

¿NEOPLASIA DE CÉLULAS DE HÜRTLE O DE CÉLULAS ONCOCÍTICAS? DENOMINACIÓN ACTUAL Y SU MANEJO. REPORTE DE CASO

JOHNNY ALEXANDER PADRÓN SANABRIA¹ 

YHORDAN ENRIQUE GARCÍA SÁNCHEZ¹ 

NADRA ABDEL KARIM QUINTERO² 

MANUEL JOSÉ ORTIZ ARIAS² 

DANIEL ABRAHAM CAMBRIDGE GARCÍA² 

HÜRTLE CELL OR ONCOCYTIC CELL NEOPLASM? CURRENT DENOMINATION AND ITS MANAGEMENT. CASE REPORT

RESUMEN

Introducción: Las células de Hürtle fueron descritas por Max Askanazy en 1898, aunque su denominación inapropiada ha permanecido en el léxico. Pueden observarse en una amplia variedad de lesiones tiroideas, desde afecciones no neoplásicas hasta francamente malignas.

Caso clínico: Femenina de 62 años de edad, asmática e hipertensa controlada, alérgica al yodo y a la penicilina, quien inicia enfermedad actual 1 año previo al presentar aumento de volumen en región anterior del cuello. Ecografía tiroidea reportó glándula aumentada de tamaño, con nódulo tiroideo derecho, complejo de 4 cm; y nódulo tiroideo izquierdo, complejo de 2 cm, TI-RADS 4C. Tomografía computarizada reportó lesión ocupante de espacio del lóbulo tiroideo derecho de 6 cm y nódulos tiroideos izquierdos de 3 y 2 cm. Pruebas tiroideas sin alteraciones. Se realizó tiroidectomía total. Diagnóstico histopatológico: adenoma de células de Hürtle. **Conclusión:** En la actualidad, el término correcto es neoplasia de células oncocíticas, bien sea para el adenoma o para el carcinoma. Este tipo de tumores se presenta con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad y con un tamaño considerable al momento del diagnóstico. Es necesario establecer un protocolo de acción ante el diagnóstico presuntivo mediante punción por aspiración por aguja fina, debido a la dificultad para diferenciar entre patología benigna y maligna, con la finalidad de garantizar una conducta terapéutica adecuada.

Palabras clave: Tiroides, neoplasia, adenoma, carcinoma, células de Hürtle, células oncocíticas

ABSTRACT

Introduction: Hürtle cells were described by Max Askanazy in 1898, although their inappropriate name has remained in the lexicon. They can be seen in a wide variety of thyroid lesions, from non-neoplastic to frankly malignant conditions. **Clinical case:** A 62-year-old female, asthmatic and controlled hypertensive, allergic to iodine and penicillin, who started the current disease 1 year before presenting volume increase in the anterior region of the neck. Thyroid ultrasound reported an enlarged gland, with a 4-cm complex right thyroid nodule; and left thyroid nodule, 2 cm complex, TI-RADS 4C. Computed tomography reported a 6 cm space-occupying lesion of the right thyroid lobe and 3 and 2 cm left thyroid nodules. Thyroid tests without alterations. Total thyroidectomy was performed. Histopathological diagnosis: Hürtle cell adenoma. **Conclusion:** Currently, the correct term is oncocytic cell neoplasm, either for adenoma or for carcinoma. This type of tumors occurs more frequently in middle-aged women and with a considerable size at the time of diagnosis. It is necessary to establish a protocol of action before the presumptive diagnosis by means of fine needle aspiration procedure, due to the difficulty to differentiate between benign and malignant pathology, with the purpose of guaranteeing an adequate therapeutic conduct.

Key words: Diaphragm, trauma, diaphragmatic hernia, acquired diaphragmatic hernia, traumatic diaphragmatic hernia, clinical case

1. Cirujano General. Adjunto del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde". Correo-e: johnnypadron95@gmail.com
2. Residente del Servicio de Cirugía General "Dr. Rommel Mota", Hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde".

Recepción: 19/07/2023
Aprobación: 14/08/2023
DOI: [10.48104/RVC.2023.76.1.15](https://doi.org/10.48104/RVC.2023.76.1.15)
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

Las Células de Hürthle (CH) llevan el nombre de Karl Hürthle, quien describió las células C parafooliculares en 1894. En la actualidad se conoce que las verdaderas CH fueron descritas por Max Askanazy en 1898, aunque su denominación inapropiada ha permanecido en el léxico. Con el tiempo se han adoptado otros términos en su descripción, incluidos oxifilo y oncocito, sin embargo, la denominación "CH" se utilizaba exclusivamente para describir las células de la tiroides.⁽¹⁾

Este tipo de células pueden observarse en una amplia variedad de lesiones tiroideas, desde afecciones no neoplásicas hasta francamente malignas. La neoplasia de CH es considerada como la de menor incidencia (5%) de todos los tumores de la glándula tiroides, y de acuerdo al último reporte en el país, su prevalencia se situó en torno a un 4,5%.^(2,3)

Presentación del caso

Información del Paciente

Femenina de 62 años de edad, asmática e hipertensa controlada, alérgica al yodo y a la penicilina, quien inicia enfermedad actual 1 año previo, al presentar aumento de volumen progresivo en región anterior del cuello, por tal motivo acude a facultativo quien indica estudios de imagen y en vista de hallazgos, es referida a nuestro centro.

Hallazgos Clínicos

Paciente en estables condiciones generales. Signos vitales sin alteraciones. A nivel de cuello se evidenció aumento de volumen de aproximadamente 10 cm a expensas de glándula tiroides, de consistencia dura, móvil, no dolorosa, sin adenopatías cercanas visibles ni palpables. Resto del examen físico sin alteraciones.

Estudios diagnósticos

La ecografía tiroidea reportó tiroides aumentada de tamaño, asimétrica, de parénquima heterogéneo y ecogenicidad conservada.

- Lóbulo derecho ocupado en su totalidad por nódulo redondeado ecomixto bordes regulares y definidos con degeneración quística a nivel central con Doppler central y periférico de 42.6x32.3x40.4 mm. (Figura 1A)
- Lóbulo izquierdo con nódulo redondeado de bordes regulares y definidos, hipocogénico, con calcificaciones puntiformes en su interior, con Doppler periférico de 20.8x14x14 mm; en tercio inferior nódulo hiperecogénico que deja sombra acústica posterior no vascularizado que mide 10.3x9.6 mm. (Figura 1B).
- Volumen tiroideo total 22.14 cc.
- Conclusión TI-RADS 4C.

Se practicó PAAF de ambos lóbulos, que reportó Neoplasia de CH.

La tomografía computarizada de columna cervical (realizada 4 meses posterior a la ecografía) evidenció alteración de la morfología tiroidea, con LOE que abarcaba lóbulo derecho e istmo, de 6.2x5.5x4.6 cm, redondeado, de bordes definidos, con áreas de densidad líquida focales de diámetros variables, siendo la de mayor volumen central y tabicada, de 3.4x2.5 mm; tercio inferior del lóbulo izquierdo con nódulo hipodenso, redondeado, con calcificación periférica de 0.6 cm y nódulo en tercio medio y superior de 2.1x1.5 cm, lobulado, con calcificaciones lineales, centrales y periféricas. (Figura 1C-F)

TSH 2.52 Mui/ML T3L 2.83 pg/ml T3 T 1.31 ng/ml T4L 1.16 ng/dl T4 T 9,3 ug/dl (sin alteraciones según valores referenciales); resto de exámenes sanguíneos dentro de la normalidad.

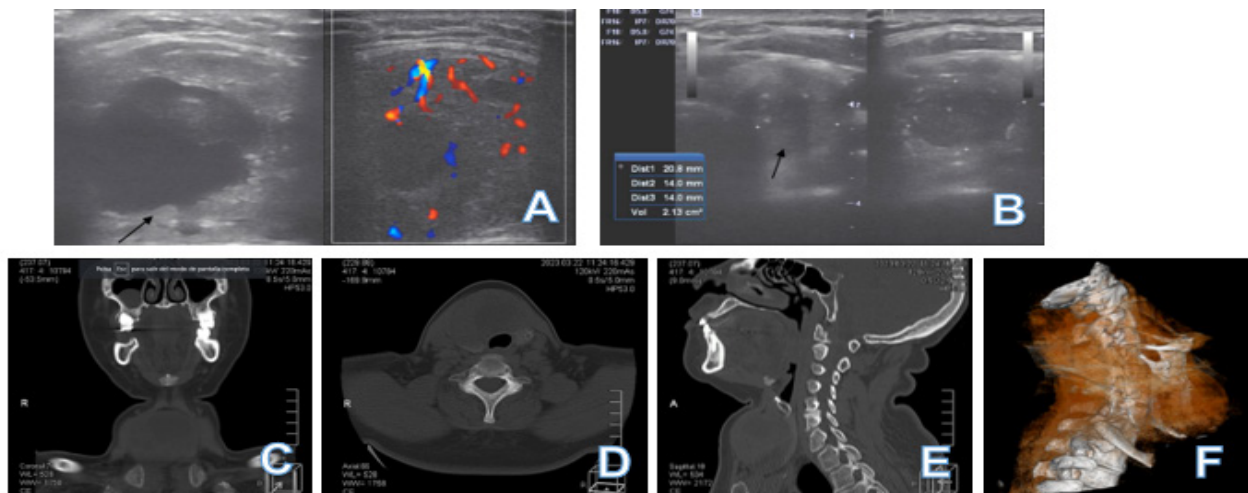


Figura 1. A. Ecografía tiroidea del lóbulo tiroideo derecho. B. Ecografía tiroidea del lóbulo tiroideo izquierdo. C – F. Tomografía computarizada de cuello. E. Reconstrucción Tridimensional

Tratamiento realizado

Paciente ingresó bajo diagnóstico de bocio multinodular a expensas de neoplasia de CH, planteándose conducta de tiroidectomía total, donde los hallazgos operatorios fueron: 1. Glándula tiroidea de aproximadamente 7 x 6 cm, con nódulo con degeneración quística que abarca la totalidad de la misma. (Figura 2 A y B) 2. Nervio laríngeo superior y recurrente sin alteraciones. 3. Paquete vascular sin alteraciones.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Paciente egresa a las 48 horas del postoperatorio. El estudio histopatológico reportó adenoma de CH encapsulado, de patrón predominantemente microfolicular con degeneración quística, sin criterios que sugieran malignidad (Figura 2 C-E). Actualmente en seguimiento por consulta externa, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Las neoplasias de CH se definen como tumores con >75% de CH conformantes del citoesqueleto. Tradicionalmente se clasificaban en tres variantes histológicas (adenoma y carcinoma de CH; y cáncer papilar de CH); en la actualidad, al ser un término inapropiado, la nueva clasificación de la OMS ha reemplazado el término "CH" por "célula oncocítica". Como resultado de este cambio en la terminología, el adenoma de CH y el carcinoma de CH, ahora se denominan adenoma oncocítico (AO) y carcinoma oncocítico (CO), respectivamente. ^(2, 4, 5)

Estos tumores pueden ser benignos en forma de adenomas, mientras que los carcinomas malignos se caracterizan por invasión capsular y vascular, infiltración de la glándula, ganglios linfáticos distantes y diseminación metastásica. El CO es uno de los tipos de cáncer tiroideos menos conocidos, y actualmente es definido como derivado de las células tiroideas foliculares y no como una variante del cáncer folicular. ⁽⁶⁾

Es más frecuente en mujeres, y generalmente es diagnosticado después de la 4ta década de vida, cuando los pacientes presentan clínicamente nódulos tiroideos o secundario a hallazgos incidentales en estudios de imagen de la región cervical; coincidiendo con las características del caso descrito. ^(3, 5, 6)

Tradicionalmente se presentan como lesiones únicas de tamaño superior a los 3 cm, 3 siendo cercano al tamaño presentado por la paciente. Las metástasis ganglionares o a distancia y las parálisis de las cuerdas vocales son inusuales, sin embargo, revelan recurrencia tumoral o procesos avanzados, no estando presentes dichas condiciones al examinar la paciente. ^(5, 6)

Aquellos pacientes con nódulos sospechosos según TI-RADS son candidatos a solicitar pruebas hormonales tiroideas (TSH, T3 y T4). En caso de lesiones no funcionantes debe efectuarse PAAF ecoguiada, siendo suficiente para diagnosticar ciertas variedades de cáncer, sin embargo, la misma no puede distinguir entre un AO o CO, tal como se evidenció en el presente caso, que el reporte inicial indicó neoplasia de CH. ^(1, 2, 6)

El manejo de estas neoplasias en la actualidad sigue siendo controversial, ello en relación a la mayor agresividad y tasa metastásica, con menor supervivencia respecto a otros tipos de neoplasias tiroideas; por lo que siempre será necesario determinar la conducta a seguir: si optar por tratar como patología maligna con tiroidectomía total de entrada o el manejo conservador, intentando determinar la naturaleza de la lesión, siendo necesario evaluar características clínicas: edad, género, tamaño tumoral, tiempo de evolución y antecedentes de radiación, siendo dimensiones mayores a 4 cm factores de probabilidad. ^(4, 6)

Independientemente de la conducta seleccionada, la cirugía constituye el pilar de tratamiento y diagnóstico, existiendo gran variedad de técnicas quirúrgicas. Generalmente se requiere de una lobectomía tiroidea o tiroidectomía total para realizar una evaluación completa que permita determinar invasión capsular, invasión vascular o infiltración de la glándula tiroidea (criterios de malignidad). La lobectomía en tumores con tamaño menor a 4 cm y en pacientes sin antecedentes de importancia es considerada terapéutica, mientras que la tiroidectomía total se indica formalmente en aquellas lesiones superiores a los 4 cm, ^(1, 2, 4, 6) optando en esta paciente por una tiroidectomía total en vista del tamaño del nódulo dominante y de la afección global de la glándula.

En la actualidad, el término correcto es neoplasia de células oncocíticas, bien sea para el adenoma o para el carcinoma. Este tipo de tumores se presenta con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad y con un tamaño considerable al momento

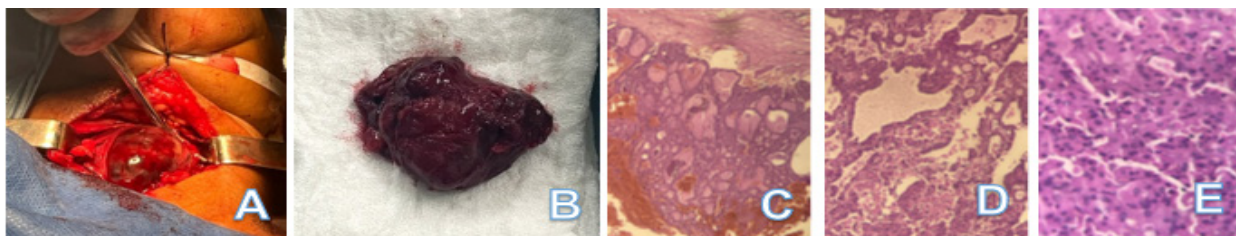


Figura 2. A. Hallazgos operatorios. B. Pieza quirúrgica extraída. C y D. Microfotografías HE-10X. Se evidencian patrones de crecimiento folicular a expensas de células de Hurthle. E. Microfotografía HE-100X. Se evidencian células foliculares poligonales, con citoplasma granular ampliamente ocupado por mitocondrias y con núcleos hiper cromáticos, características de células oncocíticas

del diagnóstico. Es necesario establecer un protocolo de acción ante el diagnóstico presuntivo mediante PAAF, debido a la dificultad para diferenciar entre patología benigna y maligna, con la finalidad de garantizar una conducta terapéutica adecuada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno sobre el presente estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

JP y YG desarrollaron la idea. JP redactó el manuscrito y condujo la búsqueda de la bibliografía. NA, MO y DC realizaron revisión bibliográfica y documentaron el proceso. JP y YG efectuaron la revisión final contribuyendo con su experiencia y la incorporación del análisis intelectual. Todos los autores contribuyeron en la intervención del paciente, realizaron correcciones al manuscrito inicial, aportaron críticas previo al envío y aprobaron el informe final.

REFERENCIAS

1. McFadden DG, Sadow PM. Genetics, Diagnosis, and Management of Hürthle Cell Thyroid Neoplasms. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021;12:696386. [Internet]. [Citado 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.696386>
2. Wong K, Angell T, Barletta J, Krane J. Hürthle cell lesions of the thyroid: Progress made and challenges remaining. *Cancer Cytopathol*. 2021; 129(5): 347-362. [Internet]. [Citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncy.22375>
3. Aure A, Cruz Y. Carcinoma De Células De Hurthle: Consideraciones Básicas y Experiencia Durante 16 Años. *Rev. venez. Oncol*. 18(2): 110-114. [Internet]. [Citado 16 de julio de 2023]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822006000200008&lng=es.2022.
4. Jung CK, Bychkov A, Kakudo K. Update from the 2022 World Health Organization Classification of Thyroid Tumors: A Standardized Diagnostic Approach. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2022; 37(5): 703-718. [Internet]. [Citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.3803%2FEnM.2022.1553>
5. Barrera-Rodríguez F, Garza-Sánchez V, Gracida-Mancilla N, Hurtado-López L. Tumor de células de Hürthle. ¿Qué debemos hacer?. *Cir Gen*. 2004; 26(4): 290-295. [Internet]. [Citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=907>
6. Fariduddin M, Wajihuddin Syed W. Hurthle Cell Thyroid Carcinoma. Updated 2021 Feb 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. [Internet]. [Citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568736/>