

BOCIO NODULAR Y CANCER DEL TIROIDES *

Dr. MAXIMO A. KARLEN

El bocio nodular, tumefacción localizada en la glándula tiroides, se presenta a veces como manifestación inicial en un órgano anteriormente sano, y otras veces en una glándula previamente patológica. En ambos casos plantea un serio problema diagnóstico y terapéutico, que ha sido motivo de estudios muy importantes durante estos últimos años. Hasta hace poco, un nódulo tiroideo fue considerado en general una lesión común que no debía preocupar al portador ni a su médico, mientras no provocase trastornos.

El motivo de esta comunicación es llamar la atención sobre esta equivocada posición. En efecto, cualquier nódulo tiroideo puede ser, actual o potencialmente, un cáncer.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Lahey y Hare revisando sus propias estadísticas comprobaron que de 1971 pacientes con adenoma, o sea tumores verdaderos del tiroides, el 10,04 % eran malignos. Cale, Crile jr. y otros, establecieron proporciones que iban del 15 al 24 %.

Estas cifras obligan a estudiar también en nuestro medio la frecuencia de malignidad en los bocios nodulares. La estadística de Lahey procede de una zona donde el bocio no tiene carácter endémico, al igual que en el Río de la Plata.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica Profesor Juan C. del Campo. Hospital de Clínicas.

En las zonas con endemio bociosa, la frecuencia es mucho mayor (Breitner, Innsbruck). En esas regiones, lo que llama la atención es el crecimiento rápido de un nódulo en un tiroides sin antecedentes, o en un bocio difuso, con moderados síntomas de hipertiroidismo o sin ellos, que ha sido tratado anteriormente o no.

Desde marzo de 1954 fueron atendidos en nuestra Clínica 22 casos de bocios nodulares, que de acuerdo con el estudio anatómopatológico se pueden ordenar del siguiente modo:

Bocio difuso con hipertiroidismo, con 1 adenoma	1
Bocio difuso sin o con moderado hipertiroidismo, con 1 adenoma	5
Bocio difuso, con nódulos de involución	5
Bocio nodular, con 1 adenoma en un tiroides normal	4
Bocio nodular, no operados	5
Cáncer del tiroides	2

Vemos aquí que de 10 adenomas tiroideas operados, 6 se habían desarrollado sobre bocios difusos, mientras que 4 eran adenomas que se asentaban sobre glándulas normales.

Cinco casos, o sea el 29 % de la serie, que semiológicamente eran nódulos asentados en bocios difusos, no eran adenomas verdaderos, sino simples nódulos de involución.

De modo que en nuestra serie de 17 casos de bocios nodulares operados, 10 casos, o sea el 59 % eran adenomas; 5 casos (29 %) eran nódulos de involución y 2 casos, el 12 %, eran neoplasmas del tiroides.

Estas cifras de nuestra corta estadística coinciden con las de otras clínicas, especialmente en lo que se refiere a la frecuencia del cáncer, en proporción con el bocio nodular.

EL ADENOMA TIROIDEO

El adenoma, tumor benigno encapsulado del tiroires, tiene según las ideas que predominan, relaciones íntimas con el cáncer del tiroides.

Las estadísticas de países donde el bocio es endémico, acusan un alto porcentaje de adenomas tiroideos. En esas zonas es frecuente también el cáncer. Este hecho lleva a pensar que el ade-

noma tiroideo puede pasar del estado benigno al maligno. Sinton, que se ha ocupado mucho del problema, lo expresa de otra manera. Anota simplemente un hecho comprobado por la estadística. Dice que en la clínica de Lahey más del 10 % de los adenomas son malignos. Con esto quiere expresar que muchos nódulos tiroideos que clínicamente parecen ser adenomas, son histológicamente cánceres.

La dificultad radica en que, sobre todo al principio, en las formas incipientes, es a menudo imposible distinguir un adenoma de un tumor maligno, sin el auxilio del microscopio.

Estudiando la clasificación de los tumores tiroideos de Warren, se observa de inmediato que los tumores benignos, el adenoma con sus distintas formas de células, y el cistoadenoma papilar, se distinguen sólo por detalles histológicos de comprobación a veces muy difícil de los tumores malignos, grupo I y aun algunos del grupo II. El criterio de malignidad se basa en la invasión de los vasos sanguíneos o en la pluriestratificación de las papilas. Pero como estas características pueden estar localizadas en un sector reducido del adenoma, resulta a menudo una investigación muy laboriosa y aun azarosa.

El diagnóstico de los tumores malignos del grupo III de esta clasificación es más fácil porque en general hay una invasión local mayor y más rápida, que les imprime una sintomatología propia.

En resumen, la dificultad de diagnóstico se plantea habitualmente entre el adenoma y los tumores malignos del grupo I y II, de escasa o moderada malignidad.

Con una atenta palpación del tiroides es posible descubrir nódulos muy pequeños, especialmente si se recurre a la técnica de Lahey, que consiste en dislocar la laringe mediante una presión lateral. El lóbulo tiroideo correspondiente, arrastrado por la laringe, se ofrece a la palpación entre el pulgar y el índice de la otra mano mucho más superficialmente, debajo del esternocleidomastoideo relajado por rotación de la cabeza. Al efectuar un movimiento de deglución, el lóbulo tiroideo se desliza entre los dedos y se descubre cualquier cambio de volumen y de consistencia en la glándula.

¿Qué detalles hacen pensar que un nódulo tiroideo es un adenoma? El adenoma verdadero es en general un nódulo único,

aunque puede ser múltiple; es esférico y de consistencia netamente superior a la del parénquima circundante. Cuando la tumefacción redondeada asienta en un tiroides normal, es altamente probable que se trata de un adenoma verdadero. Los 4 casos estudiados en la clínica desde marzo 1954 que reunían estas condiciones eran adenomas.

En cambio, cuando el nódulo asienta sobre una glándula patológica, es decir, en un bocio difuso, sólo en el 50 % será un adenoma verdadero; los otros casos serán nódulos de involución de un bocio coloide degenerado, focos de hemorragia, etc. Como ejemplo de esta forma puede servir la historia clínica 10.344.

En la clínica a la cual pertenecemos, se ha establecido la norma de que todo nódulo tiroideo debe ser extirpado, practicando la tiroidectomía subtotal, en general bilateral. Una vez extirpado el órgano, antes de enviarlo al anatomopatólogo, el cirujano hace el estudio macroscópico de la pieza y anota su observación al final de la descripción operatoria. En general practicamos, según el sitio y el tipo de lesión, una incisión del parénquima extraído para ver y palpar la lesión en la pieza fresca, cuyo color y consistencia no ha sido alterada por el formol. Esta costumbre tiene un gran valor didáctico. Del criterio formado a través de la experiencia personal derivarán decisiones operatorias de gran responsabilidad. Cuando por ejemplo, durante la operación se duda si un nódulo infiltra el parénquima ambiente, un corte practicado en la zona sospechosa convencerá al cirujano de la conveniencia de practicar la extirpación total extracapsular del lóbulo afectado.

Sospechándose un blastoma, es preferible hacer el corte del nódulo mediante el electrobisturí. En el estudio diagnóstico preoperatorio, en todos los casos de bocio nodular sospechoso, se practica en la clínica la punción biópsica. Pero es evidente que la incisión peroperatoria del nódulo sospechoso, da informaciones que no puede suministrar la punción. Aquella permite observar el aspecto del tejido de neoformación, su encapsulamiento, la posible infiltración del parénquima ambiente, etc. La observación de los tejidos con la lupa portátil aporta aún mayores precisiones.

Con todo, en los casos incipientes, sólo el estudio microscópico aclara la situación.

Lo importante es tener siempre presente que cualquier adenoma tiroideo puede ser actual o potencialmente un cáncer. Su comprobación compromete la responsabilidad del médico.

CANCER DEL TIROIDES

El cáncer del tiroides no deriva siempre de un adenoma preexistente, sino que a menudo es maligno desde su comienzo.

Esto es muy evidente en los tumores tiroideos del grupo III de Warren.

Estos aparecen frecuentemente en personas de edad y que no tienen antecedentes de afecciones tiroideas. En ellos, un nódulo duro, tiene una gran probabilidad de ser un cáncer y éste es en general de alta malignidad. El cáncer tiroideo del viejo es en general más maligno que el de los jóvenes.

El bocio nodular simple se hace sospechoso de haber sufrido la degeneración maligna por los siguientes cambios:

- a) aumento brusco de tamaño;
- b) fijación al parénquima vecino, pérdida de la nitidez de sus límites, signo de infiltración;
- c) sensibilidad espontánea o a la palpación;
- d) cambio de la voz;
- e) fijación a los órganos y músculos vecinos;
- f) aparición de una adenopatía satélite;
- g) si el gammagrama revela que el nódulo no capta iodo radioactivo, es decir, que no es funcionante.

Todos estos cambios pueden sobrevenir juntos o cualquiera de ellos aislado. Su valor no es absoluto, porque una hemorragia también puede provocar la mayoría de ellos. La punción biopsica será decisiva casi siempre. Ella permitirá orientar la terapéutica.

El cáncer del tiroides se presenta en varias formas, siendo algunas tan particulares, que nada hace sospecharlo. El caso más difícil lo constituye el de un pequeño nódulo extratiroideo, en general situado en la región esternocleidomastoidea, que sin causar ningún trastorno es descubierto accidentalmente por el

paciente. La puncion biópsica extrae células atípicas y el estudio histológico del nódulo revela que está formado por parénquima tiroideo. No se trata, en estos casos, de tiroides laterales aberrantes, sino de metástasis de un cáncer asentando en el lóbulo tiroideo correspondiente. El tumor primitivo es a veces tan pequeño que no es descubierto por la clínica y que sólo es revelado por un minucioso estudio histológico. En 1951 presentamos en colaboración con los Dres. A. Matteó y P. Paseyro a la Sociedad de Cirugía un caso de éstos.

Se trataba de una señora de 43 años de edad, procedente de Hungría, que consultó por un nódulo duro, indoloro, localizado en el tercio superior de la región esternocleidomastoidea izquierda. Punción biópsica: "sospecha de metástasis de un epiteloma". El estudio histológico del nódulo extraído reveló su estructura tiroidea, sin evidencia de malignidad. A pesar de que nada anormal se palpaba en el tiroides, siguiendo las ideas de Pemberton, Robbins, Lahey y otros, lo interpretamos como una metástasis ganglionar y no como un tiroides aberrante. Tiroidectomía total izquierda, subtotal derecha.

La histología reveló un adenocarcinoma en partes papilífero, en partes formando tubos y masas compactas, situado en el polo superior del lóbulo izquierdo.

La evolución de los carcinomas tiroideos es a veces lenta, aun en presencia de metástasis regionales. La siguiente historia clínica demuestra este hecho y es además un nuevo caso donde la metástasis linfática se evidenció antes que el tumor tiroideo primario.

La Srta A. F., de 15 años de edad, tuvo una tumefacción única, dura e indolora en la región carotídea derecha que fue considerada como una adenopatía bacilar y tratada con rayos ultravioletas y radioterapia. Al cabo de tres años apareció un nódulo en el lóbulo tiroideo del mismo lado. Viendo el crecimiento paulatino de la tumefacción tiroidea, se le practicó un año después la enucleación simple, sin exéresis de la masa carotídea. La pieza operatoria reveló contener un adenocarcinoma tiroideo, pero el informe no llegó al cirujano.

Como la tumefacción carotídea siguiera en aumento y la aparición de una pequeña tumefacción en el extremo interno de la clavícula, llamara la atención, se practicó una biopsia de la lesión clavicular diez meses después de la enucleación del nódulo. Resultado: "adenocarcinoma papilar". La punción de la masa carotídea confirma el diagnóstico. Recién en este momento el cirujano se enteró del primer informe y envió la paciente al Prof. del Campo. La tumefacción lateral del cuello, polilobulada, dura, ocupaba toda la región esternocleidomastoidea, desde la mastoides hasta la entrada al mediastino. Vacía-

miento ganglionar del cuello y tiroidectomía total, algo incompleta, al nivel de las íntimas adherencias al esófago y a la tráquea. Histología: "epitelioma papilífero". Radioterapia postoperatoria. Evolución ulterior excelente, con perfecto estado de salud hasta la fecha.

En este caso, las metástasis linfáticas precedieron en tres años la comprobación clínica de un nódulo tiroideo, es decir, del epitelioma primario.

Una lesión bipolar, unilateral del cuello formada con nódulo tiroideo y un ganglio carotídeo, es lo que podríamos llamar la forma típica del cáncer del tiroides con una metástasis satélite. La punción biopsica confirmará la sospecha y justificará la intervención radical.

La historia de la Sra. M. C. de K., de 47 años, de nuestra casuística personal, corresponde exactamente a esta forma clínica. Histológicamente era un adenocarcinoma alveolar. Intervención radical. Radioterapia. Sigue bien hasta la fecha, cinco años después de la operación.

Sin embargo, el siguiente caso aparentemente igual, sirve de ejemplo para diagnósticos apresurados.

El Sr. A. F., de 61 años de edad, alemán, sufría desde hacía diez meses de inestabilidad emotiva, inquietud, adelgazamiento, coincidiendo con la aparición de una tumefacción del lóbulo tiroideo derecho, que provocaba desviación de la tráquea. Disfónica. En el lóbulo derecho del tiroides se palpaba un nódulo duro, liso de 2 cms. de diámetro. Metabolismo basal +24 %. En la región supraclavicular del mismo lado se palpaba una tumefacción dura, profunda, poco móvil, cuya punción biopsica no dio información útil, dado que el material extraído era insuficiente. En la cuerda vocal derecha, pólipo de aspecto benigno. Tiroidectomía subtotal bilateral y extirpación de la tumefacción supraclavicular que era una tumefacción localizada en el tronco primario superior del plexo bronquial. El estudio histológico reveló que el nódulo tiroideo era un adenoma bien encapsulado, y confirmó el diagnóstico operatorio de neurinoma.

El cáncer del tiroides puede coincidir con otras afecciones que no tienen ninguna relación con él, pero que imprimen al cuadro clínico un sello especial y aumentan su gravedad.

El Sr. A. B., Reg. N° 2432, de 61 años de edad, uruguayo, agricultor, consultó por una anemia intensa y una tumefacción del lóbulo tiroideo derecho que en cuarenta días alcanzó un volumen de 10×4 cms. Punción del tumor cervical: células atípicas con numerosas mitosis. Hemitiroidectomía total de-

recha y vaciamiento carotídea (Dr. Cendán). El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de cáncer del tiroides, asociado a un mieloma. Roent-genterapia. Muerte, un mes y medio después.

Una eventualidad poco común la constituye el desarrollo de una adenocarcinoma folicular sobre el parénquima remanente de una tiroidectomía subtotal practicada antes por bocio coloide difuso.

La Srta. L. M. S., ficha N° 4.448, de 23 años de edad, procedente de Colonia, había sido operada siete años antes por el doctor E. Andreon, de un bocio difuso con moderado hipertiroidismo, cuyo informe histológico rezaba: "bocio coloide con focos parenquimatosos y abundante tejido fibroso" (Dr. Lasnier, 1947). Después de cuatro años de normalidad, sensación de compresión cervical y crisis de ahogos. Aumento global de la glándula tiroides, especialmente de los lóbulos laterales que descendían hasta por detrás de las clavículas. Metabolismo basal +26 %. Con diagnóstico de recidiva de bocio difuso la operó el Prof. del Campo, pero al abordar la glándula comprobó que la lesión era muy probablemente atípica y practicó una exéresis casi total. El microscopio reveló que se trataba de un adenocarcinoma folicular de bajo grado de malignidad, sin invasión de la cápsula ni de los vasos.

El clínico se encuentra ante un problema diagnóstico difícil cuando sobre un antiguo bocio multinodular hay un nódulo más firme que los demás. La punción biopsica de este nódulo tendrá valor decisivo, si confirma la sospecha de degeneración maligna; de lo contrario sólo la tiroidectomía y el estudio histológico prolijo de toda la pieza aclarará las dudas.

Otro problema diagnóstico y terapéutico particularmente difícil se plantea cuando al bocio nodular se asocia una tiroiditis. Esta última fija el nódulo al parénquima que lo rodea, simulando la invasión de la cápsula. El dolor, la fiebre, la tumefacción de toda la glándula y la negatividad de la biopsia o punción justificarán una prudente espera. Entre tanto se observa el efecto del tratamiento antiinfeccioso.