

Diagnóstico de carcinoma tiroideo clínicamente inaparente por el examen inmunológico de su metástasis cervicolateral * **

Dres. FEDERICO LATOURRETTE,*** PEDRO PASEYRO
y JUAN F. CASSINELLI

Entre los cánceres de la glándula tiroides, existen formas evolutivas poco frecuentes, con la particularidad de revelarse por la metástasis cervical que originan. Quedando el primitivo clínicamente inaparente, oculto en el parénquima tiroideo, reducido a veces a tamaño microscópico. Donde lo encuentra únicamente el patólogo, con cortes seriados múltiples.

Ese desequilibrio de tamaño entre el primitivo y la metástasis, hizo que hasta hace no mucho tiempo, fueran estudiados como carcinomas desarrollados en tejidos tiroideos aberrantes, o en los restos embriológicos laterales de la glándula tiroides. Teorías patogénicas, que aún no descartan algunos autores como Vitagliano (24), Kinsbury (15), Lahey y Figarra (16), Dunhill (8), Leech, Smith y Clute (17), Cohn y Stewart (4), Piacentini (21).

Actualmente el problema de los llamados tumores aberrantes de la glándula tiroides, parece definitivamente aclarado a partir de los trabajos de King y Pemberton (14), quienes fueron los primeros en establecer claramente que dichos tumores son, casi siempre, metástasis ganglionares originadas en un carcinoma primitivo del lóbulo tiroideo homolateral.

A partir de entonces, una abundante casuística apoya esa interpretación, a tal punto que permite establecer definitivamente que todos los tumores cervicales laterales con tejido tiroideo, son en realidad metástasis en los ganglios regionales, de un carcinoma primitivo de la glándula tiroides. Muy a menudo de exiguos tama-

ños, que hacen imposible su localización clínica. Inaparentes mismo en el curso de la exploración quirúrgica. Pero capaces de originar metástasis en los ganglios cervicales, cuyo volumen sobrepasa ampliamente al del tumor primitivo (9, 14, 3, 24, 7, 22, 25, 26, 5, 6).

En nuestro país existen varias publicaciones que aseveran el mismo criterio: Karlen, Matteo y Paseyro (13), Grosso y Paseyro (10), Grosso, Paseyro y Cassinelli (11), Suiffet y Scandroglio (23), y que nos eximen de extendernos más ampliamente sobre el tema.

Estas formas clínicas del cáncer tiroideo, originan problemas de diagnóstico y problemas terapéuticos.

DIAGNOSTICO

En materia de diagnóstico, la clínica a menudo ayuda poco. Se trata casi siempre de mujeres jóvenes que consultan por una tumoración cervical con los caracteres de adenopatías. Ninguno o muy escasos trastornos subjetivos, lo que hace que la consulta sea casi siempre tardía. En nuestro caso, databa de por lo menos un año y medio.

La palpación de la región tiroidea puede hallar algún nódulo en la glándula, pero frecuentemente la exploración meticolosa, no permite hallar anomalías a su nivel.

Existen, en cambio, dos procedimientos de diagnóstico, de fácil realización y de gran utilidad.

1) *La punción citodiagnóstica.*— Que permite obtener muchas veces el diagnóstico positivo. Debe reunir dos condiciones

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" de la Facultad de Medicina. Prof. Héctor A. Ardao.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de setiembre de 1964.

*** Br. España 2958.

indispensables para la seguridad de dicho diagnóstico: a) que las células obtenidas sean de origen tiroideo, y b) que ellas sean obtenidas de un tumor extratiroideo, sin relación alguna de continuidad con la glándula tiroides [(Grosso, Paseyro y Casinelli (11, 13, 12, 2)]. Tiene también importancia muy grande, la obtención de líquido de aspecto coloideo, que evoca una vinculación tiroidea. Las células pueden presentar atipia o no, pero alcanza con que se reconozcan células tiroideas en un nódulo cervical lateral para asegurar que han llegado allí por el mecanismo de las metástasis (2, 3, 4, 5).

2) *El método inmunológico.*—La investigación de la tiroglobulina en el material extraído por punción, constituye un nuevo, sencillo y seguro procedimiento de diagnóstico. Actualmente, por iniciativa de uno de nosotros, es posible hacer el diagnóstico por un método inmunológico. Utilizando un suero antitiroglobulina es posible demostrar, en el material obtenido por punción citológica de la adenopatía, la presencia de tiroglobulina.

Demostrada la presencia de tiroglobulina, queda al mismo tiempo establecido que en ese lugar existen células tiroideas diferenciadas, tiroglobulinoformadoras. En esta forma queda hecho el diagnóstico de metástasis ganglionar de un carcinoma tiroideo diferenciado, antes de todo examen citológico o anatomopatológico.

Esta reacción de identificación de tiroglobulina es de una gran fidelidad, porque la tiroglobulina tiene especificidad antigénica de órgano, o sea que ningún otro órgano, excepto la glándula tiroides, es capaz de formar tiroglobulina, salvo precisamente las metástasis del carcinoma tiroideo diferenciado (19, 20).

En el caso que presentamos esta prueba, fue: tiroglobulina positiva franca.

TRATAMIENTO

El vaciamiento lateral del cuello del lado de la metástasis, es imprescindible e indiscutido. Los criterios están divididos, en cambio, con respecto a la táctica quirúrgica a seguir con el parénquima tiroideo. Algunos sostienen que la tiroidecto-

mía debe ser total del lado de la metástasis y subtotal del lado opuesto. Es seguramente lo más prudente. Otorga al paciente el máximo de seguridad.

Otros, con Lahey, creen que la hemitiroidectomía del lado de la metástasis es suficiente. Esta conducta será tranquilizante para el cirujano, siempre que el patólogo encuentre el primitivo en el lóbulo resecado. Porque si no aparece, puede crearle al cirujano la necesidad de reoperar para resecar el lóbulo residual. Aunque hasta el momento no hay casos descritos de metástasis contralateral exclusivamente, nunca se puede negar esa posibilidad.

En el estudio del lóbulo resecado es imprescindible, por eso, el hallazgo del tumor primitivo. He ahí la importancia que el patólogo realice el estudio de la pieza con la responsabilidad, paciencia y dedicación que estos casos requieren. En el caso que presentamos, esta conducta fue la que nos permitió detectar el minúsculo tumor primitivo, en uno de los numerosos cortes histológicos practicados.

HISTORIA CLÍNICA Nº 198.023.—Hospital de Clínicas. Mujer de 27 años, con dos hijos. Consulta por tumoración cervical de dieciocho meses de evolución, descubierta por la enfermedad durante su segundo embarazo. Como no le produce ninguna molestia, no consulta hasta hace unos meses. El médico la trató con antibióticos, que no modificaron a la tumoración. Que ha seguido creciendo lentamente. No ha tenido alteración del estado general.

Al examen: Tumoración cervical izquierda, subesternocleidomastoidea, ovalada a eje mayor vertical de 5 cm. Superficie polilobulada. Movilizable sobre los planos profundos. No se palpan otras adenopatías. Se palpa la glándula tiroides con caracteres normales. El resto del examen general es normal.

Ningún miembro familiar con tiroidopatía. Exámenes humorales normales.

Punción de la tumoración cervical (Dr. Paseyro): "Citograma de dos nódulos cervicales retroesternocleidomastoideo izquierdo. Se obtiene líquido citrino de las dos tumoraciones, que centrifugado muestra la siguiente citología: numerosos cristales de colesterol. Células de la línea epitelial y numerosos eosinófilos. La investigación de tiroglobulina, a fin de determinar una posible vinculación tiroidea, dio: *tiroglobulina positiva franca*. Lo cual asegura el diagnóstico de metástasis cervical de un carcinoma tiroideo".

Operación (Dres. Latourrette, Mendivil, Liard): Anestesia general. Hemitiroidectomía total izquierda. Vaciamiento lateral izquierdo del cuello, resecando la tumoración en block con el E. C. M., la yugular interna y el lóbulo tiroideo. Durante la exploración quirúrgica no

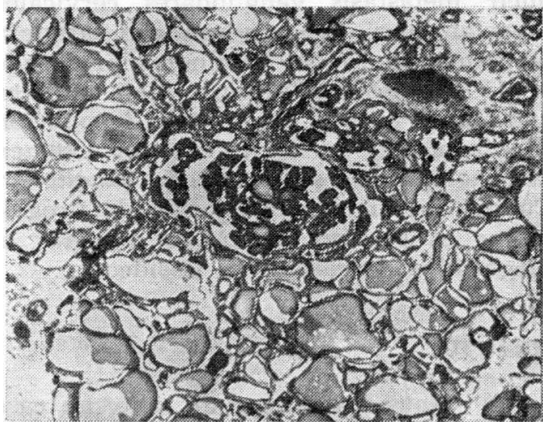
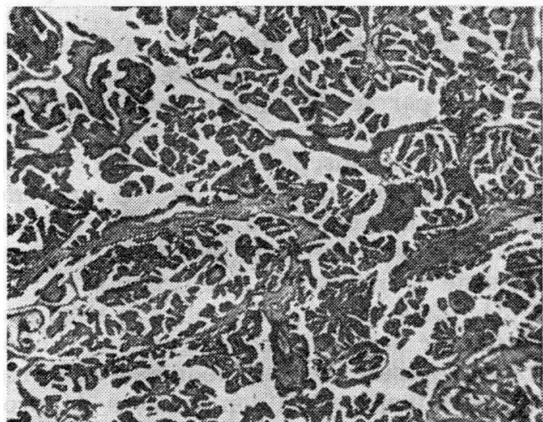
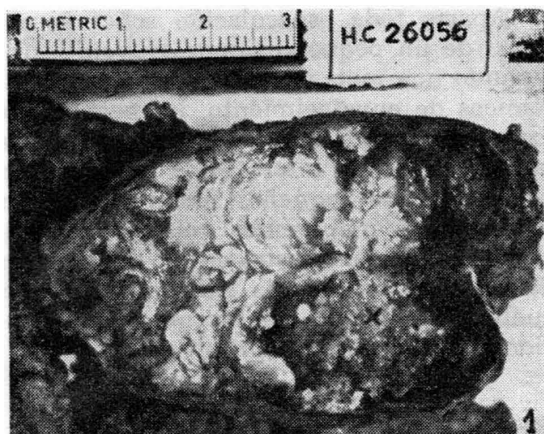


FIG. 1: Superficies de sección de la metástasis laterocervical. (x) señala la porción vegetante papilar llenando parcialmente la cavidad. FIG. 2: Arquitectura del tejido neoplásico vegetante papilar de la metástasis cervical. FIG. 3: Vista topográfica del minúsculo tumor quístico y papilar hallado en la glándula tiroides.

se palpó ninguna tumoración en el lóbulo izquierdo ni en el derecho de la glándula tiroides, que es de tamaño normal. Evolución postoperatoria sin incidentes.

Se le realizó radioterapia postoperatoria en el Instituto de Radiología. Control clínico a los 3, 6 y 8 meses, normal.

Examen anatomopatológico (Dr. Cassinelli):
 "El lóbulo tiroideo pesa $7\frac{1}{2}$ gramos; las superficies de los catorce fragmentos en que se dividió la pieza, no permiten identificar ninguna zona macroscópicamente sospechosa de tumor en el seno del tejido tiroideo. Contigua al trozo de músculo E. C. M. y la vena yugular, hay una tumoración alargada, de $4\frac{1}{2}$ por 2 cm., que al cortarla muestra una cavidad de 3 cm., llena de líquido turbio y espeso, y con una masa vegetante blanda ocupando principalmente uno de los polos; el resto de la superficie interna es grisácea y finamente corrugada. El polo inferior de este tumor quístico papilar está envuelto en una atmósfera celulo-adiposa englobando tres pequeños ganglios, el mayor casi de 1 cm. Más lejos hay otros ganglios, hasta de 1 cm. El ganglio digástrico, de 2 cm., no tiene aspecto sospechoso de metástasis.

"Microscopia: 1º) Tumor cervical lateral.
 Es una amplia cavidad de pared fibrosa delgada, con revestimiento epitelial promedialmente cubocilíndrico, oscuro simple, que en varios sitios tiene proliferaciones fibroepiteliales multirramificadas, en general formando gruesas vegetaciones de estroma esclerohialinizado, con calcificaciones esferulares y estratificadas y ocasionalmente con alguna vesícula llena de sustancia coloide. El polo inferior de la cavidad tiene pared más gruesa, y en su seno hay focos de tejido linfóideo, pero sin arquitectura ganglionar definida. También hay múltiples calcificaciones conglomeradas y restos de antiguas hemorragias (hemosiderina, depósitos lípidos). Los caracteres histológicos corresponden a los de un *cistoadenocarcinoma papilar metastásico del tiroides*. En uno de los tres ganglios incluidos en la atmósfera celulo-adiposa que prolonga el polo inferior del tumor metastásico, se observan algunas microcalcificaciones esferulares y tres o cuatro pequeños alvéolos epiteliales de elementos cúbicos, sin coloide en la cavidad, ubicados en el seno subcapsular, entre células reticulares y linfoides, y también en un desdoblamiento de la cápsula fibrosa del ganglio. La ubicación permite interpretarlos también como elementos epitelio-matosos metastásicos alejados de la metástasis mayor.

"2º) El examen de los catorce fragmentos en que se dividió el lóbulo tiroideo (promedialmente tenían 5 mm. de espesor cada uno), no mostró el tumor primitivo. Se reincluyeron todos los fragmentos para seccionarlos por las superficies opuestas, y entonces pudo identificarse, en uno de ellos, un minúsculo tumor quístico papilar primitivo tiroideo, con una cavidad principal ocupada por las vegetaciones y pequeñas cavidades en la periferia, todas ellas con un epitelio cilíndrico oscuro simple, algunas conteniendo aún coloide y otros mostrando en su revestimiento, formas de transición entre el epitelio tiroideo cúbico bajo y el epitelio cilíndrico, más oscuro y estrecho, propio del neoplasma.

"El tumor no alcanza, revisando varios cortes, a $1\frac{1}{2}$ mm. de extensión. Su contorno

es irregular, carece de toda circunscripción fibrosa; la neoformación no tiene fibrosis significativa del estroma y muestra leve infiltración linfóide discontinua. No hay calcificaciones. Algunas cavidades neoplásicas se alargan hacia el tejido tiroideo circundante, pero no hay evidencia de que transcurran por cavidades linfáticas preformadas.

"En conjunto, este tumor tiroideo tiene una apariencia «juvenil» que contrasta con la evidente larga evolución de la metástasis cervicollateral, y es la interpretación patológica global que autoriza a considerarlo como la fuente de las metástasis ganglionares homolaterales.

"39) Los ganglios cervicales más bajos y el ganglio digástrico, no tienen metástasis."

COMENTARIO ANATOMOPATOLOGICO

El tumor quístico papilar laterocervical tiene los caracteres de las metástasis de los carcinomas papilares del tiroides. El tejido linfóide es escaso y ocupa el polo inferior del tumor casi exclusivamente, disociado por la reacción fibroesclerosante de esta parte de la cápsula, consecuencia de las modificaciones inflamatorias originadas por la hemorragia y sus productos de desintegración. Seguramente esto explica, también, la falta de seno capsular identificable microscópicamente, un hecho de comprobación habitual en gruesas y antiguas adenopatías neoplásicas.

La propagación linfática territorial está subrayada por la presencia de algunos folículos epiteliomatosos y el cortejo de microcalcificaciones en el seno subcapsular de un pequeño ganglio alejado de la metástasis cervical principal. Aquí la topografía lesional es característica de la invasión ganglionar por sus vías aferentes.

El tumor primitivo del tiroides sorprende por su exiguo volumen y su aspecto "juvenil". Hay una aparente integración de folículos tiroideos a la masa del tumor, que sugiere un neoplasma en formación; no hay elementos demostrativos de evolución prolongada (la esclerosis sólo forma una fina banda alrededor de la cavidad principal. No hay calcificaciones y la infiltración linfóide es inconspicua). El espesor de los fragmentos examinados y los cortes obtenidos de ambas caras de sección de cada uno de ellos, hacen improbable que pase desapercibido otro foco tumoral y, si ello fuera así, quizás no tuviera las dimensiones del tumor identificado.

Aparte toda especulación sobre lo extraño de un pequeño tumor "juvenil" originando una metástasis con caracteres anatómicos de envejecimiento, los hechos que exponemos confirman la opinión admitida por una extensa información bibliográfica actual, de que pequeños tumores tiroideos clínicamente inaparentes (cistoadenocarcinoma papilar en nuestro caso), son capaces de producir metástasis ganglionares en el cuello, que superan con largueza las dimensiones del carcinoma primitivo.

RESUMEN

1) Se presenta un nuevo caso de carcinoma tiroideo clínicamente inaparente, revelado por su metástasis ganglionar cervicollateral.

2) El minúsculo tamaño del tumor quístico papilar primitivo, de 1½ mm. de extensión, de apariencia "juvenil", contrasta con la evidente larga evolución y el tamaño de la metástasis que originó.

3) Esta observación apoya la tesis sostenida por una extensa información bibliográfica actual, de que pequeños tumores tiroideos inaparentes son capaces de producir metástasis ganglionares cervicales homolaterales, que superan con largueza las dimensiones del carcinoma primitivo.

4) Se destaca la importancia práctica que tienen para el diagnóstico, la punción citodiagnóstica y *sobre todo el examen inmunológico de su metástasis ganglionar*. Puesto que si la investigación de tiroglobulina es positiva, se puede asegurar el diagnóstico de carcinoma tiroideo.

RÉSUMÉ

1) Nous présentons un nouveau cas de cancer du corps thyroïd cliniquement inapparent révélé par une métastase ganglionnaire cervicale latérale.

2) Le minuscule tumeur kystico-papillaire (1½ mm.) d'aspect "juvenile" est à remarquer devant la longue évolution et la grosse métastase, qu'il a originé.

3) Cette observation vient à enrichir la thèse soutenue par une nombreuse bibliographie actuelle, selon laquelle des petits tumeurs thyroïdiens son capables de produire des métastases ganglionaires cer-

vicales homolaterale beaucoup plus grandes que le tumeur primitif lui même.

4) On signale l'importance pratique du point de vue diagnostique de la pontion cytodiagnostique et surtout du *test immunologique de la metastase ganglionaire*. Si l'investigation de la thyroglobuline est positive on peut rassurer le diagnostique du cancer thyroïdien.

SUMMARY

1) A new case of thyroid carcinoma not detected on clinical grounds, disclosed by lateral lymph node metastases.

2) The extremely small size of the primary cystic papillary tumor (1½ mm.) "juvenile" like, is in direct contrast with the long standing lesion and the size of the metastases.

3) This case supports the well known theory-backed the current bibliography that very small inapparent tumors of the thyroid are able to produce cervical lymph node metastases very much larger than the primary carcinoma.

4) The authors point out the fundamental importance—from the diagnostic point of view—of the needle biopsy and very especially the *immunologic test of the cervical metastases*. Moreover if the thyroid globulin test is positive, one can reassure the diagnosis of thyroid carcinoma.

BIBLIOGRAFIA

1. CATTEL, R. B. Aberrant thyroid. *J.A.M.A.*, 79: 1761, 1931.
2. CERVIÑO, J. M., PASEYRO, P., GROSSO, O. F. y MAGGIOLO, J. La exploración citológica de la glándula tiroidea y sus correlaciones anatomoclínicas. *An. Fac. Med. Montevideo*, 47: 128, 1962.
3. CLAY, R. C. et BLACKMAN, D. Lateral aberrant thyroid: metastases to the lymph nodes from primary carcinoma of the thyroid gland. *Arch. Surg.*, 48: 223, 1944.
4. COHN, L. C. et STEWART, G. A. Tumors of the lateral thyroid component. *Arch. Surg.*, 40: 585, 1940.
5. CRILE, G. (JR.). Papillary tumors of thyroid and lateral aberrant thyroid origin. *S. G. and Obst.*, 69: 39, 1939.
6. CRILE, G. (JR.). Papillary carcinoma of the thyroid and lateral cervical region so called lateral aberrant thyroid. *Surg. Gyn. and Obst.*, 85: 757, 1947.
7. DARGENT, M. Le problème des tumeurs papillaires des glandes thyroïdes, cervicales aberrant. *Bull. Cancer*, 41: 285, 1954.
8. DUNHILL, T. D. Carcinoma of the thyroid gland. *Brit. J. Surg.*, 19: 83, 1931.
9. FRANZ, V. K., FORSYTHE, R., HANFORD, J. M. et ROGERS, W. M. Lateral aberrant thyroids with regional metastasis. *Ann. Surg.*, 115: 161, 1942.
10. GROSSO, O. F. y PASEYRO, P. El problema de los llamados tumores tiroideos laterales aberrantes. La punción citodiagnóstica. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 267, 1954.
11. GROSSO, O. F., PASEYRO, P. et CASINELLI, J. F. Les métastases ganglionnaires cervico-laterales dans les carcinomes thyroïdiens cliniquement inapparents. *Ann. d'Endocrinologie*, 18: 34, 1957.
12. GROSSO, O. F., PASEYRO, P. y MAGGIOLO, J. Contribución al diagnóstico del cáncer del tiroides. *An. Fac. Med. Montevideo*, 44: 53, 1959.
13. KARLEN, M. A., MATTEO, A. L. y PASEYRO, P.: Los llamados tumores tiroideos aberrantes. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 22: 3, 1951.
14. KING, W. L. and PEMBERTON, J. DE V. So-called lateral aberrant thyroid tumors. *Surg. Gyn. and Obst.*, 74: 991, 1942.
15. KINSBURY, B. F. The question of a lateral thyroid in mammals with a special reference to man. *Am. J. Anat.*, 65: 333, 1939.
16. LAHEY, F. H. and FICARRA, B. J. The lateral aberrant thyroid. *Surg. Gynec. and Obst.*, 82: 705, 1946.
17. LEECH, J. V., SMITH, L. W. and CLUTE, H. M. Aberrant thyroid glands. *Am. J. Path.*, 4: 481, 1928.
18. PASEYRO, P. y GROSSO, O. F. El citograma tiroideo obtenido por punción. Sus aplicaciones clínicas. *Méd. Panamericana*, 6: 13, 1956.
19. PASEYRO, P., NEGRÍN, E., MORATÓ MANARO, J. y GROSSO, O. F. El granuloma inmunitario de Garay y Baygorria como método para obtener anticuerpos antitiroideos en el conejo. *An. Fac. Med. Montevideo*, 46: 297, 1961.
20. PASEYRO, P., NEGRÍN, E., MORATÓ MANARO, J. and GROSSO, O. F. Antithyroid antibodies: their utilization in the investigation of antigenic thyroid substances in material obtained by cytologic aspiration. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 23: 387, 1963.
21. PIACENTINI, L. Tumori in tiroidei aberranti laterali. *Tumori*, 37: 31, 1951.
22. ROBBINS, S. L. Some new pathological concepts. *New England J. Med.*, 242: 618, 1950.
23. SUIFFET, W. y SCANDROGLIO, J. J. Epitelioma tiroideo a evolución lenta. 2º Cong. Uruguayo de Cirugía, 516, 1951.
24. VITAGLIANO, C. Le metastasi latero cervicali di tumori della tiroide. *Tumori*, 40: 693, 1954.
25. WARREN, S. and FELDMAN, J. D. The nature of aberrant thyroid tumors. *Surg. Gyn. and Obst.*, 88: 31, 1949.
26. WARREN, S. and MEISSNER, W. A. Tumors of the thyroid gland. *Washington D.C. Armed Forces Institute of Pathology*, 92, 1951.

DISCUSION

Dr. Juan Carlos del Campo: Hasta la cuarta década de nuestro siglo, los tumores laterales del cuello eran considerados como tumores primitivos y etiquetados, ya sea como branquiomias, ya sea como tumores tiroideos aberrantes laterales. Recuerdo de mi época de estudiante del Servicio del Prof. Lamas, haber visto extirpar un tumor situado por detrás del esternocleidomastoideo, sin relación ninguna con la glándula tiroidea. No se tocó la glándula tiroidea ya que era la conducta de la época, habiéndose pensado en tiroides lateral aberrante y confirmado esto histológicamente.

El problema fue cambiando. El branquioma pasó a ser metástasis secundaria de un tumor de otra parte del cuerpo; se aclaró que el llamado bocio benigno metastásico dejaba de serlo si se agotaba el estudio de la glándula tiroidea, y se encontró que en la inmensa mayoría de los casos, los nódulos tiroideos aberrantes laterales estaban acompañados por un nódulo de la misma estructura en la glándula.

Posteriormente la interpretación se precisó, aunque complicándose. Podemos decir que hubo un momento en que, para clasificar el caso, ya sea como masa lateral aberrante o como metástasis tiroidea, se exigía este dato: se podía llamar masa aberrante aquella que tuviera un tejido linfático alrededor, siempre que ese tejido no tuviera estructura glandular, pero cuando tenía estructura glandular, como la que mostró el Dr. Cassinelli, con situación subcapsular del tejido tiroideo, entonces se le clasificaba como metástasis.

En estudios hechos en cadáveres de recién nacidos por el primer o segundo año de vida, hay quienes han podido encontrar nódulos con tejido tiroideo en la parte lateral del cuello y aunque las observaciones son excepcionales, esto, que era la interpretación antigua, figura como una posibilidad. De todas maneras, se llega a la conclusión de que hay que separar el problema científico del problema práctico. En el plano científico podemos adoptar varias posiciones: admitir la hipótesis de que hay un tumor primitivo de la glándula tiroidea con metástasis laterales en el cuello o admitir que hay un tumor lateral en el cuello con metástasis en la glándula tiroidea, o admitir que, tratándose de un tejido endocrino, él puede sufrir procesos inductivos que producen las mismas modificaciones, ya sea en la glándula tiroidea, ya sea donde hay tejido tiroideo.

Ahora bien, desde el punto de vista práctico, es otra cosa. Si nosotros encontramos un nódulo tiroideo lateral (tiroides aberrantes), haremos el vaciamiento ganglionar y la extirpación del lóbulo tiroideo lateral como mínimo.

Recuerdo aquí, entre los operados por mí, dos casos. Uno de ellos mantuvo durante varios años, siete a ocho, nódulos en la parte lateral del cuello, bastante altos, que fueron considerados como ganglios tuberculosos y que no fueron extirpados. A los siete años, un cirujano le extirpó un nódulo tiroideo, siendo informado por el anatomopatólogo, Prof. Lasnier,

que era un epiteloma. Por razones que ignoro, no se tomó ninguna resolución. Dos años después esa enferma ingresó en nuestro Servicio. El Dr. Paseyro le hizo una punción de un ganglio supraclavicular del otro lado del cuello, encontrándole un cistoadenocarcinoma papilar. Se le hizo la tiroidectomía total y el vaciamiento cervical ganglionar completo bilateral, seguido después de radioterapia. Hace pocos meses —diecisiete a dieciocho años después de mi primera intervención— está en plena recidiva, según los médicos tratantes, en una situación que se considera terminal. Vivió un número de años, grande para un tumor, pero pequeño cuando el tumor se desarrolla, como en este caso, en una persona joven. El otro tumor lateral aberrante a que me referí, fue examinado una primera vez histológicamente, no encontrándose nada en el tiroideo. Un segundo examen hecho a pedido mío, permitió encontrar un tumor de 4 mm. de diámetro.

En cuanto a la conducta a seguir en este momento, nosotros nos guiamos por lo que se hace en los grandes medios, ya que hay una desproporción tan grande entre el número de enfermos que tratamos nosotros y el que manejan en esos medios, que pensamos que no tenemos otra cosa que seguir sus enseñanzas. En ese sentido, un tumor de esta categoría lleva a un vaciamiento ganglionar completo y además —teniendo en cuenta cómo han insistido en la Clínica de Mayo últimamente— la lobectomía tiroidea completa del lado de los tumores laterales con la tiroidectomía subtotal del otro lado, ya que han encontrado en una proporción relativamente grande, localizaciones bilaterales, habitualmente no palpables, ni con la glándula a desnudo en el momento operatorio.

Dr. Walter Suiffet: Hace años se consideraron los procesos laterales patológicos malignos de cuello, como neoplasias producidas sobre restos tiroideos, que pueden asentarse en cualquier lugar de la zona de origen embriológico de la glándula tiroidea. Con el mejor conocimiento de este problema, se ha llegado a la conclusión que la gran mayoría de los procesos malignos laterales tiroideos del cuello son metastásicos de un epiteloma primitivo de tiroidea.

Presentamos al Congreso Uruguayo de Cirugía (1951) una observación muy original. Se trataba de una paciente que consultó en la Clínica del Prof. Stajano en el año 1939, porque con motivo de un examen médico trivial le comprobaron una tumefacción en la región esternocleidomastoidea izquierda alta, que llegaba hasta la mastoides. Fue intervenida después de haber agotado todos los estudios clínicos y endoscópicos de la paciente y se extirpó una masa tumoral de tamaño apreciable, resecándose junto con ella una parte del músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna que estaban englobados por el proceso patológico. El estudio histológico mostró un epiteloma cilíndrico, pseudoglandular y en parte papilar. Desde luego que el desconocimiento en aquel momento del problema, hizo

que se considerara que esto pudiera tratarse de un epiteloma asentado sobre un resto tiroideo aberrante. La enferma fue perdida de vista. A los doce años de la intervención, vuelve a consultar porque comprueba que un poco por debajo de la cicatriz operatoria presentaba, desde hacía dos años y medio, una tumefacción cervical. Ya en conocimiento de este problema, después de la comunicación del Dr. Karlen a la Sociedad de Cirugía y de los comentarios vertidos en aquella oportunidad por el Prof. del Campo, nosotros sospechamos que podría tratarse de un epiteloma tiroideo primitivo, con metástasis ganglionares secundarias. El estudio radiológico mostró que existían calcificaciones en la zona topografiada sobre el lóbulo izquierdo del tiroides. No se practicaba todavía habitualmente la punción y el estudio de la citología. Esa enferma se intervino y se extirpó la masa adenopática tumoral, reseca la vena yugular interna hasta su unión con la vena subclavia. Se hizo un vaciamiento supraclavicular y carotídeo bajo, es decir, por debajo de la zona en que se había hecho anteriormente, y se comprobó que el lóbulo tiroideo izquierdo tenía una zona algo indurada. Se practicó una lobectomía izquierda y en la histología del tiroides se comprobó que existía un epiteloma papilar, con procesos regresivos, necróticos y calcificaciones, y en la metástasis ganglionar, exactamente la misma histología. Es interesante que el proceso patológico primitivo de tiroides, que de acuerdo a esta interpretación tenía diecisiete años de evolución, muestra una espesa cápsula fibrosa, infiltrada por el tumor, pero que lo separa completamente del resto del parénquima tiroideo, normal y un tumor con calcificaciones y fenómenos regresivos.

La punción citológica es muy importante. De acuerdo a la experiencia recogida tras la actuación del Dr. Paseyro, creemos que no se debe omitir y que es un elemento fundamental para orientar el diagnóstico. Posteriormente hemos tenido oportunidad de ver otros pacientes exactamente en la misma situación. Es decir, una tumefacción aislada en el cuello, que el estudio histológico muestra luego de una biopsia, que se trata de un epiteloma papilar secundario de un epiteloma tiroideo.

El Dr. Latourrette dijo una cosa sobre la que voy a insistir y que es fundamental: para darle mayor valor a la punción citológica del nódulo de la zona yugulocarotídea, hay que estar absolutamente seguro que está desconectado de la glándula tiroides. En eso insiste el Dr. Paseyro cuando redacta sus informes. Nosotros hemos visto nódulos tiroideos evadidos de la celda tiroidea, situados en el cauce vascular lateral del cuello, incluso hasta la zona del ángulo del maxilar. En ese caso es muy difícil saber si lo que se punciona es un nódulo tiroideo evadido de la celda tiroidea o una metástasis ganglionar. La presencia de células tiroides certifica indiscutiblemente que se trata de tejido tiroideo, pero es importante

saber que puede punccionarse un nódulo tiroideo con esa topografía; el cirujano debe estar advertido que eso puede ser un nódulo tiroideo, pero que también puede ser una metástasis, un ganglio colonizado por el neoplasma tiroideo. Es también muy importante la consideración acerca del tamaño del tumor y en ese sentido hay que agotar, como sucedió en la observación presentada por el Dr. Karlen, todo el material, para tener la absoluta certeza de que en la glándula tiroides no existe nada. Eso es difícil, laborioso y se necesitan muchas horas de trabajo y mucha experiencia en el manejo del material. De la misma manera que existen adenopatías secundarias, provocadas por los epitelomas de tiroides, el problema, saliendo un poco del caso concreto que presenta el Dr. Latourrette, se puede presentar cuando hay metástasis ósea. Nosotros tenemos una paciente presentando una imagen lítica cervicofemoral derecha. Fue intervenida por el Dr. Cagnoli, quien le practicó la evacuación de esa zona y el relleno de injertos.

El material enviado al examen anatómico correspondía a parénquima tiroideo normal. Incluso el Dr. Kvasina, que fue el que estudió el material, hizo una pesquisa para ver si podía haber habido, tanto en el Sanatorio donde se operó la paciente o en el Laboratorio, una confusión de material. Desde luego se comprobó que no era así y esa enferma nosotros la intervenimos practicándole una tiroidectomía total, casi a ciegas, porque macroscópicamente, en la intervención, no se comprobó absolutamente nada. Sin embargo, el estudio exhaustivo de la pieza mostró que en el polo superior izquierdo existía una pequeña lesión donde solamente había alteraciones arquitecturales celulares sin evasión de la glándula, sin infiltración vascular, es decir, sin ninguno de los elementos clásicos para pensar en un epiteloma y que podría entrar dentro del grupo conocido antiguamente como adenoma maligno.

El otro punto que es interesante hacer notar, es que si bien es cierto que las tumefacciones de cuello que acompañan el nódulo tiroideo deben ser consideradas como epitelomas secundarios a nivel de ganglios, es importante considerar que puede existir una simultaneidad del proceso y, aunque sea un poco anecdótico, tenemos dos pacientes en los cuales se diagnosticó el epiteloma tiroideo con la presencia de un nódulo y la adenopatía secundaria por la presencia de una masa en el cuello. Practicada la punción de ambos, en los dos casos se comprobó que el bocio existía, un elemento citológico que mostraba simplemente células tiroideas normales y en la adenopatía lateral de cuello, un granuloma que correspondía a tuberculosis. De manera que hay que hacer ciertas reservas también en el problema y las dos reservas fundamentales son: que se tiene que estar seguro de que el nódulo no está conectado con la glándula tiroides, y segundo, que la punción es indispensable para orientar el diagnóstico.