

Tumor calcificado de cuello

Dres. Jorge Pomi y Oscar Balboa *

Presentación de un enfermo de 63 años portador de un bocio multinodular con prolongamiento torácico, uno de cuyos nódulos cervicales presentaba una calcificación periférica en halo, elemento éste que lo hace peculiar.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Thyroid neoplasms.

INTRODUCCION

Las calcificaciones son un hecho habitual en la patología tiroidea benigna y maligna, pero no es frecuente que se presenten como una imagen nodular con halo periférico calcificado. Es por ello que traemos a consideración de esta Sociedad, un paciente que presentaba una masa cervical, aparentemente de la logia tiroidea, y que radiológicamente se correspondía con una imagen de aquellos caracteres.

HISTORIA CLINICA

F. M. Varón de 63 años. H. de Clínicas. N° 394.369.

Enviado por médico por tumefacción lateral de cuello de 6 años de evolución. Sin elementos loco-regionales ni generales a destacar, ni elementos mediastinales, ni de disfunción tiroidea. Al examen se nos presentó con un cuello asimétrico, en el que resaltaba una tumefacción carotídea derecha de 6 por 6 centímetros, pero también con un hueco supraesternal y supraclavicular izquierdos ocupados. Aquella tumefacción era lisa, pétreo y móvil. El resto correspondía a un bocio multinodular con prolongamiento torácico. Tráquea no desviada.

En las radiografías de cuello se observa la presencia de una imagen nodular con halo periférico calcificado (Figs. 1 y 2). En el perfil de tórax apreciamos el ocupamiento mediastinal anterior del prolongamiento torácico y en el tomograma la indemnidad traqueal y la porción de bocio sumergida.

El centellograma tiroideo fue informado como gran bocio con crecimiento intratorácico y nódulo frío en el polo superior del lóbulo derecho.

La punción citológica del nódulo decía: abundante necrobiosis, numerosos cristales de colesterolina y restos celulares no identificables. El diagnóstico definitivo es de orden histológico.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 13 de abril de 1977.

Residente de Cirugía y Prof. Adj. de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Br. Artigas 3386. Montevideo. (Dr. Pomi).

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

Examen laríngeo normal.

Se intervino el 4-VIII-76, comprobándose un gran bocio multinodular a predominio derecho. El prolongamiento torácico sobrepasaba 5 centímetros por debajo del manubrio esternal; el nódulo calcificado rodeado por encima y por detrás por parénquima tiroideo confirmaba el origen glandular del mismo.

Se procede a la tiroidectomía total derecha y subtotal izquierda. Se hizo la tiroidectomía total derecha por la posibilidad de un neoplasma de ese nódulo, y porque era prácticamente imposible dejar un medallón tiroideo por detrás del mismo, dada la delgadez de la lámina de parénquima que quedaba atrás; en cuanto al prolongamiento torácico hicimos la enucleación, no existiendo pedículos torácicos.

Se trataba por lo tanto, según las clasificaciones de Falor (3) y Rives (9), unificadas en nuestro medio por Suiffet (10), de un bocio torácico secundario por tener los pedículos en el cuello, bilateral, anterior al plano visceral, parcial porque el gran volumen estaba en el cuello y constante porque no se reducía.

El informe anatomo-patológico era el siguiente: bocio de 220 grs. de peso, multinodular, de consistencia irregular. Pequeña calcificación del istmo y nódulo calcificado a contenido amarillento pastoso, con cristales, de polo superior derecho. La histología era de un bocio coloide multinodular con áreas de hiperactividad, zonas microquísticas tapizadas de epitelio cúbico, fibrosis estromática acentuada con áreas calcificadas y granulomas gigantocelulares. No elementos celulares viables ni tumorales en el nódulo calcificado.

No otros elementos de malignidad.

COMENTARIO

Vemos pues, que lo destacable de este caso, único motivo por el que lo traemos aquí, es el tipo de calcificación que adoptó uno de los nódulos del bocio. La degeneración cálcica de los tumores tiroideos benignos y malignos, es un cambio regresivo habitual de estos procesos (4), pero la presentación clínica en halo de nuestro caso como ya vimos, es lo que lo distingue.

Lindgren y Lagergren en un estudio sobre 101 tiroides, encontraron calcificaciones en 25 de ellos, que no llegaron en la mayoría de los casos al centímetro de diámetro. Estos hallazgos, que no tuvieron relación con ningún proceso patológico (incluyendo el cáncer), son válidos únicamente para enfatizar la frecuente calcificación de la glándula tiroides por en-

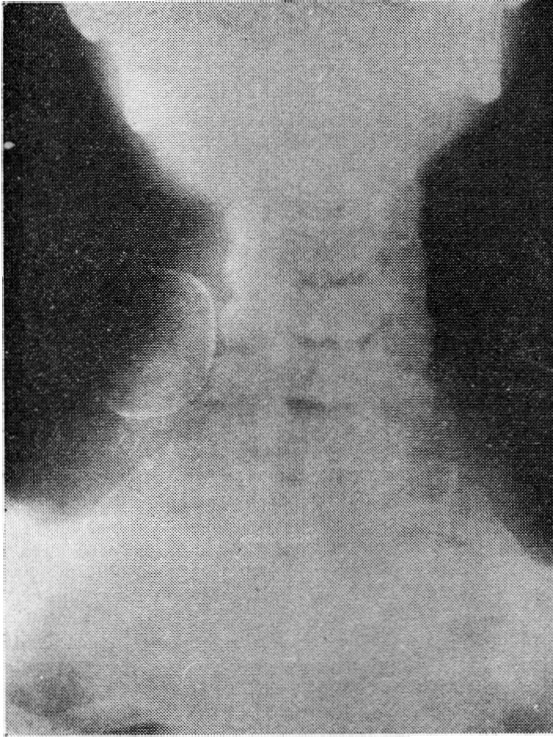


FIG. 1.—Rx de frente.

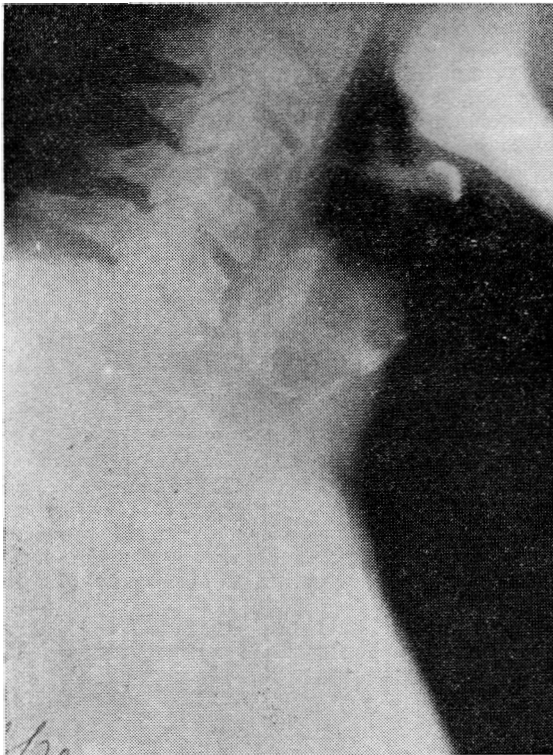


FIG. 2.—Rx de perfil.

cima de los 40 años de edad. Pero en ningún caso está señalada la calcificación en halo (6)

En cambio Murray y col. (7), comprobaron calcificaciones intratiroides asociadas a un bocio hereditario, presente en 5 generaciones de una misma familia. En unos casos con caracteres radiológicos similares al presentado, y en otros con imágenes más o menos homogéneamente calcificadas. Histológicamente eran bocios multinodulares, compatibles con una etiología dishormonogenética. En nuestro paciente no había antecedentes familiares de bocio, como para plantear esta patología.

Por otra parte, este halo calcificado, hizo plantear otra etiología del nódulo; en nuestro medio no podíamos olvidar la posibilidad de un quiste hidático de la logia tiroidea o de la región carotídea. En la casuística nacional al respecto no está citada, para estas topografías la degeneración cálcica. En las comunicaciones de Castiglioni (2), Prat (8), Bortagaray (1), Latourrette (5), etc., no consta la calcificación adventicial, a pesar de que en casi todos ellos se trataba de tumefacciones muy duras.

Otros procesos patológicos del cuello lateral ro creímos oportuno plantearlos, como los quistes paratiroides, más bajos y raramente calcificados.

Vemos entonces que el planteo clínico preoperatorio de este enfermo, giró en parte, al hecho de si esa masa calcificada formaba parte de su bocio, o si por el contrario, se trataba de una patología asociada. Por eso que hemos decidido titular esta presentación como "tumor calcificado de cuello" y no "bocio multinodular con nódulo calcificado", ya que fue en última instancia el acto operatorio y la anatomía patológica quienes despejaron esas dudas.

RESUME

Tumeur calcifiée du cou

Présentation d'un malade âgé de 63 ans porteur d'un goître multinodulaire avec un prolongement thoracique, dont un des nodules cervicaux présentait une calcification périphérique en halo, élément qui le fait exceptionnel.

SUMMARY

Calcified Neck Tumor

The paper refers to the case of a 63-year-old patient suffering from multinodular goiter which extended onto the thorax. One of its cervical nodes presented peripheral calcification in the form of a halo, a characteristic which renders it unusual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BORTAGARAY CA y ERRANDONEA J. Quiste hidático de tiroidea. *Bol Soc Cir Urug*, 29: 5, 1958.
2. CASTIGLIONI JC. Quistes hidáticos de la región carotídea. *Bol Soc Cir Montev*, 1: 148, 1930.

3. FALOR WH, KELLY THR and JACKSON JB. Intra-thoracic goiter. *Surg Gynecol Obstet*, 117: 604, 1963.
4. GROSSO OF, PASEYRO P y MAGGIOLO J. Elementos de patología tiroidea. Montevideo. Ed Científica de la Fac de Medicina, 1964.
5. LATOURRETTE F y LIARD W. Dos quistes hidáticos de la tiroides. *Arch Int Hidat*, 26: 575, 1970.
6. LINDGREN I and LAGERGREN C. Calcifications of human thyroid gland: histologia and biophysical study. *Acta Path Microbiol Scandinav*, 65: 535, 1965.
7. MURRAY IPC, THOMSON JA, Mc GIRR EM, MAC DONALD EM, KENNEDY JS and McLENNON I. Unusual familial goiter associated with intra-thyroidal calcification. *J Clin Endocrinol*, 26: 1039, 1966.
8. PRAT D. Los quistes hidáticos en el Uruguay. *Rev Méd Urug*, 16: 495, 1913.
9. RIVES JD. Mediastinal aberrant goiter. *Ann Surg*, 126: 797, 1947.
10. SUIFFET W. Bocios torácicos. Montevideo. Ed. Científica de la Fac Med. 1965.

DISCUSION

DR. AGUIAR.— Como un pequeño aporte a la presentación que se ha hecho y de la cual compartimos el concepto de que los nódulos de un bocio multinodular es raro que se calcifiquen en halo, queremos comentar la observación de una enferma de 74 años que operamos hace apenas unos meses. Debutó por un absceso lateral de cuello. Fue drenada en el Servicio de Urgencia saliendo abundante pus. Nosotros la recibimos

con una fistula lateral de cuello constituida en el sitio del drenaje. Los estudios de fistulografía y radiología simple demostraron que se trataba de una cavidad totalmente calcificada y que, semiológicamente, estaba en la logia tiroidea. Los exámenes complementarios confirmaron que se trataba de una tumoración intratiroidea. La fistula persistió y la operamos tres meses después practicándole una tiroidectomía subtotal. Tenía un adenoma calcificado en halo del lóbulo derecho, con restos de supuración en su interior, siendo el resto del tiroides normal.

DR. VALLS.— Este caso es muy interesante. Vi la enferma del Dr. Pomi. Semiológicamente me pareció que se trataba de un bocio porque tenía movilidad con los movimientos deglutivos, acompañaba a la tráquea en la deglución, pero tenía una dureza de tipo pétreo que ponía en evidencia que era un tumor calcificado. Una calcificación semiológicamente quística. Si era glándula tiroidea debía ser de un quiste tiroideo, en involución coloide, pero para que se haya calcificado era necesario que hubiera necrosis.

Es muy difícil que se trate de un neoplasma de tiroides, pues en ellos las calcificaciones son de tipo irregular.

DR. POMI.— Debo aclarar al Dr. Valls que fueron los endocrinólogos quienes plantearon la posibilidad de una cancerización. Nada más.