

Transformación neoplásica de un implante tiroideo bocioso a nivel de una cicatriz de tiroidectomía

Dres. Bolívar Delgado¹, Gonzalo Estapé²,
Nancy Toledo³, María L. Iraola³

Resumen

Se presenta una observación de una paciente operada por un bocio multinodular que 18 años después aparece con un carcinoma del remanente tiroideo y un nódulo canceroso de la misma naturaleza en la cicatriz operatoria. Se discuten las posibles explicaciones patológicas de esta situación tan excepcional.

Summary

The authors presents the case of a patient who was surgically treated for a multinodular goiter and 18 years later turns up with a remanent thyroid carcinoma and a cancerous nodule of the same nature at the thyroidectomy scar. The possible pathological explanations for such an exceptional situation are discussed.

Introducción

El motivo de esta presentación es someter a la discusión una situación de excepcional rareza en la patología tiroidea con importantes connotaciones de ella.

Z.R.Q. Mujer de 66 años.

1965: Consulta por bocio de 20 años de evolución en eutiroidismo. Al examen bocio multinodular. Citología por punción: citograma parenquimatoso.

Operación: lobectomía derecha, istmectomía y subtotal izquierda. Complicación posoperatoria: parálisis recurrencial derecha.

Anatomía patológica: bocio multinodular parenquimatoso.

1980: consulta por recidiva del bocio con 6-7 meses de evolución clínica.

Al examen: bocio multinodular. Nódulo grande a derecha. 2 nódulos a izquierda. No adenopatías. Nódulo superficial supraistmico de 1 cm. muy móvil. Citograma: nódulo derecho: coloide, células tiroideas pequeñas y medianas; células espumosas y macrófagos. Nódulo izquierdo: lo mismo pero las células tiroideas aparecen en placas.

Operación: no se ha logrado obtener la descripción operatoria pero de acuerdo a los datos suministrados por la paciente y al informe de la anatomía patológica que transcribiremos a continuación la operación realizada con anestesia local fue la excéresis del nódulo superficial supraistmico.

Anatomía patológica: «se trata de un nódulo glandular tiroideo que aparece en el área tiroidea y en el área operatoria de un bocio operado 15 años atrás en paciente con recidiva de bocio. 1) Vinculación al bocio anterior: por resección incompleta de nodulillos periféricos pediculados que se «fugan» de la glándula; o por implantación involuntaria de células tiroideas durante el acto operatorio. 2) Vinculación al bocio actual: nodulillo «fugado» ¿metástasis?. Sólo por los datos morfológicos no se puede afirmar ni negar la malignidad».

1983: se efectúa tratamiento con hormona tiroidea (T₄) sin mejoría. La paciente refiere trastornos mecánicos regionales. El examen muestra una gran tumoración tiroidea que ocupa la logia y a izquierda avanza en región supraclavicular y carotídea. Dura. Irregular.

Citología: se punciona en 2 zonas diferentes: citograma parenquimatoso con células tiroideas medianas con anisocariosis.

Operación: 1^a) se reseca nódulo subcutáneo implantado en la zona de cicatriz que se envía a biopsia extemporánea: «nódulo con vesículas tiroideas y áreas cordonales. No es posible pronunciarse si se trata de un nódulo tumoral o un implante». 2^a) La exploración de la logia tiroidea muestra gran nódulo tumoral con firmes adherencias a la logia e infiltración

Palabras clave: Tiroides-neoplasma. Tiroides-terapia. Tiroides-complicaciones.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «1» (Director Prof. B. Delgado). Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo.

¹ Profesor Director de la Clínica Quirúrgica «1». ² Profesor Agregado de la Clínica Quirúrgica «1». ³ Profesores Adjuntos Anatomopatológicos de la Clínica Quirúrgica «1». Presentado a la sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de setiembre de 1988.

Correspondencia: Dr. Bolívar Delgado. Brito del Pino 1554 (602), 11600 Montevideo.

del músculo cricotiroideo izquierdo. Se completa la tiroidectomía total.

Anatomía patológica: «proliferación tumoral epitelial maligna primitiva de tiroides. Tipo sólido cordonal a predominio de células de Hürthle. En menor proporción zonas de tipo vesicular inmaduro. Imágenes de infiltración del estroma en regueros y cordones sólidos. En la cápsula visceral tiroidea hay varias imágenes de émbolos tumorales. La inclusión en parafina del nódulo subcutáneo demostró similares imágenes. Resumen: se comprueba en la pieza de tiroidectomía y en el nódulo subcutáneo un carcinoma primitivo de tiroides a forma trabéculas y folicular inmadura con múltiples émbolos tumorales periféricos». Posoperatorio inmediato s/p.

Discusión

El implante tiroideo espontáneo en pacientes operados por bocio multinodular ha sido descrito en nuestro medio por Perdomo (1) y colaboradores.

La situación motivo de esta comunicación es más compleja y para explicarla se puede recurrir a varias hipótesis las que han sido discutidas personalmente con autores de gran experiencia en patología tiroidea como el Dr. Héctor A. Perinetti (2):

1) *Primera hipótesis:* el proceso original era un carcinoma y las 2 operaciones siguientes resecaron siembras neoplásicas de la glándula tiroidea y planos superficiales. En contra de ella señalemos en primer término que la revisión de las láminas histológicas de la primera resección han mantenido el diagnóstico de lesión benigna. En segundo lugar el intervalo entre la primera operación y las siguientes fue de 15 y 18 años respectivamente lo cual, a pesar de conocer la lenta evolución del carcinoma de tiroides, aleja la posibilidad de esta hipótesis.

En tercer lugar habría que aceptar que se produjo una desdiferenciación del cáncer hasta el estado anatómico actual, hecho factible, pues de lo contrario sería muy difícil de admitir una evolución tan benigna de un carcinoma folicular poco diferenciado primitivo.

- 2) *Segunda hipótesis:* el proceso primitivo era un bocio y las lesiones siguientes recidivas en el remanente tiroideo e implante en el área operatoria incluyendo la cicatriz. Estaríamos ante una situación no conocida ni descrita hasta ahora, pero posible dentro del plano de las hipótesis, por la cual un factor cancerígeno transformó en cáncer la recidiva y simultáneamente al implante y ambos con el mismo tipo histológico.
- 3) *Tercera hipótesis:* transformación en carcinoma del tiroides bocioso residual y metástasis en los planos superficiales de la zona operatoria. Como dice Perinetti (2) si bien es posible las metástasis en los planos superficiales de un carcinoma diferenciado del tiroides es muy poco probable que ello se produzca en una cicatriz operatoria y además ello sucede en etapas terminales de la enfermedad.

En suma creemos que es muy difícil extraer una conclusión definitiva pero pensamos que el caso analizado permite discutir aspectos de la patología tiroidea de extraordinario valor.

Bibliografía

1. Perdomo R, Tchekmedyan V, Ponaso H, De los Santos J, Reissenweber NJ, Navarro A. Nódulos cervicales postoperatorios por implantes tiroideos espontáneos. Cir Urug 1977; 47: 175.
2. Perinetti HA. Comunicación personal.