

*Cáncer tiroideo **

A propósito de 60 casos

Dr. LUIS A. GREGORIO **

Es indiscutible que en nuestro medio ha correspondido al Instituto de Endocrinología el estudio de la mayor parte de la patología propia de la especialidad, en virtud de sus 36 años de existencia y de la jerarquía científica de sus integrantes, la mayoría de ellos dedicados a la investigación y la docencia desde su lejano comienzo. El Instituto ha centralizado en el Hospital Pasteur una larga serie de pacientes que constituyen la base de tan importante experiencia. Naturalmente la patología tiroidea integra uno de los capítulos mejor conocidos y de todo lo que allí en ese aspecto se ha estudiado hemos recibido ya directa, ya indirectamente la experiencia que se resumirá en esta comunicación.

Cerviño (2), Grosso, Paseyro, Morató Manaro, etc., fueron estudiando los frutos de la experiencia acumulada y Maggiolo (9) vertió en su tesis de Adscripción en forma pormenorizada los conocimientos alcanzados, haciendo un detallado relato de los casos clínicos, de sus respectivas patologías, del tratamiento y de sus resultados. Nosotros hemos contado con esa invaluable guía y con lo que nos ha aportado la casuística reunida, así como con los trabajos que se han ido sumando por otros autores en el mismo Instituto —los antes llamados tumores Aberrantes tiroideos, laterales— Grosso, Paseyro, Cassinelli (4) han sido debidamente ubicados y puede afirmarse que se poseen elementos en el momento actual como para hacer con relativa facilidad un diagnóstico certero o de sospecha del cáncer de tiroides. En el mismo sentido se han expedido Karlen, Matteo y Paseyro (7).

En la Sociedad de Cirugía muy poco es lo que se ha considerado acerca de este tema. Bossano Bozo (1) se refirió en 1957 a tiroidectomía y vaciamiento ganglionar; Latourrette y colaboradores (8) presentó un caso de carcinoma tiroideo clínicamente inaparente, diagnosticado por el examen inmunológico de su metástasis cervical; Piquinela, Varela y Toledo (16) se refirieron a Metástasis tiroidea de tipo aneurismático y recientemente Suiffet (19) presentó su casuística y un detallado estudio de las técnicas operatorias a emplear de acuerdo con cada situación en particular.

El mismo Suiffet y Scandroglío (17) presentaron al 2º Congreso Uruguayo de Cirugía el

caso de un epiteloma tiroideo a evolución lenta. Pseudo tumor aberrante. Pero fue en el XVIIIº Congreso Uruguayo de Cirugía donde el tema del cáncer tiroideo fue tratado exhaustivamente en Mesa Redonda, en la que participaron destacados especialistas, tales como Suiffet (18), Grosso (6), Maggiolo (11), Paseyro (13) y Traibel (21).

Nuestra casuística se basa en el estudio de los 4.539 casos de patología tiroidea que se han reunido hasta el momento actual en el Instituto de Endocrinología. Dentro de este número se han comprobado fehacientemente 60 cánceres de tiroides: 59 primitivos y 1 secundario. Nos hemos de circunscribir a estos pacientes, allí estudiados, haciendo exclusión de otros casos semejantes tratados personalmente fuera del Instituto, a efectos de mantener la unidad científica que supone haber sido ellos tamizados bajo el mismo padrón.

CUADRO 1
 PATOLOGIA TIROIDEA EN EL CUELLO
 4.539 casos

<i>Bocio Difuso</i>	Simple	1.396
	Con hipert.	1.266
<i>Bocio Nodular</i>	Simple	1.046
	Con hipert.	344
<i>Bocio Multinod.</i>	Simple ..	171
	Con hipert.	75
<i>Bocio con Hipotiroidismo</i>		50
<i>Tiroiditis Crónica (Hashimoto)</i>		132
CANCER DE TIROIDES		60 (1,32 %)

De esta serie, 46 pacientes corresponden al interior del país y 14 a la capital. Se explica fácilmente esta diferencia, pese a que la mayoría de la población habita en la capital en el hecho de que la actividad mutualizada en Montevideo se extiende casi al 70 % de la población. El tiempo de evolución de la enfermedad es muy variable, como lo avala el hecho de que dos casos fueron vistos apenas un mes desde comenzados los síntomas, en tanto también encontramos un paciente con 50 años de evidencias de la lesión; pero la mayor frecuencia en la consulta se encuentra entre 6 meses y 2 años.

* Trabajo del Instituto de Endocrinología. M. S. P. Director Prof. José M. Cerviño.

** Docente Adscripto de Cirugía. Cirujano Jefe Interino del Instituto de Endocrinología.

Presentado el 14 de noviembre de 1974.

Hemos visto en el Cuadro N° 1 que la frecuencia en nuestra serie ha sido del 1,32 %. De los 60 casos, 52 han acaecido en el sexo femenino (86,66 %) y 8 en el masculino (13,33%). Las edades extremas han fluctuado entre los 14 y 88 años, con un promedio de 51 años.

CUADRO 2
SINTOMATOLOGIA

<i>Síntomas locales.</i>	{	Tiroideo	57	
		Tumor y adenopatías	24	
		Adenopatías solamente	3	
<i>Tumor cervical - 60</i>		Disfonía	11	
		Disfagia	9	
		Tos irritativa	7	
		Sofocación	6	
		Voz bitonal, con parálisis recurrential	4	
		Dolor local	4	
	<i>Síntomas regionales</i>		Opresión cervical	4
			Hemicránea	
			Lagrimo, Temblor palpabral	
			Disminución hendid. palp.	
			Halitosis	
			Cornaje, Tiraje	
			Várices base de lengua	
		Circulación colateral		
<i>Síntomas generales</i>		{	Adelgazamiento	16
			Astenia	
	Anorexia			
	Insomnio			
		Palpitaciones		
		Fatiga		
		Dolores articulares		
		Diarreas (Tumor medular)		

La primera manifestación ha sido siempre el tumor y el adelgazamiento el acompañante más frecuente. Los caracteres del tumor han sido muy variables: único, múltiple, con dureza pétreo o sin ella, móvil o fijo a los planos vecinos, indoloro a la palpación en general, puede ser sensible. En algunos casos hemos encontrado aumento de la temperatura local e incluso en dos de ellos había rubor en la piel suprayacente. La rapidez en la evolución, es decir el considerable aumento del tumor en poco tiempo es uno de los elementos que han hecho pensar en su malignidad. Desde luego que la concomitancia con adenopatías cervicales, con adelgazamiento marcado, disfonía, disfagia, voz bitonal, etc. en varias oportunidades han llevado al diagnóstico de cáncer tiroideo, pero con Grosso, Paseyro y Maggiolo (5) hemos de decir que en la mayoría de los casos el diagnóstico clínico es solo presuntivo: el diagnóstico de certeza sobre base clínica solamente corresponde a las formas más malignas.

FORMAS CLINICAS DE PRESENTACION

En nuestra serie el cáncer tiroideo se ha presentado en múltiples formas clínicas, que pueden resumirse de este modo: Como bocio

nodular en 29 oportunidades (del lóbulo derecho 21, del izquierdo 6 e ístmico 2; multinodular 17 veces; difuso 6; difuso con nódulos 5; sin tumor tiroideo (con adenopatías) 3; con hipertiroidismo 5 y con mixedema 1.

Las metástasis observadas en nuestros 60 casos en su gran mayoría lo fueron como adenopatías cervicales en 24 pacientes— (unilaterales en 19, bilaterales en 4 y 1 aparentemente contralateral, ya que en la operación se demostró que el nódulo tiroideo palpable era un adenoma a izquierda y la adenopatía metastásica derecha correspondía a un pequeño nódulo canceroso del lóbulo derecho).

Las metástasis a distancia encontradas fueron 6, así dispuestas: mediastinales, pulmonares, hepáticas, en intestino delgado, en sacro y tercera, cuarta y quinta lumbares y finalmente en pubis y ala ilíaca.

Los métodos de estudio empleados en los pacientes que integran el núcleo que motiva esta presentación han sido los siguientes: curva del metabolismo basal; dosificación del colesterol en sangre; estudios radiográficos variados, de cuello frente y perfil, tratando de ver fundamentalmente las deformaciones impuestas a la tráquea por el tumor, contándose con dos observaciones donde la misma ha sido no solamente comprimida, sino francamente invadida por el mismo. No hemos tenido aún elementos suficientes como para acordar validez a la arteriografía tiroidea, que en nuestro medio estudia Gary (3). Con el I₁₃₁ se trabaja en el Instituto de Endocrinología, practicando preferentemente el scintigrama, raramente el conteo de Geiger Muller, la determinación de la velocidad inicial de fijación, la relación cuello-muslo, la captación precoz y tardía, el índice de secreción tiroxínica radioactiva, el nivel de hormona tiroidea circulante y en algunas circunstancias se ha realizado el test de Werner para obtener scintigramas modificados al variar la captación del I₁₃₁ con extractos o con hormona tiroidea. Y finalmente el Test de Paseyro, considerado por el autor como un método semiológico más pero que en nuestro concepto se ha constituido en el auxiliar de laboratorio de mayor significación. En 1948 ya citaba Piaggio Blanco (15) su importancia.

Las carencias con que muchas veces debe desenvolverse el Instituto ha determinado que no siempre se pueda contar con el scintigrama. En 20 pacientes se encontraron nódulos fríos, coincidentes con el tumor; en una oportunidad se encontró un nódulo caliente a izquierda y una metástasis cervical a derecha, pero el cáncer se encontró en la operación y lo confirmó el estudio histológico; estaba también a derecha, fuera del nódulo hiperactivo. En 6 casos el gamagrama fue impreciso, no aportando nada al diagnóstico.

El Test de Paseyro fue positivo en 24 oportunidades, ya sea permitiendo el diagnóstico exacto en tumores indiferenciados de la glándula, ya detectando la presencia de células tiroideas en adenopatías metastásicas, ya encontrándolas a distancia, en hígado o en hueso. Por la abundancia de las células, por ciertas modificaciones en su disposición fue sospechado

el cáncer y luego confirmado por el patólogo en 8 oportunidades; el restante no aceptó la operación. En 10 casos el test de Paseyro no inclinó a pensar en el cáncer, ya fuera porque se trataba de tumores diferenciados, cuyas células aisladas no tenían nada que las diferenciara de las normales, ya porque las punciones cayeran en zona sana, de tumores multicéntricos o porque los nódulos puncionados fueran adenomas y el tumor se encontrara como en uno de nuestros casos por fuera del mismo, formándole una especie de casquete.

Al hecho citológico se le agrega también el biológico, buscando la presencia de tiroglobulina en los extractos celulares obtenidos por la punción y detectada por la precipitación frente a sueros con anticuerpos anti-tiroglobulinas. Citología e inmunología se unen pues para asegurar la presencia de elementos tiroideos fuera de la propia glándula tiroides, para afirmar la existencia de metástasis de tumores diferenciados. Lógicamente, como en los tumores indiferenciados no hay reproducción de elementos tiroideos, tampoco hay presencia de tiroglobulinas.

Por las cifras citadas y por los conceptos vertidos posteriormente es que consideramos que el método de Paseyro constituye el mejor aporte en el diagnóstico del cáncer de tiroides y desde luego contribuye en forma inestimable al tratamiento precoz y más eficiente. Con fines aclaratorios cabe consignar que Paseyro nunca informa sus estudios citológicos estableciendo el término de *sospecha* de malignidad. Somos nosotros quienes le atribuimos ese valor cuando deja constancia de la presencia de gran densidad celular, que revela que se está frente a un tumor parenquimatoso, o cuando destaca una morfología celular inhomogénea, con células más o menos grandes, con núcleos de tamaños diversos o con diferencias de tinción entre unas y otras células. Paseyro es muy cauto en afirmar la presencia de células atípicas y en estas circunstancias expresa que el diagnóstico es de orden histológico.

Balanceando esos elementos citológicos con los datos proporcionados por la clínica, por el scintigrama, por el otorrinolaringólogo, confirmando una parálisis recurrencial, por la radiografía revelando infiltración de la tráquea y aún mostrando calcificaciones —que por otra parte no tienen mucho valor juzgadas aisladamente, ya que muchas otras patologías las pueden también evidenciar— es que nosotros hacemos el *diagnóstico de sospecha* de cáncer tiroideo.

METASTASIS

La gran mayoría de las metástasis se encontraron en los ganglios cervicales, que fueron apreciadas en 24 pacientes; 19 unilaterales, 4 bilaterales y 1 aparentemente contralateral, tal como ya fue dicho y desechado por la anatomía patológica. En 6 pacientes se encontraron metástasis a distancia: mediastinales, pulmonares, hepáticas, entéricas, en sacro, 3ª, 4ª y 5ª lumbares, pubis y ala ilíaca.

ANATOMIA PATOLOGICA

El estudio anatomopatológico ha permitido confeccionar el siguiente cuadro, de acuerdo con Grosso (6) y Toledo (20).

Papilar	16 (27,7 %)
Folicular	8 (14,4 %)
Mixtos	14 (25,8 %)
Indiferenciados	8 (14,4 %)
Medular	3
Trabecular	1
Angio-invasor	3
Esclerosante	1
Con células de Hürthle	4
Cáncer y Hashimoto	2
Metastásico	1
Multicéntricos	5

Con células de Hürthle se encontraron dos tumores mixtos, uno en un carcinoma encapsulado, angio-invasor y el último en un tumor indiferenciado, que fue diagnosticado por la punción citológica y que no llegó a operarse. Conjuntamente con la tiroiditis de Hashimoto se encontró un cáncer folicular y otro medular.

TRATAMIENTO

El tratamiento realizado en esta serie fue el siguiente: quirúrgico en 50 casos (83 %); actinoterapia solamente, en 8 (13,5 %); cirugía complementada con actinoterapia en 10 pacientes (16,8 %). No llegaron a recibir tratamiento —por no aceptar la cirugía uno y por fallecer al segundo día del ingreso el restante— 2 (3,4 %).

De los tratados con cirugía, en 3 solamente se practicó enucleación del nódulo tumoral. Se realizaron 28 hemitiroidectomías, con 14 vaciamientos ganglionares. En 2 pacientes se realizó solamente istmectomía. En 7 enfermos se realizó tiroidectomía subtotal; en 8 tiroidectomía total, con vaciamiento ganglionar en 2. Solamente se extirparon las adenopatías metastásicas en 2 casos.

Cabe consignar que las enucleaciones realizadas, así como las extirpaciones aisladas corresponden a los pacientes intervenidos en los primeros tiempos, cuando aún el concepto acerca del cáncer del tiroides distaba mucho del actual.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES OPERATORIAS

En los pacientes operados se registraron los siguientes accidentes: 6 parálisis recurrenciales, 1 herida esofágica, con fistula esofagocervical, que curó espontáneamente, 1 colapso irreversible y 1 desgarro de la vena sub-clavia.

Las complicaciones observadas fueron 3 crisis de tetania, por exéresis de paratiroides, observadas en las piezas anatomopatológicas: 2 crisis asfícticas que terminaron con la muerte de los pacientes; 4 hemorragias postoperatorias, seguidas de reintervención y 5 infecciones de las heridas operatorias, consignadas en la evolución de los mismos.

MUERTES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS

De los 50 operados, 4 fallecieron en el acto operatorio o inmediatamente al mismo (8 %) y fueron los siguientes:

Historia Nº 3543. Paciente de 65 años, portadora de un tumor sacrocoxigeo y un nódulo tiroideo. La punción del tumor óseo reveló la existencia de células tiroideas. Se realizó una hemitiroidectomía derecha. Colapso intraoperatorio y muerte en sala de operaciones.

Historia Nº 3605. Presentaba un gran tumor tiroideo de un mes y medio de evolución, en el que punción citológica había demostrado un carcinoma indiferenciado. Se realizó tiroidectomía sub-total, con vaciamiento ganglionar bilateral y exéresis de músculos vecinos. Falleció a las 48 horas por crisis asfíctica.

Historia Nº 3837. 50 años. Recidiva tumor tiroideo, operado 4 años antes. Hemitiroidectomía derecha. Vaciamiento ensanchado. Se produjo desgarro vena sub-clavaria. Sutura defectuosa de la misma. Hemotórax. La punción citológica había evidenciado un carcinoma indiferenciado, confirmado por la anatomía patológica. Muerte a las 10 horas.

Historia 6910. 76 años. Hemoptisis pequeñas y repetidas. Tumor pretraqueal yuxta-esternal. Punción tumor: células tiroideas. Tiroglobulina positiva. Sospecha de fístula traqueal. Resección del tumor y lóbulo derecho del tiroides. Crisis asfícticas. Traqueostomía. Muerte al 4º día. A. P. Tumor pretraqueal: Carcinoma papilar a células tiroideas. El lóbulo tiroideo extirpado no tenía elementos tumorales.

RECIDIVAS POSTOPERATORIAS

Historia Nº 1212. Operado en dos oportunidades hace 5 y 3 años, en 1940 reaparición del tumor.

Historia Nº 2042. Operado por carcinoma papilar hace 35, 24 y 15 años por carcinoma papilar, en 1967 presenta metástasis carotídeas.

Historia Nº 3837. Es la paciente que murió por herida de la sub-clavaria, al ser operada por tumor tiroideo del lóbulo derecho y metástasis ganglionares. 4 años antes había sido operada por nódulo del mismo lado.

Historia Nº 6157. Operado 4 años atrás por cáncer tiroideo, reingresa con gran tumor polilobulado y mal estado general. Se hizo solamente actinoterapia.

Historia Nº 6802. En 1967 tiroidectomía total derecha y subtotal izquierda por carcinoma papilar multicéntrico. En 1972 reoperado por recidiva del tumor a izquierda. Hemitiroidectomía izquierda y vaciamiento ganglionar.

Historia Nº 7225. Paciente operada hace 12 y 4 años respectivamente por tumores tiroideos. Reingresa con gran nódulo a derecha y otro menor a izquierda. No aceptó la intervención quirúrgica. Pasó a hacerse actinoterapia.

Historia Nº 8685. En 1953 ingresó por tumor tiroideo izquierdo y se le practicó hemitiroidectomía de ese lado. 16 y 4 años antes había sido operada por tumoraciones carotídeas, interpretadas entonces como adenocarcinomas papilíferos. La A. P. evidenció un carcinoma papilífero de tiroides.

PACIENTES TRATADOS PERSONALMENTE

Historia Nº 8015. Femenina, 49 años. Tiroidectomía subtotal por carcinoma mixto. Buena evolución.

Historia Nº 8013. Femenina, 57 años. Tiroidectomía subtotal por carcinoma papilar, multicéntrico en el lóbulo izquierdo. Se complementó con actinoterapia. Buena evolución.

Historia Nº 8105. Femenina, 27 años. Hemitiroidectomía derecha por carcinoma papilar. Buena evolución.

Historia Nº 7353. Femenina, 48 años. Hemitiroidectomía izquierda por carcinoma medular y hashimoto. Buena evolución.

Historia Nº 7710. Masculino. Hemitiroidectomía derecha por gran nódulo plongeant. Se trataba de una metástasis de hipernefoma operado 11 años antes. Buena evolución.

Historia Nº 7775. Femenina, 17 años. Hemitiroidectomía derecha por carcinoma mixto con células de Hürthle. Buena evolución.

Historia Nº 7811. Femenina, 43 años. Tiroidectomía total por carcinoma esclerosante y Basedow. Parálisis recurrencial y tetania, que retrocedieron con tratamiento adecuado. Buena evolución.

Historia Nº 7386. Femenina, 54 años. Tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar por carcinoma indiferenciado. A los 6 meses hizo un cuadro oclusivo y se constató una metástasis a nivel de intestino delgado. Resección intestinal. Buena evolución.

Historia Nº 7396. Femenina, 72 años. Enorme tumor multinodular, con invasión endotorácica. Tiroidectomía total. Carcinoma papilar. Se complementó con actinoterapia. Buena evolución.

Historia Nº 7509. Femenina, 49 años. Tiroidectomía total ensanchada por carcinoma indiferenciado (fuso y gigante celular). Buena evolución.

Historia Nº 7687. Femenina, 73 años. Tiroidectomía total izquierda y subtotal derecha por carcinoma indiferenciado (gigante celular y polimorfo). Buena evolución.

Historia Nº 7831. Masculino, 63 años. Nódulo tiroideo derecho. Metástasis en pubis, coxal y ala iliaca, con destrucción prácticamente total de la zona metastasiada. Tiroidectomía total derecha y subtotal izquierda. Gran mejoría casi inmediata de la impotencia funcional del miembro inferior izquierdo, acentuada aún más con cobaltoterapia, hasta recuperar la marcha. Buena evolución hasta el momento actual (2 años).

RESUMEN

Se presenta una serie de 60 observaciones de cánceres de tiroides, que supone la experiencia completa en esta materia en el Instituto de Endocrinología.

Ha sido estudiada la frecuencia de presentación de la afección, la sintomatología más común y las formas clínicas, así como se citan los elementos auxiliares de diagnóstico utilizados. En este último aspecto se hace énfasis especial en la importancia como método semiológico que cabe asignar a la punción citológica y estudio inmunológico o Test de Paseyro, recurso que se considera fundamental en un alto número de pacientes para llegar a un diagnóstico de precisión.

Se hacen referencias a la anatomía patológica, a los tratamientos realizados y a las tácticas operatorias empleadas. Se citan los accidentes operatorios y las complicaciones de la serie, así como se hace una reseña de las recidivas registradas, para terminar con una síntesis de los tratamientos quirúrgicos realizados personalmente por el autor.

RÉSUMÉ

Présentation d'une série de 60 observations de cancers thyroïdiens faites à l'Institut d'Endocrinologie dont on peut considérer qu'elles représentent une expérience complète en la matière.

Etude de la fréquence de l'affection, de la symptomatologie la plus courante, des aspects cliniques et énoncé des éléments auxiliaires de diagnostic utilisés. Sur ce dernier point on souligne tout particulièrement l'importance qui doit être assignée, comme méthode sémiologique, à la ponction cytologique et à l'étude immunologique, ou Test de Paseyro, que l'on considère comme un recours fondamental pour la précision du diagnostic dans un grand nombre de cas.

Références à l'anatomie pathologique, aux traitements réalisés et aux tactiques opératoires employées. Mention est faite des accidents opératoires et des complications de la série ainsi que des récides constatées pour en arriver enfin à une synthèse des traitements chirurgicaux personnellement appliqués par l'auteur.

SUMMARY

Case material of our Institute of Endocrinology consists of a series of 60 thyroid cancers.

Frequency of disease, most common symptomatology, clinical appearance and auxiliary elements for diagnosis are described. Special emphasis is laid on the importance attributed to cytological puncture and immunological study or Paseyro's test, is fundamental in a large number of patients in order to obtain a precise diagnosis.

In this paper we find a review of pathological anatomy, treatment, surgical tactics, operatory accidents, complications and recurrences in this series, as well as a summary of those cases in which the author himself intervened.

BIBLIOGRAFIA

- BOSSANO BOSSO, M. Tiroidectomía y vaciamiento ganglionar por cáncer de tiroides. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 28: 471, 1957.
- CERVIÑO, J. M. Bocios nodulares funcionantes. *Pren. Méd. Argent.*, 53: 266, 1966.
- GARY, R., AZAMBUJA, N., RAVERA, J. J., PEDEMONTTE, O. y ACOSTA FERREYRA, W. Exploración arteriográfica de la glándula tiroides. Su correlación anatomoclínica e histopatológica. *Rev. Cir. Urug.*, 36: 212, 1966.
- GROSSO, O. F., PASEYRO, P. et CASSINELLI, J. F. Les metastases ganglionnaires cervico-laterales dans les carcinomes thyroïdiens cliniquement inaparents. A propos de trois nouvelles observations. *An. Endocrinolog.*, 18: 34, 1957.
- GROSSO, O. F., PASEYRO, P. y MAGGIOLO, J. Contribución al diagnóstico del cáncer del tiroides. A propósito de 40 observaciones de carcinoma infiltrativo. *An. Fac. Med. Montevideo*, 44: 53, 1959.
- GROSSO, O. F. Clasificación y patología. Mesa redonda cáncer de tiroides. *XVIII^o Cong. Urug. Cir.*, 1: 9, 1967.
- KARLEN, M. A., MATTEO, A. L. y PASEYRO, P. Los llamados tumores laterales aberrantes. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 22: 225, 1951.
- LATOURETTE, F., PASEYRO, P. y CASSINELLI, J. F. Diagnóstico de carcinoma tiroideo clínicamente inaparente por el examen inmunológico de su metástasis cervicolateral. *Rev. Cir. Urug.*, 36: 233, 1966.
- MAGGIOLO, J. Cáncer de tiroides. Tesis de Adscripción de Endocrinología. *Fac. Med. Montevideo*, 1957.
- MAGGIOLO, J. Relación entre bocio nodular y cáncer de tiroides. *Rev. Clin. Méd.*, 21: 85, 1960.
- MAGGIOLO, J. Diagnóstico y formas clínicas. Mesa redonda cáncer de tiroides. *18^o Congr. Urug. Cir.*, 1: 25, 1967.
- MORATO MANARO, J., PASEYRO, P. y GROSSO, O. F. El gammagrama y el citograma en el estudio del cáncer de la glándula tiroides. *An. Fac. Med. Montevideo*, 45: 215, 1960.
- PASEYRO, P. Diagnóstico citológico e inmunológico. Mesa redonda cáncer de tiroides. *18^o Cong. Urug. Cir.*, 1: 67, 1967.
- PASEYRO, P. Elementos de citología clínica. Montevideo. Of. Libre, 1970.
- PIAGGIO BLANCO, R. A., PASEYRO, P. y GROSSO, O. F. El citograma tiroideo, su interés clínico. *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.*, 32: 81, 1948.
- PIQUINELA, J., VARELA, N. B. y TOLEDO, N. Metástasis tiroidea de tipo aneurismático. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 31: 235, 1960.
- SUIFFET, W. y SCANDROGLIO, J. J. Epiteliomas tiroideos a evolución lenta. Pseudo tumor tiroideo lateral aberrante. *II^o Cong. Urug. Cir.*, 516, 1951.
- SUIFFET, W. Tratamiento quirúrgico. Mesa redonda. Cáncer de tiroides. *18^o Congr. Urug. Cir.*, 1: 80, 1967.
- SUIFFET, W. Cáncer de tiroides. Tratamiento y resultados. *Cir. Urug.*, en prensa, 1973.
- TOLEDO CORREA, N. Cánceres secundarios de tiroides. A propósito de cuatro casos. *Arch. Hist. Norm. Pat.*, 7: 177, 1958.
- TRAIBEL, J. A. Tratamiento actínico y hormonal. Mesa redonda. Cáncer de tiroides. *18^o Cong. Urug. Cir.*, 1: 115, 1967.

DISCUSION

DR. VALLS.— Felicito al Dr. Gregorio por haber traído este trabajo, muy bueno. Nos muestra la estadística del Dr. Gregorio, mostrando las distintas, o mejor dicho, todos los neoplasmas de tiroides del Instituto de Endocrinología, la sintomatología que tenían, hizo hincapié en la sintomatología; alguno de ellos, por ejemplo voy a preguntar el que tenía disminución de la hendidura parpebral, si no podía ser un síndrome de Claude Bernard Horner; en esos enormes casos en los que se podía haber comprometido el simpático. No sé si podía haber sido. Son tumores que cuando hemos visto la fotografía, uno piensa que seguramente estaban en los límites de la cirugía. Aunque uno no se debe asustar con respecto a eso; este año se operó en el servicio, un enorme cáncer de tiroides, ulcerado en la laringe, hizo salida a la laringe con crisis asfícticas; se le hizo a la enferma una tiroidectomía, con colaboración de ORL, porque aquí hay que hacerlo con ORL; se le hizo tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar, laringectomía, haciéndose el cierre de la faringe y quedando con un traqueostoma. La enferma evolucionó muy bien. Es decir que con un neoplasma diferenciado, esa enferma recibió un beneficio, ya que no tiene las crisis asfícticas y ha podido seguir viviendo, cuando uno esperaba que moriría a breve plazo.

La otra cosa que uno ve que certifica también, de acuerdo con la experiencia que hemos vivido, ya que hemos operado unos cuantos neoplasmas de tiroides, es la benignidad relativa que tiene el neoplasma de tiroides con respecto a los demás neoplasmas. Que pueden además ser controlados desde el punto de vista quirúrgico, con hormonoterapia y con I radioactivo; en forma combinada. Es decir que son enfermos cuyo tratamiento es prolongado y de un equipo.

DR. MÉROLA.— Evidentemente, se trata de una enfermedad más común de lo que uno piensa, y creo que entre los que estamos acá posiblemente juntemos algunos centenares de casos. Yo operé más de 10 casos. Es un tema de interés permanente, un tema de duda, de táctica quirúrgica, un tema de problema diagnóstico y de tratamiento quirúrgico adecuado.

Es importante lo que nos decía Suiffet; él ha estudiado a fondo el tema, ha tratado los casos con un criterio práctico, orientado permanentemente; pero en general la gente, como muchos de nosotros, no tiene esa norma, esa claridad de pensamiento, sobre lo que hay que hacer a las múltiples variables patológicas y en las distintas situaciones que se presentan, según el enfermo y según el tipo de tumor y según el diagnóstico previo o no al acto operatorio.

DR. RUBIO.— Deseo felicitar al Dr. Gregorio. Es un excelente trabajo el que nos ha traído, que muestra la experiencia de un centro tan importante como es el Instituto de Endocrinología con respecto al cáncer de tiroides.

El primer paciente de los fallecidos en la estadística que presentó el Dr. Gregorio había sido operado por nosotros meses atrás en el Hospital de Clínicas. El Dr. Sanjinés aquí presente seguramente recordará el caso. Este paciente presentaba una paraplejía y una tumoración pulsátil abdominal grande. Lo operamos con el diagnóstico de probable aneurisma de aorta. En la exploración encontramos una aorta abdominal normal empujada hacia adelante por una tumoración metastásica del sacro con gran vascularización. El estudio posterior demostró que el paciente tenía un cáncer de tiroides que había dado una metástasis ósea. Posteriormente en el Hospital Pasteur fue operado realizándose tiroidectomía total con el resultado conocido.

La otra cosa que quería decir es que 17 de los casos de carcinoma de tiroides presentados eran bocios multinodulares; cosa muy importante a tener en cuenta sobre todo por la gente joven, ya que cada vez con más frecuencia se encuentran carcinoma de tiroides en bocios multinodulares.

DR. SUIFFET.— Trataremos de no caer en repeticiones, puesto que hace un mes tratamos el tema en esta Sociedad. Haremos algunos comentarios sobre distintos aspectos que no fueron analizados en nuestra comunicación anterior.

Antes de ello, queremos hacer alguna consideración sobre la estadística presentada, desde luego que sin interés polémico y simplemente para evitar que se superpongan cifras y se sumen casos que pueden estar incluidos en distintos trabajos. Nos referimos en la comunicación anterior a nuestra experiencia personal, 21 casos de la práctica extrahospitalaria y 16 atendidos en la Clínica Quirúrgica a nuestro cargo en el Hospital Pasteur. En el archivo de la clínica, de la época en que fue dirigida por el Profesor Larghero, hay 19 observaciones más. Estas, lo mismo que un caso que fue operado durante una licencia nuestra, no fueron incluidas en nuestra casuística. En el Hospital Pas-

teur, prácticamente todos los pacientes con afecciones tiroideas, son estudiados en el Instituto de Endocrinología que dirige el Profesor Cerviño. De manera que es muy probable que las 16 observaciones recogidas por nosotros en el Hospital Pasteur, estén incluidas en el trabajo del Dr. Gregorio. Quiere decir que no se pueden sumar los casos de los dos trabajos presentados. Este es un hecho importante y lo mencionamos para evitar que se vayan acumulando casuísticas que en realidad pueden estar falseadas por las circunstancias particulares del trabajo de cada uno. Tal es así que la cuarta observación de muerte postoperatoria que relató el Dr. Gregorio, la operé yo y está por tanto incluida en ambas casuísticas. Aclarado este punto, pasaremos a analizar otros aspectos.

Un elemento que deseamos puntualizar es en lo que respecta a la incidencia de carcinoma en nódulos fríos. La estadística que mostró el Dr. Gregorio da una cifra de 3.5%. Es probable que sea una de las más bajas de la literatura. No sabemos si fue realizada sobre el total de bocios nodulares registrados o sobre el total de casos operados. Un aspecto en el que estamos de acuerdo con el Dr. Gregorio, es que el nódulo frío, cualquiera que sea la edad del paciente, debe ser tratado quirúrgicamente con una intervención adecuada.

En lo que respecta al diagnóstico, creemos que es clínico y de laboratorio contando con el gammagrama y el test de Paseyro. Si el diagnóstico no está definido, en el momento quirúrgico hay que tratarlo con la idea de que puede ser un carcinoma y realizar la cirugía como la hemos expresado en nuestro trabajo anterior.

Otro punto muy importante es que no se puede hablar de carcinoma tiroideo en términos generales sin distinguir el diferenciado y el indiferenciado. Son dos enfermedades completamente distintas. Hablar en términos generales es completamente falso. Sólo el carcinoma medular cuya ubicación es discutible, tiene particularidades de cada una de estas dos formas según cada caso en particular.

Un problema muy importante, con su proyección a la terapéutica son las características del tumor dentro de la glándula. Nuestro querido amigo el Dr. Grosso, decía que era muy poco frecuente el carcinoma multicéntrico, de los cuales solamente había visto 2 casos. En la estadística que presentó el Dr. Gregorio hay 5, porque después de los 2 antes mencionados, el Dr. Toledo y la Bachiller Iraola de Toledo, estudiaron 3 casos más en un lapso mucho más breve. Uno de ellos fue operado por nosotros. En lo que respecta a este problema, las opiniones están muy controvertidas y dependen de la técnica y de la interpretación de los preparados. La Escuela del Anderson Hospital (Houston) muestra que cuando la glándula se estudia en forma standard hay 30% de foco multicéntricos, pero si se realiza una técnica especial la frecuencia de los focos llega al 80%. Sobre esta base indican la tiroidectomía total, hay otros hechos muy importantes a considerar frente a esta consideración. En autopsias practicadas a fallecidos por otras razones, si se estudia exhaustivamente la glándula tiroides se comprueba la existencia de carcinoma papilífero con una incidencia que oscila de 1.79% a 3%. En pacientes en los cuales se le realiza una laringectomía y vaciamiento ganglionar por cáncer laríngeo, se ha encontrado carcinoma papilífero tiroideo sin haber tenido nunca manifestaciones clínicas. Por tanto es muy difícil valorar si esos focos llamados multicéntricos, tienen una real trascendencia patológica.

Otro aspecto vinculado con este problema, es que cuando se interviene un carcinoma papilífero y no se practica tiroidectomía total, el posible desarrollo de esos focos multicéntricos puede ser controlado con la administración de hormona tiroidea. Lo mismo sucede, y así lo hemos observado, cuando se dejan adenopatías mediastinales colonizadas, cuyo desarrollo puede ser detenido por la administración de hormona tiroidea.

Otro problema vinculado con la tiroidectomía total es la morbilidad que crea esta intervención. La insuficiencia paratiroidea permanente luego de la tiroidectomía total oscila de 9 a 50 % de los casos. Esto es tanto más grave cuanto más joven es el paciente.

Estas son las razones que justifican la orientación expresada en nuestro trabajo anterior sobre la extensión de la exéresis glandular en el carcinoma tiroideo. El Dr. Gregorio hizo una afirmación que es

en lo único en que no estamos de acuerdo. El carcinoma tiroideo diferenciado no es una enfermedad que recidiva con frecuencia de acuerdo a nuestra experiencia. Por lo contrario, creemos que recidiva con poca frecuencia. Lo que sucede es que cuando no se conoce a fondo la táctica y técnica seguida en la operación anterior, es muy difícil valorar los resultados obtenidos. Decimos esto, porque una de las cosas que el cirujano debe tener mayor cuidado, es evitar la efracción tumoral y la siembra local. Esta es tremendamente grave porque la evolución es tal vez peor que si se hubiera tratado el tumor primitivo por medios no quirúrgicos.

Pedimos disculpa por el exceso del tiempo ocupado pero dado el interés del tema y las pocas veces que ha habido oportunidad de tratarlo en esta Sociedad, nos ha hecho extender en los comentarios.