

Cirujano General

Volumen 27
Volume

Número 1
Number

Enero-Marzo 2005
January-March

Artículo:

Carta al editor

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

CARTA AL EDITOR

Sr. editor de la revista Cirujano General:
El artículo “Tumor de células de Hürthle. ¿Qué debemos hacer?” de Barrera-Rodríguez Francisco et al,¹ tiene un título muy atractivo que invita a su lectura y análisis, bajo este tenor es que me permito hacer algunas observaciones al mismo.

El término “Tumor de células de Hürthle” es incorrecto, dado que Hürthle no describió a las células oxifílicas (CO) de esta neoplasia tiroidea, sino a las células parafoliculares.²⁻⁴ A pesar de que el término se usa ampliamente, esto no corrige el error.

Se especificó que el objetivo del trabajo fue “analizar la evolución clínica posterior al tratamiento quirúrgico de este tipo de neoplasia”. Y en las conclusiones se recomienda “mapeo linfático transoperatorio”. Sin embargo, esta recomendación no puede sustentarse con base al manejo en sus pacientes, dado que ninguno fue tratado de esta manera, y esto sólo se fundamenta en una suposición sin ningún sustento objetivo, indicado en su bibliografía.

En el primer párrafo de la introducción indicaron que la frecuencia de los tumores tiroideos de CO en México es de 0.2%, sin embargo, al consultar siete series de tumores de la glándula tiroideas de nuestro país su frecuencia promedio fue de 1.64%, con rango de 0 a 4.6%.²

En su introducción señalaron que “el tumor de células de Hürthle se define como una lesión compuesta, en al menos 75% de su citoesqueleto, por células foliculares poligonales, con citoplasma granular ampliamente ocupado por mitocondrias...”, lo cual es incorrecto. Las neoplasias de CO de la glándula tiroideas se definen como el tumor en el que las CO comprenden más del 75% de la población celular,² no de su citoesqueleto que es una estructura intracelular.

Nuevamente en su introducción, en el segundo párrafo, indicaron que “es el tipo de cáncer tiroideo con menos capacidad para captar yodo”, supongo I-131, sin embargo, en su algoritmo para el manejo de esta neoplasia se recomienda el uso de I-131, en caso de extensión extra-tiroidea o metástasis ganglionares. Efectivamente, en la literatura se ha señalado que sólo el 5% de los casos de neoplasias de CO captan I-131,⁴⁻⁷ por lo cual parece una contradicción esta recomendación. Idéntica situación ocurre con el examen transoperatorio de la neoplasia tiroidea de CO, el cual a pesar de que tiene una baja sensibilidad, también su grupo recomienda su uso, a pesar que en dos de sus pacientes con diagnóstico trans-operatorio y definitivo de adenoma presenta-

ron metástasis ganglionares. Nuevamente, no se sustenta el uso sistemático del estudio transoperatorio, a excepción de los ganglios cervicales sospechosos de malignidad.²

A pesar de que, acertadamente, ustedes señalaron que el tamaño tumoral puede ser un factor para intentar predecir la conducta biológica de estos tumores, en su serie no se especificó el tamaño de las lesiones que estudiaron (**Cuadro I**).

En su trabajo definieron los criterios histológicos de malignidad y benignidad, pero, ¿hubo revisión de laminillas?, ¿quién las revisó?, dado que en los autores de su trabajo no se citó a algún patólogo como integrante de su grupo de investigadores.

Por otro lado, sus referencias 8 y 23 son idénticas, lo que origina duplicidad.

Finalmente, su serie de pacientes es muy interesante y con datos valiosos, pero su investigación retrospectiva no logra resolver las controversias permanentes en el diagnóstico y manejo de las neoplasias tiroideas de CO.

Dr. Carlos Manuel Ortíz Mendoza

Referencias

1. Barrera-Rodríguez F, Garza-Sánchez V, Gracida-Mandilla N, Hurtado-López LM. Tumor de células de Hürthle. ¿Qué debemos hacer? *Cir Gen* 2004; 26: 290-5.
2. Ortíz-Mendoza CM. Tumores de células oxifílicas de la glándula tiroidea. *Rev Inst Nal Cancerol* 2000; 46: 267-74.
3. Fraker DL, Skarulis M, Livoisi V. Thyroid tumors. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. *Cancer: principles and practice of oncology*. 6th edition. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 2001: 1745.
4. Jossart GH, Clark OH. Hürthle cell neoplasms of the thyroid. In: Well-differentiated thyroid cancer. *Curr Prob Surg* 1994; 31: 978-83.
5. Wasvary H, Czako P, Poulik J, Lucas R. Unilateral lobectomy for Hürthle cell adenoma. *Am Surg* 1998; 64: 729-32.
6. Chen H, Nicol TL, Zeiger MA. Hürthle cell neoplasms of the thyroid: are there factors predictive of malignancy? *Ann Surg* 1998; 227: 542-6.
7. Herrera-Gómez A, Granados-García M, Barrera-Franco JL, Carrillo-Hernández JF. Tumores del tiroides. En: *Comité para el estudio de tumores de cabeza y cuello. Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos. Tumores de cabeza y cuello: diagnóstico y tratamiento*. Estado de México: McGraw-Hill Interamericana, 2000: 89-100.



Oncólogo Cirujano, Hospital General Tacuba ISSSTE.

Correspondencia: Carlos Manuel Ortíz Mendoza. Lago Ontario # 119, Colonia Tacuba, CP 11410. México DF.

E-mail: cortizmendoza@yahoo.com.mx