

CARCINOMA DE CÉLULAS DE HÜRTHLE DE LA GLÁNDULA TIROIDES. ESTUDIO DE 28 CASOS.

Autores: Dr. José Alberto Puerto Lorenzo ^I
Dra. C Lidia Torres Aja ^{II}
Dra. Eslinda Cabanes Rojas ^{III}

^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

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

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

^{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: liata@jagua.cg.sld.cu

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

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

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

Email: eslindacr830314@minsap.cfg.sld.cu

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

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

Dr. José Alberto Puerto Lorenzo
Dirección: calle 47 # 5026 / 50 y 52.
Cienfuegos. Provincia Cienfuegos
Teléfono: 522518.
Email: jose.puerto@gal.sld.cu

Resumen.

Fundamento: los tumores de células de Hürthle, son lesiones nodulares de baja incidencia, que presentan controversia en cuanto a su diferenciación entre adenoma y carcinoma.

Objetivo: determinar el comportamiento de los carcinomas de células de Hürthle en la provincia Cienfuegos en un periodo de 5 años, comprendidos desde el 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2019.

Método: estudio descriptivo de serie de casos de 28 pacientes operados de carcinoma de células de Hürthle 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, complicaciones y municipio de procedencia. 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 por ciento.

Resultados: 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 municipio de Cruces fue el más representativo. En cuanto al motivo de consulta, el aumento de volumen del cuello fue el más representativo.

Conclusiones: los carcinomas de células de Hürthle, constituyen una entidad poco frecuente, siempre tributarios de tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: carcinoma de células oxífilas; adenoma de células oxífilas; yodo radiactivo; radioterapia

Introducción:

El Cáncer de tiroides se encuentra actualmente como la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. 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. Cerca de 26.000 casos nuevos de cáncer de tiroides se diagnosticaron en América Central y Suramérica en el 2012, el 82 % de ellos fue en mujeres, según el reporte los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. En Cuba esta oscila entre 0,36 a 0,39 por 10,000 habitantes. ⁽¹⁾

En 1988 la Organización Mundial de la Salud formalmente clasificó a los carcinomas de células de Hürthle (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⁾

Los adenomas de células de Hürthle (ACH) se originan en el epitelio folicular, por lo general son solitarios, encapsulados y limitados por tejido tiroideo normal; su tamaño varía desde unos pocos milímetros hasta 8-10 cm de diámetro. En el momento del examen patológico, el adenoma exhibe uno o más de los cambios encontrados en tumores benignos: hemorragia, infarto, fibrosis, calcificación o formación de quistes. La cápsula del adenoma es más espesa si han ocurrido cambios degenerativos, aunque microscópicamente la demarcación fina del tejido tiroideo adyacente es evidente, al ser comprimida por el crecimiento expansivo del tumor. Constituyen una variedad histológica del adenoma folicular, neoplasia benigna que más frecuentemente requiere tratamiento quirúrgico. ^(4, 5)

El CCH se ha considerado un subtipo de carcinoma folicular del tiroides (CFT) históricamente ^(1, 6), 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, 6, 7). 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, 8). Respecto a las características histológicas del tumor, son tumores más grandes y es más frecuente que presenten extensión extratiroidea. ^(8, 9)

En los carcinomas de células de Hürthle (CCH), la diseminación por vía hematógena es más frecuente que por vía linfática, ocurriendo esto último en un 5-8% de los casos. La infiltración de ganglios linfáticos cervicales es mucho más frecuente en los CFT. 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 CFT. ^(6, 10)

Para el diagnóstico del CCH y de todo nódulo tiroideo, es fundamental la realización de una ecografía cervical. Ésta nos permite conocer el tamaño y las características del nódulo o nódulos si se trata de un bocio multinodular, así como la existencia de otras lesiones que no hubieran sido identificadas en la exploración física. ^(11,12) 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 que la punción se hace en el lugar correcto y permitiendo el acceso a nódulos no palpables. ^(13, 14) 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. ^(11,12)

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 Hürthle, aunque esto no predice mayor malignidad ni que el nódulo corresponda con un tumor de Hürthle. Ninguna prueba es capaz de distinguir entre un CCH y una lesión benigna como un adenoma de Hürthle, excepto el análisis histológico. Por este motivo, la realización de una cirugía suele ser necesaria ante estos resultados en la citología. ^(13,14, 15)

El tratamiento inicial es la intervención quirúrgica mediante la realización de una hemitiroidectomía en las lesiones benignas y 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. ⁽¹⁶⁾ 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. Por esto, 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. ^(16,17)

El tratamiento en los pacientes con CHH 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, 17)

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. ^(10, 11)

En el presente trabajo se pretende determinar el comportamiento de los carcinomas de células de Hürthle en la provincia Cienfuegos en un periodo de 5 años, comprendidos desde el 1 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2019.

Método:

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos de 28 pacientes operados de carcinoma de células de Hürthle, 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 realizarse el diagnóstico del nódulo refería síntomas y/o signos de un hipotiroidismo.

Rasgo hipertiroideo: paciente que en el momento de realizarse 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 realizarse 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 ipsilateral, 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, por ciento 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.

Resultados:

Tabla # I. Distribución según sexo, grupo de edades y localización del tumor.

VARIABLES	Nro.	%
Sexo femenino	21	75,0
Sexo masculino	7	25,0
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
Lóbulo derecho	12	42,9
Lóbulo izquierdo	11	39,3
Istmo	1	3,5
Toda la glándula	4	14,3

En la tabla # I podemos apreciar que de los 28 pacientes estudiados, con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthle; 21 pertenecen al sexo femenino, representando un 75,0%. El grupo etario que predominó fue de 41- 50 años, con 8 pacientes para un 28,5%, mientras que el lóbulo derecho fue el más afectado en 12 pacientes, representando 42,9%.

Tabla # II. Distribución según tipo de biopsia utilizada, correlación BAAF- parafina y estadio clínico de la enfermedad.

Variables	Nro.	%
BAP*	2	7,1
CP**	7	25,0
BP***	14	50,0
P****	5	17,9
Si	17	60,7
No	11	39,3
Estadio I	18	64,4
Estadio II	7	25,0
Estadio III	2	7,1
Estadio IVA	1	3,5

* BAAF- congelación- parafina.

** Congelación- parafina.

*** BAAF- parafina.

**** Parafina pura.

En la tabla # II podemos apreciar que en los pacientes estudiado con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthle, predominó en el 50,0% de los casos el empleo para el diagnóstico histológico del tumor la asociación de biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y la parafina, además en 17 pacientes existió correlación entre el resultado del BAAF y el de la parafina, lo cual representó un 60,7% del total de pacientes estudiado. También pudimos apreciar que el mayor número de tumores se diagnosticaron en estadios clínicos iniciales de la enfermedad en 18 pacientes lo cual representó un 64,4 % de los casos estudiados.

Tabla # III. Distribución según síntoma inicial que motivo la consulta y aparición de complicaciones postoperatorias.

Variables	Nro.	%
Aumento de volumen del cuello	7	25,0
Disnea	1	3,5
Rasgos hipotiroideos	3	11,0
Rasgos hipertiroideos	3	11,0
Disfonía	4	14,3
Asintomático	10	35,7
Sepsis de la herida quirúrgica	1	3,5
Hematoma	0	0
Seroma	0	0
Granuloma	1	3,5

Parálisis recurrencial transitoria	2	7,1
Hipoparatiroidismo transitorio	1	3,5

En la tabla # III se pudo observar que el asintomático y el aumento de volumen del cuello fueron las causas más frecuentes por lo que los pacientes acudieron a consulta, representado por 10 y 7 pacientes para un 35,7% y 25,0% respectivamente. Además observamos que del total de los 28 pacientes estudiados, solamente 5 presentaron complicaciones postoperatorias, la parálisis recurrencial transitoria fue la más frecuente en 2 pacientes para un 7,1%. En este estudio no tuvimos pacientes con hematoma, ni seroma de la herida quirúrgica.

Tabla # IV. Distribución según municipio de procedencia de los pacientes estudiado.

Variables	Nro.	Tasa por 100000 habitantes
Abreu	3	0,96
Aguada	3	0,93
Cruces	4	1,27
Cienfuegos	7	0,44
Cumanayagua	4	0,79
Palmira	2	0,61
Lajas	2	0,90
Rodas	3	0,89

En la tabla # IV podemos apreciar que del total 28 pacientes estudiados, las mayores tasas de incidencia se encontraron en el municipio Cruces, con 4 pacientes para una tasa de 1,27 por cada 100000 habitantes. Mientras que se pudo observar las tasas bajas de incidencia fueron los municipios Cienfuegos y Palmira, con 7 y 2 pacientes respectivamente.

Discusión:

El Carcinoma de células Hürthle (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 este trabajo realizado durante el periodo comprendido de 5 años, se realizó el diagnóstico de carcinoma de células Hürthle a 28 paciente.

En Colombia, los estudios realizado por Gutiérrez Villamil C y col, pudieron observar que la prevalencia del CCH no está muy documentado ⁽³⁾ pero recientemente en un estudio realizado por Mora Pérez C y col 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. ⁽¹⁰⁾

En este estudio se observó un predominio del sexo femenino con 21 pacientes para un 75,0%. Estos 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. Otro estudio 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; ⁽⁶⁾ en su estudio realizo 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 estudio realizado por Chindris AM y col; ⁽¹⁸⁾ a un total de 173 pacientes el 54% de ellos correspondió al sexo femenino, coincidiendo con los resultados de este trabajo. También coinciden con los resultados de este trabajo los realizados por Oluic B y col; ⁽¹⁹⁾ donde en 239 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthle, 187 pacientes pertenecían al sexo femenino para un 78,2%. En el estudio realizado por Martí A y col; ⁽²⁰⁾ predominó el sexo femenino con 44 pacientes coincidiendo con los resultado de este trabajo.

El grupo etario predominante en esta investigación fue de 41- 50 años, con 8 pacientes para un 28,5%; coinciden con estos resultados los realizados por Ernaga Lorea A y col; ⁽⁸⁾ cuando realiza una comparación de las características clínicas en 230 pacientes con diagnóstico de carcinoma de tiroides, de los cuales 77 presentaban un CCH y la edad media de esto pacientes fue de 48 años. No

coinciden con este estudio los realizados por Falco J E y col;⁽⁶⁾ donde la prevalencia de los casos estudiados es mayor en las décadas quinta y sexta de la vida. En el estudio realizado por Chindris AM y col;⁽¹⁸⁾ a un total de 173 pacientes se pudo apreciar que el rango de edad en el momento del diagnóstico estuvo entre 18 y 85 años, para una media de 62 años no coincidiendo con lo encontrado en este trabajo.

El lóbulo derecho fue el más afectado en 12 pacientes, representando el 42,9% en esta investigación. Los estudios realizados por Oluic B y col;⁽¹⁹⁾ coinciden con estos resultados, donde se pudo apreciar que el lóbulo derecho fue el más afectado en 160 pacientes, representando un 66,9% de los 239 pacientes estudiados con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthle.

En este estudio realizado se pudo apreciar que en los 28 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthle, predominó la asociación de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y la parafina, para el diagnóstico histológico del tumor, así como la existencia de correlación entre sus resultados en un 60,7% del total de pacientes con esta estirpe histológica. Fernández Vañes L y col;⁽⁹⁾ en su estudio pudo observar que la BAAF, es uno de los pilares importantes en el diagnóstico de los tumores tiroideos, y que la precisión de la técnica llega hasta un 92% en diagnóstico de malignidad. 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 asigna a cada paciente una categoría de riesgo, el diagnóstico definitivo es por 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;⁽¹⁵⁾ en su estudio pudo observar 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 un adenoma de Hürthle, excepto el análisis histológico, por este motivo la asociación entre ambas suele ser necesaria. Los estudios de Osorio C y col;⁽¹³⁾ y García Bonafe MD y col;⁽¹⁴⁾ también coinciden con los resultados obtenidos.

En este estudio podemos apreciar que el mayor número de pacientes con diagnóstico de CCH se diagnosticaron en estadios clínicos iniciales de la enfermedad, el cual estuvo representado por 18 pacientes para un 64,4 % de los casos estudiados. Coinciden con los resultados obtenidos por Oluic B y col;⁽¹⁹⁾ donde en 239 pacientes con diagnóstico de carcinoma de células de Hürthle, a 112 pacientes le realizaron el diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad, representando el 46,9%; favoreciendo un mejor pronóstico y una evolución favorable.

En este estudio realizado se pudo apreciar que de los 28 pacientes estudiados, solamente 5 presentaron complicaciones postoperatorias, la parálisis recurrencial transitoria fue la más frecuente en 2 pacientes para un 7,1%. En este estudio no tuvimos pacientes con hematoma, ni seroma de la herida quirúrgica. En un estudio realizado por Sosa MG y col;⁽²¹⁾ 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 estudio que corrobora y coincide con el nuestro es el realizado por Petric R y col;⁽⁷⁾ donde observaron en los 108 pacientes operados la complicación más frecuente fue la parálisis recurrencial transitoria.

En este estudio se pudo observar que las causas más frecuentes por lo que los pacientes acudieron a consulta fue asintomático y el aumento de volumen del cuello, representado por 10 y 7 pacientes para un 35,7% y 25,0% respectivamente. Las mayores tasas de incidencia se encontraron en el municipio Cruces, con 4 pacientes para una tasa de 1,27 por cada 100000 habitantes. Mientras que se pudo observar las tasas bajas de incidencia fueron los municipios Cienfuegos y Palmira, con 7 y 2 pacientes respectivamente, no encontrándose bibliografía respecto a estos dos temas.

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 22 agosto 2020]; 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 22 agosto 2020]; 97(2): 235-243. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.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 22 agosto 2020]; 15(1):165-172. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5881430>
- 4- Rodríguez Fernández Z, Charlot Dorimain P, Pereira Despaigne OL, Falcón Vilariño GC, Ochoa Maren G. Observaciones críticas en torno a las afecciones nodulares de tiroides. MEDISAN. 2015[citado 22 agosto 2020]; 19(4): 67- 72. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol19_4_15/san08106.pdf
- 5- Díaz Samada RE, Valdés Bescosme E, Casin Rodríguez SM, Reina Cruz CE, Rodríguez Hung S. Pacientes operados a causa de enfermedades nodulares de la tiroides. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2019 [citado 22 agosto 2020]; 15(1): 48-56. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/587>
- 6- 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 22 agosto 2020]; 109(1): 1-10. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2017000100001&lng=es.
- 7- 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 22 agosto 2020]; 14:777 Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/14/777>
- 8- 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 22 agosto 2020]; 65(3): 136-142. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S2530016418300120?returnurl=null&referrer=null>
- 9- Fernández Vañes L. Caracterización clínico molecular de los carcinomas de tiroides. Universidad de Oviedo 2016[citado 22 agosto 2020]; Disponible en:<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/39121/3/Fernandez%20Va%20c3%b1es.pdf>
- 10- Mora Pérez C. Evolución y tratamiento en pacientes con cáncer de tiroides. Universidad de Guayaquil 2018[citado 22 agosto 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31130/1/cd%202466-%20mora%20perez%20carolina%20melissa%3b%20ortega%20ramos%20jonathan%20agustin.pdf>
- 11- 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 22 agosto 2020]; 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
- 12- 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 22 agosto 2020]; 53(1): 27-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699885519300364>
- 13- 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 22 agosto 2020]; 49(3): 144-150. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1699885516000301?returnurl=null&referrer=null>
 - 14- 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 22 agosto 2020]. Disponible en: <http://www.conganat.org/9congreso/pdf/713.pdf>
 - 15- Vilches-Cisneros N. Pruebas moleculares en biopsia por aspiración con aguja fina de nódulos tiroideos. Patología.2018 [citado 22 agosto 2020]; 56(4):294-302. Disponible en: <http://www.revistapatologia.com/content/250319/2018-4/11-IF-Pruebas.pdf>
 - 16- Tuttle RM. Differentiated thyroid cancer. Surgical treatment. 2018[citado 22 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/differentiated-thyroid-cancer-surgicaltreatment/print?search=cancer%20de%20tiroides%20&topicRef=7838&source=see-link>
 - 17- Tuttle RM. Follicular thyroid cancer (including Hürthle cell cancer). 2019[citado 22 agosto 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/follicular-thyroid-cancer-including-hurthlecellcancer/print?search=cancer%20de%20tiroides%20&topicRef=7860&source=see-link>
 - 18- 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 22 agosto 2020]; 100(1):55–62. Downloaded from <https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/100/1/55/2812718>
 - 19- 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 Hurthle cell carcinoma: a single center experience. BMC Cancer [internet].2017 [citado 22 agosto 2020]; 17:371[Above 20p.]. Available from:<https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-017-3370-x>
 - 20- 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 22 agosto 2020]; 19(3): [aprox. 6p]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123901515000426>
 - 21- Sosa MG, Ernand RS. Complicaciones derivadas de la tiroidectomía en el Hospital General "Calixto García". Rev Cubana Cir [Internet]. 2016 [citado 22 agosto 2020]; 55(4): [aprox. 7p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S0034-74932016000400001&lng=es