatomy files of the patients with cancer of thyroid in the Military Hospital of Caracas from 1983 to 1999 were revised. Variables like as the age and the sex were determined in patients with carcinoma of cells of Hurthle. By the way, biological variables of this tumor were analyzed. Possible influence of the treatment about global and free illness life was determinate. **RESULTS:** Four patients presented carcinoma of Hurthle cells. All the patients were women. The tumoral size oscillates between 0.5 cm and 9 cm. Not had evidence of lymph node metastases neither at distance for the moment of the diagnostic. One case was multifocal. Two patients carried out total thyroidectomy, one almost total thyroidectomy and the other lobectomy and itsmectomy. All tumors presented capsular invasion. **CONCLUSION:** The results obtained in this work are comparable with those of the international literature. We are in favor that in the tumors of Hurthle cells should be treated with total thyroidectomy.

KEY WORDS: Cancer, thyroid gland, carcinoma of Hurthle cells, treatment, surgery.

INTRODUCCIÓN

E

l carcinoma de células de Hurthle del tiroides representa entre el 3 % y el 4 % de los cánceres del tiroides, y el 25 % de los carcino-

mas foliculares⁽¹⁾. Hay autores que lo consideran junto al carcinoma insular y al carcinoma medular como tumores de grado intermedio⁽²⁾. En un principio todas estas lesiones fueron consideradas como malignas y de allí la decisión de tratarlas en forma agresiva; sin embargo, con el correr del tiempo varios trabajos demostraron que entre el 20 % y el 33 % tenían un comportamiento maligno evidenciado por su crecimiento invasivo y su capacidad de metastizar^(1,2).

En 1984, Hurthle hace la primera descripción de la enfermedad, creyendo que estos tumores se derivaban de las células C o parafoliculares. Luego Askanazy⁽⁴⁾ en 1898, realiza la descripción de las células oxifílicas, y no fue sino en 1919 cuando Ewing observó que el origen del tumor era de las células foliculares y no de las células C; llamando al tumor con el nombre de quien por primera vez lo describió. El tumor de las células de Hurthle es también llamado tumor oxifílico, oncocitoma, mitocondrioma o tumor de las células de Askanazy⁽³⁾.

El carcinoma de las células de Hurthle es una enfermedad con un pico de incidencia entre la 5ª y la 7ª década de la vida. Las mujeres son más afectadas que los hombres en una proporción de 3:1, lo cual, es similar a los cánceres foliculares del tiroides.

Se presenta como un nódulo sólido o una masa dominante en el tiroides. Este tumor puede encontrarse conviviendo con una tiroiditis de Hashimoto reactiva, en la enfermedad de Graves o con bocios multinodulares. Las metástasis ganglionares o a distancia y las parálisis de las cuerdas vocales son inusuales en el momento en que se diagnostica la enfermedad, pero si puede ser la manifestación de la recurrencia tumoral o en procesos avanzados^(1,5).

Las células de Hurthle son grandes células poligonales caracterizadas por citoplasma acidofilo, finamente granular, el cual, contiene numerosas mitocondrias. El núcleo es grande,

con frecuencia bizarro e hipercromático⁽⁶⁾.

En el presente trabajo se pretende analizar los carcinomas de células de Hurthle malignos ocurridos en el Hospital Militar de Caracas Dr. Carlos Arvelo entre los años 1983 y 1999.

MÉTODOS

Se estudiaron todos aquellos pacientes con cáncer de tiroides tratados por el Departamento de Cirugía General del Hospital Militar de Caracas Dr. Carlos Arvelo entre los años 1983 y 1999, seleccionando de este universo a los que presentaron carcinoma de células de Hurthle.

A través de las historias clínicas y los archivos del Departamento de Anatomía Patológica, se evaluaron variables epidemiológicas tales como la edad y el sexo. Se determinaron características biológicas del tumor como su tamaño; la invasión capsular, vascular y linfática; la multifocalidad de la lesión en la glándula tiroides y la presencia de metástasis a distancia.

Se revisaron los tratamientos implementados referentes a la cirugía empleada, como al uso de otras modalidades terapéuticas como la hormonoterapia y el uso de yodo radioactivo. Se determinaron la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global.

Debido a lo pequeño de la muestra, se utilizaron para su análisis estadístico, valores absolutos.

RESULTADOS

Un total de 88 pacientes con cáncer del tiroides fueron tratados por el Departamento de Cirugía General del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo entre los años 1983 y 1999. El más frecuente de ellos fue el carcinoma papilar de tiroides con un total de 53 pacientes lo que representó el 60,2 %. Solamente 4 carcinomas

de células de Hurthle fueron reportados constituyendo el 4,5 % de la muestra y el 26,6 % de los carcinomas foliculares. No se identificaron tumores anaplásicos. El resto de la distribución histológica puede apreciarse en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Cáncer de tiroides en el Hospital Militar de Caracas (1983-1999)

| Histología | Nº | % |
|-------------------|----|------|
| Papilar | 53 | 60,2 |
| Folicular | 11 | 12,5 |
| Papilar-Folicular | 15 | 17 |
| Medular | 5 | 5,7 |
| Hurthle | 4 | 4,5 |
| Total | 88 | 99,6 |

Del total de la muestra, se seleccionaron sólo a aquellas pacientes que presentaron carcinoma de células de Hurthle. La edad promedio fue de 57 años (19-79 años). Todas las pacientes correspondieron al sexo femenino.

A todas las pacientes se les practicó ecosonograma tiroideo y, sólo a dos pacientes, gammagrama tiroideo. La punción-aspiración con aguja fina fue sospechosa para tumor de células de Hurthle en 2 pacientes (Figura 1).

Para el momento del diagnóstico, las cuatro pacientes presentaron nódulos tiroideos, los cuales, oscilaron entre 0,5 cm y 9 cm. Ninguna presentó adenopatías palpables cervicales ni patologías tiroideas benignas concomitantes.

A dos pacientes se les practicó tiroidectomía total, a una tiroidectomía subtotal y a la otra lobectomía derecha más istmectomía. Una sola paciente presentó multifocalidad, y todas, invasión capsular. En ninguno de los casos ocurrió invasión vascular. Todas las pacientes

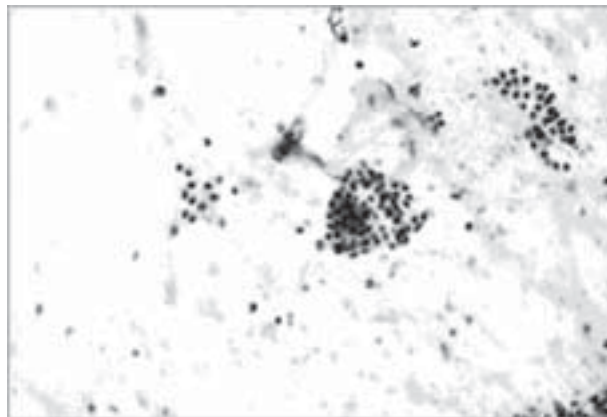


Figura 1. Resultados de la citología por punción-aspiración con aguja fina en un carcinoma de células de Hurthle.

recibieron hormonoterapia. Sólo una paciente presentó recurrencia de la enfermedad a nivel hepático, a los 13 meses de haber culminado el tratamiento.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células de Hurthle del tiroides constituye una neoplasia poco frecuente dentro de la patología maligna del tiroides, representando en este trabajo el 4,5 % del total de los cánceres de este órgano, lo que concuerda con la literatura internacional revisada, la cual lo ubica entre el 3 % y el 4 %.

En el trabajo realizado por López y col.⁽⁷⁾, encontraron que, en un lapso de 12 años, la mayoría pacientes con carcinoma de las células de Hurthle resultaron del sexo femenino, lo que coincide con nuestra casuística en que todas las pacientes fueron del sexo femenino. Gosain y col.⁽⁸⁾, encontraron que en 400 pacientes diagnosticados en el lapso de 75 años la relación mujer hombre fue de 3 a 1.

La edad en que se presenta esta patología es entre la 5ª y 7ª década de la vida⁽¹⁾. En nuestro

caso, tres de las cuatro pacientes estuvieron situadas entre esas décadas.

Nuestras cuatro pacientes presentaron tumores sólidos cuyos tamaños oscilaron entre 0,5 cm y 9 cm, no presentando metástasis ganglionares ni a distancia para el momento del diagnóstico. Los trabajos revisados describen a estos tumores como únicos, cuyo tamaño varía entre 4 cm y 5 cm para el momento del diagnóstico sin presencia de metástasis ganglionares, a distancia o parálisis de las cuerdas vocales⁽⁹⁾. Una sola de nuestras pacientes presentó multifocalidad luego del reporte de la anatomía patológica.

El debate sobre cuanta tiroides debe ser resecado permanece vigente; Gosain y col.⁽⁸⁾, considera que aquellos tumores del tiroides bien diferenciados con diámetro mayor de 1 cm, se les debe realizar tiroidectomía total debido a la multifocalidad de la lesión, a la facilidad de seguimiento de la misma por estudios gammagráficos y ecográficos, a la posible ablación con yodo radioactivo, lo cual, en ausencia de tiroides se concentraría en el tejido recurrente y a su factibilidad de seguimiento con tiroglobulina, lo cual, es un marcador sensible para la enfermedad residual o recurrente. En el caso de los carcinomas de células de

Hurthle, este mismo autor considera que al no captar yodo radioactivo, ser sensible al seguimiento con tiroglobulina y presentar una multifocalidad de un 15 %, la tiroidectomía total sería el único tratamiento disponible, independientemente de su tamaño. En este trabajo a dos de las pacientes se les practicó tiroidectomía total, a una subtotal y a la otra lobectomía derecha más istmectomía siendo esta la única que presentó recidiva de la enfermedad. Sin embargo, hay que destacar que el tamaño tumoral de esta paciente fue de 9 cm con una edad mayor de 65 años lo que la hace una paciente de alto riesgo para presentar recidiva. Tollefson y col.⁽¹⁰⁾, estudiaron 35 casos de carcinomas de células de Hurthle, encontrando en un solo caso una recurrencia local y cinco a distancia. Considera que este carcinoma es una entidad patológica distinta y que se debiera de manejar como los carcinomas foliculares del tiroides. Horn⁽¹¹⁾ analizó 34 casos encontrando un comportamiento clínico muy variado y considera que un tumor compuesto por exclusivamente células de Hurthle no existe y que estas células pueden cohabitar con cualquier otras células neoplásicas diferenciadas del tiroides, y es por ello que considera que no hay que darle un trato distinto, si no el mismo que se le da con las células con las cuales cohabitan.

REFERENCIAS

1. Fraker D, Skarulis M, Li Volsi L. Cancer of the endocrine system: Thyroid tumors. En: De Vita V, editor. Cancer: Principles and practice of oncology. 6ª edición. Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
2. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 1988;104(6):947-950.
3. McHenry CR, Sandoval BA. Management of follicular and Hurthle cell neoplasms of the thyroid gland. *Surg Oncol Clin N Am*. 1998;7(4):893-910.
4. Askanazy M. Pathologisch anatomische Beiträge zur Kenntnis des Morbus Basedowii, insbesondere über die dabei auftretende Muskelerkrankung. *Deutsches Arch für Klinische Medizin*; 1898;61:116-120.

5. Cannizzaro M, Fiorenza G, Garofalo L, De Maria A, Cavallaro N, Pulvirenti A, et al. [Hurthle-cell thyroid neoplasms: A clinical enigma] *Ann Ital Chir.* 1999;70(4):503-508.
6. Dahl LD, Myssiorek D, Heller KS. Hurthle cell neoplasms of the thyroid. *Laryngoscope.* 2002; 112(12):2178-2180.
7. Lopez-Penabad L, Chiu AC, Hoff AO, Schultz P, Gaztambide S, Ordonez NG, et al. Prognostic factors in patients with Hurthle cell neoplasms of the thyroid. *Cancer.* 2003, 97(5):1186-1194.
8. Gosain AK, Clark OH. Hurthle cells neoplasms. Malignant potential. *Arch Surg.* 1984;119(5):515-522.
9. McHenry CR, Thomas SR, Slusarczyk SJ, Khiyami A. Follicular or Hurthle cell neoplasm of the thyroid: Can clinical factors be used to predict carcinoma and determine extent of thyroidectomy? *Surgery.* 1999;126(4):798-802.
10. Tollefson H., Shah J, Huves A. Hurthle cells carcinoma of the thyroid. *Am J Surg.* 1995;130:390-396.
11. Horn RC Jr. Hurthle-cells tumor of the thyroid. *Cancer.* 1954;7(2):234-239.