

## Cirujano General

Volumen **27**  
Volume

Número **1**  
Number

Enero-Marzo **2005**  
January-March

*Artículo:*




En respuesta a la 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

Leímos con gran interés y cuidado la "carta al editor" que el Dr. Carlos Manuel Ortiz Mendoza tuvo a bien enviar a la Revista Cirujano General con respecto al artículo original: "Tumor de células de Hürthle. ¿Qué debemos hacer?" *Cir Gen 2004;26:290* realizado por nuestro grupo y le agradeceremos publicar la respuesta a la misma.

Dr. Carlos Manuel Ortiz Mendoza:

Agradecemos su interés por nuestro trabajo, todo artículo original que despierta reacciones en sus lectores, debe considerarse un éxito.

En respuesta a sus consideraciones estamos completamente de acuerdo que la definición de este tipo de tumores es cuando se compone de al menos 75% de población celular.<sup>1</sup>

El término de "Tumor de células de Hürthle" es adecuado, al igual que el de "células oxifílicas" y demás sinónimos que mencionamos en la introducción, preferimos usar el primer nombre citado, no por falta de conocimiento de historia, que en todo texto básico del tema se menciona, sino por el uso que se le ha dado, de hecho si se buscan trabajos relacionados al tema con este nombre como palabra clave en el "Index Medicus" encontrará 612 referencias; por otra parte, si realiza la búsqueda utilizando como palabra clave a células oxifílicas encontrará menos de cien trabajos; curiosamente, casi todos los títulos de estos últimos artículos llevan el nombre de Hürthle, de tal suerte que si se desea identificar estos tumores con uno u otro nombre da lo mismo, tan es así que usted identificó con claridad el tema de nuestro trabajo original al llamarle "Tumor de células de Hürthle", es nuestra preferencia usar este nombre, si usted desea expresarlo en forma diferente es su elección.

La frecuencia mencionada (0.2%) en nuestro medio,<sup>2</sup> o sea en el campo de influencia de la Clínica de Tiroides del Hospital General de México<sup>3</sup> (CTHGM), que si bien es un centro de alta concentración de cirugía tiroidea, con 190 a 220 casos quirúrgicos anuales, no puede aceptarse como frecuencia nacional desde el punto de vista técnico estadístico. La frecuencia citada es perfectamente válida y es el resultado de uno de los primeros trabajos de estandarización diagnóstica de la CTHGM en más de mil piezas quirúrgicas tiroideas con plena confiabilidad diagnóstica.

Por otro lado, sin lugar a dudas, es un error el suponer por "estadística mexicana" a una revisión de siete series con evidentes limitaciones en metodología epidemiológica y muestra suficiente que cubra el territorio nacional, dos tesis del hospital de especialidades del Centro Médico "La Raza" de hace más de 15 años sin control de revisión de publicación por pares, otras dos del Hospital General de México de hace 60 y 22 años sin estandarización histopatológica,<sup>4,5</sup> una más de una ciudad de Sinaloa que no describe si se tuvieron o tomaron en cuenta este tipo de neoplasia,<sup>6</sup> otra, del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, que no tiene como objetivo evaluar la fre-

cuencia de los distintos tipos de cáncer<sup>7</sup> y, finalmente, una séptima, también del Hospital General de México que incluyó dentro de los adenomas y carcinomas foliculares a este subtipo de tumores sin especificar su frecuencia real,<sup>8</sup> es interesante mencionar que sólo en dos<sup>5,7</sup> de los 5 trabajos publicados formalmente se menciona este diagnóstico, contando con 3 pacientes en un total de 1,242 casos, correspondiente a 0.24%.

La CTHGM cuenta con patólogos expertos en patología quirúrgica tiroidea, su sistematización, estandarización y control de calidad diagnóstica y de trabajo desde hace 9 años nos ha permitido confiar en sus diagnósticos.

La referencia 8 cita: López-López JA, Hurtado-López LM, Zaldívar-Ramírez FR, Soto-Abraham MV, Arellano-Montaña S. Frecuencia de la patología quirúrgica tiroidea. *Rev Med Hosp Gen Mex 2001; 64: 137-42* y la referencia 23 cita: Cheung CC, Ezzat S, Raymar L, Freeman JL, Asa SL. Molecular basis of Hürthle cell papillary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 878-882*; por lo tanto no es la misma.

El tamaño del tumor, como criterio de diagnóstico para malignidad o para predecir la conducta biológica en este tipo de neoplasias, si bien alguna vez fue estudiado con detenimiento, al momento está descartado, pues no existe serie alguna que haya podido demostrar su utilidad.

Es importante recordar que nuestra serie original ejemplifica las tres situaciones a las que uno se puede enfrentar ante un tumor de células de Hürthle: a) Que sea benigno. b) Que sea maligno, por demostración de infiltrado vascular o capsular. c) Que sea maligno al demostrar actividad metastásica regional con un tumor primario que sólo reunirá características histológicas de benignidad. En este contexto el cirujano debe identificar ante qué situación está, razón por la cual el estudio transoperatorio por congelación (ETO) debe ser utilizado, no pensando que siempre tendrá un diagnóstico seguro, pero, si se trata de un tumor que francamente infiltra la cápsula o tejidos adyacentes, el diagnóstico estará hecho; por otra parte el mapeo linfático tendrá también lugar, ya que al diagnosticar una metástasis regional, no importará si el primario "parece" benigno, sin duda se trata de un carcinoma. Si su preocupación es conocer más acerca del mapeo linfático en tiroides, éste se ha realizado desde hace mucho, con éxito, en nuestro país.<sup>9,10</sup>

Una característica fundamental de la célula tiroidea es la captación de yodo, siendo éste la materia prima para la formación de hormonas, conocimiento básico de todo médico, este yodo se refiere al que existe en los alimentos en forma natural o adicionado, el yodo radiactivo ya sea I-131 o I-123 son armas que podemos usar en forma diagnóstica o terapéutica en medicina molecular, por tanto no suponga que sólo el I-131 es captado por las células tiroideas.

El usar dosis ablativa terapéutica de yodo radiactivo en todos los casos de cáncer de células de Hürthle no

---

está en relación directa con la posible captación del radiofármaco por células neoplásicas, que si bien algunas podrían captar y tener un efecto benéfico adicional, su objetivo más bien está centrado en destruir todo tejido tiroideo residual funcional y de esta forma obtener un confiable control de persistencia o recurrencia durante el seguimiento clínico por medio de tiroglobulina.

Nuevamente le agradecemos su contribución en la discusión de este apasionante campo de la tiroidología.

**Dr. Luis Mauricio Hurtado-López**  
**Dr. Francisco Barrera-Rodríguez**

## Referencias

1. Nishiyama-Portland RH Overview of surgical pathology of the thyroid gland. *World J Surg* 2000; 24: 898-906.
2. López-López JA, Hurtado-López LM, Zaldívar-Ramírez FR, Soto-Abraham MV, Arellano-Montaña S. Frecuencia de la patología quirúrgica tiroidea. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2001; 64: 137-42.
3. Villegas AS, Hurtado-López LM, Zaldívar-Ramírez FR. Epidemiología del nódulo tiroideo. *Cir Gen* 2001; 23: 283-9.
4. Rodríguez-Cuevas H, Albores-Saavedra J. Carcinoma del tiroides en México: análisis estadístico, cuadro clínico y tratamiento. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1965; 28: 157-73.
5. De la Chica VM. Veintiún años de cirugía de tiroides y paratiroides. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1982; 45: 10-19.
6. Madrid-Franco JR, Baquera-Heredia J, Herrera H, Aguirre-Niebla A, Olio J, Sánchez L. Cáncer de tiroides en la principal zona bociógena de México. *Cir Gen* 1999; 21: 31-4.
7. Rodríguez CS, Labastida AS, Olano NO, Muñoz CML. Morbilidad debida a tiroidectomía por cáncer. *Cir Gen* 1996; 18: 92-7.
8. Basurto-Kuba E, Garza-Flores JH, Vázquez-Ortega R, Mainero-Alvarado F, Pulido-Cejudo A, Hurtado-López LM. Patología quirúrgica de la glándula tiroides. Experiencia de 20 años en el Hospital General de México. *Cir Gen* 1998; 20: 89-91.
9. Arch-Ferrer J, Velázquez D, Fajardo R, Gamboa-Domínguez A, Herrera MF. Accuracy of sentinel lymph node in papillary thyroid carcinoma. *Surgery* 2001; 130: 907-13.
10. Hurtado-López LM, Zarco CJ, Basurto KE, Zaldívar RFR, Muñoz SO, Pulido CA, et al. Utilidad del ganglio centinela en el cáncer papilar de tiroides. *Cir Gen* 2003; 25(Supl. 1): s9.