

Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. Carlos Stajano

EPITELIOMA TIROIDEO A EVOLUCION LENTA

Pseudo tumor tiroideo lateral aberrante

Dres. Walter R. Suiffet y J. J. Scandroglio

El interés al presentar esta comunicación es someter a consideración un tipo de tumor tiroideo cuyos caracteres peculiares ha hecho que se desconociera su verdadera importancia durante muchísimo tiempo.

Este tumor tiroideo maligno está caracterizado fundamentalmente por su marcha lenta; su crecimiento muy limitado, a veces casi nulo; sus metástasis frecuentes en los ganglios cervicales; su estructura histológica maligna generalmente de tipo papilar; su mínima repercusión general y su muy posible curación por su extirpación quirúrgica.

Su estudio está relacionado con el problema de los tumores que se originan sobre restos tiroideos cervicales llamados tiroides aberrantes y sobre otros restos de origen embrionario. Al aclararse este punto, se ha demostrado que muchos de los tumores malignos laterales del cuello, no corresponden a este origen,

sino a verdaderas metástasis ganglionares de tumores tiroideos de evolución lenta y de escasa o ninguna expresión clínica.

Nuestra observación tiene un interés documental y encuadra en todos sus aspectos dentro de los más típicos de estos tumores.

C. S. de M., 44 años., uruguaya, casada.

En abril de 1939 ingresa a un Servicio de Medicina del Hospital Pasteur, para ser atendida por un empuje reumatismal agudo. En el examen de rutina se le comprueba una tumefacción cervical izquierda que la enferma dice tener desde hace 5 años. Comenzó como una pequeña tumefacción y fué creciendo lentamente hasta adquirir el tamaño actual, no sintió dolores ni ninguna clase de malestar local ni general. Los demás elementos de la historia no arrojan hechos de interés para el caso.

El examen cervical mostró: Tumefacción localizada en la región esterno-cleido-mastoidea alta, llegando casi hasta la punta de la mastoidea; de forma y tamaño de un huevo de polla; dura, indolora, lisa, no adherente a los planos superficiales, pero con adherencia al esterno-cleido-mastoideo, el cual la recubre parcialmente; sin vinculaciones vasculares ni al sector aerodigestivo y sin ninguna repercusión sobre la movilidad del cuello. Resto del cuello sin particularidades. El examen general es normal.

Se considera en el diagnóstico la posibilidad de una adenopatía secundaria y el estudio orofaríngeo no muestra lesiones. Se decide extirpar y hacer su estudio, con la posibilidad diagnóstica de adenopatía secundaria o de un tumor originado en restos embrionarios.

Abril 15 de 1939: Intervención: Anestesia con novocaína al 1 2 %. Incisión preesterno-cleido-mastoidea. Se reclina el músculo hacia atrás y se comprueba que la tumefacción adhiere íntimamente a la yugular interna y está colocada por fuera de la vaina de los vasos; adhiere también íntimamente al músculo esterno-cleido-mastoideo. Se secciona previa ligadura la vena yugular interna y el músculo esterno-cleido-mastoideo en su parte inferior. Se disecciona hacia arriba levantando el músculo, la vena y el tumor separándolo de los vasos carotídeos. Se seccionan las ramas superficiales del plexo cervical superficial. Se liga la yugular interna en su parte más alta y se secciona el músculo cerca

de su inserción superior. Quedan bien disecados la carótida y el neumogástrico. No hay adenopatías. Hemostasis perfecta. Cierre.

La evolución postoperatoria fué excelente. Se dió de alta a los 9 días.

El examen histológico mostró lo siguiente: Epitelioma cilíndrico pseudoglandular, en parte papilar (fig. 1).

La enferma fué perdida de vista y en abril de 1951, a 12 años de la primera operación, a 17 años de la aparición de la tumefacción cervical, la enferma vuelve a consultar, porque desde hace 2 1/2 años nota una pequeña tumefacción cervical iz-

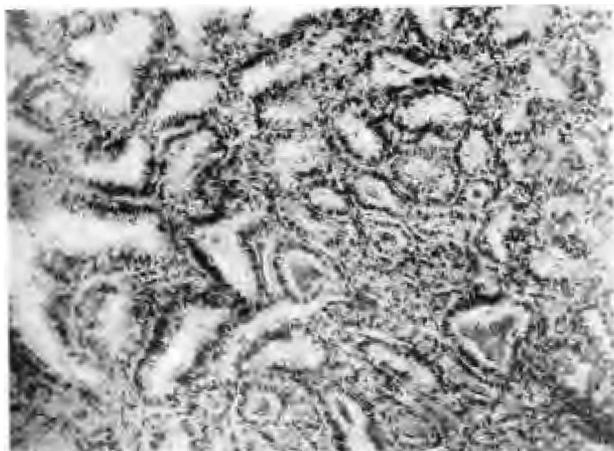


FIG. 1. — Tumor extirpado en 1939. Epitelioma pseudo glandular, en parte papilar.

quierda, topografiada en la region esterno-cleido-mastoidea, por debajo de la cicatriz de la operación anterior. Comenzó a notarla en esa época y ha crecido muy lentamente sin producirle a la enferma ningún malestar local ni general. Consulta porque ve que esa tumefacción no regresa, pero no por molestias ni razones de carácter general.

Al examen se comprueba: Tumefacción localizada en el 1/3 inferior de la región carotídea izquierda; con gran eje vertical, de 5 cms. de largo por 2 cms. de ancho; recubierta de piel sana; sin relaciones profundas musculares ni con el árbol aerodigestivo cervical de consistencia dura, algo nodular; con movilidad transversal discreta pero nula longitudinal; indolora a todas las maniobras; rodeada de 4 a 5 pequeñas tumefacciones de tamaño variable alrededor de un garbanzo.

El resto del cuello no muestra más elementos anormales.

El examen general demuestra que la enferma no padece ningún otro trastorno y se halla en excelente estado general.

Radiografía de tórax: Normal.

Radiografía de cuello: Pequeñas calcificaciones proyectadas sobre la región supraclavicular izquierda. Columna sin particularidades.

Punción biopsia: Se observan grupos de células de aspecto epiteliomatoso.

INTERVENCION. — Abril de 1951. Anestesia general. Incisión transversal sobre la tumefacción, que va desde el borde ante-

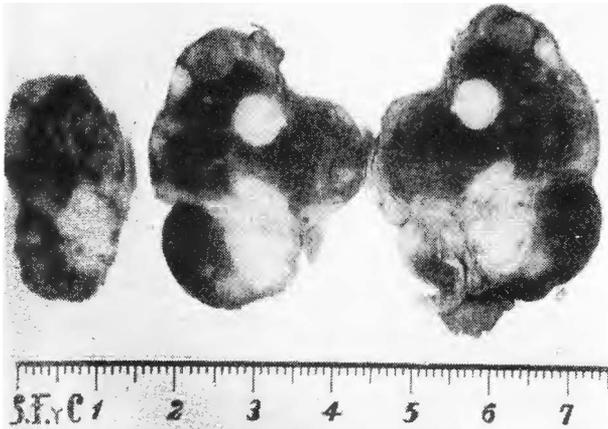


FIG. 2. — Foto de la sección del lóbulo tiroideo. Se aprecian las formaciones de carácter nodular, de color blanco amarillento y netamente limitados.

rior del trapecio hasta el esterno-cleido-mastoideo derecho. Liberación de la tumefacción que tiene franco plano de clavado arriba y afuera. Adentro adhiere a la vaina vascular. Se disecciona la carótida y el neumogástrico separándolos del tumor. El polo inferior de éste adhiere íntimamente a un grueso tronco venoso que es la vena yugular que fué seccionada en su punto más alto en la intervención anterior. Se liga inmediatamente por encima de la unión con la vena subclavia. Se ligan pequeños vasos y se extirpa en block el tumor, dejando completamente limpia la base del cuello izquierdo. Se va a exponer la glándula tiroidea. Se seccionan los músculos infrahioideos, reclinándolos de manera de exponer ampliamente la glándula tiroidea. El lóbulo derecho es normal.

El lóbulo izquierdo es de tamaño normal, pero se palpa con nitidez un nódulo duro. Se practica hemitiroidectomía izquierda, separando el nervio recurrente y la glándula paratiroides del lóbulo tiroideo. Hemostasis. Cierre.

Evolución postoperatoria: Excelente. Hasta el momento actual (Dic. 1951) la enferma sigue en excelente estado local y general.

Estudio anatómico de la pieza:

EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

Macroscópicamente la formación tiroidea está constituida por un lóbulo que mide en su mayor diámetro unos 8 cms., de aspecto multínodular, de naturaleza coloide, en parte quístico.

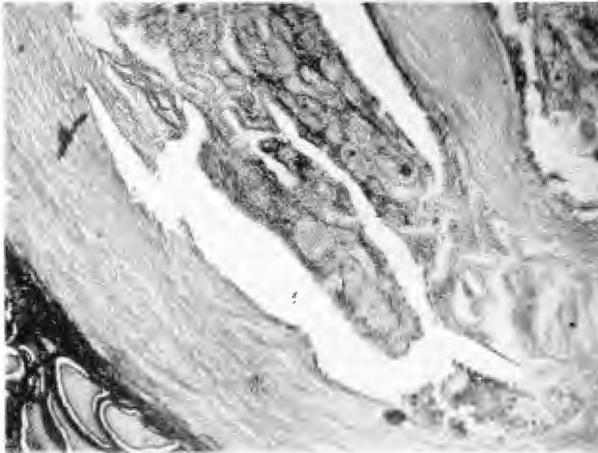


FIG. 3. — Se aprecian en un corte de la zona límite del tumor, la cápsula fibrosa infiltrada por el tumor y por fuera, el parénquima tiroideo normal.

Seccionado se comprueba que esa disposición coloidea se reproduce en la sección de corte, pero se observa además tres formaciones principales y varias más pequeñas, de forma nodular. Una de ellas mide 1 cm., la otra 1/2 cm. y la tercera 3 mlts. Existen otras varias de tamaño mucho menor. Son de color blanco amarillento, de aspecto finamente graneado, de consistencia blanda, no limitadas periféricamente por una cápsula. La de mayor tamaño se acerca a la superficie del lóbulo y es en parte ligeramente retraída (fig. 2). Las tumoraciones cervicales ganglionares forman dos masas diferentes. La más pequeña mide

3 ctms., en su mayor diámetro. Es de consistencia blanda, a superficie lobulada.

La otra tumoración es más blanda, dehiscente e irregular. Se destruye fácilmente a la sección. El color es similar a la tumoración anterior pero su aspecto en la sección es más dehiscente, frágil, en parte con apariencia necrosada. Mide 5 ctms. en su mayor diámetro.

Microscópicamente, se observa a nivel de la tumoración una neoformación epitelial de tipo maligno formada por pseudotubos

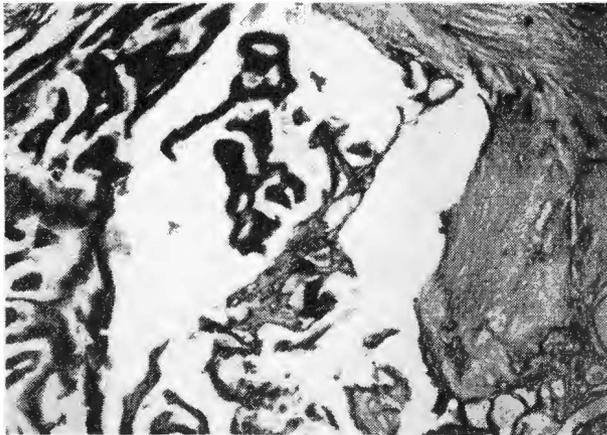


FIG. 4. Zonas de hialinización y calcificación en pleno tumor glandular.

glandulares a recubrimiento cilíndrico alto, pero atípico, que en la mayor parte de los campos tiene tendencia a adoptar una disposición papilar, en parte quística. Se trata de una formación epitelial que ha sufrido fenómenos regresivos del tipo degenerativo y necrótico, focos que secundariamente experimentaron precipitaciones cálcicas. El aspecto es similar en todos los nódulos estudiados (figs. 3 y 4).

En algunos que aparecen en otras secciones posteriores a las descritas macroscópicamente, el aspecto es más neto y se encuentra la infiltración de esta formación epitelial, lo que unido a la atipia antes señalada le da el carácter de malignidad de tipo epiteliomatoso. En el resto del parénquima tiroideo se comprueba un bocio de constitución coloide nodular, a disposición quística, con focos linfocitos en su interior.

A nivel de la cápsula del lóbulo se comprueba la infiltración tumoral en plena pared conjuntiva fibrosa.

A nivel de las formaciones ganglionares las características de este tumor son aún más francas. Se comprueban formaciones en pseudotubo glandular, en parte papilar de tipo epiteliomatoso, que constituyen la casi totalidad de la tumoración, apareciendo aislados en medio de ellas islotes de tejido linfoideo, algunos con centros foliculares que permiten hacer el diagnóstico de ganglio (fig. 5).

El recubrimiento epitelial es más alto y su estructura más definida aunque es evidente su carácter infiltrante e invasor.

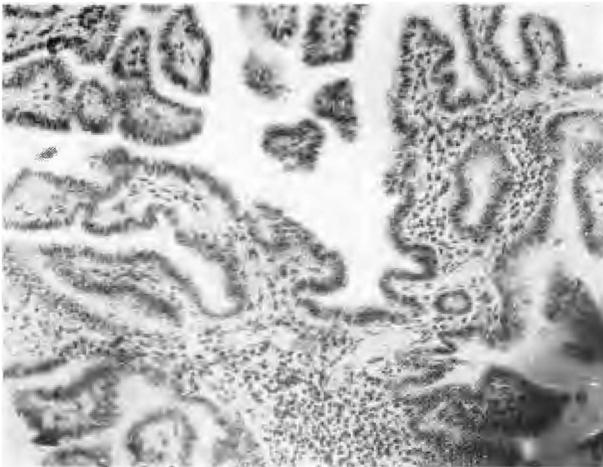


FIG. 5. — Metástasis ganglionares. Epitelioma pseudo glandular y papilar. Estructura similar al tumor glandular.

Las características de este tipo de tumor y su estructura celular es similar desde todo punto de vista a la biopsia anterior, realizada 12 años antes (fig. 1).

En resumen: Epitelioma cilíndrico pseudoglandular y papilar primitivo del tiroides con procesos regresivos necróticos y calcificación y metástasis secundarias en los ganglios cervicales que son de todo punto de vista similares a las estudiadas en una biopsia ganglionar del cuello realizada 12 años antes.

Consideraciones: En la primera operación realizada en 1939 se desconoció la verdadera naturaleza y origen de la tumefacción cervical.

En la segunda oportunidad que consultó (1951) se sospechó

por la evolución clínica y por la revisión del material anatómico, que se trataba de una metástasis ganglionar de un posible tumor tiroideo maligno de la forma de evolución lenta. Se fué a la intervención con esa orientación y se realizó la exploración total de la glándula tiroides. Esta confirmó la presencia de un nódulo pequeño y duro que se interpretó como el tumor primitivo. La hemitiroidectomía permitió reconocer una lesión cuyos caracteres ya han sido descritos. Solamente el conocimiento de este tipo de lesión pudo permitir esta conducta.

Destacamos los caracteres fundamentales de esta observación:

- 1) Expresión clínica de un tumor tiroideo por las metástasis ganglionares cervicales.
- 2) Ausencia de signos clínicos del tumor primitivo en todo momento.
- 3) Lentitud extrema de evolución: a) aparición clínica de la primera metástasis (1934). b) extirpación de ésta (1939). c) aparición clínica de la segunda metástasis (1949). d) extirpación de ésta y del tumor primitivo (1951).
- 4) Absoluta ausencia de signos clínicos de crecimiento del tumor primitivo y de repercusión general de éste.
- 5) Del punto de vista anatómico = un epiteloma cilíndrico pseudoglandular y papilar primitivo del tiroides con evidentes fenómenos regresivos, necrosis y calcificación; = metástasis ganglionares cervicales con los mismos caracteres que el tumor primitivo.

Esta observación concuerda exactamente con conceptos modernos que han sustentado Crile; Warren y Feldman; Kin y Pemberton; Frazell y Forte; Robbins; Wozencraft, Foote y Fraser.

Según estos autores los hechos fundamentales en este problema, exactamente los de nuestra observación, son los siguientes:

= Hay francas divergencias respecto al criterio histológico de benignidad o malignidad de estos tumores tiroideos y este criterio varía con los patólogos. Es difícil establecer categóricamente

la malignidad y uno de los elementos que más ha contribuido al criterio de benignidad, es su lenta evolución. Sin embargo es necesario utilizar para estos tumores el criterio de malignidad, pero sin aplicarle el concepto tradicional de cinco años de sobrevida para su juicio. Prácticamente todos los casos, sobrepasan este lapso. La evolución particular de este tipo de tumor invalida esta posición porque muchos de ellos sobreviven, aún sin tratamiento del tumor primitivo. Se debe medir entre 15 y 20 años el tiempo de evolución normal de este tipo de tumor.

= La expresión clínica de este tumor tiroideo se hace habitualmente por la metástasis ganglionar. Eso originó el concepto de los tumores sobre restos tiroideos aberrantes. Se ha llegado a la conclusión que en realidad se trata de metástasis ganglionares del tumor primitivo y no de tumores sobre restos tiroideos aberrantes en base a:

- dudas sobre la existencia de verdaderos restos de tejido tiroideo aberrante en la zona lateral del cuello por fuera de la vaina vascular;
- la presencia de tejido linfoide en los nódulos laterales no certifica el origen ganglionar, pues aquél puede existir en pleno parénquima tiroideo. Hay numerosos casos donde se reconoce cápsula y sinus ganglionares, lo que certifica la colonización en un ganglio;
- la presencia del tumor primitivo, cuando éste se busca en base al conocimiento del problema. Este muestra la misma histología que la metástasis. El porcentaje de presencia del tumor primitivo llega al 100 %, desde que se ha interpretado el problema correctamente y se investiga su presencia.

= La evolución del tumor es muy lenta, no crece mucho, está habitualmente encapsulada, fibrosado y a veces calcificado.

= Las metástasis pueden repetirse sucesivamente, si no se reconoce y extirpa el tumor primitivo, sin que haya repercusión general.

= El tumor primitivo es pequeño y a veces difícil de reconocer macroscópicamente en el acto quirúrgico. Aún en su ausencia aparente debe practicarse la hemitiroidectomía. Puede todavía

ser difícil realizar su hallazgo microscópico, pero agotando la pieza aparece por lo general el tumor primitivo.

= Es suficiente la extirpación del hemitiroides del lado afectado, salvo bilateralidad de las masas ganglionares laterales.

= La extirpación de los ganglios colonizados y del tumor primitivo, da un gran porcentaje de curabilidad de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- ROBBINS S. L. — Some New Pathological Concepts. The New England Journal of Medicine. 242, 620, 1950.
- FRAZZELL E. L. y FOOTE F. W. — Natural History of Thyroid Cancer of 301 ca. J. Clin. Endocrinology. 9, 1023, 1949.
- KING W. PEMBERTON J. — So Called Lateral Aberrant Thyroid Tumors. Surgery Gynecology and Obstetrics. 74, 991, 1942.
- CRILE G. — Papillary Carcinoma of Thyroid and Lateral Cervical Region. So Called Lateral Aberrant Thyroid. Surgery-Gynecology and Obstetrics. 85, 757, 1947.
- WARREN S. y FELDMAN J. D. — Nature of Lateral Aberrant Thyroid Tumors. Surgery-Gynecology and Obstetrics. 88, 31, 1949.
- WOZENCRAFT P., FOOTE F. y FRAZZELL E. — Occults Carcinomas of Thyroid. Cancer. 1, 574, 1948.
- KARLEN M. A., MATTEO A. L. y PASEYRO P. — Los Llamados Tumores Tiroideos Laterales Aberrantes. Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. XXII, 225, 1951.
-