

# ESTRUMA LINFOMATOSO \*

## Enfermedad de Hashimoto

*Dr. TOMAS CHIARA*

### MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO

Hemos revisado y clasificado todas las piezas de resecciones tiroideas, separando las que presentaban gran infiltración linfocítica, con las características del Hashimoto. Se estudiaron macroscópicamente las tiroides correspondientes y se correlacionaron con la historia clínica, el metabolismo basal y los exámenes de laboratorio.

De tres de ellas no disponemos de historia clínica y fueron diagnosticadas entre 100 piezas de resecciones tiroideas estudiadas en el Laboratorio de Patología y Experimentación del Prof. Larghero. Porcentaje: 3 %.

Tres corresponden a enfermos operados en la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero, correspondientes a 134 tiroidectomías realizadas.

En resumen: 6 casos de enfermedad de Hashimoto entre 234 resecciones tiroideas.

### FRECUENCIA Y CLASIFICACION

Actualmente la tiroiditis linfomatosa se clasifica provisoriamente dentro del grupo de las tiroiditis crónicas ocupando un lugar junto a la enfermedad de Riedel y a las tiroiditis subagudas descritas en 1904 por De Quervain y caracterizadas por la existencia de granulomas, con el aspecto de tubérculos asociadas

---

\* Trabajo realizado en la Clínica y Laboratorio del Prof. P. Larghero Ybarz.

a menudo con células gigantes. Recientemente, Stanley Gross (7) revisando 43 casos de tiroiditis crónicas, ha encontrado 14 en las que había reacción granulomatosa, pseudotuberculosa, provocada por material cristalino anisotrópico. En 3 casos de enfermedad de Hashimoto halló granulomas y reacción gigantocelular en relación con la existencia de material cristalino. En nuestros casos de estruma linfomatoso nunca hemos visto células gigantes ni cristales.

En la Lahey Clinic. desde 1928 a 1946, entre 25.000 tiroidectomías practicadas han hallado 78 tiroiditis linfomatosas. J. H. Means (5) ha estudiado 12 casos. En la Argentina A. Abdala (8) ha hallado 3 casos entre 395 piezas de bocio. Lindsay y Dailley (9) entre 195 tiroiditis crónicas hallaron 170 estrumas linfomatosos. Van Hoy (10) halló 20, entre 36 tiroiditis crónicas. Nosotros presentamos 6 entre 234 piezas de tiroidectomía.

### ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Todos nuestros casos corresponden al sexo femenino. Los enfermos proceden de distintos lugares de la República. El caso de Rocca, Urioste y Grosso se trataba de un hombre (2).

La causa desencadenante de la afección y su mecanismo todavía no se conoce, pero se han emitido diversas teorías para explicarla. [Jaffe; Crile (11); Williamson y Pearse (12); Mac Carrison; Graham (13); Chapman (14); Buño, W. (1); Joll (4).]

Resumiendo, podemos decir:

- 1º) que es un proceso que se ve preponderantemente en mujeres de edad adulta;
- 2º) que no hay antecedentes infecciosos evidentes y que no se ha probado la etiología infecciosa;
- 3º) que se ha provocado el bocio linfadenóideo por carencia de vitamina A;
- 4º) que se interpreta la aparición del bocio linfomatoso siguiendo a un tiroides de actividad subnormal;
- 5º) que se ha hallado hiperplasia linfoidea en otras glándulas, lo cual revelaría una afección sistematizada.

La causa de la proliferación del tejido linfoide también es desconocida. Ferguson cree que es el resultado de la irritación

por materiales lípidos hidrolizados del coloide. Otros creen que la infiltración linfoide resulta de la irritación provocada por el coloide fagocitado por macrófagos dentro del folículo (9) y finalmente Rawson, Stern y Aub, piensan que la hormona tirotrófica pueda tener alguna acción.

De cualquier manera la causa desencadenante y el mecanismo por el cual se produce el estruma linfomatoso no ha salido todavía del terreno hipotético.

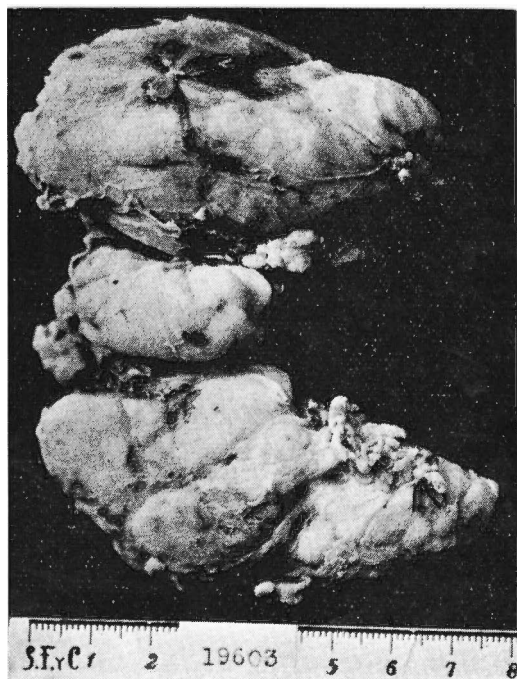


Fig. 1.— Hashimoto. Aspecto macroscópico.

## PATOLOGIA

Generalmente es un bocio difuso y simétrico, con desarrollo de ambos lóbulos y del istmo que rodean la tráquea y se insinúan por detrás de ella (fig. 1). No hay adherencias en ninguno de nuestros casos a los tejidos peritiroideos.

La *cápsula* es fina y no tiene vascularización exagerada. La pieza en fresco es de consistencia elástica, firme, con grados de dureza variables y de color blanco rosado, no tiene el color tabaco del bocio hiperplásico funcionante.

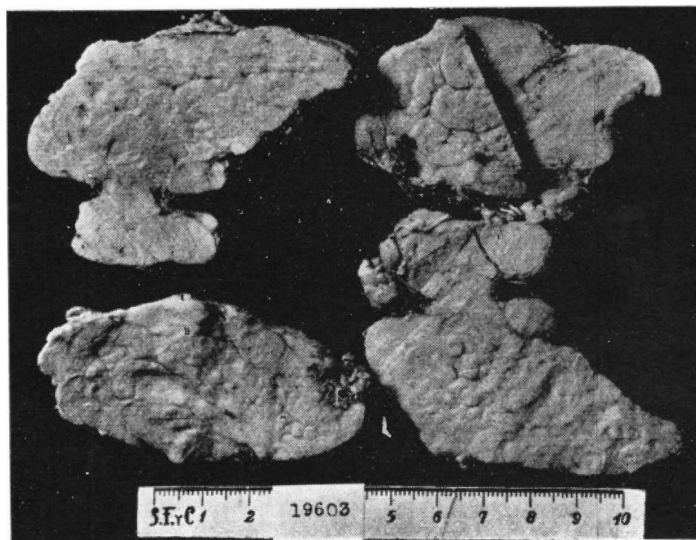


Fig. 2.— Enfermedad de Hashimoto. Corte de la pieza.

*No hay lesiones asociadas*, quistes, hemorragias, calcificaciones, nódulos o adenomas, siendo éste un carácter diferencial fundamental, para no confundirlo con las reacciones linfadenoides de los bocios nodulares.

La superficie puede ser lobulada, simulando nódulos y la lesión puede predominar en uno de los lóbulos simulando clínicamente un bocio nodular o multinodular.

*Al corte* el parénquima es opaco, sin coloide, que es el que le da el aspecto brillante a los bocios, de color blanco rosado si está sin fijar y blanco amarillento o grisáceo cuando está fijado.

*La lesión es difusa* (fig. 2) lo que lo diferencia de las infiltraciones linfocitarias de los nodos parenquimatosos que son localizadas (fig. 3). La superficie del corte presenta lobulaciones separadas por tabiques conjuntivos que le da un aspecto típico linfocitario pseudoganglionar (fig. 3).



Fig. 3.— Hashimoto. Infiltración linfocitaria.

## HISTOLOGIA

Lo que caracteriza desde el punto de vista histológico al estruma linfomatoso, es la infiltración linfocitaria difusa, la hiperplasia del conectivo y la atrofia del parénquima tiroideo.

Para considerar la infiltración linfocitaria como típica del estruma linfomatoso debe ser:

- 1º) difusa;
- 2º) no coexistir con otro tipo de lesión, adenomatosa o hiperplásica;
- 3º) no obedecer a una inflamación, como ocurre en las tiroiditis granulomatosas o en las tiroiditis infecciosas crónicas;
- 4º) acompañarse de folículos linfocitos y provocar la atrofia y destrucción del parénquima tiroideo.

*Las alteraciones del conectivo* lleva a una fibrosis progresiva, endurece la glándula y la lobula, siendo el causante de la destrucción de la glándula del punto de vista funcional. Según el grado de invasión del parénquima o del tejido linfadenóideo y fibroso se han creado tres grados histológicos de lesión que son:

- 1º) incipiente o de comienzo,
- 2º) mediano o intermedio,
- 3º) último o final.

Estas etapas pueden coincidir con las tres etapas clínicas descritas por Vaux (15) en las cuales primero se desarrollaría hipertiroidismo, después eutiroidismo y finalmente hipotiroidismo.

*Alteraciones epiteliales.*— El epitelio folicular sufre una degeneración acidófila, las vesículas tiroideas son comprimidas por la hiperplasia linfocítica y sus células atrofiadas; desaparece el coloide y finalmente el epitelio tiroideo funcionando es alterado, invadido, sustituido más o menos intensamente, pero siempre de una manera difusa por el tejido linfadenóideo. Estas lesiones epiteliales difusas y progresivas explicarían la evolución natural del Hashimoto hacia el hipotiroidismo, precipitado muchas veces por la resección quirúrgica.

Los caracteres fundamentales para hacer el diagnóstico de enfermedad de Hashimoto en el acto operatorio o con la pieza en la mano son:

- a) *lesión difusa de tiroides*, de color blanco rosado, amarillento o grisáceo;
- b) *no existencia de lesiones asociadas*, quistes, nódulos, adenomas o zonas de hemorragia, pues cualquiera

de estos estados es capaz de acompañarse de infiltración linfocitaria con o sin folículos linfoides y fibrosos;

- c) que el estudio histológico revele la existencia de hiperplasia linfoide difusa con folículos linfoides, fibrosis y alteraciones epiteliales.

La existencia de imágenes de hiperfunción tales como: hiperplasia, papilas, coloide en reabsorción, deben hacer pensar en un bocio difuso con hipertiroidismo extinguido en la etapa de infiltración linfomatosa.

El problema de la identidad con la enfermedad de Riedel, del punto de vista patológico y clínico, ha sido motivo de varios trabajos. Nosotros no hemos tenido oportunidad de estudiar ninguna enfermedad de Riedel y por tanto no podemos abrir juicio sobre este problema, pero tomando las primeras observaciones de Riedel y otros autores sobre las tiroiditis leñosas, recopiladas por Delore y Alamartine (3) en 1911, llegamos a la conclusión que ni el estudio clínico ni el patológico de ambas afecciones es igual, ni pueden ser etapas evolutivas, clínicas o patológicas de una misma afección.

## ESTUDIO CLINICO

La afección predomina en el *sexo femenino* (cuadro 1). La *edad*, en que se presenta más frecuentemente es de los 40 a los 50 años.

*El tiempo de evolución* de la tumoración es de meses o años.

*El bocio* es siempre difuso, a veces con predominio de un lóbulo dando aspecto nodular. Duro. En el curso de su evolución puede aparecer disnea, disfagia o disfonía. No hay dolor en la glándula tiroides, ni dolor irradiado.

El pulso y la presión arterial no tienen modificaciones notables.

La temperatura corporal no se modifica.

*Hipertiroidismo*.—No hemos encontrado en ningún caso en el momento del examen signos claros de hipertiroidismo, pero sí en los antecedentes, como en el caso 5, que obligó al tratamiento con lugol.

Cuadro 1

## 234 PIEZAS DE RESECCIONES TIROIDEAS

## 6 estrumas linfomatosos

Pieza	Sexo	Edad	Síntoma clínico	Metabolismo basal	Colesterol	Diagnóstico clínico
1 13.674	F.	26				100 piezas del Laboratorio de Patología.
2 16.404	F.					
3 16.403	F.					
4 19.603	F.	46	Bocio difuso. Disnea, disfagia, disfonía.	+ 6 (1948) — 15 (1952)	1gr.63 2grs.02	Bocio difuso sin hipertiroid. Hipotiroidismo postoperatorio.
5 13.626	F.	33	Bocio nodular con hipertiroidismo.	Normal.	2gr.40	Adenoma con hipertiroidismo.
6 18.347	F.	41	Bocio difuso. Nerviosismo.	Normal.	1gr.87	Bocio difuso.



Los síntomas como nerviosismo, ansiedad, trastornos neurovegetativos son bastante frecuentes.

*La tasa del metabolismo basal*, puede mostrar aumento o disminución, hasta menos 15 en el caso 4.

La evolución de la curva metabólica puede mostrar la tendencia espontánea al hipotiroidismo, como en el caso antedicho que varió de más 6 a menos 15 en el término de cuatro años.

*La tasa del colesterol*, no sufre modificaciones importantes, pero su curva pre y postoperatoria, tienen importancia para pesquisar la tendencia al mixedema como se ve en el caso 4 que varió de 1gr.63 a 2gr.02 siguiendo la curva del metabolismo basal.

*El hipotiroidismo* postoperatorio, es muy frecuente y su explicación está en que se hacen tiroidectomías subtotales de la misma amplitud que los bocios difusos parenquimatosos funcionantes. Crile en 10 tiroidectomías subtotales tiene 5 hipotiroidismos; 7 de los 12 operados de Means también desarrollaron hipotiroidismo. En los 78 casos de Lahey hay un 79 % de hipotiroidismo postoperatorio (6).

## DIAGNOSTICO CLINICO

De tiroiditis crónica es difícil, es casi siempre anatomopatológico y menos frecuentemente operatorio.

Los diagnósticos clínicos que se hacen más frecuentemente son de: bocio difuso parenquimatoso sin hipertiroidismo, bocio multinodular, bocio nodular y en alguna oportunidad cáncer.

Frente a todo bocio difuso duro, con lobulaciones y con metabolismo basal normal o bajo, el clínico debe pensar en la tiroiditis linfomatosa, con más razón si existiesen signos de hipotiroidismo.

## DIAGNOSTICO QUIRURGICO

El diagnóstico quirúrgico se basará en el diagnóstico clínico y patológico de la afección. Frente a un bocio en el que clínicamente se plantea la posibilidad de Hashimoto el cirujano debe reconocer en la afección los siguientes caracteres: bocio difuso

lobulado, poca vascularización, no existencia de ganglios ni adherencias peritiroideas, no lesiones asociadas, color blanco rosado, blanco amarillento o grisáceo difuso.

En estas condiciones está autorizado para hacer una resección económica o una biopsia extemporánea si tiene dudas, sobre todo si el enfermo no tiene hipertiroidismo.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es necesario con las tiroiditis subagudas, pues éstas curan con el tratamiento médico o con la radioterapia. Se caracterizan por la evolución más corta, días o semanas, dolor y sensibilidad en la región tiroidea, dolor irradiado al cuello y con los movimientos masticatorios. Fiebre a veces. Velocidad de sedimentación prolongada y tendencia a la curación espontánea.

La tiroiditis de Riedel se ve frecuentemente en hombres; es unilateral casi siempre, pero puede ser bilateral, la evolución es más aguda y los síntomas de compresión más frecuentes. Se desarrolla más a menudo en bocios nodulares.

## TRATAMIENTO

Todos los casos fueron operados, practicándose tiroidectomía subtotal en 5 y hemitiroidectomía subtotal en el otro. No se ha tratado ninguno con radioterapia que según algunos autores tendría éxito en las etapas precoces antes de la fibrosis intensa (16, 11).

La mayoría de los autores son partidarios de la tiroidectomía parcial económica, porque aparte de permitir el diagnóstico cierto, suprime e impide que se desarrollen los síntomas de compresión, cosa que los rayos X pueden acentuar.

## EVOLUCION

El estruma linfomatoso no tiene tendencia a la curación espontánea y sí a la progresión y crecimiento que, aunque lento, lleva a la compresión de la tráquea y del esófago dando disnea,

disfagia y disfonía. Las lesiones del parénquima son progresivas, llevándolo a la hipofunción y al hipotiroidismo, que no es una eventualidad grave, pues puede ser controlado con tiroidina. No se ha visto al Hashimoto transformarse en neoplasma.

El hipotiroidismo postoperatorio es muy frecuente y aparece alrededor del mes de practicada la tiroidectomía; nuestro caso 4 desarrolló un mixedema postoperatorio.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentan 6 casos de estruma linfomatoso.

Tres corresponden a 100 piezas de resecciones tiroideas estudiadas en el Laboratorio de Patología.

Tres corresponden a 134 operaciones realizadas por afecciones del tiroides y tienen su estudio clínico y metabólico completo.

Uno de ellos tuvo signos clínicos claros de hipertiroidismo y se presentó como un bocio nodular.

Otro, tuvo signos metabólicos de hipotiroidismo y en el postoperatorio desarrolló un hipotiroidismo franco.

Se practicaron en los operados en el Servicio dos tiroidectomías subtotales y una hemitiroidectomía subtotal.

El estudio de las piezas demostró aumento difuso de la glándula, sin lesiones asociadas y desde el punto de vista histológico, infiltración linfoide difusa con folículos linfoideos y distintos grados de esclerosis.

*En resumen:* en nuestro medio, la tiroiditis de Hashimoto se presenta con las mismas características clínicas y con la misma frecuencia que en otros países.

## BIBLIOGRAFIA

1. BUÑO, W.—“Estudios de histofisiología e histofisiopatología tiroidea”. El Ateneo, Buenos Aires, 1943.
2. ROCCA, F. F.; URIOSTE, B. y GROSSO, O. F.—Estruma linfomatoso y diabetes. “Apart. Arch. Urug. Med. Cir. y Esp.”, XXXIX: 5-6; 1951.
3. DELORE, X. et ALAMARTINE, H.—La Thyroidite Ligneuse. (Maladie de Riedel.) “Revue de Chirurg.”, XLIV, 7: 1-32; Juillet 1911.
4. JOLL, C. A.—The Pathology, Diagnosis and Treatment of Hashimoto's Disease (Struma Lymphomatosa). “Brit. Jour. of Surg.”, 27: 351-389; julio 1939.

5. MEANS, J. H.—“La tiroides y sus enfermedades”. Ed. Artécica, Buenos Aires, 1948.
6. LAHEY, F. H.—“Práctica quirúrgica. Tiroiditis crónica”. Art. de Marshall, S. F.; Meissner, G. y Smith, D. C.; 61-76; J. B. B. Aires, 1954.
7. GROSS, S.—Granulomatous Thyroiditis with anisotropic crystallin Material. “Arch. of Pathology”, 59: 412-418; April 1955.
8. ABDALA, A.—Contribución anatomopatológica al estudio del bocio linfoide. “La Sem. Méd.”, 105, 15: 537-552; setiembre 1954.
9. LINDSAY, S.; DAILEY MORRIS, E. and al.—Chronic Thyroiditis. A clinical and Pathologic Study of 354 Patients. “Jour. Cl. End. Met.”, 12: 1578-1600; Dec. 1952.
10. Van JOY JOE, M.—Chronic Thyroiditis. “North Carolina Med. Journal”, 13: 93-96; Feb. 1952.
11. CRILE, G. (Jr.).—“Practical Aspects of Thyroid Disease”. W. B. Saunders. Company Philadelphia & London, 1950.
12. WILLIAMSON, G. S. and PEARSE, I. H.—Lymphadenoid Goiter and its clinical significance. “Brit. M. J.”, 1: 4-5; Jan. 1929.
13. GRAHAM, A.—Riedel’s Struma in contrast to struma lymphomatosa (Hashimoto). “West. J. Surg.”, 39: 681; 1931.
14. CHAPMAN EARLE, M.—Capítulo de tiroiditis en “Tratado de Endocrinología clínica” de J. Mussio Fournier. Kraft Lim., Buenos Aires.
15. VAUX, D. M.—Lymphadenoid Goiter. A Study of Thirty eight cases. “J. Path. & Bact.”, 46: 441-445; mayo 1938.
16. RENTON, G. M.; CHARTERIS, A. A. and HEGGIE, J. F.—Riedel’s Thyroiditis and its treatment by radium. “Brit. J. Surg.”, 27: 351-389; Oct. 1939.