

Clínica cotidiana

La ecografía en la consulta de atención primaria, fundamental en el enfoque diagnóstico de patología tiroidea rara. Tumor tipo adenoma de células de Hürthel.

María del Pilar Moreno Cano*; Paula Hernanz López; Beredys Esmirla; Mercedes García López; Marina Ordoñez Rengel.

*Centro de Salud La Chopera. Alcobendas. Dirección Asistencial Norte. Madrid. España
 Correspondencia: mocapi@yahoo.com

INFORMACION DEL ARTICULO

On-line el 15 de octubre de 2020

Palabras clave:

Células de Hürthel, Adenoma, PAAF, Ecografía

RESUMEN

Las células de Hürthel son células foliculares modificadas que generan tumores benignos y malignos. El tumor de Hürthel, es el tumor bien diferenciado de la glándula tiroidea de menor incidencia mundial, oscila entre 3 a 10%; se clasifica en tres variantes histológicas: adenoma, carcinoma y cáncer papilar de células de Hürthel. El adenoma se presenta como un nódulo solitario y se suele diagnosticar mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por Ecografía. La difusión de la Ecografía y su creciente disponibilidad han facilitado, modificado y mejorado el manejo de las lesiones tiroideas.

©Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
 Publicado por Ecosemg Galicia.

Ultrasound in the primary care consultation, essential in the diagnostic approach of rare thyroid pathology. Hürthel cell adenoma tumor.

ABSTRACT

Keywords:

Hürthel cells, Adenoma, PAAF, Ultrasound.

Hürthel cells are modified follicular cells that generate benign and malignant tumors. Hürthel's tumor, is the well-differentiated tumor of the thyroid gland with the lowest incidence worldwide, ranges from 3 to 10%; it is classified into three histological variants: adenoma, carcinoma, and papillary Hürthle cell cancer. Adenoma presents as a solitary nodule and is usually diagnosed by ultrasound-guided fine needle aspiration (PAAF). The spread of ultrasound and its increasing availability have facilitated, modified and improved the management of thyroid lesions.

Varón de 25 años sin antecedentes personales de interés y con antecedentes familiares de delgadez constitucional por rama materna. Consulta por delgadez desde su infancia, náuseas matutinas, poliuria y pérdida de unos 2 kilos en los últimos dos meses que achaca a nerviosismo por los

estudios. No refiere cuadro infeccioso previo.

En la exploración física se aprecia buen estado general, está bien hidratado y su índice de masa corporal es de 18. Llama la atención un aumento visible del tamaño en región derecha de cuello, palpándose un nódulo elástico no doloroso de

unos 4 cm en hemitiroides derecho. No se palpan adenopatías cervicales. El resto de la exploración física es normal. La cifra de glucosa en consulta (no basal) es de 113mg/dl y el sedimento urinario no muestra alteraciones.

En la ecografía desde atención primaria se observa un hemitiroides derecho aumentado de tamaño, con nódulo dominante, solido, de ecoestructura heterogénea, vascularizado, con calcificaciones puntiformes, bordes definidos y halo periférico grueso, Mide unos 28x22x39 mm (Figura 1 y 2). Y otros dos nódulos de características similares en torno a 9 y 6 mm (Figura 3 y 4 respectivamente). En el hemitiroides izquierdo no se aprecia patología (Figura 5). Se solicita análisis de sangre con TSH y urocultivo con resultados normales.

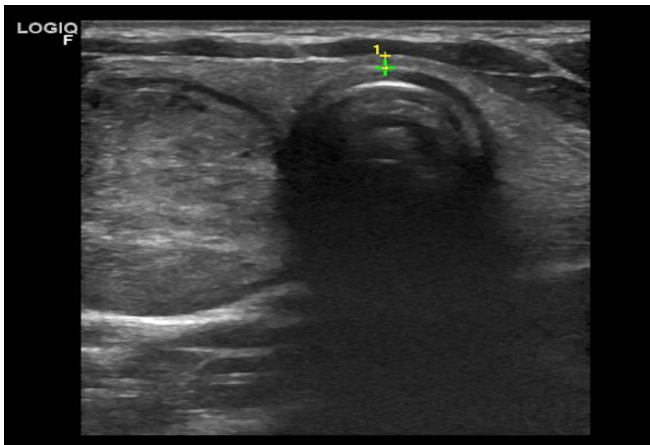


Figura 1

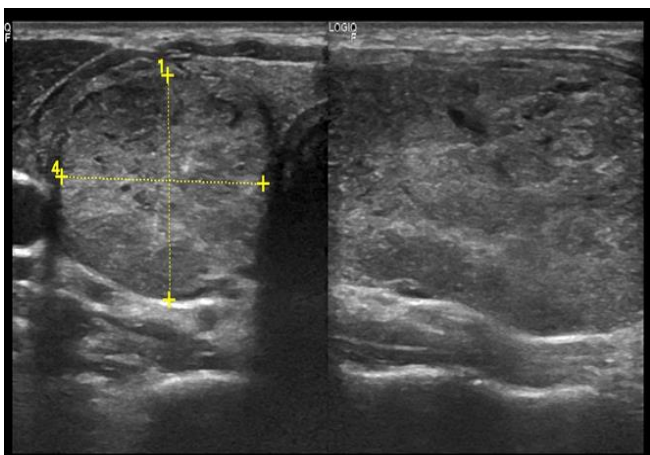


Figura 2.

Se deriva a consulta de nódulo tiroideo, que corrobora en su ecografía lo descrito en atención primaria, y realizan punción aspiración con aguja

fina (PAAF), siendo el resultado sospechoso de malignidad (Categoría 5 de Bethesda). Ante este hallazgo realizan hemitiroidectomía derecha donde describen 2 nódulos, de 4 y 1 cm bien delimitados y de coloración parda. La biopsia intraoperatoria es informada como "sin hallazgos de carcinoma papilar", motivo por el que se realiza cirugía conservadora. El diagnóstico histológico definitivo es de adenoma folicular de tipo oncocitario o adenoma de células de Hürthle, sin datos de invasión capsular ni vascular.

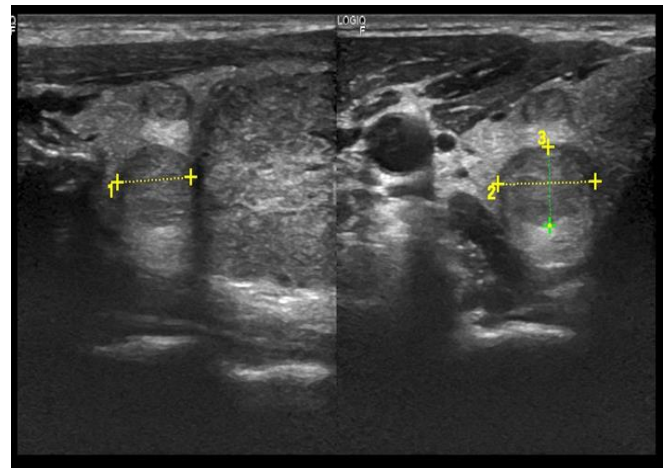


Figura 3.

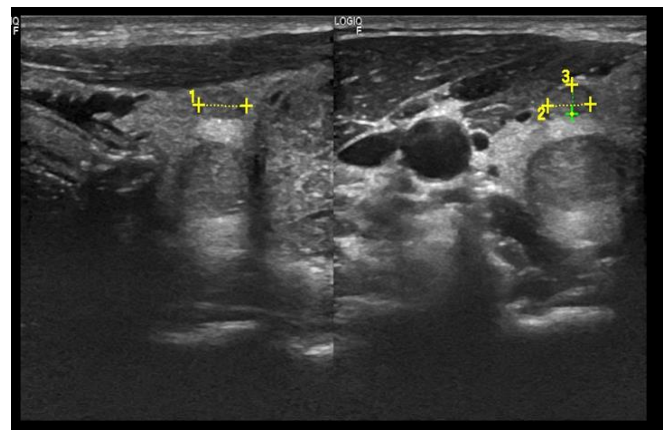


Figura 4.

COMENTARIO

El término Tumor de células de Hürthle, fue introducido por Ewing en 1919. También es conocido como oncocitoma, tumor de células oxifílicas, tumor de células de Askanazy, mitocondrioma, tumor de Langhams y clasificado como una variante oxifílica del carcinoma folicular de tiroides.

Se incluyen dentro de este término a todos los

tumores de la glándula tiroides compuestos por un 50-75% de oncocitos, los cuales histológicamente son células grandes, foliculares, poligonales y esinofilas, con núcleos pleomórficos hiperromáticos y con un citoplasma granular con abundantes mitocondrias.

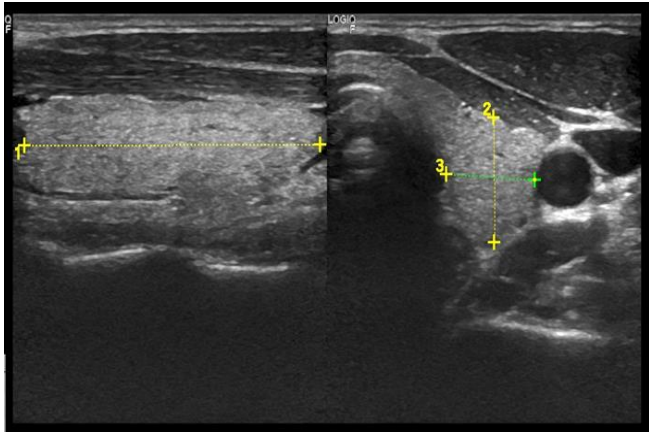


Figura 5.

Desde la descripción inicial de estos tumores, ha existido mucha controversia acerca de su origen, de su comportamiento clínico, de su clasificación, de su diagnóstico, de su manejo quirúrgico y de su pronóstico. En parte, esto es debido a su baja incidencia, de aproximadamente un 3-10% de todas las neoplasias tiroideas.¹

Se clasifica en tres variantes histológicas: adenoma de células de Hürthle, carcinoma de células de Hürthle y cáncer papilar de células de Hürthle

El adenoma de células de Hürthle es un tumor benigno, cuya presentación clínica es similar a la de los tumores foliculares convencionales. El examen clínico, la ecografía, la PAAF y la gammagrafía con Yodo 131, son los elementos que utilizaremos para su estudio. Este tipo de tumor se presenta como nódulo tiroideo, la mayoría solitarios, compuestos por más de 50% de células de Hürthle; ecográficamente son sólidos, isoecogénicos; y gammagráficamente hipocaptantes. Con frecuencia en estos nódulos, se produce un crecimiento brusco tras la PAAF, lo cual puede llevar a la interpretación clínica de malignidad. Cuando se encuentran nódulos múltiples, se debe valorar la coexistencia con otras lesiones, desde un bocio multinodular coloide hasta neoplasias malignas independientes².

Los tumores de células de Hürthle son más

prevalentes entre la 5ª y la 6ª década, aunque algunos estudios indican que los adenomas de Hürthle aparecen en pacientes algo más jóvenes, en la 4ª década. Son más frecuentes en las mujeres, con ratios de 2-10:1. Por el contrario los hombres tienen mayor incidencia de tumores de células de Hürthle malignos. El incremento de la edad aumenta también el riesgo de malignidad. En cuanto al tamaño tumoral, los adenomas suelen ser más pequeños, entre 1-3 cm, y lesiones mayores o igual a 5 cm en el 80% de los casos son malignas.³

El diagnóstico preoperatorio no es fácil, ya que la PAAF determina la presencia de células de Hürthle, pero con mucha frecuencia no aporta un diagnóstico definitivo que determine benignidad o malignidad, encontrándonos esta última en un 25-30% de los pacientes. Macroscópicamente es un tumor encapsulado, de color marrón, homogéneo y sólido, aunque pueden tener focos de calcificación, hemorragia y necrosis.

En el diagnóstico diferencial lo principal es establecer si se trata de un tumor benigno o maligno, dado el diferente abordaje terapéutico y el pronóstico que conlleva la decisión. Por tanto se debe diferenciar entre un adenoma y un carcinoma oncocítico, y para ello es fundamental determinar si existe invasión capsular o vascular, y/o hallazgos de metástasis ganglionares o a distancia (más frecuentes a hueso, pulmón, cerebro y nodos linfáticos), que son los parámetros que indicarían con certeza el carácter de malignidad.

El mayor problema se encuentra, cuando tenemos un nódulo con características histológicas de adenoma, pero que su comportamiento postquirúrgico es el de un carcinoma papilar de células de Hürthle con potencial diseminación regional. Para ello, marcadores inmunohistoquímicos como el Ki67 y la expresión del cyclin D1 pueden ayudar en el diagnóstico diferencial preoperatorio entre adenoma y carcinoma de células de Hürthle, pero esto aún está en estudio^{4,5}.

Las células de Hürthle se observan también asociadas sin necesidad de implicar malignidad a enfermedades inflamatorias o que producen estrés celular como tiroiditis linfocítica crónica, la enfermedad de Graves, bocio multinodular o la

exposición de la glándula a radiación; y puede considerarse normal su aparición en ancianos e incluso en otros órganos.

No hay un consenso de cómo tratar estos tumores, pero la tendencia es a manejarlos de manera similar al tumor folicular, teniendo en cuenta que la tasa de malignidad de los tumores de células de Hürthle es del 30%, que son generalmente más agresivos que los tumores foliculares, que metastatizan con más frecuencia y responden menos a la terapéutica con yodo 131 que los tumores foliculares, lo que sugieren un manejo agresivo^{6,7}.

El tratamiento es la cirugía. Se realiza hemitiroidectomía y mapeo linfático con estudio intraoperatorio, y en caso de que no se pueda definir malignidad, se espera a la histología definitiva para decidir que conducta seguir. En caso de ausencia de malignidad, es decir diagnóstico de adenoma de células de Hürthle confirmado, se da por terminado el manejo quirúrgico y se recomienda seguimiento clínico y revisión especializada. En caso de malignidad, se realiza extensión quirúrgica con tiroidectomía complementaria, linfadenectomía cervical en caso de nódulos metastásicos y radioterapia en enfermedad localmente invasiva.⁸

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera-Rodriguez F, Garza-Sánchez V, Gracida-Mancilla N, Hurtado-López LM. Tumor de células de Hürthle. ¿Qué debemos hacer? *Cirujano general*. 2004;25(4):290-295.
2. Novelli JL, Brunás O, González-García M, Sánchez A, Echeury M. Glánd Tir Paratir. Neoplasias de células de Hürthle: diagnóstico. 2005;(14):8-15.
3. Miguel-Pérez P, Herrera-Hernández M, Padilla-Rodríguez A, Martínez-Consuegra M. Adenoma oncocítico de tiroides (adenoma de células de Hürthel). Revisión del espectro morfológico a propósito de cuatro casos. *Gac Méd Méx*. 2007;143(6):517-522.
4. Iotti A, Caramutti D, García-De Avila MT, Iotti R, Carpaneto E, Ciaccio M, Sibbald A. Carcinoma de células de hurthe. *Arch. Argent. Pediatr*. 2000;98(3):196.
5. Gutiérrez- Villamil C, Alonso JF, Mejía-López A, Carofilis-Mendizá F, Arevalo-Leal JS, Marín-Oyaga V. Un caso de carcinoma de tiroides de células de Hürthle. Abordando la incertidumbre del papel del Yodo I-131. *Rev.Cienc.Salud*. 2016;15(1):165-172.
6. Khan A, Prasad M. In: Khan A. (eds) *Surgical Pathology of Endocrine and neuroendocrine Tumors. Tumors of thyroid gland: Non C cell Tumors*. First ed. Current Clinical Pathology. Humana Press. 2009. 242p. DOI:10.1007/978-1-60327-396-1.
7. Schneider D, Chen H, Sipple RS. *Textbook of Endocrine Surgery*. Third Edition. Hurthle Cell. Adenoma and carcinoma. Jaypee brother Medical Publishers. 2016.
8. Ghossein R.A. Hurthle Cell Adenoma and Carcinoma. In: Schwab M. (eds) *Encyclopedia of Cancer*. Springer, Berlin, Heidelberg. 2011