

# Hiperplasia, adenomas múltiples y carcinoma a células de Hürthle del tiroides

Dres. Andrés Banchemo<sup>1</sup>, Elsa Farías<sup>2</sup>, Bolívar Delgado<sup>3</sup>

## Resumen

*Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 36 años operada en nuestra clínica portadora de hiperplasia, adenomas múltiples y carcinoma a células de Hürthle, analizándose el valor de los exámenes paraclínicos en el preoperatorio y la conducta quirúrgica seguida. Se realiza además una visión de la literatura nacional e internacional de esta patología, así como de la asociación patológica hallada, planteándose si no nos encontraríamos frente a diferentes etapas de una «enfermedad hürthleana».*

**Palabras clave:** Hiperplasia  
Neoplasmas  
Adenoma  
Tiroides  
Anatomía patológica

## Summary

*The authors present the clinical case of a 36 year old female patient who was operated on in their clinic, carrier of hyperplasia, multiple adenomas and Hürthle cell carcinoma, and analyse the value of pre-operative paraclinical tests and surgical conduct. They also make a review of national and international literature on these pathologies and the above mentioned pathological association, and suggest the possibility of their being different stages of a «Hürthle disease».*

## Introducción

La célula de Hürthle, también llamada de Askanazy o célula oxífila u oncócito es desde el punto de vista morfológico una entidad bien definida; corresponde

a una célula grande, globulosa, eosinófila con abundante citoplasma granuloso y núcleo bien definido, excéntrico, con nucleolo prominente. Observada con ultramicroscopio, se ve que su citoplasma está repleto de mitocondrias que son las responsables del aspecto granular<sup>(1)</sup>. Se sabe que son derivadas del epitelio folicular, pero poco se sabe sobre su significado biológico, ya que se hallan en diferentes patologías tiroideas no significando ellas por sí solas ninguna entidad patológica específica. De hecho, Askanazy<sup>(1)</sup> fue el primero en observarlas en el hombre en 1898, en un paciente con la enfermedad de Graves. Si bien habían sido descritas previamente por Baber en 1877 y en 1894 por Hürthle<sup>(2)</sup> en animales. Posteriormente fueron descritas acompañando otras enfermedades tiroideas como Hashimoto, en glándulas irradiadas o aun en ancianos y fue Ewing<sup>(3)</sup> en 1928, quien usó por primera vez el término de tumor a células de Hürthle.

Estas células pueden crecer agrupándose formando lesiones propias ya sea como nódulos hiperplásicos o como neoplasias: benignas (adenomas) o malignas (carcinomas).

La bibliografía nacional es escasa al referirse a este tema<sup>(4-7)</sup>, no así la internacional donde encontramos múltiples trabajos que plantean la controversia en cuanto a si se puede o no clasificar a un tumor a células de Hürthle como maligno o benigno<sup>(8-11)</sup> con certeza; así como el tratamiento a realizar<sup>(8-10, 12-14)</sup> variando según el grupo de trabajo entre una lobectomía a una tiroidectomía total. Las neoplasias de células de Hürthle representan entre 4.5% a 10% de todas las neoplasias epiteliales primarias de tiroides<sup>(15)</sup>.

Presentamos una caso clínico de una paciente de 36 años de edad operada en la Clínica Quirúrgica «F» en cuya pieza de anatomía patológica se encontraron nódulos hiperplásicos a células de Hürthle, adenomas múltiples y un carcinoma a células de Hürthle, como si fueran diferentes etapas evolutivas de una misma enfermedad «hürthleana».

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «F» y Cátedra de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas.

<sup>1</sup> Asistente de la Clínica Quirúrgica «F». <sup>2</sup> Asistente de la Cátedra de Anatomía Patológica. <sup>3</sup> Profesor de la Clínica Quirúrgica «F».

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de setiembre de 1991.

**Correspondencia:** Dr. A. Banchemo.  
Ayacucho 3429 CP 12300. Montevideo.

## Casuística

O.L.R. Hospital de Clínicas

Paciente de 36 años, sexo femenino, residente en Montevideo, con antecedentes familiares de neoplasma de tiroides, múltipara, hipertensa, que consulta por nódulo tiroideo, que aparece hace 6 meses en el posparto inmediato. Tumoración derecha inicialmente de 2 por 2 cm. No otras alteraciones locales, ni regionales. No sintomatología de hiper ni hipotiroidismo.

Al examen físico se destaca: paciente obesa, lúcida, cuello corto, a la inspección nódulo de 4 por 3 cm polar inferior derecho, indoloro de superficie lisa, no vinculados a planos musculares ni cutáneos. Se palpa el lóbulo izquierdo que impresiona aumentado de tamaño. No adenopatías, resto del examen sin particularidades.

Radiografía de cuello: discreta compresión traqueal derecha. Ecografía tiroidea: bocio multinodular. Punción citológica: nódulo coloido-quístico. Dosificación hormonal tiroidea: dentro de valores normales. Centellograma con Tc: bocio multinodular.

## Operación

Con el planteo de bocio multinodular se operó realizándose lobectomía derecha más istmectomía. Anatomía patológica extemporánea: adenoma folicular. La exploración quirúrgica del otro lóbulo mostró nódulo lobar superior a izquierda por lo que se agregó lobectomía subtotal izquierda. Posoperatorio: sin particularidades. Alta al cuarto día.

## Anatomía patológica definitiva

Las secciones correspondientes al nódulo polar inferior derecho muestran una deformación epitelial con un patrón folicular y trabecular constituido por células con abundante citoplasma eosinófilo intenso y finalmente granuloso con núcleos en general monomorfos pero que en pequeñas áreas muestra discreto polimorfismo. Se observan vasos congestivos y pequeños focos hemorrágicos. No se observan mitosis.

El nódulo está rodeado de una cápsula conjuntiva fibrosa muy irregular, presentándose en áreas, muy gruesa; con presencia de invasión de la misma en forma de un grueso espolón que crece hacia el tejido tiroideo adyacente. En uno de los cortes (no se repite en los otros cortes) se observa imagen de angioinvasión. Se observan además, escasos islotes de las mismas células en la adyacencia del nódulo pero en pleno tejido tiroideo.

La histopatología de los cortes correspondientes a los nódulos restantes de dicho lóbulo tiroideo (3 cortes) muestran igual morfología a la observada

que en el primero, pero sin infiltración de la cápsula, la cual es más delgada, regular y sin angioinvasión.

El tejido tiroideo restante está constituido por folículos atróficos dilatados tapizados por un epitelio aplanado con un estroma, en sectores aumentados a expensas de tejido conjuntivo fibroso. La pequeña área descrita macroscópicamente corresponde a un foco de fibrosis de aspecto esclerohialino. El otro nódulo es encapsulado, de aspecto similar al derecho. Existen además estructuras nodulares no encapsuladas con vesículas dilatadas y grupos de células de Hürthle.

## En suma:

- 1) Adenomas foliculares a células de Hürthle.
- 2) El nódulo polar inferior del lóbulo derecho, corresponde a un carcinoma folicular a células de Hürthle, con imágenes de invasión capsular, angioinvasión.
- 3) Nódulos de hiperplasia.

## Comentario

El primer hecho que surge al analizar esta historia, es que si bien se procedió a efectuar una gran cantidad de exámenes paraclínicos, ninguno de ellos sirvió para aclarar el diagnóstico real, ni siquiera por aproximación ya que ni aun la biopsia extemporánea habló de patología a células de Hürthle, pese a la morfología típica de estas células, como ya hemos referido, siendo el diagnóstico preoperatorio de bocio multinodular.

Revisando la literatura vemos que el único examen que podría habernos orientado a esta patología hubiera sido la punción citológica que en este caso no fue útil <sup>(10,16,17)</sup>.

Al tener diagnóstico intraoperatorio de un adenoma folicular el tratamiento efectuado se condicionó al mismo (lobectomía más istmectomía) <sup>(18)</sup>. La resección hecha en el nódulo izquierdo fue exclusivamente por el hallazgo intraoperatorio y frente a la sospecha de adenomas foliculares múltiples del otro lóbulo.

No contábamos en los antecedentes personales con otros elementos que se ven en patologías a células de Hürthle como asociados o favorecedores como ser: irradiación de cuello previa, tratamiento hormonal, quimioterapia.

Existía el antecedente familiar de neoplasma de tiroides en una hermana aunque no era a células de Hürthle, ni medular ya que estos últimos pueden verse vinculados genéticamente.

Otro aspecto que no ofreció dificultades en esta paciente fue su definición histológica, estableciéndose claramente cuáles nódulos eran adenomas y en cuáles había un carcinoma, coincidiendo este hecho en lo afirmado por Caplan <sup>(6)</sup> quien dice que

se puede realizar histológicamente un correcto diagnóstico, certero y confiable.

Pero el punto más interesante, encontrado en la pieza de anatomía patológica es el referido a las diferentes lesiones a células de Hürthle, halladas simultáneamente en la glándula desde nódulos hiperplásicos, luego adenomas perfectamente encapsulados, hasta un nódulo (el más grande) que presentaba rotura capsular y angioinvasión, constituyendo un carcinoma. Encontramos así en un solo paciente y en forma simultánea, prácticamente toda la gama de lesiones «hürthleas» hasta su grado máximo, el carcinoma, siendo posible suponer, aunque no demostrar, que nos hallamos frente a diferentes etapas evolutivas de una enfermedad a células de Hürthle.

Creemos de todas maneras, que el tratamiento realizado a esta pacientes fue suficiente<sup>(17)</sup>, ya que puede considerarse el carcinoma a células de Hürthle como una variante evolutiva del carcinoma folicular<sup>(1,19)</sup> pero con un comportamiento clínico diferente, con tendencia a dar metástasis por vía linfática, hemática o ambas, y ausencia y muy escasa captación al I<sup>131</sup>.

Aunque muchos autores como Thompson<sup>(13)</sup> indican la tiroidectomía total en toda lesión mayor de 2 cm (aún sin histología definida de cáncer); en casos como el presentado en que el carcinoma es un hallazgo, Thompson propondría la reintervención y completar la tiroidectomía total. Creemos que la cirugía agresiva (tiroidectomía total) de inicio no influye en estos casos en la sobrevida del paciente, siendo esto último compartido por algunos autores como Brennan<sup>(2)</sup>.

Pero es importante aclarar que es fundamental un estricto y correcto seguimiento clínico y paraclínico de la paciente, por la frecuencia de recidiva local de estos tumores. Debiendo recordar que en éstos, el tratamiento fundamental es el quirúrgico y poco se puede esperar del radio-iodo por la gran frecuencia con que estas lesiones son hipo o acaptantes<sup>(8-19)</sup>.

Para finalizar citamos a Gardner<sup>(20)</sup>, que ha comunicado que la existencia de células de Hürthle en lesiones neoplásicas hacen más favorable el pronóstico, lo cual reafirmaría la conducta seguida.

## Bibliografía

1. Livolsi FA. Surgical Pathology of the thyroid. Philadelphia: WB Saunders, 1990.
2. Hurthle K. Beitrge zur kenntiss der secretions vor ganns in der schildruse. Arch Gesamte Phisiol 1984; 56: 1-44. Citado por Livolsi VA: Surgical Pathology of the thyroid. Philadelphia: WB Saunders, 1990.
3. Ewing J. Neoplastic Disease. Philadelphia: WB Saunders, 1928.
4. Iraola ML, Otegui LD, Belzarena MC et al. Tumores tiroideos diferenciados con conglomerados de células de Hürthle. Jornadas de Endocrinología del Cono Sur, 1as. Iguazú, 1981 (inédito).
5. Otegui I, Belzarena MC, Abellanal R et al. Tumores tiroideos de células de Hürthle: aspectos funcionales y anatómicos. Revisión de 21 casos. Jornadas de Endocrinología del Cono Sur, 1er Iguazú, 1981 (inédito).
6. Perrone L, Estrugo R, Wu TH et al. Tumores del tiroides a células de Hürthle. Cir Uruguay 1986; 56 (2): 91-5.
7. Venturino W. Adenoma tiroideo a células de Hürthle, 2 casos. Montevideo: Rosgal, 1955: 131.
8. Arganini M, Behar R, Wu TH et al. Hürthle cell tumors: A twenty five years experience. Surgery 1986; 6: 1108-15.
9. Bondenson L, Bondenson A, Jungberg O. Oxyphil tumors of thyroid. Follow up of 42 surgical cases. Ann Surg 1981; 194: 677-80.
10. Cooper DS, Schneyer CR. Follicular and Hürthle cell carcinoma of the thyroid. Endocrinol Met Clin North Am 1990; 19: 577-91.
11. Grants CS, Barr D, Goellner JR, Hay ID. Bening Hürthle cell tumors of the thyroid: A diagnosis to be trusted? World J Surg 1988; 12: 488-95.
12. Caplan R, Abellera R, Kiskan W. Hürthle cells tumors of the thyroids glands. JAMA 1984; 251: 3114 7.
13. Thompson N, Dunn E, Batakis J, Nishiyama R. Hürthle lesions of the thyroid gland. Surg Gynecol Obstet 1974; 139: 555-60.
14. Watson RG, Brennan MD, Goellner JR et al. Invasive Hürthle cell carcinoma of the thyroid: natural history and management. Mayo Clin Proc 1984; 59: 851-5.
15. González Cámpora R, Herrero-Zapatero A, Lerma E et al. Hürthle cell and mitochondrion rich-cell tumors. Cancer 1986; 57 (6): 1154-63.
16. Delgado B. Nódulo tiroideo. Su planteo quirúrgico. Montevideo: Librería Médica, 1986 (1).
17. Delgado B. Carcinoma diferenciado del tiroides. Seguimiento. Curso de actualización en cirugía. Montevideo: Oficina del Libro. AEM, 1989.
18. Delgado B. Adenomas tiroideos. Montevideo: Librería Médica, 1990 (Nº 7).
19. Har-El G, Hadar T, SEgal K et al. Hürthle cell carcinoma of the thyroid gland. A tumor of moderate malignancy. Cancer 1986; 57 (8): 1613-7.
20. Gardner IW. Hürthle cells tumors of the galnd thyroid. Arch Pathol Lab Med 1955; 59: 372-81.