

Quiste hidático de tiroides * **

Dres. FEDERICO LATOURRETTE *** y WASHINGTON LIARD ****

El interés de esta observación radica en un nuevo aporte a la casuística de una localización excepcional de la enfermedad hidática.

En nuestro país han sido comunicados 6 casos:

- 1 en la estadística de Duprat y MacKinnon (4) de 1896 a 1906;
- 2 citados por Domingo Prat (6) entre 1908 y 1912;
- 2 de Fischer y Traibel en 1953 (5);
- 1 de Bortagaray y Errandonea en 1958 (2).

Existe otra observación de B. Asiner, aún no publicada, totalizando con el nuestro la suma de 8 casos (1).

Una exhaustiva revisión de la literatura mundial sobre el problema puede verse en el documentado trabajo de Chandra y Prakash de Lucknow (India) (3).

R. M. G. de M., Hospital de Clínicas, Nº 243.769; mujer de 67 años, de raza negra, procedente del Interior (Lavalleja y Canelones).

Desde hace seis años es portadora de una tumoración a nivel del lóbulo derecho de la glándula tiroides, de crecimiento lento y progresivo hasta tener unos 4 cm. de diámetro en el momento de la consulta. Presentaba como caracteres salientes su forma redondeada, consistencia muy dura y superficie ligeramente irregular. El resto de la glándula aparentaba ser normal. Algunos ganglios móviles e indolores se palpaban a lo largo de la cadena yugular externa derecha.

Salvo un cambio en el timbre de voz que se hizo más grave en los últimos meses, no presentó ningún otro síntoma o signo. No tuvo repercusión general ni elementos clínicos ostensibles de distiroidismo.

De sus antecedentes sólo destacaremos que no relató casos de hidatidosis familiar ni en la zona de residencia.

Como impresión primaria se planteó la sospecha de un neoplasma de tiroides y se procedió a su estudio paraclínico:

Metabolismo basal: 16 %.

Radiografía de cuello: mostró compresión y desviación traqueal a nivel del pasaje cervicotorácico.

Gammagrama: nódulo funcionante a nivel del lóbulo derecho.

Punción (Dr. Paseyro): se extrajeron 12 c.c. de líquido cristal de roca que no mostró a la microscopia elementos hidáticos ni celulares.

El aporte del laboratorio cambió totalmente la orientación clínica surgiendo dos posibilidades diagnósticas: 1º) quiste paratiroideo (7); 2º) quiste hidático de tiroides.

Se realizaron nuevos exámenes que no aportaron mayores datos.

El estudio del metabolismo fosfocálcico y radiografías de mano, cráneo y aparato urinario, no demostraron alteraciones de importancia.

Las reacciones de Cassoni y Weinberg fueron negativas y la eosinofilia de 242 por mm³.

En síntesis, se trataba de una tumoración quística de la logia tiroidea sin diagnóstico de naturaleza. Se decidió la exploración quirúrgica.

Se intervino el 28-V-66 bajo anestesia general.

Operación (Dres. Latourrette, Liard y Gary): Incisión de Kocher; se expuso la glándula comprobándose que la tumoración estaba ubicada en pleno parénquima del lóbulo superficializándose hacia su cara anterior. No impresionó por su topografía como un quiste paratiroideo. El resto de la glándula presentaba múltiples nódulos pequeños. Se realizó tiroidectomía subtotal bilateral.

Abierta la pieza de exéresis mostró una cavidad quística tapizada por una membrana con los caracteres morfológicos de un quiste hidático.

El informe del patólogo (Dr. Casinelli) confirmó que se trataba de un quiste hidático de tiroides con manifestaciones de sufrimiento intercistoadventicial no visualizándose éscolicos ni vesículas prolíferas.

El postoperatorio cursó sin incidentes, encontrándose la enferma actualmente en buenas condiciones.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" del Prof. Dr. Héctor Ardao.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de abril de 1967.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica.

**** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

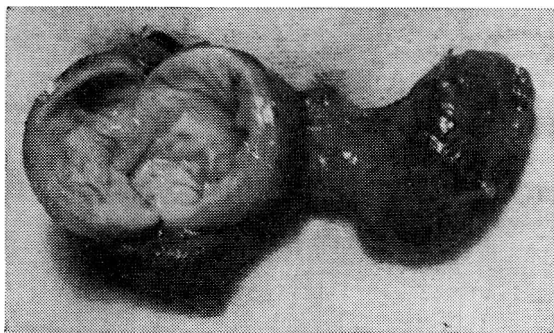


Fig. 1.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 67 años con un nódulo duro en lóbulo derecho de tiroides, sin repercusión regional ni general, que planteó la sospecha clínica de neoplasma.

La punción de la tumoración permitió extraer líquido cristal de roca, lo que cambió la orientación diagnóstica hacia la posibilidad de quiste paratiroideo o quiste hidático.

Los estudios paraclínicos realizados no fueron aclaratorios, por lo que se planteó la intervención realizándose tiroidectomía subtotal, que demostró que se trataba de un quiste hidático de tiroides, lo que fue confirmado por el estudio histológico.

Se realiza una revisión de la bibliografía nacional encontrándose otras siete observaciones similares.

BIBLIOGRAFIA

1. ASINER, B. Comunicación personal.
2. BORTAGARAY, C. A. y ERRANDONEA, J. Quiste hidático de tiroides. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 29: 5, 1958.
3. CHANDRA, T. and PRAKASH, A. A case of hydatid cyst of thyroid. *Brit. J. Surg.*, 52: 235, 1965.
4. DUPRAT, P. Los quistes hidáticos en el Uruguay. *Arch. Int. Hidat.*, III: 37, 1937.
5. FISCHER, J. T. y TRAIBEL, J. A. Hipertiroidismo hidatídico. *Arch. Urug. Med. Cir. y Esp.*, XLIII: 146, 1953.
6. PRAT, D. Los quistes hidáticos en el Uruguay. *Rev. Med. del Uruguay*, XVI: 495, 1913.
7. SUIFFET, W., PASEYRO, P. y SCANDROGLIO, J. J. Quistes paratiroideos. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 96, 1963.

DISCUSION

Dr. Marella: Esta localización de la hidatidosis es verdaderamente excepcional.

En nuestro país recuerdo solamente dos trabajos sobre el tema: del Dr. Bortagaray y otro de Fischer y Traibel, este último refiriéndose al hipertiroidismo en la hidatidosis de tiroide.

Casi toda la bibliografía que hay sobre el tema es, sudamericana y particularmente de la Argentina.

En el *British Journal of Surgery* (marzo de 1965) trae una observación de un cirujano hindú que es la segunda publicada en la India.

De modo que es un caso cuyo interés se origina en lo muy raro de su presentación.

Dr. Del Campo: Felicito al Dr. Liard por haber traído este caso raro de quiste hidático de tiroides, porque precisamente uno de los defectos que tiene la Sociedad de Cirugía es que quien quisiera saber toda la labor quirúrgica del Uruguay, no la tendría.

Una de las obligaciones que tiene la Sociedad de Cirugía es la de ser un reflejo de la labor quirúrgica del medio, y todos esos casos deben ser traídos. Indudablemente que era mucho más lindo cuando todos nosotros nos pasábamos haciendo el diagnóstico clínico. Pero después aparecieron los sujetos con la aguja en la mano puncionando obligatoriamente, prácticamente, todo tumor de cuello y quitándole el romanticismo a esos diagnósticos, transformándolos en una cosa material.

Va a quedar cuenta de esta observación, porque por una resolución tomada estos casos van a ser resumidos y publicados, de manera que puedan entrar dentro de la cita mundial; el trabajo queda depositado en la Sociedad de Cirugía, y será enviado a quien lo solicite. Esa es la disposición que se va a tomar.

Yo no sé si leyó muy apurado el Dr. Liard, pero parecería que el diagnóstico final lo hizo el Dr. Cassinelli; no oí mencionar la membrana en el diagnóstico operatorio como si la pieza no hubiera sido cortada y en la pieza seccionada tiene que haber aparecido la membrana, debe ser una omisión de lectura. Lo felicito, Dr. Liard.

Dr. Suiffet: Nos referiremos a las características del líquido obtenido por punción en el caso presentado, puesto que plantea diagnóstico importante con los de los quistes paratiroideos. No hemos observado nunca equinocosis hidatídica de la glándula tiroides, pero con motivo de haber estudiado dos casos de quistes paratiroideos, el Dr. Paseyro obtuvo por la punción líquido cristal de roca sin elementos hidatídicos y con valores de proteínas de 0,50 a 1 gr.%. Este elemento es de valor para distinguir los quistes paratiroideos, que pueden mostrar un líquido cristal de roca similar al de la equinocosis hidatídica.

Dr. W. Liard: Agradecemos los comentarios de los Dres. Del Campo, Suiffet y Marella.