

LOS LLAMADOS TUMORES TIROIDEOS LATERALES ABERRANTES (*)

Dres. Máximo A. Karlen, A. L. Matteo y Pedro Paseyro

El conocimiento de algunas formas anatómo-clínicas de tirocarcinomas aún no se ha generalizado lo suficiente como para asegurar a los portadores de éstos una terapéutica inmediata y eficiente.

Si bien es cierto que la aparición y el crecimiento rápido de una tumefacción tiroidea sobre un tiroides anteriormente sano o sobre un bocio preexistente, despierta de inmediato la sospecha de la naturaleza maligna del proceso, hay algunas formas que no se ajustan a estos hechos. El ejemplo más típico lo dan ciertos adenocarcinomas papilíferos cuya primera manifestación clínica son sus metástasis, sin que se observe nada anormal en la glándula tiroides.

Si se tiene en cuenta que el adenocarcinoma papilífero representa el tumor maligno más frecuente en las regiones libres de bocio endémico (44 % en la estadística de 32 casos de Egües y Viacava de Buenos Aires), resulta evidente la importancia que tiene esta forma también en nuestro país.

El conocimiento mejor de los tumores malignos del tiroides permitió establecer que su frecuencia es relativamente grande.

Wegelin encontró un carcinoma del tiroides en cada 96 autopsias practicadas en Berna, mientras que en países con menor incidencia de bocios, la proporción es de aproximadamente uno por mil (EE. UU. y Alemania). De cada 100 bocios nodulares,

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 11 de abril de 1951.

3 son carcinomas (Pemberton). Este hecho parece sorprendente; sin embargo la evolución lenta de ellos justifica el concepto de la rareza de la afección.

Es cierto que son raros los cánceres tiroideos con evidencia clínica absoluta de su condición maligna, en los que la perforación de la cápsula y la invasión de los elementos vecinos la denuncian.

El período útil, terapéuticamente hablando, de la evolución de un blastoma del tiroides, es anterior a la aparición de signos patognomónicos.

Como en las otras localizaciones, debe ser descubierto en sus fases iniciales, cuando es todavía un nódulo tiroideo de apariencia trivial o una simple adenopatía carotídea o supraclavicular, sin vinculación con el tiroides.

Esta noción, apoyada sobre numerosas observaciones clínicas, lleva a la convicción de la necesidad perentoria de estudiar por el citodiagnóstico o por la biopsia a todo nódulo del cuello, sea este tiroideo o de las regiones vecinas.

La siguiente historia clínica es ilustrativa al respecto:

Sra. R. B. de H., 43 años, húngara. Consulta por una tumefacción dura, indolora, localizada en el 1/3 superior de la región esterno-cleido-mastoidea izquierda, que fué descubierta accidentalmente por la enferma hace dos meses. La lesión es ovoidea, mide unos 30 por 25 mm. y está situada debajo del esterno-cleido-mastoideo, aflorando a su borde posterior. No se palpa ningún ganglio en el cuello, ni en otras regiones ganglionares. El tiroides no se palpa. Exploración oto-rino-laringológica normal. Se completa el estudio de la enferma con un examen general y los análisis clínicos habituales, sin comprobar nada anormal. Entonces se envía ya paciente al Dr. P. Paseyro para practicar un citodiagnóstico por punción. Su informe estaba concebido en estos términos: "Se comprueba la presencia de células epiteliales, con núcleo redondeado, fuertemente teñido, ligeramente excéntrico. Sospecha de metástasis de un epiteloma" (fig. 1).

Sabido esto, decidimos extirpar el nódulo para someterlo al examen anatomopatológico por el Prof. Agr. Dr. A. Matteo. No ofreció dificultad alguna la exéresis de la tumefacción, bien encapsulada y rodeada por tejido celular denso. Se trataba de un nódulo único, ovoideo, de consistencia uniforme, poco vascularizado, de color blanco-amarillento al corte. El informe fué categórico, dado que todo el nódulo ofrecía la típica estructura de la glándula tiroides (fig. 2). El estudio detallado del Dr. Matteo será expuesto más adelante.

Nos encontrábamos, pues, frente a una enferma que presentaba lo

que a gunos autores designan Tumor Tiroideo Lateral Aberrante, situado netamente por fuera del paquete yúgulo-carotídeo, y cuya glándula tiroides era clínicamente normal.

Confrontando el estudio anatómo-patológico con el citológico, interpretamos, de acuerdo con las ideas actuales, que este nódulo tiroideo lateral era una metástasis de un epitelioma muy pequeño situado en el lóbulo tiroideo izquierdo.

De inmediato se procedió a extirpar el tiroides, realizando la exéresis total del lóbulo izquierdo y subtotal del resto de la glándula.

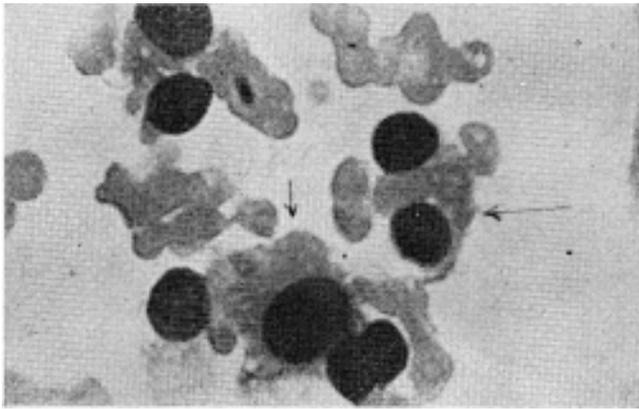


Fig. 1. — El citograma obtenido por punción del nódulo cervical: Se comprueba la presencia de células epiteliales. Adenograma 1489, Dr. P. Paseyro.

Nada denunciaba exteriormente en la pieza extirpada la presencia de un nódulo. Sin embargo, tras laboriosa búsqueda, logró descubrir el Dr. Matteo efectivamente un pequeño tumor primitivo en el lóbulo izquierdo, cuya descripción dejamos a cargo del anatomopatólogo.

Documentación anatómica por el Prof. Agr. Dr. A. L. Matteo

El material anatómico correspondiente a esta observación, comprende la pieza operatoria resultante de la primera intervención (biopsia-extirpación del nódulo cervical) y la pieza operatoria resultante de la segunda intervención (tiroidectomía).

La primera pieza — 50.295 — fué recibida en el Laboratorio colocada ya en formalina alcalinizada, al 10 %. Se trataba de una masa multilobulada, de color castaño claro, cuyas dimensiones eran 27 x 22 x 4 mm. en sus diámetros máximos. Elástica y dando sensación de ser sólida a la palpación, pudo seccionarse sin esfuerzo y sin dificultad, mostrando una superficie de sección que de inmediato condujo a la impresión de que se trataba de tiroides. Mostraba en efecto color sepia brillante, casi traslúcida en zonas, con lóbulos separados por tabiques fibrosos blanquecinos.

La impresión macroscópica — antes de saber la exacta ubicación cervical indicada por el cirujano — era que se trataba de un tiroides aberrante. Es de hacer notar que al recibir la pieza no se conocía en el Laboratorio la existencia de una punción anterior ni el resultado de la misma, de modo que no hubo en el diagnóstico macroscópico ninguna influencia, digamos así, que le quitara valor a la claridad del hecho observado.

El examen microscópico confirmó que se trataba de una masa de textura tiroidea — sin vestigios de ganglio — la cual siendo de carácter coloide en partes quístico, mostraba zonas de hiperplasia epitelial sólida y lechos de cristales y células gigantes de cuerpo extraño (fig. 2).

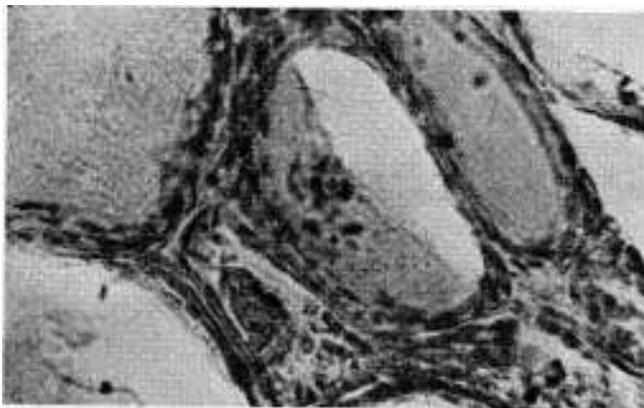


Fig. 2. La biopsia del nódulo cervical: Se trata del mismo nódulo de la fig. anterior, es decir, de un ganglio metastásico, en el cual la histología muestra una imagen tiroidea sin evidencia de cáncer. Metástasis ganglionar.

Con las reservas impuestas por las zonas de hiperplasia epitelial, la observación se clausuró por el momento.

La pieza operatoria — 50.333 — se extirpó en presencia del anatomopatólogo sin observarse en el campo operatorio ni en la pieza fresca ninguna particularidad digna de mención: el tiroides extirpado pesaba 22 grs., era de color castaño, de consistencia elástica y su forma recordaba bastante bien la considerada normal, midiendo 40 mm. en su mayor diámetro vertical.

Una vez fijado y endurecido se repitió la palpación, sin encontrarse tampoco entonces nada anormal.

Seccionada en planos paralelos al eje vertical, se aprecia en casi todos los cortes estructura parenquimatosa homogénea, color castaño homogéneo (fig. 3). En los primeros cortes del lóbulo derecho aparece un nódulo amarillento perfectamente redondeado, de 4 mms. de diámetro claramente separado del resto del parénquima. El diagnóstico macroscó-

pico verificado por la microscopia (en la que no se insistirá) fué de adenoma parenquimatoso.

Finalmente se encuentra en el polo superior del lóbulo izquierdo un área blanquecina, más dura que el resto de la glándula y no claramente delimitada del resto del parénquima. En el plano de la superficie de sección esa área tiene la forma de un ocho macizo, cuya mitad inferior es más grande que la superior. Mide 11 mms. de eje longitudinal, 3 mms. de eje transversal en la mitad superior y 5 mms. en la inferior.

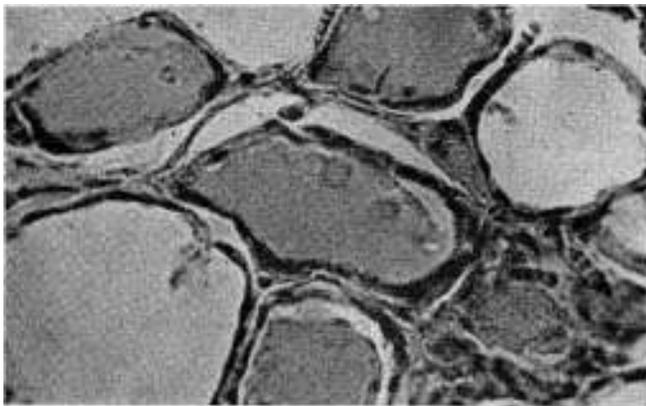


Fig. 3. — La histología del tiroides extirpado: Imagen histológica de una zona no neoplásica. Esta imagen se observa en la casi totalidad de la glándula y solamente en una pequeña zona, se encontró el neoplasma, como se observa en la figura 4.

Esta es la zona —sobre la cual se puso atención por las razones circunstanciales obvias, y que pudo pasar inadvertida o sin contralor especial dada su similitud con las áreas fibrosas frecuentes en los bocios— en la que el examen microscópico mostró la existencia del epiteloma. En efecto, resumiendo los resultados de la microscopia, se encuentra en la mayor parte un tiroides sin grandes modificaciones, con áreas de proliferación epitelial típica de carácter adenomatosa y en la zona descrita y señalada, un adenocarcinoma en partes papilífero, en partes formando tubos, en partes masas compactas, integrado por células bastante atípicas, pero no al punto de hacer imposible la referencia a la célula tiroidea de la vesícula normal. Lo que más se destaca desde el punto de vista de la presumible biología del tumor, es la ausencia de límite neto y el carácter invasor del tumor, no obstante existir zonas con marcada proliferación conjuntivo-fibrosa (fig. 4).

En los cortes revisados, no se encontró invasión de las venas por el tumor, pero esa investigación no ha sido conducida en forma exhaustiva, como para poder afirmar categóricamente que no exista.

En resumen: la primera biopsia-extirpación mostró la textura característica de un tiroides con zonas de proliferación epitelial, que cotejadas con lo observado en la pieza operatoria, justificarian una presunción de malignidad anatómica. La tiroidectomía mostró la existencia de un pequeño tumor (11 mms. de diámetro máximo) con todos los caracteres exigibles para formular el diagnóstico microscópico de adenocarcinoma en partes papilífero. Parece razonable admitir que la lesión cervical es consecutiva a la lesión del tiroides, pero si esto es así, debe señalarse que

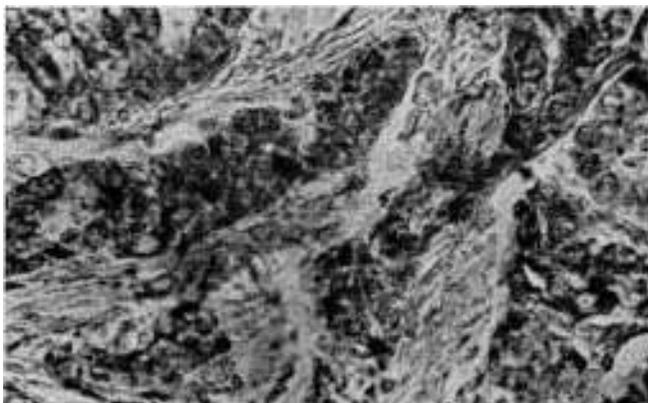


Fig. 4. — La histología del tiroides extirpado: Imagen histológica de la pequeña zona tumoral.

el tejido tiroideo del nódulo cervical es mucho más típico que los elementos del tumor primitivo.

El postoperatorio inmediato fué normal, pero cinco meses después de la tiroidectomía, sobrevino un hecho que da singular interés al caso clínico.

Poco a poco empezó a dibujarse en el lugar donde había estado el tumor tiroideo lateral, o sea la metástasis ganglionar, un pequeño nódulo duro e indoloro, de características similares al precedente. No dudando que se trataba de una recidiva, enviamos la paciente al Dr. Vázquez Piera para someterla a la radioterapia. Se le practicó una serie de 4.000 r., dosis considerada suficiente, y se continuó vigilando la evolución de la tumefacción. Actualmente se ha reducido algo de tamaño, pero es aún netamente palpable.

Este caso es interesante especialmente por el hecho de que toda su sintomatología clínica, tanto en el pre- como en el postoperatorio, giró alrededor de las metástasis, sin que nada, salvo la histología, denunciase la lesión primitiva.

Sólo contando con la valiosa colaboración del citodiagnóstico y de

la anatomía patológica, fué posible arribar al diagnóstico y proceder luego al tratamiento oportuno.

Con el advenimiento del radioyodo se cuenta con un nuevo medio de diagnóstico de los tumores tiroideos. La célula tiroidea fija electivamente el yodo y lo almacena en la sustancia coloide del folículo.

La célula tiroidea hiperfuncionante capta 300 a 400 veces más iodo que la célula normal. De ahí que un nódulo tiroideo o una metástasis tiroidea cargados de radioyodo I 131, suministrado previamente al paciente, sean fáciles de denunciar por aparatos como el contador de Geiger o por el radioautógrafo. Este último reproduce la imagen del tejido que captó el isótopo que emite radiaciones beta y gamma. Proyectamos la imagen obtenida por Seidlin, primera exitosa lograda de una metástasis de un carcinoma y para comparar, la figura del corte histológico de la que fué tomada. (Se proyectan dos figuras).

Segundo Caso. Cedido amablemente por el Prof. Dr. Juan C. Del Campo. Srta. A. F., 20 años, soltera, estudiante, sin antecedentes familiares, ni personales de importancia. Hace cinco años (1942) astenia y adelgazamiento, coincidiendo con la aparición de una tumefacción carotídea derecha única, dura e indolora que fué considerada por su médico como probable linfadenopatía bacilar. Se le aplicaron rayos ultravioletas y luego radioterapia.

Durante 3 años la tumefacción quedó incambiada, pero después de este plazo, apareció un nódulo en el lóbulo tiroideo del mismo lado.

El crecimiento paulatino de esta tumefacción motivó nuevas consultas médicas y el estudio del metabolismo basal, que fué normal.

Un año después se le practicó la enucleación simple de un bocio nodular de tamaño mediano, sin exéresis de la tumefacción carotídea.

La pieza operatoria fué estudiada por el Prof. Lasnier, quien diagnóstico "adenocarcinoma".

Lamentablemente el dictamen anatomopatológico no llegó al cirujano.

Después de la intervención, la tumefacción carotídea continuó aumentando, persistiendo siempre indolora, y a los 4 meses cambió el timbre de la voz, haciéndose más grave.

La aparición de una pequeña tumefacción en el extremo interno de la clavícula izquierda, indolora, lleva a la paciente a una nueva consulta y biopsia, 10 meses después de la enucleación. Resultado: "adenocarcinoma papilar". Se punciona la tumefacción carotídea y el examen citológico confirma el examen anatomopatológico.

Recién en este momento se enteró el cirujano del resultado del estudio del nódulo tiroideo.

La tumefacción carotídea siguió aumentando. Entonces la paciente fué confiada al Prof. Juan C. Del Campo para su tratamiento, cinco años después del comienzo aparente de la enfermedad.

Al ingreso a la Clínica presentaba una gran tumefacción de la región

esterno-cleidomastoidea derecha, polilobulada, de dureza elástica, que transmitía los latidos carotídeos.

Del lado izquierdo se palpaban numerosos ganglios carotídeos pequeños.

No había síntomas de tirotoxicosis.

El Prof. Del Campo operó la enferma en Mayo de 1947, realizando un vaciamiento ganglionar del cuello. Extirpó un enorme tumor de la región carotídea que se extendía de la base del cráneo hasta la entrada

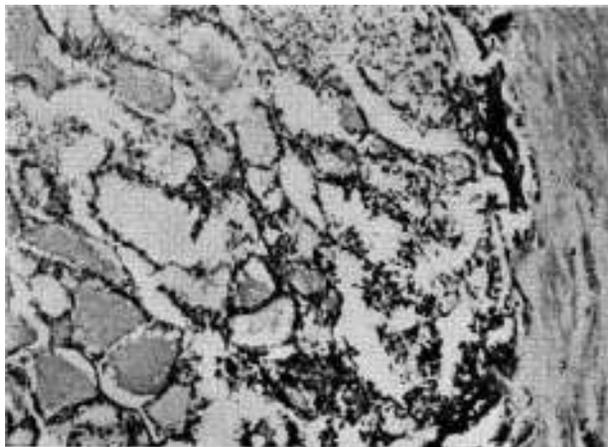


Fig. 5. Segundo caso. Aspecto histológico del epiteloma papilífero.

al mediastino, junto con los músculos subhioideos derechos, el esterno cleidomastoideo, la yugular interna, el espinal y rama inferior del hipogloso. La carótida fué liberada de cerca, lo mismo que sus ramas terminales. Luego se extirpó el tiroides que se presentaba infiltrado y duro, adherente a la tráquea y al esófago, por lo que fué imposible realizar una exéresis completa.

A pesar de la magnitud de la intervención, la paciente recuperó rápidamente un excelente estado general, curando también muy bien su herida operatoria.

El estudio anatomopatológico del Prof. Carlos M. Domínguez dió el mismo resultado que los anteriores: "epitelioma papilífero" (fig. 5).

La enferma fué sometida después a series de radioterapia, encontrándose hasta la fecha, Abril de 1951, en perfecto estado de salud.

CONSIDERACIONES:

En los dos casos que acabamos de estudiar, el adenocarcinoma papilífero del tiroides se manifestó inicialmente por una

tumefacción de la región carotídea. Se trataba de tumores de estructura tiroidea, que asentaban en la zona ocupada por los linfáticos eferentes del lóbulo tiroideo correspondiente.

La biopsia practicada en el primer caso no reveló elementos linfoides característicos de un ganglio linfático que permitiesen interpretarlo como un ganglio con metástasis. Pero quedó evidenciado ulteriormente que había efectivamente un adenocarcinoma papilífero en su cuenca linfática.

Este tumor primitivo fué descubierto recién después de una prolija bú queda histológica en el lóbulo tiroideo del mismo lado. Quizá hubiesen transcurrido años antes de hacerse aparente clínicamente. La aparición ulterior de un nuevo nódulo en el mismo territorio linfático es una demostración del carácter metastásico del primero.

Egües (A.) y Viacava (E. P.), en su comunicación a la Academia Argentina de Cirugía, en una serie de 32 casos de tirocarcinomas, contaban cinco casos de adenocarcinomas papilíferos cuya primera y única manifestación era la adenopatía cervical.

El segundo caso que presentamos, es en realidad idéntico al primero, sólo que fué descubierto en una etapa más avanzada. Su primera manifestación fué la adenopatía carotídea, pero la ausencia de biopsia no permitió hacer de entrada el diagnóstico. Cuando 3 años después entró en escena el nódulo tiroideo, éste fué extirpado, pero infortunadamente el resultado del estudio histológico no llegó al cirujano. Recién una nueva metástasis, esta vez clavicular, dió la clave del diagnóstico. Este pudo haberse hecho cinco años antes, por una simple biopsia, o una punción para el estudio citológico.

Aunque aun subsisten desacuerdos, se acepta cada vez más que los tumores tiroideos laterales "aberrantes", son siempre metástasis en los linfáticos regionales de un tumor primario situado en el tiroides.

Robbins, en un estudio crítico del problema, apoya esta afirmación sobre los tres puntos siguientes:

1º) El tejido tiroideo ectópico, llamado "lateral" por Gruber en 1876, es lateral con respecto al cuerpo tiroides, pero es siempre interno respecto a la vaina carotídea. Las masas "late-

rales" de hoy en día están casi siempre situadas por fuera de la vaina carotídea.

King y Pemberton, después de numerosísimas disecciones hallan altamente improbable que se encuentre tejido tiroideo normal por fuera de la vaina carotídea.

Es muy sugestivo que los "tumores tiroideos laterales" se encuentran siempre en la zona de los ganglios linfáticos.

2º) Estas masas laterales presentan a menudo tejido linfoide junto al tiroideo e inclusive senos, que denuncian su carácter ganglionar.

3º) Prácticamente en todos los casos (48 de 49) sometidos a un estudio prolijo, se pudo encontrar el tumor primitivo en el lóbulo tiroideo correspondiente, pero éste era a veces extremadamente pequeño.

BIBLIOGRAFIA

1. PEMBERTON, J. DE J. y HAINES S. F., in Christopher, Saunders, Phil. 1944.
2. EGÜES, A. y VIACAVA E. P. — Bol. y Trab. Acad. Arg. Cir. XXIX, 21, IX, 12, 1945.
3. ROBBINS, S. L. — The New Engl. J. M. 242, 16, p. 620, 1950.
4. SEIDLIN, S. M. — Recent Progress in Hormone Res., IV, p. 483, 1949.
5. SELYE, H. — Textbook of Endocrinology, Acta Endocrinologica, Montréal, Can., p. 772, 1947.
6. CHAPMAN, E. M. in Mussio Fournier. — Tratado de Endocrinología Clínica, Edit. Kraft, Bs. Aires, T. 2, p. 616, 1951.
7. MEANS, J. H. — The Thyroid and its diseases, Lippincott, Phil., p. 446, 1948.

Dr. Larghero. — Esta comunicación es de un extraordinario interés. Primero porque es una comunicación perfectamente documentada de dos casos que sirven para apoyar una tesis que ya había sido defendida y expuesta por Larghero hace cuatro o cinco años, y que la observación de los Dres. Karlen y Matteo viene a darle la razón, es decir, que cuando un enfermo tiene una tumoración lateral que se piensa que es una tumoración tiroidea nacida de un tumor aberrante, lo habitual es que sea una metástasis de un tumor tiroideo y debe serle extirpado el lóbulo tiroideo de ese lado, totalmente, y de modo subtotal el otro lóbulo.

Efectivamente, por la primera observación que se publica y gracias

al estudio anatomopatológico tan bien hecho por los Dres. Matteo y Paseyro, esa tesis viene a ser corroborada y es probable que los casos que han sido utilizados para sostener lo contrario se basen en exámenes anatomopatológicos no tan completos como en este caso.

El mismo Dr. Matteo, probablemente como patólogo, después de haber encontrado ese nódulo y certificado su origen debe de haber sentido lo que siente todo patólogo: que pudo habersele escapado.

De manera que me parecen dos observaciones sumamente interesantes; además vienen a corroborar otro hecho que también se sabe que es interesante precisarlo en nuestro medio y documentarlo: y es la menor malignidad de los tumores papilares del tiroides. Por esa razón, por haber oído esa comunicación, y porque ella viene a darnos, en nuestro medio, documentación en favor de esa noción que es una noción de gran interés práctico, yo por mi parte, agradezco a los autores, y digo que en mi experiencia de Patología tiroidea, que es bastante grande, no he tenido la suerte de tener un caso de estos, y es probable que se me haya escapado un tumor tiroideo lateral.

El examen patológico de un lóbulo tiroideo debe ser hecho con un extraordinario cuidado, porque aquí vemos el porcentaje creciente de malignidad de adenomas tiroideos, y mismo en el tejido tiroideo de Basedow donde hace muchos años se establecía que Basedow y cáncer no iban nunca congregados, sin embargo han aparecido transformaciones carcinomatosas de Basedow.

Recuerdo que hace dos o tres años, le llevé al profesor Lasnier preparados de Basedow, pensando que era cáncer del tiroides; me dijo que no era, y que en Basedow cuando hay duda de que es un cáncer o de que no es un cáncer, no es un cáncer; sin embargo últimamente se ha visto en los lóbulos de Basedow, transformaciones carcinomatosas; por lo demás, esta comunicación debe llamar la atención sobre la posibilidad de que un examen de un lóbulo tiroideo, sobre todo la certificación de su naturaleza, sea hecho con el cuidado que ha expuesto el Dr. Matteo.

Cuando oí la comunicación del Dr. Karlen, se me ocurrió decir otra cosa y es que en esta etapa que se utiliza mucho la biopsia, la punción biopsia, los médicos deben de estar advertidos, y hablo por mi incompetencia en el asunto, de que el examen para certificar la malignidad no malignidad de un proceso, basado en la punción, requiere una excepcional competencia y que en nuestro medio se cuentan con algunos de los dedos de una mano la gente que tiene esa competencia. Por mi parte, declaro que no la tengo y que nunca me he animado a certificar la naturaleza neoplásica de un tumor, basado en la punción.

Me refiero en primer término al Dr. Paseyro en cuanto a esa competencia, y sería de desear que esa competencia se extendiera, pero desgraciadamente y cuando nosotros hacemos un examen citológico en otras manos que el Dr. Paseyro, a menudo hemos tenido temor, y además, el mismo Dr. Paseyro reconoce que para muchas afecciones necesita la confirmación del examen necrópsico; el cotejo de las dos cosas.

Yo quiero llamar la atención sobre eso, para significar que no debe basarse y tener amplia confianza en el examen citológico, si la persona que lo hace no tiene una competencia excepcional, y en nuestro medio nosotros preguntamos quién lo firma y cuando lo firma Paseyro o alguna persona nosotros lo aceptamos, y si no, no. Es lo que quería decir.

Dr. Karlen. — Agradezco al Dr. Larghero el comentario y lamento solamente que el Dr. Paseyro no haya venido para mostrarnos la documentación gráfica que tenemos, que es muy ilustrativa. Pero le pediremos que tenga la amabilidad de venir a la próxima sesión para proyectar las figuras. El tiene los diapositivos de los resultados de sus punciones y además el estudio histológico de la pieza operatoria de la metástasis. En ausencia de nuestras preparaciones podemos proyectar aquí una de los Dres. Egües y Viacava de una imagen de una metástasis ganglionar de carcinoma tiroideo vegetante, manifestación inicial de la lesión.

Dr. Matteo. — Voy a referirme brevemente, pero los comentarios que hizo el profesor Larghero acerca de los caracteres anatómicos de esta observación, son tan importantes y concuerdan tanto con lo que uno ha observado con este material, que vale la pena subrayar la importancia de esas cosas.

En primer término yo hago notar ya en la definición, la posibilidad de que ese nódulo hubiera pasado inadvertido en el examen de un bocio; por lo demás está demostrado incluso en el material de nuestro medio, que los tumores papilares tienen un potencial evolutivo diferente a los observados. Yo tengo una pieza del Servicio del Dr. Ugón en el Saint Bois, con diagnóstico de tumoración bilateral, que hice diagnóstico de tumor maligno como los otros, y sin embargo ese enfermo tiene una evolución prolongada y no se ha confirmado la presumible malignidad que la preparación permitía suponer.

El otro punto es el hecho que la mayoría de los tumores tiroideos comienzan de los pequeños adenomas y no en la glándula tiroidea normal, y analizando mis piezas, pues tengo muchas porque el Dr. Caprio opera una cantidad de ellas y el Dr. Karlen también, yo tengo tres observaciones que sin ninguna sospecha clínica, sin ninguna sospecha macroscópica, sin ningún otro hecho que hiciera sospechar en el estudio de la pieza la malignidad, la pieza muestra tumoraciones perfectamente reconocidas del punto de vista anatómico, pequeños carcinomas que tomados aisladamente no ofrecen ninguna duda del punto de vista anatómico, y la evolución del paciente ha sido sin embargo buena porque la lesión es absolutamente insignificante; quería señalar la importancia de esos hechos que muy a menudo en los bocios aparentemente tales, hay ya lesiones tumorales completamente constituidas.

Y finalmente quiero agradecer los elogios que formuló al estudio histológico.

Dr. Larghero. — ¿Me permite una pregunta? Va dirigida al Dr. Del Campo que se ha ocupado de este asunto en la Sociedad de Cirugía hace dos años, en una observación sumamente interesante. Si el caso, por ejemplo que dice el Dr. Matteo, tuviera el aspecto de un adenoma, ¿qué intervención haría el Dr. Del Campo?

Dr. Del Campo. — En este tema podría, frente a la pregunta que me hace el Dr. Larghero, repetir los comentarios que hice al Dr. Karlen cuando la visita del Dr. Caeiro, por eso no quise volver a hablar sobre el asunto. La pregunta que hace el Dr. Larghero, se la puedo contestar en seguida. Yo no hago enucleación de los nódulos, hago resección. Tanto allí como en otros territorios, en presencia de un tumor benigno me coloco en la situación de que pueda ser maligno histológicamente y reseco siempre que puedo, el tejido circundante; por lo menos esa zona que se llama cápsula y que yo no sé si pertenece al tumor o pertenece a la viscera que alberga el tumor, pero a la cual he visto, tanto en esa situación como en otra, en exámenes histológicos no practicados por mí, pero observados minuciosamente por mí, a veces infiltrada o cruzada por bandas de tejido tumoral.

Repetidas veces me he encontrado frente a la situación que dice el Dr. Larghero.

Hace de esto unos diez o doce años, en una enferma en que la responsabilidad era muy grande para mí, actuando en el Hospital Maciel, un médico del Servicio me trajo la madre para operar de un adenoma tiroideo. Le hice una hemitiroidectomía y me encuentro con que me contesta el profesor Lasnier que se trata de un epiteloma tiroideo. Fido la preparación, la examino, y me encuentro con que se trata de un epiteloma tiroideo netamente encapsulado al cual se practicó tiroidectomía. Me quedé completamente tranquilo, no hice absolutamente más nada. Si hubiera hecho una enucleación no me hubiera quedado contento, hubiera hecho tiroidectomía suplementaria, es decir una hemitiroidectomía. En nuestros casos varias veces el Dr. Lasnier nos ha contestado: epiteloma tiroideo; no una vez, sino varias veces nos contestó epiteloma tiroideo en nódulos encapsulados de tiroides extirpadas por nosotros en la Clínica del Profesor Prat. Iba a ver las preparaciones y sí estaba perfectamente encapsulado, no hacía absolutamente más nada. Hasta ahora no ha pasado nada, pero hay gente de más experiencia que uno y Lahey, por ejemplo, que citaba el Dr. Larghero, señala que cuando se sigue un número suficientemente grande de estos nódulos se encuentran los dos extremos: así se señala la extrema benignidad de algunos epitelomas papilíferos, como por ejemplo el del 2º caso, el caso que pertenece al operado por mí, realizando extirpación intratumoral, donde quedó tumor pegado al esófago y desarrollado detrás del esófago, caso que evoluciona en una forma que sorprende, se encuentra perfectamente bien; casos de los cuales hay citados en la literatura, con control histológico, en que uno haría pronóstico fatal a breve plazo y han seguido viviendo años enteros; y se encuentra lo

opuesto, adenomas tiroideos en los cuales uno no haría absolutamente más nada; encapsulados, que han sido sacados bien, y que han recidivado y que han aparecido con metástasis meses o años después. Creo que Lahey señala dos casos en ese sentido, razón por la cual, poniéndose del lado del paciente y siguiendo una opinión pesimista frente a un nódulo de este orden, hace la extirpación completa, la tiroidectomía; y si el anatomopatólogo encuentra un carcinoma, agrega la radioterapia.

Nosotros, frente a un nódulo tiroideo, hacemos la extirpación del tejido tiroideo que lo circunda; no hacemos nunca la enucleación.

Dr. Palma. — La Mesa agradece a los Dres. Karlen, Matteo y Passero la comunicación.