

TUMORES DE CELULAS DE HURTHLE DEL TIROIDES

Dr. LUIS GABRIEL PINILLA *
Dr. ALFREDO GARCIA **
Dra. LIGIA RESTREPO ***

RESUMEN

Se estudiaron 20 casos de neoplasias de células de Hurthle del tiroides diagnosticados entre Enero 1 de 1970 y Diciembre 31 de 1985, en el departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología INC. Se clasificaron 7 como carcinomas y 13 como adenomas. La incidencia fue del 4.16% de todas las neoplasias tiroideas y 1.8% para los carcinomas. Hubo predominio en mujeres; los carcinomas predominaron en la sexta década y los adenomas en la quinta. La punción biopsia aspirativa permite identificar la lesión; pero su carácter benigno o maligno sólo se puede determinar con el estudio completo de la pieza quirúrgica que incluya un mínimo de 8 cortes.

No hubo diferencias macroscópicas importantes entre los carcinomas y los adenomas. Todos los carcinomas presentaron invasión capsular, y en cinco se observó además invasión vascular.

Cinco pacientes con carcinoma fallecieron por enfermedad metastásica, y su sobrevivida fue de 4.8 años. El seguimiento para los pacientes con adenoma fue de 8.8 años y evolucionaron satisfactoriamente.

INTRODUCCION

El cáncer de tiroides en Colombia representa aproximadamente el 1.5% de todas las neoplasias malignas (5).

Según el estudio de Duarte Torres (5), en el Instituto Nacional de Cancerología (I.N.C.) durante los años de 1965 a 1980 se atendieron en total 149.040 pacientes nuevos, diagnosticándose cáncer en 38.078, de los cuales 742 fueron primarios del tiroides, lo que equivale al 1.95% discriminados así: 43.8% carcinoma papilar, 30.2% carcinoma folicular, 24% carcinoma anaplásico, 2% carcinoma medular y 0.2% carcinoma escamocelular.

La célula oncocítica es una célula grande, de citoplasma abundante eosinófilo, granular, con un núcleo vesiculoso y nucleolo prominente, que se puede observar en condiciones benignas y malignas en diferentes órganos como riñón, tiroides, paratiroides, hipófisis, glándulas salivares,

* Residente III de Cirugía General
** Investigador científico
*** Residente I de patología. Instituto Nacional de Cancerología.

suprarrenal, etc. Los tumores compuestos enteramente por estas células se designan con el nombre de oncocitomas. En el tiroides, el cambio oncocítico se puede observar como un evento secundario en las células de neoplasias foliculares y papilares, sin que se afecte su respectivo comportamiento biológico. Sin embargo, si un tumor tiroideo está compuesto predominante o exclusivamente de células oncocíticas, tiene características únicas y en este sitio, se le ha denominado tumor de células de Hurthle (11,16).

Los carcinomas de células de Hurthle no han sido considerados hasta hace poco, como una entidad clínico-patológica definida y han sido asimilados como carcinomas foliculares. Rosai y Colaboradores (11), consideran que estos tumores tienen características propias dependientes de su citología y constituyen una entidad histopatológica bien definida, con su propia historia natural.

Otros autores (1) han considerado a todas las neoplasias de células de Hurthle como potencialmente malignas, debido a que algunos pacientes con tumores histológicamente benignos han muerto por diseminación metastásica. Sin embargo, Bondenson y Colaboradores (2) al igual que Rosai (11), sugieren que el potencial maligno de estas neoplasias se puede predecir usando criterios histológicos.

El propósito de este trabajo es revisar los tumores de células de Hurthle en el I.N.C.; efectuar una correlación de los parámetros histológicos de benignidad o malignidad con su comportamiento biológico; determinar su incidencia en nuestro medio, así como sus características clínico-patológicas que permitan establecer pautas adecuadas de manejo y tratamiento.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron 35 casos de neoplasia de células de Hurthle, diagnosticados en el Instituto Nacional de Cancerología, en el período comprendido entre Enero 1o. de 1970 y Diciembre 31 de 1985.

Se elaboró un protocolo en el cual se estudiaron los siguientes aspectos clínicos: edad, sexo, procedencia, signos y síntomas, duración de la sintomatología, estudios paraclínicos, gamagráficos y radiológicos, evolución y tratamiento.

El estudio patológico incluyó características macroscópicas, peso y dimensiones de cada espécimen. El material histológico disponible consistió de un mínimo de 8 cortes por caso, coloreados con hematoxilina-eosina y fue revisado por dos patólogos independientemente, sin conocimiento previo de los diagnósticos o datos de historia clínica.

Se consideró histológicamente como neoplasia de células de Hurthle a aquellos tumores compuestos enteramente por células poligonales o redondas, de citoplasma eosinófilo granular y núcleo central con nucleolo visible y cromatina irregular, dispuestos en trabéculas y/o formación de pequeños folículos (9). Se clasificaron como carcinomas a aquellos tumores que presentaban al menos uno de los siguientes parámetros morfológicos de malignidad: invasión capsular, vascular, al parénquima tiroideo de vecindad o tejidos adyacentes extratiroideos. Se consideraron como adenomas a aquellas lesiones encapsuladas sin ninguna evidencia de invasión. Otros parámetros histológicos tenidos en cuenta fueron: pleomorfismo celular, necrosis, hemo-

rragia, mitosis, patrón de crecimiento y calcificaciones. Se consideraron además lesiones asociadas tiroideas y extratiroideas.

Teniendo en cuenta estas variables, nueve casos fueron descartados por las siguientes causas: cinco, por tratarse de carcinomas foliculares con cambios focales oncocíticos; dos adenomas, porque su diagnóstico se basó en biopsia por punción, sin estudio de la pieza quirúrgica y dos casos por tratarse de bocio y tiroiditis crónica con cambios oncocíticos.

Con los 26 casos restantes se realizó el estudio de incidencia, clasificándose 9 como carcinomas y 17 como adenomas. Para establecer la correlación clínico-patológica, se descartaron 2 carcinomas y 4 adenomas por falta de un seguimiento adecuado, el cual se estableció como mínimo de 5 años después del tratamiento quirúrgico. Un carcinoma (caso 7) con un seguimiento menor a 5 años, se incluyó en el estudio, teniendo en cuenta que falleció por enfermedad metastásica.

RESULTADOS

Con los 20 pacientes seleccionados se realizó este estudio, teniendo en cuenta todas las variables clínicas y patológicas propuestas. Se clasificaron 7 casos como carcinomas y 13 como adenomas.

I. Carcinomas de células de Hurthle.

1. Edad, sexo y duración de la sintomatología (Tabla 1): de los 7 pacientes, 6 eran mujeres, y un hombre, con evidente predominio en el sexo femenino, en proporción 6:1.

TABLA No. 1

CARCINOMAS TIPO HURTHLE
DISTRIBUCION POR EDAD Y EVOLUCION CLINICA

CASO	EDAD (Años)	SEXO	EVOLUCION CLINICA (Años)
1	59	F	12
2	63	F	20
3	59	F	1/2
4	53	M	2
5	43	F	3
6	57	F	20
7	43	F	6

La edad osciló entre los 43 y 63 años, con un promedio de 53.8 años, observándose predominio en la sexta década.

El tiempo de duración clínica de la enfermedad antes del tratamiento quirúrgico, fue en promedio de 9.07 años siendo en algunos casos hasta de 20 años con crecimiento rápido en los últimos 6 meses.

La procedencia de los pacientes fue variada sin observarse predominio por determinada área geográfica.

2. Signos y síntomas (Tabla 2): todos los 7 pacientes consultaron por masa en cuello; 3 pacientes presentaban además de la masa, dolor. En un caso, el paciente refería simultáneamente disfagia, disfonía y disnea, (caso 7). El diagnóstico clínico en cinco casos fue de carcinoma de tiroides y en dos de bocio coloide nodular más tiroiditis.

3. Estudio gamagráfico y radiológico: cuatro pacientes (57%) presentaban nódulo frío (Figura No. 1); en un paciente no se hizo estudio gamagráfico

y en dos casos, no se especificó el tipo de nódulo observado. La retención de yodo a las 24 horas en 6 de los pacientes fue de 9.86%, variando entre 4% y 17,2%. Los estudios radiológicos demostraron metástasis óseas y pulmonares en cuatro pacientes desde la consulta inicial.

TABLA No. 2
CARCINOMAS TIPO HURTHLE
SIGNOS Y SINTOMAS

HALLAZGO	NUMERO
Masa.	7
Dolor.	3
Disnea.	1
Disfonía.	1
Disfagia.	1

4. Estado de la enfermedad inicial (metástasis), tratamiento, seguimiento, recidiva y evolución (Tabla 3): cuatro pacientes presentaban metástasis diseminadas al momento del diagnóstico. Tres pacientes no tenían enfermedad metastásica: uno de ellos tuvo un tiempo de seguimiento de 6 años libres de enfermedad, a partir de los cuales el paciente se perdió del control médico. Otro, desarrolló metástasis supraesternales y yugulares izquierdas a los 5 años del diagnóstico y se perdió de control un año después. El tercer paciente, un año después del diagnóstico presentó recurrencia local y metástasis a L3 y a maxilar inferior,

las cuales no fueron yodocaptantes, y falleció. Los 4 pacientes con metástasis murieron entre 3 y 4 años posteriores al diagnóstico.

En 4 pacientes se practicaron tiroidectomías totales; en 2, tiroidectomía subtotal y en otro, una tiroidectomía residual. Cuatro pacientes requirieron traqueostomías y en solo uno se practicó limpieza ganglionar regional. Cinco pacientes recibieron hormonoterapia, dos radioterapia y dos cobaltoterapia; solo un paciente recibió I131 previa TSH y la captación fue únicamente del 0.33%

5. Patología (Tabla 4): el tamaño de estos tumores fue en promedio de 5.4 cms., oscilando entre 3 y 9 cms. Su peso varió entre 40 y 280 grms., con un promedio de 172 grms. Estas medidas y pesos corresponden a la pieza quirúrgica completa y no al nódulo o nódulos tumorales propiamente dichos. Macroscópicamente los tumores eran uni o más frecuentemente multinodulares, algunos parcialmente encapsulados y en otros no se especificó presencia de cápsula. (Figura No. 2). Al corte, algunos eran de color café claro y en la mayoría no se anotó este dato. Tres casos presentaban necrosis y hemorragia extensas simultáneamente. Un tumor evidenciaba necrosis importante sin hemorragia y otros dos casos mostraban hemorragia focal. Ocasionalmente se observaron focos de calcificación.

Microscópicamente en todos los 7 casos el tumor invadía la cápsula (figura No. 3), encontrándose compromiso de piel en un caso (figura No. 4) y en la recidiva local de otro. Cinco pacientes presentaban angioinvasión, (Figura No. 5). En dos casos no se

TABLA No. 3
CARCINOMAS TIPO HURTHLE
METASTASIS, TRATAMIENTO, RECIDIVA, SEGUIMIENTO, EVOLUCION

CASO	METASTASIS INICIALES	TRATAMIENTO	RECIDIVA Y/O METASTASIS	SEGUIMIENTO (AÑOS)	EVOLUCION
1	NEGATIVO	T.R. ⁽¹⁾ + TRAQ. ⁽²⁾ + T ₃ + CO. ⁽³⁾	NEGATIVO	6 (LIBRE DE ENFERMEDAD)	VIVO PERDIDO DEL CONTROL.
2	SILLA TURCA, HUESOS PELVIS, GANGLIOS REGIONALES	T.T. ⁽⁴⁾ + LIMPIEZA GANGLIONAR + T ₃ + RADIOT. + T ₃	A PIEL UN AÑO DESPUES	3 (PERSISTENCIA DE METASTASIS)	MUERTO
3	PIEL (CUELLO), GANGLIOS REGIONALES	T.T. ⁽⁴⁾ + T ₃ + CO. ⁽³⁾	NEGATIVO	4	MUERTO
4	PULMON	T.S. ⁽⁵⁾ + CO. ⁽³⁾	NEGATIVO	4 (PERSISTENCIA METASTASIS)	MUERTO
5	NEGATIVO	T.S. ⁽⁵⁾ + T ₃	METASTASIS A GANGLIOS SUPRAESTERNALES Y YUGULARES 5 AÑOS DESPUES	6	DESCONOCIDO
6	NEGATIVO	T.T. ⁽⁴⁾ + T ₄	RECURRENCIA LOCAL Y METASTASIS A L3 Y MAXILAR INF. AL AÑO.	1	MUERTO
7	HIGADO - PULMON	T.T.	0	0 (ESTADO TERMINAL)	MUERTO

- (1) T.R. - Tiroidectomia Residual.
(2) Troquectomia
(3) Cobaltoterapia
(4) T.T. - Tiroidectomia Total.
(5) T.S. - Tiroidectomia Subtotal.

TABLA No. 4
CARCINOMAS TIPO HURTHLE
PATOLOGIA, GANGLIOS REGIONALES

CASO	INV. CAPSULAR	INV. VASCULAR	PLEOM. CELULAR	PATRON HISTIOLOGICO		GANGLIOS REGIONALES
				FOLICULAR (%)	TRABECULAR (%)	
1	Positiva	Positiva	Negativo	90	10	Hiperplasia Histiocítica.
2	Positiva	Negativa	Ligero	10	90	Positivos
3	Positiva	Negativa	Negativo	90	10	Positivos
4	Positiva	Positiva	Negativo	80	20	Negativos
5	Positiva	Positiva	Negativo	80	20	Negativos
6	Positiva	Positiva	Ligero	20	80	Negativos
7	Positiva	Positiva	Moderada	20	80	Negativos

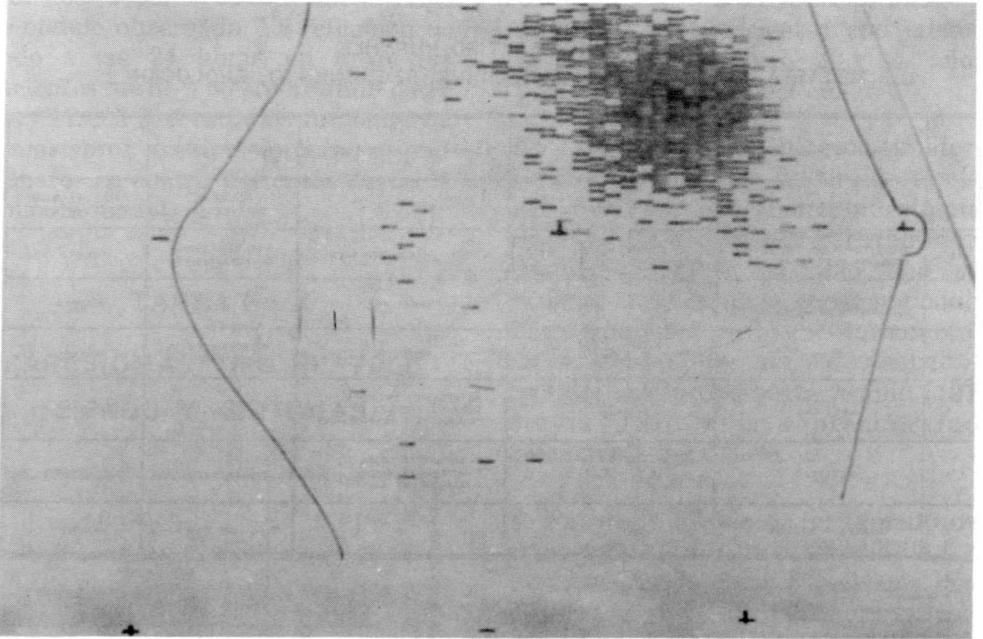


Fig. 1. Fotografía del estudio gamagráfico de un paciente con carcinoma de células de Hurthle. Se aprecia un nódulo frío en el lóbulo izquierdo del tiroides.

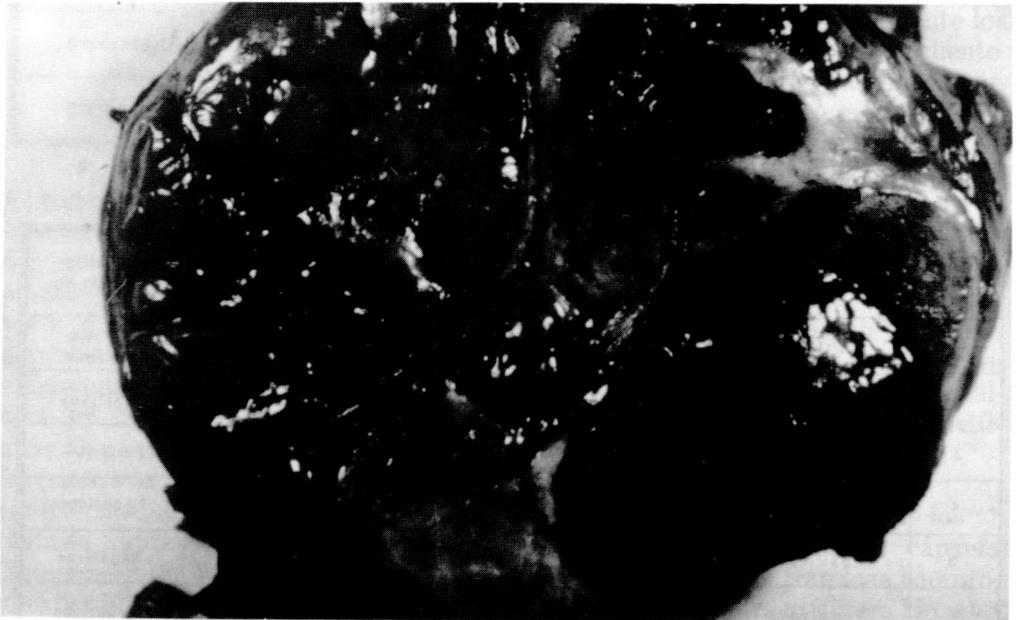


Fig. 2. Aspecto macroscópico de un carcinoma de células de Hurthle, donde se observa en el extremo derecho una pseudocápsula; es trinodular y presenta necrosis y hemorragia.

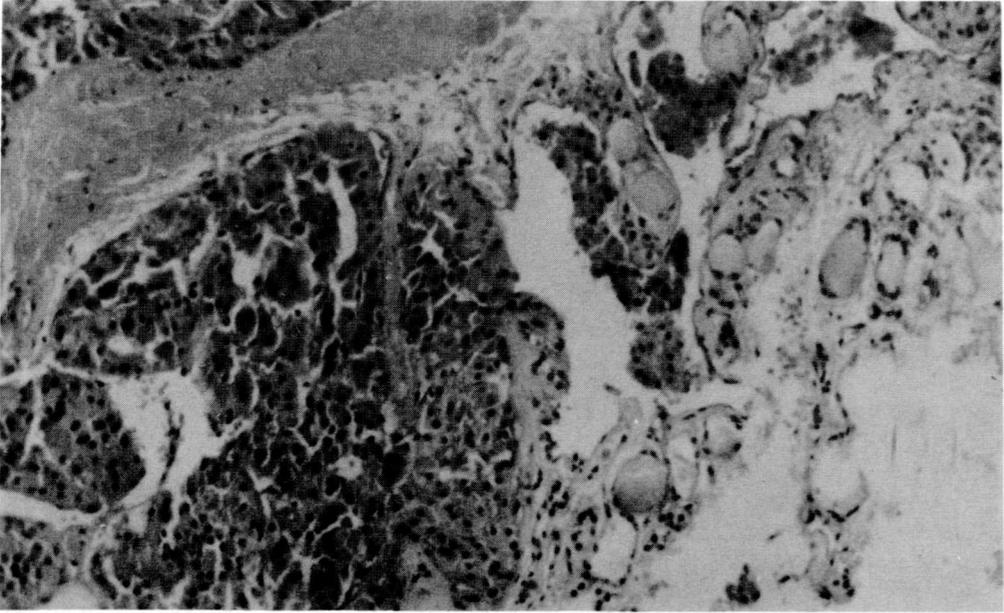


Fig. 3. Microfotografía de un carcinoma tipo Hurthle, que muestra invasión capsular y al tejido tiroideo adyacente (H-E, 40X).

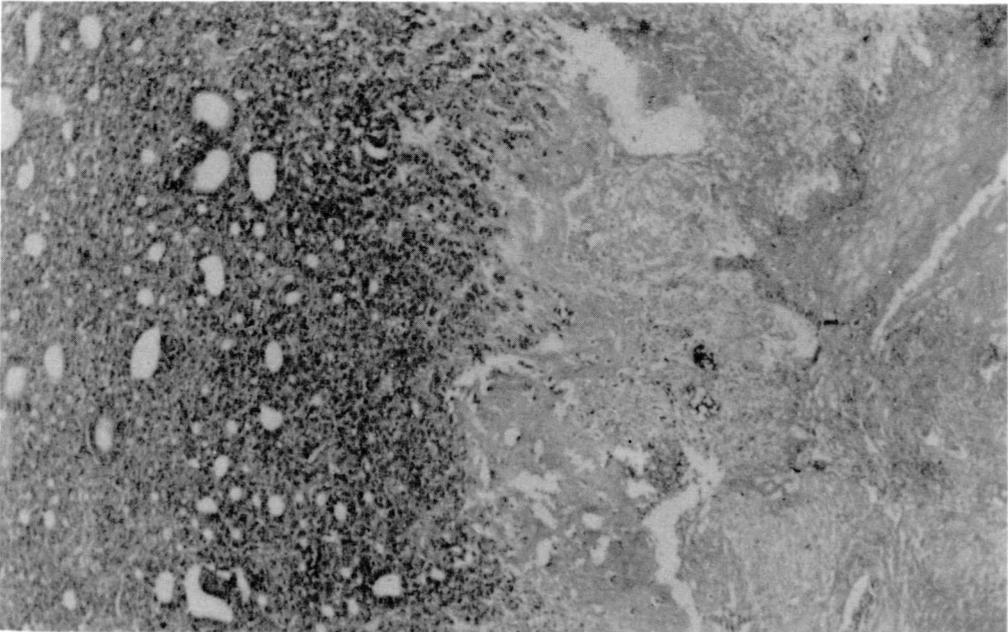


Fig. 4. Invasión a piel de un carcinoma tipo Hurthle. Se aprecia el patrón microfollicular predominante. (H.E. 10X).

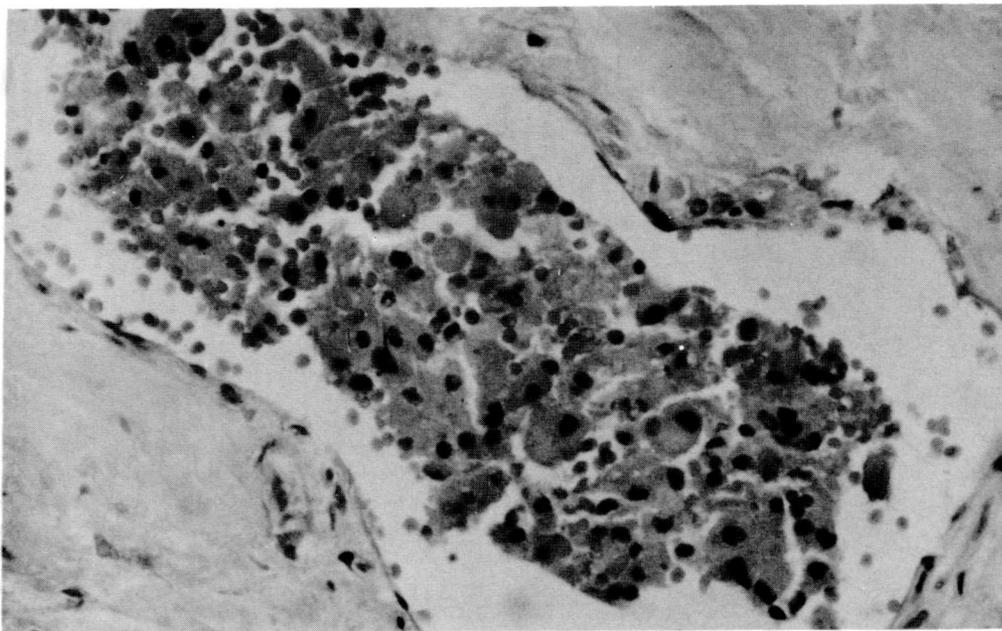


Fig. 5. Microfotografía que muestra invasión vascular en un carcinoma de células de Hurthle. (H.E. 40X).

observó invasión a vasos luego de estudiar múltiples placas. El patrón histológico fue folicular en cuatro casos y en el resto, trabecular. (Figura No. 6). Se observó pleomorfismo celular moderado en un caso y ligero en dos. En un tumor se apreciaron cuerpos de psamoma y en otro calcificaciones focales. No se observaron mitosis. Histológicamente había metástasis a ganglios linfáticos adyacentes en sólo dos casos.

II. Adenomas de células de Hurthle:

1. Edad, sexo y duración de los síntomas: de los 13 pacientes, 10 eran mujeres y 3 hombres, para una proporción de 3:1, cuya edad promedio fue de 43.6 años, oscilando entre 27 y 69 años, con predominio hacia la quinta década. El tiempo de duración

clínica de la enfermedad antes del tratamiento fue de 7.1 años, variando entre 5 meses y 23 años. Los pacientes provenían de diversas regiones del país.

2. Signos y síntomas: doce pacientes consultaron por masa en cuello; tres referían además, dolor, dos, disfonía; dos disnea y dos, disfagia. Un paciente presentaba dolor, disfonía y disfagia, sin masa clínicamente visible. El diagnóstico clínico fue en 12 casos de bocio nodular euritoideo, y en un caso de bocio coloide nodular. Ningún paciente presentaba evidencia de metástasis.

3. Estudios gamagráficos y radiológicos: todos los pacientes presentaron nódulos fríos, 8 en el lóbulo izquierdo, 4 en el derecho y uno en el istmo. La retención a las 24 horas fue de 12.7%

4. Tratamiento, lesiones asociadas, seguimiento y evolución clínica: en todos los pacientes se practicaron resecciones parciales del tiroides como lobectomías, istmectomías o nodulectomías. En relación con las lesiones asociadas, 3 pacientes presentaban bocio coloide nodular; un paciente, tiroiditis crónica; un paciente, cistadenoma papilar seroso de ovario derecho; otro, carcinoma papilar mínimo de tiroides, perdido del seguimiento luego de 5 años bajo control y asintomático.

Un paciente presentaba carcinoma de células renales de riñón izquierdo, actualmente en tratamiento, diagnosticado un año después del adenoma y sin evidencia de recurrencia del tumor tiroideo. Diez pacientes evolucionaron satisfactoriamente con un tiempo de

seguimiento en promedio, de 8.84 años, variando entre 5 y 13 años; solo uno de estos pacientes presenta disfonía persistente. En tres casos el seguimiento es desconocido luego de 5 años.

5. Patología: el tamaño promedio fue de 4.9 cms., oscilando entre 3 y 12 cms.; el peso promedio fue de 143.5 grms. variando entre 38 y 402 grms. Estos valores corresponden a toda la pieza quirúrgica y no se establece una diferencia importante respecto a los carcinomas. Macroscópicamente los 13 adenomas estaban bien encapsulados y eran uninodulares. Al corte, un caso presentaba extensa necrosis; en otro la necrosis era focal y en el resto de los tumores no se observó. En cinco casos había hemorragia focal antigua y reciente; seis adenomas mostraban calcificaciones focales.

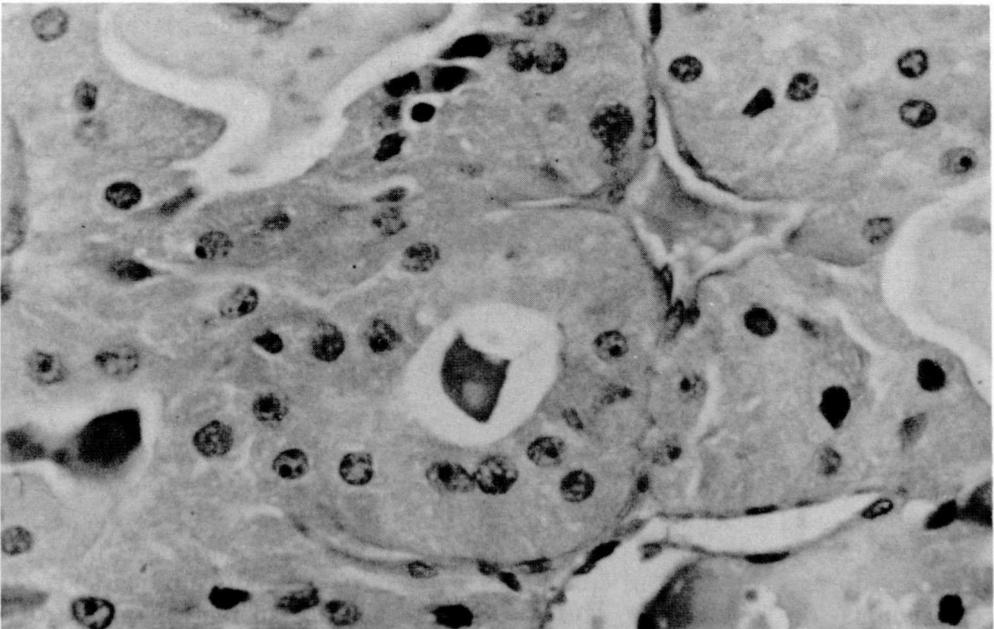


Fig. 6. Patrón folicular en un carcinoma tipo Hurthle. Obsérvese el carácter citológicamente benigno de sus células. (H.E. 100X).

Microscópicamente, en 11 tumores (84.62%) la cápsula era gruesa, bien definida, (Figura No. 7), y en dos era delgada. No se evidenció en ningún caso invasión capsular, vascular ni a tejidos adyacentes. Solo un tumor presentaba pleomorfismo celular ligero y en dos, cambios atribuibles a alteraciones degenerativas. El patrón histológico predominante fue el microfolicular en 6 casos, (Figura No. 8); 3 tenían patrón trabecular y en dos fue mixto. Se observaron mitosis ocasionales.

DISCUSION

En los últimos años ha habido constante interés en definir los tumores de células de Hurthle como una entidad clínico-patológica con su propia historia natural. Muchos autores (11, 16) han investigado sobre el tema, con hallazgos diversos.

Según este estudio la incidencia calculada en nuestra institución para carcinomas de células de Hurthle es de 1.8% Morrow, citado por Miller R. y Colaboradores (9), demuestra cómo hasta antes de 1945 solamente 22 casos de carcinomas de células de Hurthle habían sido informados en la literatura mundial. La razón para esta aparente rara incidencia se atribuye a la clasificación de este tumor dentro de los carcinomas foliculares. A medida que los investigadores y los patólogos comenzaron a conocer la distintiva naturaleza de esta lesión, la verdadera incidencia ha podido ser determinada; es así, como Tollefson y Colaboradores (17) afirman que los carcinomas de células de Hurthle ocurren en el 6.4% de todas las neoplasias malignas tiroideas, en su estudio de 36 años.

En el presente trabajo encontramos que los tumores de células de Hurthle, adenomas y carcinomas, son más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 4:1; este hallazgo es similar a lo descrito en la literatura (1,2). En este sentido no difieren de los otros tipos histológicos de tumores tiroideos, los cuales se presentan en mujeres en un 75% de los casos y en hombres en un 29% (5). El promedio de edad para los carcinomas tampoco difiere de lo hallado en otras series (1,2) y es similar a los carcinomas foliculares, predominando en la sexta década de la vida (1,2). Los adenomas presentan su mayor incidencia hacia la quinta década.

En nuestro estudio la totalidad de los pacientes consultó por masa en el cuello; el dolor fue el síntoma principal acompañante en tres carcinomas y en igual número de adenomas; disnea, disfonía y disfagia se presentaron en ambos grupos de pacientes. Esta sintomatología concuerda con los hallazgos citados por Caplan R. y Colaboradores (4) quienes encontraron en su grupo de pacientes algunos totalmente asintomáticos, eutiroideos y otros con síntomas semejantes a los hallados en nuestro estudio y que no son específicos de este tipo de tumor.

Los estudios clínicos y gammagráficos no permiten hacer un diagnóstico certero sobre la naturaleza y benignidad o malignidad del tumor, lo que ha motivado un interés en el diagnóstico quirúrgico de estas lesiones mediante biopsia aspirativa, incisional o con trucut; estos tumores presentan una citomorfología muy característica que permite su fácil diagnóstico con un alto grado de exactitud (14); sin embargo, la diferenciación entre benignidad y malignidad requiere un

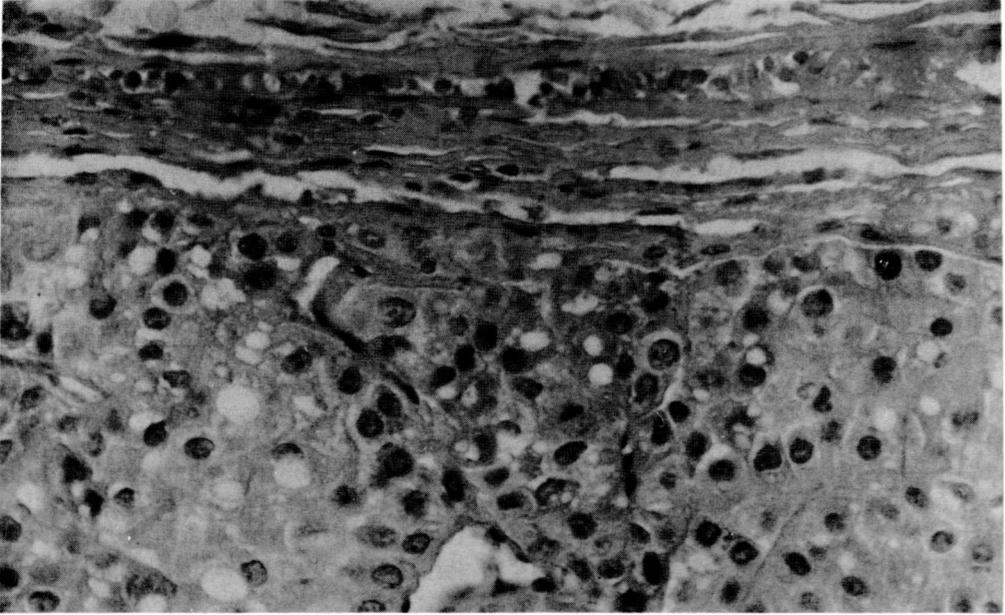


Fig. 7. Cápsula bien definida de un adenoma de células de Hurthle. Se aprecia el patrón sólido y microfoliular, y una mitosis típica. (H.E. 40X).

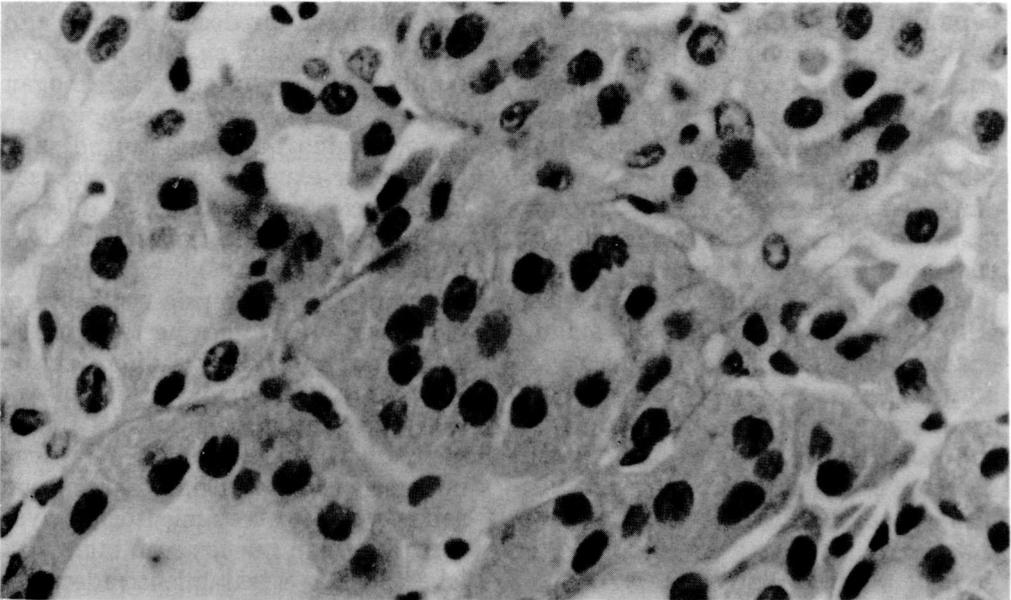


Fig. 8. Microfotografía de un adenoma, donde se aprecia la célula oncocítica, de citoplasma eosinófilo granular y núcleo redondo con nucleolo visible. Se observa ligero pleomorfismo en algunas células. (H.E. 100X).

estudio completo de múltiples cortes de la pieza quirúrgica, para así detectar invasión capsular, vascular y/o tejidos adyacentes (4). Para nosotros, igualmente, el análisis del espécimen quirúrgico completo fue fundamental para establecer esta diferenciación.

Las características macroscópicas en este estudio no permitieron, en general, diferenciar entre carcinoma y adenoma, coincidiendo en este sentido con otros autores (11), quienes tampoco dan mayor importancia al tamaño del tumor, como criterio para definir malignidad. Algunos investigadores (2,6) consideran que el tamaño del tumor puede indicar potencial maligno y que por encima de 2 o 4 cms., aún en lesiones histológicamente benignas, aconsejan un manejo más radical.

Los criterios histológicos de invasión capsular, vascular y/o a tejidos adyacentes preconizados por varios autores (4,12) y seguidos por nosotros para el diagnóstico diferencial entre lesiones benignas o malignas, los consideramos confiables en este estudio y permitieron predecir el comportamiento clínico de los tumores, en contraposición a otros investigadores (6) quienes utilizando los mismos criterios los han considerado inadecuados por la evolución clínica de algunos de sus casos. Como puede apreciarse, los parámetros histológicos utilizados para definir malignidad, son los mismos criterios empleados para el diagnóstico del carcinoma folicular (7).

En el 45% de los adenomas se encontró patología asociada tiroidea o extratiroidea; en un caso un carcinoma papilar mínimo tiroideo y en otros un

carcinoma de células renales. Para algunos autores (19), la frecuencia de enfermedad maligna extratiroidea asociada es del 27% y ha involucrado diversos órganos.

Watson y Colaboradores (19) y otros investigadores (8), han propuesto cirugía radical para el tratamiento de los carcinomas, basándose en criterios como el tamaño de la lesión, la falta de respuesta terapéutica a la supresión hormonal, al yodo 131, a la radioterapia externa, a la quimioterapia con ciclofosfamida, doxorubicina o Cisplatino (6,9) y a la bilateralidad de la lesión por diseminación intraglandular (15). Nuestros resultados, iguales a los de otros autores (4,9,13) contrastan con la experiencia de Thompson de la Universidad de Michigan (15), confirmando la agresividad del carcinoma y el comportamiento uniforme benigno de los adenomas, basados en los criterios histológicos anotados y que permiten predecir con un alto grado de exactitud su futuro comportamiento. Otros autores (12) abogan por estudios de seguimiento a más largo término que permitan adquirir una mayor experiencia para alcanzar la resolución completa de los dilemas terapéuticos de este tumor. Nosotros consideramos que el tratamiento quirúrgico radical puede ser hasta el momento, la única perspectiva para el control del carcinoma, a diferencia de Brennan y Colaboradores (3) quienes concluyen que la cirugía inicial agresiva para los carcinomas no tiene influencia en la sobrevida. Estamos de acuerdo que los tratamientos coadyuvantes no dan buenos resultados. La lobectomía es el tratamiento adecuado y suficiente para los adenomas.

La sobrevida de los pacientes con carcinoma tipo Hurthle fue en prome-

dio de 4.8 años, es decir, del 14.28% siendo de peor pronóstico que el carcinoma folicular (36% a los 5 años) y mejor que la del carcinoma anaplásico (4% a los 5 años). Esta baja sobrevida en nuestra serie, es explicable por el estado avanzado de la enfermedad en 4 de los pacientes cuando consultaron por primera vez. Esto contrasta con otros autores (18) quienes informaron una sobrevida del 93% a los 5 años. En el estudio de Tollefson y Colaboradores (16) la sobrevida estimada fue del 76% a los 5 años y del 40% a los 25 años.

CONCLUSIONES

Las neoplasias de células de Hurthle son lesiones que por sus características histopatológicas y comportamiento biológico, constituyen una entidad clínico-patológica bien definida y deben ser estudiadas, clasificadas y tratadas como tal.

El presente estudio permite establecer la incidencia de estos tumores en I.N.C., siendo el 4.16% de todas las neoplasias tiroideas. Los carcinomas de tipo Hurthle constituyen el 1.8% de los carcinomas del tiroides.

Los tumores de células de Hurthle predominan en mujeres en proporción de 4:1. La edad promedio para los carcinomas es la sexta década de la vida y los adenomas presentan su mayor incidencia hacia la quinta década.

El estudio clínico y gamagráfico no permite hacer el diagnóstico de tumores de células de Hurthle, ni la diferenciación entre benignidad y malignidad. La biopsia aspirativa, por trucut o incisional, establece con exactitud la naturaleza citológica del

tumor, pero la diferenciación entre carcinoma y adenoma, requiere el estudio de la pieza quirúrgica completa, que incluya un número no inferior a ocho cortes, con el fin de estudiar invasión capsular, vascular y/o a tejidos adyacentes.

Los criterios histopatológicos de malignidad y benignidad son confiables en un alto grado de exactitud. En nuestro estudio no se observó comportamiento maligno en lesiones diagnosticadas como adenomas.

La terapia adecuada para los carcinomas es tiroidectomía total y disección de ganglios regionales. Para los adenomas consideramos que la lobectomía es suficiente tratamiento. La enfermedad metastásica no es controlable con tratamientos adyuvantes; por lo tanto, el único tratamiento que puede mejorar actualmente el pronóstico es la radicalidad de la cirugía inicial.

Agradecimiento especial al doctor Francisco Martín B. Jefe del Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología, por la Revisión y Orientación prestados en la elaboración de este trabajo.

SUMMARY

20 Hurthle cell tumors of the thyroid gland were diagnosed between January 1970 and December 1985 at the National Institute of Cancer, Bogotá, Colombia, 7 were classified as carcinomas and 13 were diagnosed as adenomas. They represented 4.16% of thyroid neoplasms and 1.8% of carcinomas. The latter predominated in the sixth decade and the adenomas in the fifth.

Fine needle aspiration biopsy allows identification of the lesion. However its benign or malignant character can only be determined through a complete study of the surgical specimen which should include a minimum of eight slides.

There were no gross differences between the carcinomas and the

adenomas. All of the carcinomas developed capsular invasion; in five of them vascular invasion was demonstrated. Five patients with carcinoma died of metastatic disease. The mean survival was 4.8 years. The patients with adenoma behaved satisfactorily after a mean of 8.8 years of follow up.

BIBLIOGRAFIA

1. Arun KG., Orlo HC. Hurthle Neoplasms. Arch. Surg. 119: 515-519, 1984.
2. Bodenson L., Bodenson AG y col. Oxyphil Tumours of Thyroid. Arch. Surg. 194: 677-680, 1981.
3. Brennan MD, Y Col. Survival and death from Hurthle cell cancer. Abstract T-68. Program and abstracts of the 59th annual meeting of the American Thyroid Association, New Orleans. Oct. 5-8, 1983.
4. Caplan HR. y col. Hurthle Cell Tumours of Thyroid Gland. JAMA 251: 3114-3117, 1984.
5. Duarte Torres E. Carcinoma de la Glándula Tiroides. Revista Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. 2 (1): 39-64, 1981.
6. Gundry SR. y col. Total Thyroidectomy for Hurthle Cell Neoplasm of Thyroid. Arch. Surg. 118: 529-532, 1983.
7. Kahn N. y col. Follicular Carcinoma of the Thyroid Gland. Pathology Annual Part 1 Pág. 221-251, 1983.
8. Krishnamurthi GT. y col. Radioiodine I 131 therapy in the management of Thyroid Cancer 40: 195-202, 1977.
9. Miller R. y col. Hurthle Cell Tumours of the Thyroid Gland. Laryngoscope 93: 884-888, 1983.
10. Roediger W. The Oxyphil and C cells of the human thyroid gland. A cytochemical and histopathologic review. Cancer 36: 1758-1770, 1975.
11. Rosai J. y col. Pathology of Thyroid Tumors. Some recent and old questions. Human Path 15: 1008-1012, 1984.
12. Rosen IB. y col. Hurthle Cell Tumours Behavior: Dilemma and resolution. Surgery 98: 777-783, 1985.
13. Saull SC. y col. Hurthle Cell Tumours of the Thyroid Gland. Otolaryngol Head Neck Surg 93: 58-62, 1985.
14. Sudha RK. y col. Cytopathology of Hurthle Cell Lesions of the Thyroid Gland by fine needle aspiration. Acta Cytologica 25: 647-652, 1981.
15. Thompson, NW. y col. Thyroid carcinoma: current controversies. Curr. Probl. Surg. 15: 1-67, 1978.
16. Tollefson HR. y col. Follicular Carcinoma of the Thyroid. Am. J. Surg. 126: 523-528, 1973.
17. Tollefson HR. y col. Hurthle Cell Carcinoma of the Thyroid. Am. J. Surg. 130: 390-394, 1975.
18. Van Heerden J. Hurthle Cell Neoplasm Discussion. Ach. Surg. 119: 518, 1984.
19. Watson RG. y col. Invasive Hurthle Cell Carcinoma of the Thyroid: Natural History and management. Mayo Clinic Proc. 59: 851-855, 1984.