

LOS TUMORES PAPILIFEROS LATERALES DEL  
CUELLO (\*)

*Dr. José Alberto Caeiro*

La Patología de las afecciones quirúrgicas del cuello ha incorporado definitivamente en su haber esta lesión ya de tiempo conocida, pero no bien precisada y generalmente mal diagnosticada, razón por la cual, no se le ha dado toda la importancia y el lugar que le corresponde dentro de las lesiones cervicales que deben ser clasificadas como peligrosas y de pronóstico reservado.

Constituye esta afección, los llamados tumores cervicales laterales; tumores aberrantes congénitos laterales; tiroides aberrantes laterales; o tumores papilíferos laterales del cuello. Estas diversas denominaciones basadas en algún signo somático más o menos exacto revelan anarquía en los conocimientos de su etiopatogenia originando como es lógico consécuencias terapéuticas desastrosas para el futuro de los enfermos portadores de esta afección.

La importancia y gravedad de esta lesión y sus errores de diagnóstico ha ocasionado tratamientos deficientes que han provocado con el tiempo situaciones sin solución cuando las operaciones en su oportunidad no habían sido correctamente indicadas y ejecutadas.

En colaboración con el Profesor Bianchi hemos estudiado varios de estos enfermos operados en el Instituto Modelo de Clínica Médica y en el Hospital "Pirovano", lo que ha permitido hacer un interesante estudio de estas lesiones que fueron presentadas por Bianchi al Congreso de Cancerología de La Habana en 1947. La importancia del tema es de actualidad y he creído de

---

(1) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 24 de noviembre de 1948.

interés hacer una síntesis de él en sus puntos fundamentales para traerlo a la consideración de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

*Consideraciones generales:* Los tumores papilíferos laterales del cuello para dar ya su denominación correcta, son lesiones relativamente frecuentes. Hemos tenido oportunidad de operar seis enfermos y de haber visto otros tres que no fueron sometidos a la intervención en un total aproximadamente de ochocientas afecciones del tiroide estudiadas.

Se inician como pequeñas tumoraciones indoloras, duras, de consistencia elástica, fijas a los planos profundos. Se sitúan en la parte lateral del cuello y a medida que se desarrolla van invadiendo tanto las regiones de la base como de la línea media del cuello, formando nuevos núcleos siempre con los mismos caracteres.

De crecimiento lento, evolucionan intercalando períodos de reposo con otros de intensa actividad que lo hacen aumentar de tamaño en breve tiempo. Se extienden formando núcleos que se adosan unos con los otros, lo que termina por dar al cuello un aspecto abollonado. La piel por lo común, se desliza con facilidad sobre ellos. Estas variantes en su crecimiento, ha sido la causa, en la mayoría de las veces, de restarle importancia por lo que se han dejado estos núcleos abandonados a su ulterior desarrollo o han sido interpretados como lesiones no quirúrgicas, hasta que un día llama la atención su actividad creciente y su rápido aumento y se procede a indicar una operación urgente. Por lo común la resección de estos núcleos, resulta más difícil de lo previsto, ocasionando por lo tanto operaciones incompletas o insuficientes. En las oportunidades de ejecutar operaciones precoces, la aparente poca importancia de la lesión, comúnmente por falta de diagnóstico se limita a una simple enucleación o a pequeñas resecciones de estos tumores, con los pésimos resultados y consecuencias imaginables.

*El diagnóstico* de esta afección es relativamente fácil. Pero es muy frecuente también confundirla con afecciones de los ganglios del cuello, con los tumores congénitos, con los tumores del túberculo carotídeo, o con ciertos aspectos de los bocios. Se comprende pues, que estos errores llevan a una indicación operatoria equivocada o hacen perder la oportunidad de intervenciones precoces.

*La etiopatogenia de estos tumores y su histo-patología*, aun no ha llegado a un concepto uniforme. Actualmente se aceptan dos directivas, la que los considera de orden congénito y la que reconoce que se debe a formaciones neoplásicas primitivas tiroideas, que hacen metástasis ganglionares.

Dentro de esta idea de origen blastomatoso, los trabajos de la escuela americana los consideran unos, como tumores malignos y otros como tumores benignos. Así se puede apreciar que los trabajos de la "Mayo Clinic" se inclinan hacia la malignidad (King y Pemberton) en oposición a Lahey y Ficarra, y en particular Smith (1941) patólogo que efectuó la mayoría de estos estudios en la "Clínica de Lahey", partidario de la tendencia benigna de estos blastomas, concepto actualmente el más aceptado. Estas discrepancias también se confirman con los resultados operatorios de casos que curan definitivamente y otros que recidivan en corto o largo plazo.

Bianchi en su comunicación sobre tumores papilíferos cervicales aberrantes, publicada en el Congreso de Cancerología de la Habana (1947), ha encontrado en los casos de tumores operados por nosotros, y en esto coincide con las ideas y descripciones de la Escuela de Boston, que todos los preparados no demuestran los caracteres estructurales de los blastomas epiteliales atípicos metastáticos (carcinomas o adenocarcinomas tubulares), como tampoco la de los blastomas conjuntivos atípicos malignos, sino que, estas lesiones corresponden a una neoformación epitelial papilífera, a la que se suma muchas veces el tejido linfático, o más raramente, formaciones acinosas tiroideas. Este cuadro puede comprender:

1º) — Tumoraciones únicas o múltiples del cuello, no congénitas y sin lesión tiroidea; 2º) — Tumoraciones única o múltiple del cuello no congénita, sumada a una tumoración tiroidea simultánea o sucesiva a la cervical; 3º) — Casos idénticos al anterior donde no se puede apreciar cual es el tejido inicialmente atacado".

Los conceptos de Bianchi, coinciden en todo con Smith y con los trabajos sucesivos de Lahey y sus colaboradores al negar el carácter carcinomatoso y malignidad a las formas papilíferas de los tumores aberrantes del tiroides y pudiendo considerarse también como casos idénticos a las cistoadenolinfomas papilí-

feros de otros órganos (Puente Duarny 1944). En sus conclusiones, Bianchi afirma que no basta demostrar *el carácter papilífero para decidir firmemente su malignidad*. Que tanto la relación de neoformación papilífera con tejido linfático o tiroideo, lo mismo que la existencia de una cápsula fibrosa interpuesta entre la neoformación papilífera y el tejido tiroideo o linfático, destruye la idea de una metástasis y apoya al de una malformación, que a veces se presenta en evolución blastomatosa benigna. Estas conclusiones histopatológicas que resumimos dado el carácter quirúrgico de esta comunicación (por lo que aconsejamos la lectura del trabajo original), demuestran que la cuestión es suficientemente clara.

Pero en la realidad práctica la existencia de esta lesión en el cuello crea problemas de orden terapéutico que no apoyarían el sentido de la doctrina histopatológica, por la extensión que adquiere del proceso y por las dificultades técnicas de exéresis que se presentan debido a la fusión de los tejidos normales con estas masas tumorales. Los cirujanos que deben afrontar el problema inmediato o alejado, no pueden por esta circunstancia, atenerse al concepto histopatológico.

Poco o nada puede interesar que la histopatología clasifique estas lesiones con ciertos caracteres de benignidad, si el desarrollo de estas masas tumorales por su tamaño, invasión, modificación de los planos anatómicos pueden representar un serio riesgo para el enfermo.

Para los que deben afrontar y solucionar el problema de la mejor manera, *tan peligroso es un tumor maligno como uno benigno, cuando este adquiere tales caracteres de peligrosidad que pueden hacer correr riesgo de vida*.

Estos tumores cubren la región hioidea media y lateral lo mismo que la carotídea y supraclavicular, llegando a veces hasta por debajo del músculo trapecio y hasta la región látero occipital. Se presentan aisladamente o en forma de un racimo de uvas, de tamaño variable, fijados entre sí, pero independientes unos de otros. Suelen fusionarse formando masas de gran tamaño y de forma irregular. De consistencia elástica, muy duros, cuando se rompe su cápsula, sale una sustancia de finos gránulos, parecida al contenido de los higos, de color rojo vinoso o negruzco, sangran

con facilidad y la hemostasis es muy difícil. El líquido de su interior tiene abundantes cristales de coleslerina.

Pero lo que hace más difícil su extirpación son las adherencias que contraen y que lo fijan a los tejidos normales. Al ponerse en contacto con músculos, vasos, nervios, aponeurosis, se crea un tejido inflamatorio reaccional, duro, escleroso, difícil de separar, que envuelve al órgano sano y provoca una infiltración inflamatoria importante, que altera su organización normal. En particular, en la tráquea, la adherencia es tan íntima entre estas formaciones que hace muy difícil que puedan ser despegadas, si no se raspan los anillos traqueales, quedando muy frecuentemente restos pegados a la superficie de este conducto. Este es el carácter más peligroso de estas lesiones, pues transforman a la tráquea por esa reacción conjuntiva, esclerosa, en un tubo rígido deformado estenosado que lleva fatalmente con el tiempo al peligro de la asfixia, como nosotros hemos podido observar en tres casos que murieron por esta complicación.

Cuando la lesión es inicial y pequeña su extirpación es muy fácil, pero en base siempre a una operación total de la región, extrayendo si es posible parte de los tejidos sanos donde asientan los núcleos papilíferos. Si estos son mayores, su resección se vuelve más difícil y para hacer una operación correcta, es necesario el sacrificio de extensas zonas de tejidos sanos vecinos al sitio de la implantación de las tumoraciones. Cuando son recidivados y se han extendido o han adquirido un tamaño considerable, es casi imposible su extirpación total.

*Las complicaciones* que se pueden presentar se relacionan con con el tamaño y adherencias de la tumoración. Bien tolerados pasan casi inadvertidos cuando son pequeños, pero a medida que aumentan de tamaño la situación varía, disocian los músculos, se adhieren a las vainas musculares, incluyen un nervio a un vaso, dando origen a la sintomatología consiguiente. El órgano que más sufre las consecuencias del crecimiento de estos núcleos es la tráquea. Esta debe soportar la gran presión que le hacen permanentemente los nódulos duros y elásticos, y como se desarrolla en los sitios de contacto, una intensa reacción conjuntivo esclerosa, la irritación traqueal se vuelve permanente y penosa para el enfermo. Esto provoca los primeros síntomas de dificultades res-

piratorias, que pueden llegar, si las deformaciones o acodaduras del conducto aumentan, a provocar crisis de asfixia.

Hemos tenido oportunidad de tratar un enfermo en esas circunstancias que murió asfixiado en una crisis aguda, antes de ser operado, sin poder ser intubado o hacer una traqueotomía, por las dificultades locales que había provocado la enfermedad.

La gravedad de esta complicación reside, en que a la inversa de lo que sucede en ciertos bocios, que se hace la malacia de la tráquea, aquí el conducto es rígido, espeso, retraído, con una infiltración que hace imposible en muchas ocasiones la intubación o la misma traqueotomía que es dificultada por la interposición de las masas tumorales. Estas al adherirse tan íntimamente a la tráquea, impiden el paso de la cánula, o al ser seccionadas se produce una hemorragia copiosa casi imposible de cohibir y que hace poco menos que invisible la región.

Cuando existen recidivas en los enfermos que han sufrido operaciones anteriores, la situación se vuelve todavía más complicada si llegan a existir núcleos retroesternales. El espasmo laríngeo suele volverse casi permanente por la irritación de los recurrentes, como pueden también ocasionar retracciones laríngeas que obliguen a operaciones sobre el cartílago tiroideo. Las consecuencias de todo esto, es la esclerosis y deformaciones retráctiles, la invasión del mediastino, lesiones definitivas que llevan al enfermo al riesgo de la asfixia como hemos podido ver en dos enfermos fallecidos por esta complicación, mucho tiempo después de las operaciones.

Cuando los tumores que recidivan, se alejan de la tráquea, se hacen más tolerables a pesar que deformen ampliamente el cuello. Por su gran crecimiento pueden traer complicaciones imprevistas, y especialmente compresiones nerviosas.

*Tratamiento:* El tratamiento de esta lesión es eminentemente quirúrgico. Pero la cirugía de esta afección, está sujeta para tener éxito, a ciertas reglas que considera a los tumores papilíferos cervicales como una afección general del cuello, y no como consecuencia de lesiones limitadas a un ganglio o a un órgano.

La extensión del proceso, la invasión, las alteraciones y destrucción de los tejidos que se ponen en contacto con estas formaciones papilíferas, obligan al cirujano a practicar exeresis am-

plias. Por otra parte, para dar mayor realidad a estos hechos, es útil recordar lo que dije en un comentario en la Academia Argentina de Cirugía en Buenos Aires:

1º) — Se discute si estas lesiones son embrionarias o blastomatosas; 2º) — Si son blastomas; si hay benignidad o malignidad; 3º) — Se admite y los hechos lo confirman, que algunos curan y los más recidivan; 4º) Se aconseja completar la cirugía con las irradiaciones; 5º) Se imponen operaciones radicales y extensas; 6º) — Que el carácter papilífero de estas neoformaciones puede presentarse en los blastomas típicos (benignos) como en los atípicos (carácter maligno); 7º) — Que a pesar de estar limitados por una cápsula fibrosa, las adherencias a los planos anatómicos vecinos forman una aglutinación donde es muy difícil la separación del tumor de los tejidos sanos, facilitando por este motivo, que se abandonen restos de estos tumores que permitan nuevamente su reproducción; 8º) — La afirmación de Crile que dice: “La evolución posterior es la encargada de rectificar o ratificar nuestras dudas”.

Ante estos interrogantes nada tranquilizadores, el cirujano debe dejar de lado las deducciones que nacen de la histopatología y afrontar el problema con un criterio práctico y firme, considerando que se está en presencia de verdaderas neoplasias cervicales y tratarlas como tales, para lo cual, en presencia de lesiones pequeñas e incipientes deben hacerse las exeresis más completas con vaciamiento ganglionares. Es prudente completar siempre la operación con la exploración manual del lóbulo vecino de la glándula tiroide y hacer si es preciso o exista la sospecha de una lesión, la tiroidectomía. El no proceder así, puede significar dejar núcleos que pueden más luego simular una recidiva, cuando en realidad estamos ante la presencia de una continuación evolutiva del tumor primitivo que ha sido dejado en parte.

Cuando las lesiones son de mayor extensión, no debe titubearse en proceder a researse todos los tejidos que se sospechen afectados o invadidos por la lesión, aplicando en este caso, las normas que rigen a la cirugía del cáncer.

Las irradiaciones a pesar de haber sido defendidas por los especialistas y muchos cirujanos, dada la naturaleza de la afección, no dan mayores beneficios. En nuestra experiencia *el fracaso ha*

*sido absoluto*. De todas maneras su empleo puede estar justificado después del acto operatorio, o ante lesiones, que por la magnitud de su desarrollo escapan al acto operatorio. En este caso, es una terapéutica de piadoso conformismo, ya que no hay contraindicaciones especiales para su aplicación.

*Conclusiones:* Los tumores papilíferos laterales del cuello, asociados al tejido tiroideo o al tejido linfático faríngeo, clasificados histológicamente como tumores de naturaleza benigna; *clínicamente y por su evolución deben ser considerados lesiones peligrosas por los defectos destructivos que tienen sobre los tejidos vecinos*. Su extirpación será el criterio más prudente y las resecciones tanto en los casos precoces como en las grandes tumora- ciones, deben hacerse con un criterio amplio para evitar dejar restos que puedan nuevamente continuar la enfermedad, y evitar así, las graves e irreparables consecuencias de las operaciones limitadas e incompletas.