

Artículo original

Carcinoma de células de Hürthler de la glándula tiroides. Experiencia de 5 años.

Autores:

Dr. José Alberto Puerto Lorenzo ^I

^I Especialista de segundo grado en Cirugía General y primer grado en M.G.I. Profesor Asistente. Investigador Agregado.

Email: jose.puerto@gal.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1686-1844>

Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima.”
Cienfuegos. Cuba.

Dra. C Lidia Torres Aja ^{II}

^{II} Dra. en Ciencias Médicas, Máster en Educación Médica, Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de segundo grado en Cirugía General. Profesora Titular. Investigadora Titular.

Email: lidiata@jagua.cg.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8335-5437>

Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima.”
Cienfuegos. Cuba.

Dr. Ernesto Pérez Quintana ^{III}

^{III} Especialista de primer grado en Coloproctología.

Email: perezquintana86@gmail.com

ORCID: : <https://orcid.org/0000-0001-7923-3736>

Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima.”
Cienfuegos. Cuba.

Dra. Eslinda Cabanes Rojas ^{IIII}

^{IIII} Especialista de primer grado en Medicina Interna. Profesora Asistente.

Email: eslindacr830314@minsap.cfg.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0590-0422>

Hospital Provincial General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguia Lima.”
Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia a:

Dr. José Alberto Puerto Lorenzo

Dirección: calle 47 # 5026 / 50 y 52.

Cienfuegos. Provincia Cienfuegos. Cuba.

Teléfono: 522518.

Email: jose.puerto@gal.sld.cu

RESUMEN

El carcinoma de células de Hürthler del tiroides, es un tumor maligno poco frecuente, cuyo tratamiento de elección es la cirugía asociada a la administración de yodo 131. El objetivo del trabajo fue caracterizar el manejo quirúrgico del carcinoma de células de Hürthler del tiroides en la provincia Cienfuegos en un periodo de 5 años, comprendidos desde enero del 2015 a diciembre del 2019. Se realizó estudio descriptivo y retrospectivo de 28 pacientes operados de carcinoma de células de Hürthler en el Servicio de Cirugía del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima en la provincia Cienfuegos durante 5 años. Se analizaron las variables: sexo, grupos de edades, motivo de consulta, localización del tumor, tipo de biopsia utilizada y su correlación, estadio clínico y complicaciones. Se empleó un modelo recolector de datos con las variables de interés para el estudio, los datos se presentaron en tablas de frecuencia, números y porcentaje. Predominó el sexo femenino, la edad de 41 a 50 años y el lóbulo derecho. El diagnóstico se realizó en estadios iniciales de la enfermedad; la parálisis recurrencial transitoria fue la complicación más encontrada. El aumento de volumen del cuello fue el síntoma inicial más representativo. El carcinoma de células de Hürthler, constituyen una entidad poco frecuente, siempre tributarios de tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: cancer de tiroides, carcinoma de células de Hürthler, yodo radiactivo, radioterapia.

INTRODUCCIÓN

El cancer de tiroides se encuentra actualmente como la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. ⁽¹⁾ En 1988 la Organización Mundial de la Salud formalmente clasificó a los carcinomas de células de Hürthler CCH, como una variante de carcinoma folicular de tiroides CFT. Sin embargo, presenta algunas características clínicas que lo diferencia del CFT. Dicho carcinoma representa el 3% de todos los tumores de tiroides, es un tipo raro de tumor maligno en el que se producen cambios celulares que constan de la acumulación en masa de mitocondrias, cuya morfología muchas veces está alterada. ⁽²⁾

El tumor de células de Hürthle debe su nombre al histólogo alemán Karl Hürthle y fue citado por James Ewing en 1919 quien maximizó la difusión de este término, usado exclusivamente para la neoplasia oncocítica tiroidea. Sin embargo, el primero en describir estas células poligonales grandes, derivadas del epitelio folicular tiroideo fue Max Azkenazy y por ello se puede encontrar en la literatura con este epónimo, también llamado oncocítico u oxifilo indistintamente. ⁽³⁾

El CCH se ha considerado un subtipo de carcinoma folicular del tiroides CFT históricamente ^(1, 4), por lo que la mayoría de estudios no se han centrado específicamente en este grupo de tumores. Es 2-3 veces más frecuente en mujeres, pero si lo comparamos con otros carcinomas diferenciados de tiroides, hay mayor prevalencia en hombres ^(1, 4, 5). En cuanto a la edad de diagnóstico, la mayoría de estudios encuentran una edad media al diagnóstico de los CCH de unos 60 años, que es unos 10 años superior a la de los CFT ^(1, 6). Respecto a las características histológicas del tumor, son tumores más grandes y es más frecuente que presenten extensión extratiroidea. ^(6, 7)

En los carcinomas de células de Hürthle CCH, la diseminación por vía hematogena es más frecuente que por vía linfática, en un 5-8% de los casos. Si consideramos todas las variantes del CFT, parece que el CCH tiene una mayor predisposición para invadir adenopatías cervicales aunque en una proporción menor que el carcinoma papilar de tiroides CPT. ^(4, 8)

Para el diagnóstico del CCH y de todo nódulo tiroideo, es fundamental la realización de una ecografía cervical, permitiéndonos conocer el tamaño y las características del nódulo, así como la existencia de otras lesiones que no hubieran sido identificadas en la exploración física. ^(9, 10) Además, la ecografía permite seleccionar las lesiones que hay que puncionar y facilita la realización de la biopsia por aspiración con aguja fina BAAF, asegurando puncionar en el lugar correcto y permitiendo el acceso a nódulos no palpables. ^(11,12) El tamaño del nódulo es importante en este carcinoma, ya que está relacionado con el pronóstico de la enfermedad. La descripción ecográfica de los nódulos aporta información

clave para establecer el diagnóstico diferencial entre benignidad y malignidad. (9, 10)

La BAAF realizada en pacientes con CCH clasifica como citología indeterminada según los criterios de Bethesda a la mayoría de estos tumores (neoplasia folicular o lesión folicular de significado incierto). En ocasiones, se puede observar una predominancia de células de Hürthler, aunque esto no predice mayor malignidad ni que el nódulo corresponda con un tumor de Hürthler. Ninguna prueba es capaz de distinguir entre un CCH y una lesión benigna como un adenoma de Hürthler, excepto el análisis histológico. Por este motivo, la realización de una cirugía se impone ante estos resultados en la citología. (11,12, 13)

El tratamiento inicial es la intervención quirúrgica mediante la realización de una tiroidectomía total en el CCH al igual que con el resto de carcinomas diferenciados de tiroides; aunque la extensión de la cirugía depende del tamaño tumoral. Hasta hace poco tiempo, en aquellos pacientes en los que se había realizado el diagnóstico de cáncer antes de la cirugía, se recomendaba la tiroidectomía total en todos los tumores de más de 1 cm. (1, 8) Sin embargo, en pacientes con tumores menores de 4 cm y sin factores de riesgo no se ha demostrado que la tiroidectomía total sea mejor que la hemitiroidectomía. En este grupo de pacientes, hoy se recomienda una decisión personalizada y la tiroidectomía total se indica en aquellos pacientes con tumores mayores a 4 cm o de menor tamaño con alguna de las siguientes características: multifocalidad, enfermedad bilateral, invasión extratiroidea, antecedentes familiares de cáncer de tiroides, evidencia radiológica de metástasis ganglionares o a distancia. (1,3)

El tratamiento en los pacientes con CCH se realiza al igual que en el CFT con cirugía y tratamiento ablativo con I131. Sin embargo, existe controversia en cuanto a la utilidad del tratamiento con I131 del CCH ya que parece que la captación de yodo es menor que en el resto de carcinomas diferenciados de tiroides. (3)

El tratamiento sustitutivo con levotiroxina ha de iniciarse una vez que el paciente ha sido intervenido para evitar el hipotiroidismo y para frenar el estímulo de la TSH

sobre los restos tumorales ya que esto se asocia con una mejor evolución de los pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides. ^(8, 9)

El cancer de tiroides en Latinoamérica, Ecuador, Brasil, Costa Rica y Colombia tienen las tasas más elevadas de esta patología que se detecta en 9 de cada 100.000 personas por año, afectando principalmente a la población femenina, con una baja tasa de mortalidad y un pronóstico favorable. En Cuba esta oscila entre 0,36 a 0,39 por 10,000 habitantes. ⁽¹⁾ En Cienfuegos las tasas de incidencia han ido aumentando en los últimos 10 años, se detectó la mayor en el 2013 con 23 casos nuevos y una tasa de 5,7 por 100,000 habitantes. ⁽¹⁴⁾

Debido a la importancia que tiene realizar el diagnóstico precoz de esta enfermedad y por su poca frecuencia, es que se decidió realizar esta investigación, con el objetivo de caracterizar el manejo quirúrgico del carcinoma de células de Hürthler del tiroides en la provincia Cienfuegos en un periodo de 5 años, comprendidos desde el 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2019 en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 28 pacientes operados de carcinoma de células de Hürthler en el Servicio de Cirugía del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima en la provincia Cienfuegos durante un periodo de 5 años.

Se analizaron las variables: sexo, grupo de edades, motivo de consulta, localización del tumor, tipo de biopsia utilizada y correlación entre ellas, estadio clínico de la enfermedad, complicaciones postoperatorias y municipio de procedencia.

Caracterización de las variables:

Sexo: se determinó en femenino y masculino según género.

Grupo de edades: se determinó en grupos etarios según consta en el carnet de identidad.

Motivo de consulta: se determinó teniendo en cuenta lo referido por el paciente en el interrogatorio para la confección de la historia clínica durante su ingreso, encontrándose:

Aumento de volumen del cuello: es la aparición del bocio en región anterior del cuello visible y palpable, que se confirma al examen físico.

Disnea: falta de aire que aparece por la compresión de la tráquea por la glándula.

Dolor: síntoma que aparece por la compresión de las estructuras vecinas por la glándula

Rasgo hipotiroideo: paciente que en el momento de realizársele el diagnóstico del nódulo refería síntomas y/o signos de un hipotiroidismo.

Rasgo hipertiroideo: paciente que en el momento de realizársele el diagnóstico del nódulo refería síntomas y/o signos de un hipertiroidismo.

Disfonía: ronquera que aparece por la compresión del nervio laríngeo recurrente por la glándula.

Asintomático: paciente que en el momento de realizársele el diagnóstico del nódulo no refería síntomas y/o signos de enfermedad tiroidea.

La localización del tumor: se determinó por la presencia del tumor con la realización del ultrasonido de tiroides, realizado en el preoperatorio, el cual puede aparecer en el lóbulo derecho, lóbulo izquierdo, istmo y en toda la glándula.

El tipo de biopsia utilizada se determinó mediante las combinaciones de las diferentes biopsias utilizadas en el Servicio de Anatomía Patológica, entre las que se encuentran:

BAAF: biopsia por aspiración con aguja fina.

Biopsia por congelación: biopsia rápida que se realiza en el transoperatorio y permite completar o no la tiroidectomía.

Biopsia por parafina: biopsia definitiva que concluye con el diagnóstico final.

Correlación BAAF–parafina: se determinó mediante la relación existente entre el resultado citológico del BAAF y el resultado histológico de la parafina en el paciente operado, encontrándose:

Sí: si existe correlación BAAF-parafina.

No: no existe correlación BAAF-parafina.

La variedad histológica se determinó según el estudio microscópico del tumor, mediante el resultado de la biopsia por parafina, encontrándose:

Carcinoma de células de Hürthle: variedad del carcinoma folicular poco frecuente.

El estadio clínico de la enfermedad se determinó teniendo en cuenta el tamaño del tumor, y la presencia o no de metástasis en el cuello y a distancia, clasificándose en:

Estadio I: cuando el tamaño del tumor es de 1cm o menos, no hay presencia de adenopatías ni metástasis a distancia.

Estadio II: cuando el tamaño del tumor es de 1cm o menos, no hay presencia de adenopatías, pero sí hay metástasis a distancia.

Estadio III: cuando el tumor mide más de 4cm, pueden o no aparecer adenopatías y no hay metástasis a distancia.

Estadio IV: cuando el tumor se ha extendido más allá de la capsula, hay adenopatías metastásica ipsolateral, contralateral o bilateral o mediastínica y presencia o no de metástasis a distancia.

Complicaciones postoperatorias: se determinó la presencia de las complicaciones que aparecieron en los pacientes operados, encontrándose:

Sepsis herida quirúrgica: presencia de signos inflamatorios, dado por rubor, calor, dolor e impotencia funcional en la herida quirúrgica.

Hematoma: trastorno de la cicatrización que se caracteriza por la presencia de coagulo a nivel de la herida quirúrgica.

Seroma: trastorno de la cicatrización que se caracteriza por la presencia de líquido seroso a nivel de la herida quirúrgica.

Granuloma: trastorno de la cicatrización que se caracteriza por el aumento de volumen a nivel de la herida quirúrgica, como respuesta a rechazo de la sutura.

Parálisis recurrencial transitoria: disfonía que aparece en el postoperatorio inmediato y mediato, en el paciente operado de tiroides, que desaparece con la administración endovenosa de hidrocortisona y vitaminoterapia.

Hipoparatiroidismo transitorio: es el cuadro clínico que se caracteriza por entumecimientos y calambres musculares que aparecen en el postoperatorio mediato en el paciente operado de tiroides, cuando se lesionan de manera

accidental las glándulas paratiroides y su tratamiento es administrar calcio oral y endovenoso.

Recolección de la información y análisis de los datos:

La información se recogió en un modelo recolector de datos con las variables anteriormente mencionadas, en la consulta y los resultados se presentaron en tablas de frecuencia, número, porciento y tasa por 100000 habitantes. El procesamiento estadístico utilizado fue en SPSS.

Consideraciones éticas:

Todos los pacientes operados dieron su consentimiento informado para la realización de este estudio. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética y el Consejo Científico de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Declaración de conflictos de interés: los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de la autoría

- ✓ Concepción y/o diseño de la investigación: José Alberto Puerto Lorenzo y Lidia Torres Aja.
- ✓ Adquisición de datos: José Alberto Puerto Lorenzo y Ernesto Pérez Quintana
- ✓ Análisis e interpretación de datos: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja y Eslinda Cabanes Rojas.
- ✓ Escritura y/o revisión del artículo: José Alberto Puerto Lorenzo.
- ✓ Aprobación final del artículo: Lidia Torres Aja.

RESULTADOS

Tabla # 1. Distribución de pacientes según sexo y grupo de edades.

| VARIABLES. | NRO. | %. |
|-------------------|------|------|
| Sexo. | | |
| Femenino. | 21 | 75,0 |
| Masculino. | 7 | 25,0 |
| Grupos de edades. | | |
| 20 años y menos. | 2 | 7,1 |
| 21- 30 años | 2 | 7,1 |
| 31- 40 años | 5 | 17,8 |
| 41- 50 años | 8 | 28,5 |
| 51- 60 años | 7 | 25,0 |
| 61- 70 años | 3 | 11,0 |
| 71 años y mas | 1 | 3,5 |
| n= 28 | | |

Fuente de datos: historia clínica.

En la tabla # 1 podemos apreciar que de los 28 pacientes estudiados, con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthler; existió un predominio del sexo femenino en el 75 % de los casos y el grupo etario más representativo fue de 41 a 50 años para un 28,5%.

Tabla # 2. Distribución de pacientes según lóbulo afectado, tipo de biopsia utilizada, correlación BAAF- parafina y estadio clínico de la enfermedad.

| Variables. | Nro. | %. |
|-----------------------------------|------|------|
| Lóbulo afectado. | | |
| Derecho. | 12 | 42,9 |
| Izquierdo. | 11 | 39,3 |
| Istmo. | 1 | 3,5 |
| Toda la glándula. | 4 | 14,3 |
| Tipo de biopsia utilizada | | |
| BCP* | 2 | 7,1 |
| CP** | 7 | 25,0 |
| BP*** | 14 | 50,0 |
| P**** | 5 | 17,9 |
| Correlación BAAF- parafina. | | |
| Si | 17 | 60,7 |
| No | 11 | 39,3 |
| Estadio clínico de la enfermedad. | | |
| Estadio I | 18 | 64,4 |
| Estadio II | 7 | 25,0 |
| Estadio III | 2 | 7,1 |
| Estadio IVA | 1 | 3,5 |
| n= 28 | | |

Fuente de datos: historia clínica.

* BAAF- congelación- parafina.

** Congelación- parafina.

*** BAAF- parafina.

**** Parafina pura.

En la tabla # 2 podemos apreciar que en los pacientes estudiados con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthler, el lóbulo derecho fue el más afectado en el 42,9% de los casos, la asociación de biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF)

y la parafina fue la más utilizada para realizar el diagnóstico histológico en el 50% de los pacientes; existiendo correlación entre ellas en el 60,7% de la muestra examinada. Favoreciendo realizar el diagnóstico de esta entidad en estadios clínicos iniciales en el 64,4 % de los casos estudiados.

Tabla # 3. Distribución de pacientes según síntoma inicial de la enfermedad y aparición de complicaciones postoperatorias.

| VARIABLES | NRO. | % |
|------------------------------------|------|------|
| Síntoma inicial de la enfermedad. | | |
| Asintomático | 10 | 35,7 |
| Aumento de volumen del cuello | 7 | 25,0 |
| Disfonía | 4 | 14,3 |
| Rasgos hipotiroideos | 3 | 11,0 |
| Rasgos hipertiroideos | 3 | 11,0 |
| Disnea | 1 | 3,5 |
| Complicaciones postoperatorias. | | |
| Parálisis recurrential transitoria | 2 | 7,1 |
| Sepsis de la herida quirúrgica | 1 | 3,5 |
| Granuloma | 1 | 3,5 |
| Hipoparatiroidismo transitorio | 1 | 3,5 |
| Hematoma | --- | --- |
| Seroma | --- | --- |
| n= 28 | | |

Fuente de datos: historia clínica.

En la tabla # 3 se pudo observar que el asintomático y el aumento de volumen del cuello fueron el síntoma más frecuente por lo que los pacientes acudieron a consulta, representados un 35,7% y 25,0% respectivamente. Entre las

complicaciones postoperatorias más frecuentes se presentó la parálisis recurrential transitoria en el 7,1% de los casos. En este estudio no tuvimos pacientes con hematoma, ni seroma de la herida quirúrgica.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células Hürthler (CCH), es considerado un tipo raro de tumor tiroideo diferenciado, que oscila entre un 3-7% de todos los tumores tiroideos según se ha reportado. ^(1,3) En esta investigación durante el periodo comprendido de 5 años, se realizó el diagnóstico de carcinoma de células Hürthler a 28 paciente.

En Colombia, los estudios realizados por Gutiérrez Villamil C y col, ⁽³⁾ pudieron observar que la prevalencia del CCH no está muy documentado, pero recientemente en un estudio realizado por Mora Pérez C y col ⁽⁸⁾ en la Universidad de Guayaquil reportaron su existencia y encontraron que el CCH corresponde tan solo al 2.2% de todos los tipos de cáncer de tiroides en un seguimiento institucional.

En este estudio se observó un predominio del sexo femenino con 21 pacientes para un 75,0%. Iguales resultados corresponden con el estudio realizado por Vera Muthre E y col ⁽¹⁾ el cual refleja un incremento del sexo femenino en la aparición del cancer de tiroides en la actualidad. Otra investigación en que los resultados coinciden son los realizados por Gutiérrez Villamil C y col; ⁽³⁾ observándose una relación de 3:1 de mujeres sobre hombres. Falco J E y col; ⁽⁴⁾ en su estudio realizó una comparación de factores pronósticos entre los tipos histológicos del carcinoma diferenciado de tiroides en 994 pacientes, de ellos 17 pacientes con carcinoma de células Hürthle obteniendo como resultado predominio del sexo masculino, no coincidiendo con nuestra casuística donde el 75,0% está representado por el sexo femenino. En el trabajo realizado por Chindris AM y col;⁽¹⁵⁾ encontró que de una muestra de 173 pacientes con diagnóstico de cancer de tiroides, el 54% de ellos correspondió al sexo femenino, coincidiendo con los resultados de este trabajo. Otro estudio que también coinciden con los resultados de este trabajo es el de

Oluic B y col ;⁽¹⁶⁾ encontrando en los 239 pacientes estudiados con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthler, el 78,2% pertenecían al sexo femenino. Además coinciden con el predominio de las féminas los resultados obtenidos por Martí A y col.⁽¹⁷⁾

El grupo etario predominante en esta investigación fue de 41- 50 años, representando un 28,5% de la muestra examinada. Coinciden con estos resultados los realizados por Ernaga Lorea A y col; ⁽⁶⁾ donde compara las características clínicas en 230 pacientes con diagnóstico de carcinoma de tiroides, de ellos 77 con CCH con una edad media de 48 años. Sin embargo no coinciden con este estudio los realizados por Falco J E y col; ⁽⁴⁾ donde la prevalencia de los casos estudiados es mayor en las décadas quinta y sexta de la vida. Tampoco existe coincidencia con los resultados obtenidos por Chindris AM y col;⁽¹⁵⁾ apreciándose que el rango de edad en el momento del diagnóstico de los 173 pacientes estuvo entre 18 y 85 años, para una media de 62 años.

El lóbulo derecho fue el más afectado en esta investigación representando el 42,9% de la muestra examinada. Lo estudios realizados por Oluic B y col ;⁽¹⁶⁾ coinciden con lo anteriormente expuesto, donde en los 239 pacientes estudiados con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthler; en 160 se observó la afectación de dicho lóbulo para un 66,9% de los casos.

Para realizar el diagnóstico histológico de carcinoma de células de Hürthler en esta investigación, predominó la asociación de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y la parafina en el 50% de los casos; existiendo correlación entre sus resultados en un 60,7% del total de pacientes con esta estirpe histológica. Coincidió con los anteriores resultados los realizados por Fernández Vañes L y col;⁽⁷⁾ en su estudio donde pudo observar que la BAAF, es uno de los pilares importante en el diagnóstico de los tumores tiroideos, y que la precisión de la técnica llega hasta un 92% de positividad en el diagnóstico. Su objetivo no es realizar el diagnóstico definitivo, sino establecer un riesgo de malignidad y definir la conducta a seguir; por lo que se creó el sistema Bethesda que da a cada paciente una categoría de riesgo.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante la biopsia por parafina, por lo que la asociación de ambas biopsias es imprescindible. Otro estudio que coincide con este trabajo es el de Vilches Cisneros N y col;⁽¹³⁾ donde plantea que el sistema Bethesda en citología tiroidea se desarrolló para uniformar criterios diagnósticos, para facilitar la comunicación entre el equipo multidisciplinario integrado por el endocrinólogo, radiólogo, cirujano, oncólogo y patólogo. Sin embargo la citología tiroidea no es capaz de distinguir entre un CCH y una lesión benigna como es el adenoma de células Hürthler, excepto el análisis histológico, por este motivo la asociación entre ambas biopsias suele ser necesaria. Otros estudios que también coinciden con los resultados obtenidos son los de Osorio C y col;⁽¹¹⁾ y García Bonafe MD y col;⁽¹²⁾.

En esta investigación se pudo apreciar que el mayor número de pacientes con diagnóstico de CCH se diagnosticaron en estadios clínicos iniciales de la enfermedad, representando el 64,4 % de los casos estudiados. Coinciden con estos resultados los obtenidos por Oluic B y col ;⁽¹⁶⁾ donde en los 239 pacientes con diagnóstico de CCH, al 56,9% de dicha muestra le realizaron el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad, favoreciendo un mejor pronóstico y una evolución favorable.

En este trabajo realizado se pudo apreciar que de los 28 pacientes estudiados, solamente 5 presentaron complicaciones postoperatorias y la parálisis recurrencial transitoria fue la más frecuente representando un 7,1% de los casos. En la investigación realizada por Sosa MG y col ;⁽¹⁸⁾ en el Hospital General "Calixto García", encontró que las complicaciones postoperatorias más frecuentes son la parálisis recurrencial transitoria, seguidas del hipoparatiroidismo coincidiendo con nuestra casuística. Otro resultado que corrobora y coincide con el nuestro es el realizado por Petric R y col;⁽⁵⁾ donde observaron en los 108 pacientes operados la complicación más frecuente fue la parálisis recurrencial transitoria. Es importante destacar que no tuvimos pacientes con hematoma, ni seroma de la herida quirúrgica.

El síntoma inicial más frecuente, que motivo la asistencia de estos pacientes estudiado a consulta fueron los asintomáticos y el aumento de volumen del cuello, representando el 35,7% y 25,0% respectivamente. No encontrando bibliografía respecto al tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Vera Muthre E, Lazo Caicedo C, Cedeño Loo S, Bravo Bermeo C. Actualización sobre el cáncer de tiroides. Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento.2018 [citado 26 Feb 2021]; 2(3): 16-42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732822>
- 2- Reyes Domínguez Y, Moró Vela RÁ, Ramírez Núñez E, David Cardona L. Cáncer de tiroides en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 [citado 26 Feb 2021]; 97(2): 235-243. Disponible en: <http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1840/3583>
- 3- Gutiérrez Villamil C, Alonso JF, Mejía López A, Carofilis Mendoza F, Arévalo Leal JS, et al. Un caso de carcinoma de tiroides de células de Hürthle. Abordando la incertidumbre del papel del Yodo I-131. Rev Cienc Salud. 2017[citado 26 Feb 2021]; 15(1):165-172. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5881430>
- 4- Falco J E, Otero Muñoz A, De La Fuente M, Dip F, Elsner B, Montesinos M R. Comparación de factores pronósticos entre los tipos histológicos del carcinoma diferenciado de tiroides. Rev. Argent. cir. [Internet]. 2017 [citado 26 Feb 2021]; 109(1): 1-10. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2017000100001&lng=es.
- 5- Petric R, Gazic B, Besic N. Prognostic factors for disease-specific survival in 108 patients with Hürthle cell thyroid carcinoma: a single-institution experience. BMC Cancer. 2014[citado 14 ene 2021]; 14:777 Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/777>
- 6- Ernaga Lorea A, Migueliz Bermejo I, Anda Apiñániz E, Pineda Arribas J, Toni García M, et al. Comparación de las características clínicas en pacientes con carcinoma folicular de tiroides y carcinoma de células de Hürthle. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2018[citado 14 ene 2021]; 65(3): 136-142. Disponible en:

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S2530016418300120?returnurl=null&referrer=null>

- 7- Fernández Vañes L. Caracterización clínico molecular de los carcinomas de tiroides. Universidad de Oviedo 2016[citado 14 ene 2021]; Disponible en:<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/39121/3/Fernandez%20Va%c3%b1es.pdf>
- 8- Mora Pérez C. Evolución y tratamiento en pacientes con cáncer de tiroides. Universidad de Guayaquil 2018[citado 10 Mar 2021]; Disponible en:<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31130/1/cd%202466-%20mora%20perez%20carolina%20melissa%3b%20ortega%20ramos%20jonathan%20agustin.pdf>
- 9- Granados García M, et al. Guía de manejo del nódulo tiroideo y del cáncer diferenciado de tiroides de la Sociedad Mexicana de Oncología. Gaceta Mexicana de Oncología. 2018[citado 10 Mar 2021]; 17: 5-31. Disponible en:https://www.researchgate.net/profile/Samuel_Rosales-Perez/publication/325605601_Guia_de_manejo_del_nodulo_tiroideo_y_del_cancer_diferenciado_de_tiroides_de_la_Sociedad_Mexicana_de_Oncologia/links/5b8d4af1299bf114b7eebcd9/Guia-de-manejo-del-nodulo-tiroideo-y-del-cancer-diferenciado-de-tiroides-de-la-Sociedad-Mexicana-de-Oncologia.pdf
- 10-Cameselle-Teijeiro JM, et al. Tumores de la glándula tiroides. Propuesta para el manejo y estudio de las muestras de pacientes con neoplasias tiroideas. Revista Española de Patología.2020 [citado 10 Mar 2021]; 53(1): 27-36. Disponible en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699885519300364>
- 11-Osorio C. Sensibilidad y especificidad de la citología obtenida mediante aspiración con aguja fina en el diagnóstico de las neoplasias foliculares de la glándula tiroides: un estudio prospectivo. Revista Española de Patología.2016 [citado 10 Mar 2021]; 49(3): 144-150. Disponible en:<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1699885516000301?returnurl=null&referrer=null>

- 12-García Bonafe MD, Company Campins MM, Salva Ramonell F. Punción aspiración de tiroides: criterios diagnósticos, diagnósticos diferenciales y causas de errores. En: X Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica [Internet]. 2017 [citado 10 Mar 2021]. Disponible en: <http://www.conganat.org/9congreso/pdf/713.pdf>
- 13- Vilches-Cisneros N. Pruebas moleculares en biopsia por aspiración con aguja fina de nódulos tiroideos. Patología.2018 [citado 10 Mar 2021]; 56(4):294-302. Disponible en: <http://www.revistapatologia.com/content/250319/2018-4/11-IF-Pruebas.pdf>
- 14-Puerto-Lorenzo J, Torres-Aja L, Cabanes-Rojas E. Cáncer de tiroides: comportamiento en Cienfuegos. Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 10 Mar 2021]; 8(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/444>
- 15-Chindris AM, Casler JD, Bernet VJ, Rivera M, Thomas C, Kachergus JM, et al. Clinical and Molecular Features of Hürthle Cell Carcinoma of the Thyroid. J Clin Endocrinol Metab 2015 [citado 10 Mar 2021]; 100(1):55–62. Downloaded from <https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/100/1/55/2812718>
- 16-Oluic B, Paunovic I, Loncar Z, Djukic V, Diklic A, et al. Survival and prognostic factors for survival, cancer specific survival and disease free interval in 239 patients with Hürthler cell carcinoma: a single center experience. BMC Cancer [internet].2017 [citado 26 Feb 2021]; 17:371[Above 20p.]. Available from:<https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-017-3370-x>
- 17-Martí A, Romero A, Mojica O, Cuellar D. Metástasis pancreática, sitio inusual de diseminación por cáncer de tiroides. Documentada por PET CT/FDG y estudio histopatológico. Rev Colomb Cancerol [revista en Internet]. 2015 [citado 26 Feb 2021]; 19(3): [aprox. 6p]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S_0123901515000426

18-Sosa MG, Ernand RS. Complicaciones derivadas de la tiroidectomía en el Hospital General "Calixto García". Rev Cubana Cir [Internet]. 2016 [citado 26 Feb 2021]; 55(4): [aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S0034-74932016000400001&lng=es