

TIROIDECTOMIA Y VACIAMIENTO GANGLIONAR POR CÁNCER DE TIROIDES (*)

Dr. Mario Bossano Bozzo

Traemos a consideración de la Sociedad de Cirugía 2 casos de Tumores laterales del cuello, de estructura tiroidea, que correspondieron a otros tantos tumores metastásicos por carcinoma primitivo de la glándula tiroidea.

En el momento actual hay concepto formado del problema y es incuestionable que los progresos alcanzados en el conocimiento de esta afección, se fundamentan en una mejor observación clínica, citológica e histológica de los casos.

Pero no nos resulta extraño, que durante muchos años, con métodos imprecisos de estudio, se creyera que estos tumores laterales del cuello eran primitivos, y se originaran sobre estructuras embrionarias, capaces de engendrar tejido tiroideo.

Quizás fue Wohl, en 1917 quien por vez primera sostuvo que tales tumores laterales podrían ser metástasis de cánceres tiroideos inaparentes de la propia glándula.

Este concepto fue prevaleciendo hasta el momento actual, y en nuestro país, existe literatura relativamente abundante a la luz de lo aportado por numerosos autores.

En nuestros 2 casos de tumores latero - cervicales, el citograma tiroideo obtenido por punción, fue decisivo a los efectos del diagnóstico positivo de metástasis ganglionar de carcinoma tiroideo.

HISTORIA CLINICA DE LOS CASOS

I) M. M. M. de C. — 25 años, uruguaya, Casada. Procedente de Minas de Corrales. N° de Registro del H. de Clínicas 47037.

Consulta en Abril de 1957 por que desde hace un año y medio, notó

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 28 de noviembre de 1957.

la aparición de una tumoración en el sector derecho del cuello y situada en la región carotídea media. Su tamaño era entonces de 1 cm. en su diámetro mayor. La enferma estaba por ese entonces embarazada. Cursó su embarazo y parto normal. Esa tumoración fue siempre indolora. Ulteriormente comienza a aumentar de volumen en forma progresiva aunque sin llegar a provocar trastornos funcionales. En base a esta incidencia, consulta médico en su localidad, quien la trató con antibióticos durante un mes, durante el cual la enferma considera que la tumoración disminuyó de volumen.

Pasados dos o tres meses, la enferma comprueba que la tumoración vuelve a tomar mayor volumen aunque en esas circunstancias lo hizo de un modo brusco, haciéndose dolorosa y limitando la movilidad del cuello. No hubo al parecer caracteres inflamatorios locales. No acusó repercusión funcional regional ni general. No hubo signos de disfunción tiroidea. Manifiesta la enferma que nunca fue tratada con iodo. En estas condiciones fue enviada al Servicio del Profesor Purriel.

Antecedentes personales: No hay antecedentes de procesos bociosos en sus familiares. El resto sin particularidades.

Examen: Buén estado general. Psiquismo bien.

En el cuello se comprueba una tumoración redondeada de unos cuatro centímetros de diámetro, situada en la parte media de la región carotídea derecha, por detrás del externo cleido mastoideo y casi sobre su borde anterior, cuya contracción la oculta parcialmente. No se moviliza con la deglución, pero es móvil sobre los planos subyacentes en las maniobras palpatorias, y no adhiere a los planos superficiales. Es una tumoración lisa, indolora en el momento del examen primario, de consistencia firme, impresionando claramente como una adenopatía. Por debajo de esta tumoración, existe otra más pequeña, con iguales caracteres.

El cuerpo tiroides está globalmente aumentado de volumen aunque en forma muy discreta. Es de forma y consistencia normal. En el polo superior derecho se palpa un pequeño nódulo del tamaño de un grano de arroz, y de consistencia más dura que el resto del parénquima tiroideo.

No se palpan adenopatías en otros sectores del cuello ni en otras regiones de la economía.

El resto del examen en lo que se refiere a aparato cardiovascular, respiratorio, abdomen y reflejos oculares y osteotendinosos, sin particularidades.

En resumen: enferma de 25 años de edad, procedente de Minas de Corrales que es portadora de una tumoración de cuello en región carotídea derecha, sin repercusión regional ni general y con un tiroides aumentado ligeramente de volumen y portador de un pequeño nodulito en el polo superior derecho.

Se completa el estudio de la enferma.

Hemograma y fórmula sanguínea: Normal. Placa de cuello para estudio de la tráquea; Normal. Velocidad de Sedimentación: dentro de los

límites normales. Placa de tórax: normal. Metabolismo Basal. Se le hicieron 2 metabolismos con diferencia de veinte días que dieron cifras de más 45 % y más 24 % que ofrecieron dudas por la discordancia con el cuadro clínico.

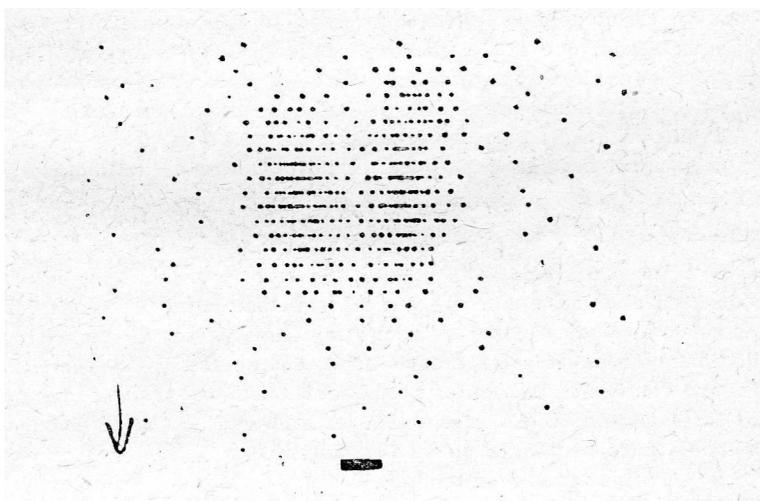
Colesterol total: 2 gramos 31 por mil.

E.C.G.: s/p.

Dosis trazadora con iodo radioactivo

Captación tiroidea del I 131 a las 24 horas: 65 %; Eliminación urinaria de I 131: 0-a 8 H. diuresis, 680 cc., 20,5 % de eliminación; 8 a 24 H. Diuresis, 820 cc., 4,6 % de eliminación; 24 a 48 H. Diuresis, 950 cc., 0,6 % de eliminación.

Eliminación urinaria en las 48 horas 25 % por litro.



I 131 precipitable plasmático: 0,27 % por litro; I 131 extraíble con Butanol: 0,26 % por litro.

Metabolismo Basal, entre más 3 % y menos 4 %.

Comentarios de las dosis trazadas: Dr. Leborgne.

Captación tiroidea elevada. Eliminación urinaria de acuerdo a la cifra anterior. Examen del plasma. Dentro de los límites normales.

Los ganglios del cuello no presentan captación de iodo apreciable. Sus adenopatías parecen de naturaleza no relacionada con la tiroides. No obstante, puede existir en principio, la posibilidad de una localización metastásica en los ganglios, correspondiendo a un neoplasma tiroideo no funcionante localizado en el polo superior derecho donde hay un déficit de captación del I 131.

Se trata con Sedo Calcio y Bicodenal.

Citograma tiroideo obtenido por punción. Dr. M. Varela López.
Estudio microscópico

No se observa tejido linfoideo.

No hay signos histológicos de inflamación.

Se observan cúmulos de células de monomorfas, de aspecto epitelial sin signos de atipismo.

EN RESUMEN: Metástasis de carcinoma tiroideo en primer término. Neo de Cavum en segundo término.

Intervención. — 5 de Mayo de 1957. Dres. Bossano y R. Praderi, Pte. Zamosky. Incisión en V sobre el borde anterior del Externo Cleido Mastoideo continuada en forma paralela a la clavícula.

Vaciamiento ganglionar del cuello, excepción de la región sub maxilar derecha.

Se reseca: Externo Cleido Mastoideo. Vena yugular Interna. Tejido célula - ganglionar regional. Hemitiroidectomía total derecha conteniendo el nódulo en el polo superior con resección del istmo tiroideo sobre el lóbulo izquierdo, que era pequeño y con caracteres normales. Cierre por planos en la región, suturando los músculos intra hioideos tiroideos previamente seccionados. Drenaje de la logia. Sutura de la piel.

Evolución. — Se quita el drenaje a las 24 horas. Al 5º día se le dio de alta para asistirse en Policlínica. Estudio Anatómico - Patológico (doctor Aguiar).

Macroscopía

A) **Pieza de hemitiroidectomía** que mide 5 x 2 x 1 ½ centímetros en sus tres diámetros mayores que ha sido parcialmente hemiseccionado. En uno de sus polos existe una zona de 1 centímetro de diámetro, indurada homogénea, de color blanco mate, infiltrante en la periferia, perdiéndose sin limitación en el perénquima tiroideo vecino, que presenta caracteres normales. La masa está exteriorizada a nivel del polo del lóbulo. Se hace histología de un fragmento.

B) **Piezas que comprende:** Músculos; Tejido celulo-ganglionar; Fragmento de vena yugular interna que abierta longitudinalmente no muestra alteraciones microscópicas.

En tejido celulo-ganglionar, se reconocen numerosas formaciones nodulares tiroideas con los caracteres de ganglios linfáticos, cuyos diámetros oscilan entre 1 a 2 centímetros. Al corte son de color grisáceo homogéneo. Se hace histología de dos fragmentos de ganglios.

HISTOLOGIA

En la zona del nódulo tiroideo se observa una proliferación vesículo-coloidea, atípica y desordenada, infiltrante que invade en la periferia, el parenquima tiroideo normal. En pleno espesor de esa masa celular, se reconocen zonas de fibrosis y pequeños focos de calcificación. Ambos ganglios linfáticos examinados, aparecen masivamente colonizados por el mismo tipo de células tumorales.

En resumen: Los caracteres corresponden a una adeno-carcinoma tiroideo diferenciado, de tipo vesicular, con secreción coloide y metástasis ganglionar en el sector de la cadena carotídea.

II I. R. de A., 42 años, uruguaya, casada, de Montevideo.

Consulta en diciembre de 3 de 1956, por tumoración cérvico-lateral izquierda.

Enfermedad actual: Hace 8 meses notó la presencia de una tumoración indolora en la región carotídea izquierda. Esta tumoración no provocaba ningún trastorno funcional regional, en lo que se refiere a deglución, fonación, ni respiración. En el curso de los ocho meses ha aumentado de volumen hasta llegar al actual, de un huevo de paloma. No ha habido repercusión general en los diversos sectores de la economía. Siempre ha sido algo nerviosa y no ha acusado modificaciones sensibles en este aspecto.

Antecedentes personales: s/p.

Examen: Buen estado general. Despejada. Algo nerviosa.

Cuello: Tumoración en la región carotídea izquierda del tamaño de un huevo de paloma, indolora, consistencia firme, no muy dura, que se moviliza bien de los planos adyacentes. Tiene todo el aspecto de una adenopatía.

La glándula tiroidea presenta en el polo inferior de su lóbulo izquierdo una formación nodular de 1 centímetro de diámetro, dura, no dolorosa, que la enferma no había observado. El resto del tiroides no parece estar aumentado de volumen.

Resto del examen: Cardiovascular, respiratorio, abdomen, neuromuscular: s/p.

En resumen: Enferma de 42 años, que presenta desde hace ocho meses una adenopatía de la región carotídea media e izquierda, indolora, firme, sin repercusión regional ni general y un nódulo en el polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo.

Se completan exámenes: Hemograma y fórmula: normal. Radiografía del cuello para visualizar luz y morfología traqueal: s/p. Electrocardiograma: dentro de lo normal.

Dosis trazadoras de I. 131. — Eliminación urinaria a las 24 horas: 57,56 %; Eliminación urinaria a las segundas 24 horas: 2,77 %; Eliminación urinaria total (48 horas): 59,83 %; Fijación del I. 131 en el tiroides: 40,47 %.

Comentario de la dosis trazadora: Dr. Leborgne.

Captación tiroidea: Dentro de los límites normales. Eliminación urinaria: De acuerdo con las cifras anteriores; Estudio de la radio-actividad en el plasma: Dentro de los límites normales.

En el gamagrama se comprueba, en el polo izquierdo del lóbulo tiroideo izquierdo, una zona de menor captación de I. 131. En resto del parenquima tiroideo, la captación es uniforme. El ganglio del cuello no presenta captación apreciable de yodo.

Metabolismo basal: más 5 %.

Citograma: Punción citodiagnóstica (Dr. Paseyro). Se observa la citología que pueden corresponder a un carcinoma de tiroideo.

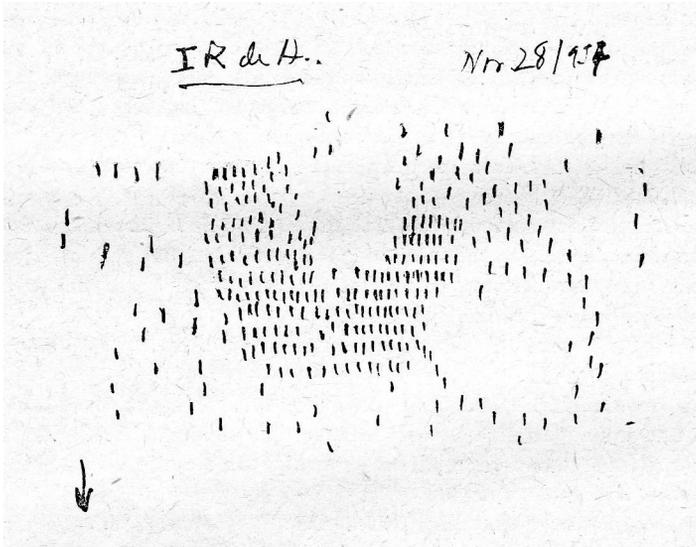
Intervención: Dr. Bossano, Ptes.: Faccello y Balcárcel.

Igual plan y táctica que el anterior caso. Efectuándose: Hemitiroidectomía total izquierda con vaciamiento célula ganglionar homolateral y resección segmentaria de la yugular con resección del esterno-cleido-mastoideo izquierdo. Lóbulo tiroideo derecho, tiene caracteres macroscópicos normales.

Post-operatorio: bueno. Alta a los 7 días.

Informe antomo-patológico: Dr. Grossó.

Pieza constituida por lóbulo tiroideo, hemiseccionado, y fragmentos de vena yugular, tejido célula ganglionar y muscular. Nódulo tiroideo de



conformación normal pequeño de 4 cms. x 2 x 1,5, peso 8 gramos. En la superficie del corte realizado, y su polo inferior, se encuentra una masa circunscrita, no encapsulada, de forma ligeramente oval, de 1 centímetro x 1,5, de color gris blanquecino, y cuya zona central está ocupada por calcificaciones.

Los ganglios son de un color gris uniforme. Se hace histología.

Microscópicamente: Se observa un proceso neofornativo constituido por: vesículas tiroideas, en general pequeñas, de conformación irregular. Las células son cúbicas, con núcleos vesiculosos prominentes. Un pequeño núcleo de estas células contienen coloide. Estos elementos tumorales, infiltran moderadamente el parenquima tiroideo vecino.

La zona central tumoral, está ocupada por tejido fibroso denso en forma de haces y presenta calcificaciones. El resto de la glándula tiroidea muestra abundante infiltración linfocitaria, con algunos folículos linfáticos. Los ganglios linfáticos examinados, están colonizados por las mismas células tumorales.

En resumen: carcinoma primitivo del tiroides, del tipo histológico

del adeno-carcinoma folicular calcificado, con metástasis ganglionares regionales.

CONSIDERACIONES

No es nuestro propósito poner a consideración de esta Sociedad, los argumentos embriológicos, patológicos, sintomatológicos y evolutivos en favor de la teoría metastásica de estos tumores.

Esto es un hecho ya aceptado.

Sólo pretendemos destacar algunos aspectos de esta afección: la objetivación primaria de una lesión maligna de cuello que tiene su origen en la glándula tiroidea; el valor ya reconocido de la punción citodiagnóstica y el aporte que significa al diagnóstico, la dosis trazadora con el yodo radioactivo.

En nuestras dos enfermas, la palpación cuidadosa de la tiroides, nos permitió comprobar un nódulo en pleno parenquima glandular.

Pero en otras situaciones, por otra parte harto frecuentes, sólo es aparente y es el motivo de consulta, la tumoración latero-cervical aislada.

Aquí es cuando el clínico debe ser exhaustivo en la pesquisa del tumor primitivo albergado en plena glándula tiroidea. Y ello es posible por la palpación cuidadosa de la tiroides, con la colaboración que aporta la clínica, la dosis trazadora con el yodo radioactivo.

Dosis trazadora con I. 131

Respecto a la fijación del yodo radioactivo y de acuerdo a la literatura vista, poco se ha valorado este método de diagnóstico en los tumores latero-cervicales secundarios a un neoplasma tiroideo.

Consideramos, de acuerdo a nuestra pequeña experiencia personal, que la dosis trazadora debe ser sistemáticamente realizada. En nuestros dos casos, la captación del I 131, se hizo de un modo normal por parte de la glándula tiroidea, pero mostrando en ambos casos una zona de captación nula, y que correspondía al sector donde asentaba el nódulo tiroideo constituido por el carcinoma. Vale decir que tradujo la existencia de un nódulo frío o no funcionando.

Este método diagnóstico cobra aún más valor, cuando frente a una tumoración latero cervical, la palpación cuidadosa de la tiroides no nos ofrece la percepción de un nódulo.

En lo que se refiere a la posible captación de I 131 por parte de los tumores latero-cervicales de estructura tiroidea, nos hemos formado criterio que ellos no son funcionantes en su mayor parte.

Y los estudios recientes con las dosis trazadoras, lo ha podido confirmar, mostrando una absoluta falta de captación a nivel de las masas latero-cervicales.

Vendría este hecho a confirmar su origen metastásico y no embrionario, al revés de lo que ocurre con las tiroides aberrantes de la línea media, que son habitualmente nódulos calientes o funcionantes.

Punción citodiagnóstica de los tumores latero-cervicales

En nuestro medio, en manos del Dr. Paseyro y colaboradores, la punción citodiagnóstica ha adquirido enorme valor, sobre todo en la dilucidación diagnóstica de los tumores latero-cervicales.

En nuestros dos casos, este método nos confirmó el diagnóstico de metástasis de un carcinoma tiroideo y nos puso sobre el camino para planear nuestra táctica operatoria.

Al referirnos a este método de diagnóstico, que nosotros valoramos en todo su alcance, queremos significar que constituye un procedimiento inocuo en manos de técnicos como el doctor Paseyro y sus colaboradores, y sin la repercusión ulterior que le ha querido dar Crile, en un artículo publicado en febrero de 1956.

Consideramos que Crile, en ese artículo, se refiere a la punción biópsica que tiene por finalidad realizar un estudio histológico del órgano afectado, para lo cual, con una aguja de mayor calibre, tipo trocart, extrae un pequeño trozo cilíndrico del órgano puncionado.

Y proscribire la punción en los tumores latero-cervicales, por considerarla peligrosa como agente de diseminación que pudiere injertarse y reproducir el tumor maligno en el trayecto de la punción.

Y cita un caso de reproducción del tumor en el punto de la punción.

Táctica operatoria

En este tipo de lesiones bipolares, es clásico admitir que las exigencias sobre cirugía cancerológica se cumplen, realizándose la excéresis en block, del lóbulo tiroideo incluyendo el istmo, el tejido célula-ganglionar regional, músculo, externo cleido mastoideo y la vena yugular interna en todo su sector curical.

Inclusive es preconizado por muchos cirujanos, la resección parcial del lóbulo tiroideo controlateral.

Nosotros hemos seguido el criterio sustentado por Lahey y la técnica del mismo, realizando lo que ha llamado "disección radical del cuello".

Siempre exploramos el lóbulo controlateral a la lesión y sólo ejecutamos la tiroidectomía subtotal de ese lado, si la palpación, scintigrama o el acto operatorio, nos pone sobre la pista de un nódulo en el espesor de la glándula.

Este criterio lo basamos sobre el conocimiento de que la propagación regional del cáncer del tiroides se hace fundamentalmente hacia los linfáticos, que son excéntricos respecto a la tiroides, e inclusive se sostiene por algunos autores, que no cruzan la línea media, concepto este al cual ponemos nuestras reservas.

Pero aún hay más: King y Pemberson, indican que nunca observaron ni en clínica ni en patología, metástasis linfáticas en el interior de la tiroides.

Basado en estos conceptos y apoyado sobre el criterio que sustenta Crile que "la batalla del neoplasma de la tiroides se gana o se pierde en el área central del cuello y en el mediastino superior", en nuestra táctica operatoria nos detenemos preferentemente en la excéresis de las cadenas linfáticas primarias, es decir, los ganglios paratraqueales situados a lo largo de la tráquea y por detrás de la glándula tiroidea, llevando la excéresis, como es obvio, hasta incluir la cadena ganglionar correspondiente a la logia de los vasos carotídeos.

Si bien es cierto que existe la posibilidad del origen multifocal del cáncer de tiroides como en cualquier otra víscera, esta posibilidad en la tiroides es muy rara, como lo demuestra la literatura consultada. Y lo habitual es encontrar el neoplasma en su estado intra o ya extra capsulado, limitado a un solo lóbulo.

Pero si ese tumor es yuxta mediano o asienta sobre el istmo,

localización por lo demás excepcional, se justifica entonces la tiroidectomía total bilateral con vaciamiento célula-ganglionar bilateral, para ponerse al abrigo de posibles recidivas.

Los riesgos del mixedema después de esta tiroidectomía, podían ser controlados por opoterapia mantenida durante largo tiempo.

CONCLUSIONES

1) Presentamos dos nuevos casos, en la casuística nacional, de tumores latero-cervicales de estructura tiroidea que resultaron ser tumores metastásicos de neoplasmas de la glándula tiroidea.

2) Destacamos el gran valor de scintigrama y de la punción citológica a los efectos de la localización primaria y del diagnóstico positivo del neoplasma tiroideo.

3) El tratamiento debe ser siempre quirúrgico, teniendo en cuenta su carácter metastásico y bipolar, vale decir actuando sobre la tiroides y las masas ganglionares.

Sobre la tiroides: lobectomía comprendiendo el istmo en su totalidad.

Sobre las masas ganglionares: haciendo un vaciamiento completo de los ganglios paratraqueales y de la logia vascular del cuello.

Si la afección latero cervical es bilateral, correspondiendo a lesiones bifocales o multifocales dentro de la misma glándula, es obvio que el tratamiento debe ser doble, vale decir, tiroidectomía total con vaciamiento célula-ganglionar bilateral.

BIBLIOGRAFIA

- CRILE (Jr.). — The danger of surgical dissemination of papillary carcinoma of the thyroid. *Surg. Gynec. and Obstetric*, 102:161-165, 1956.
- CATTELL, R. B. — Aberrant Thyroid. *J. A. M. A.*, 97. 1761-1767, 1931.
- CATTELL, R. B. — Indications for neck dissection in carcinoma of the thyroid. *J. Clinic. Endocrinol.* 10; 1099-1107, 1950.
- CRILE (Jr.). — La falacia de la disección radical común del cuello, por carcinoma papilífero del tiroides. *Anales de Cirugía*. Vol. 145, Tomo 1. Nº 3. 296-299, 1957.
- CENDAN, ALFONSO, J. — Indicaciones de la tiroidectomía total en el adulto. 2º Congreso Uruguayo de Cirugía.