

CIRUGIA EN EL CANCER DE TIROIDES

Dr. EDUARDO ANAVITARTE

Se dice que el cáncer tiroideo es más frecuente en las zonas bocígenas y que presenta grandes diferencias en su incidencia. En Berna se encuentra un cáncer de tiroides por cada 96 autopsias, en Berlín cada 1.033 y en EE. UU. cada 98. L. B. Wilson sobre los 10.683 bocios simples y 5.867 bocios oftálmicos operados en la Clínica Mayo hasta 1921, señala 207 casos de cáncer (3,5 %).

Durante diecisiete años (1936-1952) 1.429 tiroidectomías sobre todo tipo de bocio se realizaron en Illinois Research Hospital. 75 casos de carcinoma han sido encontrados, lo que hace una incidencia global del 5,2 %. Es bien conocido que el carcinoma rara vez se desarrolla en presencia de un bocio tóxico difuso. En la experiencia de Majarakis y colaboradores, la incidencia, de 1936 a 1952 inclusive, de cáncer en bocio era de 0,1 % (1 en 580 casos). La incidencia del cáncer es también muy baja en el bocio nodular tóxico y según los mismos autores no alcanzaría al 1 %. Reproducimos a continuación una tabla extraída del libro de la Lahey, "Clinic":

Nódulo simple	1.971	10,04 %
Nódulo múltiple	1.782	0,62 %
Nódulo tóxico	440	0,63 %
Nódulo múltiple, tóxico	735	0,54 %

De esta tabla se deduce que de cada 100 nódulos simples de tiroides que operamos, más de 10 son cáncer y que en las demás afecciones tiroideas cada 200 tiroides operados sólo 1 es cáncer. Queremos llamar la atención sobre el hecho de que en dicha tabla se demuestra que los tumores simples de la glándula tiroides son verdaderos tumores, mientras que la mayoría de los lla-

mados bocios adenomatósos únicos o difusos no son tumores sino nódulos funcionantes. Son tumores, pues, los adenomas simples y el cáncer, los otros son nódulos funcionantes o en tiroides hiperfuncionantes que presentan áreas nodulares con procesos degenerativos no neoplásicos ni adenomatosos.

CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA

Ya hemos dicho que existen diferentes clasificaciones de los tumores malignos tiroideos.

Lahey divide los tumores malignos de tiroides en tres grados:

Grado I:

Cistoadenoma papilífero con invasión.

Adenoma alveolar con invasión.

Grado II:

Adenocarcinoma papilífero y adenocarcinoma alveolar.

Grado III:

Células pequeñas.

Células compactas.

Células difusas.

Células gigantes.

Células de Hurthle.

Fibrosarcoma.

El interés del clínico es establecer la sintomatología del nódulo único tiroideo que es el hilo que nos va a llevar a extirpar el mayor número posible de cánceres tiroideos. La edad de la aparición del cáncer del tiroides puede ser cualquiera. No es con el balance de edades que vamos a hacer el diagnóstico. En el momento de escribir estas líneas tenemos bajo nuestra vista un trabajo publicado en "The Journal of Clinical Endocrinology", por Duffy y colaboradores, sobre 28 casos de cáncer tiroideo en menores de 18 años, con un máximo de frecuencia en niños entre 9 y 15 años, siendo esta última edad la más castigada. Se ha encontrado que en los 28 casos, 9 de ellos habían sido irradiados por hipertrofia del timo entre el cuarto y el 18 mes de vida. A

pesar de lo dicho, el máximo de frecuencia está entre los 43 a 53 años de edad, apareciendo más precozmente en el sexo femenino que en el masculino y cerca del 70 % de los casos son mujeres. Si se reconoce el hecho que los adenomas simples del tiroides son tumores verdaderos y que el cáncer se desarrolla siempre en ellos, debemos de creer entonces que no han de desaparecer espontáneamente en ningún momento, salvo en aquellas situaciones en que descienden dentro del mediastino.

Repitamos las preguntas que se hace Lahey: ¿en qué otra ocasión se encuentran tantas posibilidades para descubrir a tiempo una lesión cancerosa o precancerosa, como en los adenomas simples del tiroides? ¿En qué otras oportunidad encontraremos la lesión precancerosa bajo la forma de un nódulo situado en forma tan superficial y tan accesible que pueda ser palpado tan fácilmente? ¿Qué lesión puede descubrirse tan fácilmente y puede ser removida con tanta facilidad? Por lo tanto el tumor tiroideo debe constituir el único síntoma, el único signo y no debemos esperar nada más; el resto nos lo dirá el anatomopatólogo.

Los otros síntomas o signos: parálisis de las cuerdas vocales, adherencia a la profundidad, nódulos cervicales metastáticos, dolores irradiados, fijación a la piel o metástasis óseas, pulmonares o cerebrales, son etapas a las cuales no debemos esperar.

Un problema sintomatológico muy debatido es la repercusión del cáncer tiroideo sobre el metabolismo basal. El 61 % de los cánceres tiroideos estudiados en la Mayo Clinic tenían metabolismo normal.

Lahey y otros autores insisten en que es absolutamente excepcional el hipertiroidismo en el cáncer y el cáncer en el bocio difuso o nodular tóxico.

Resumir en pocas líneas el tratamiento de un problema tan complejo es difícil y cada situación debe ser considerada aparte. El tratamiento dependerá de la forma anatomopatológica y su grado de evolución. En el momento actual disponemos de tres grandes armas para el tratamiento del cáncer tiroideo: la cirugía, la radioterapia y el I^{131} . La primera situación a considerar, la más simple, es la del adenoma que será extirpado y rigurosamente estudiado histológicamente (del 11 al 19 % son malignos). Si la anatomía patológica demuestra que es benigno, con lo hecho basta. Como en general asientan en un lóbulo se puede hacer una

hemitiroidectomía total o subtotal. Si está en el istmo y los lóbulos están libres se extirpa el istmo con la pirámide de Lalouette si se implanta en él. Si el estudio histológico demuestra que se trata de un cáncer de grado I basta con la operación realizada y continuar la vigilancia del enfermo para ver si aparecen adenopatías cervicales. Si éstas aparecieran, vaciamiento ganglionar del cuello. Cuando el tumor pertenece al grado II o ha invadido o erosionado la cápsula del adenoma e invadido el parénquima glandular, Lahey aconseja la tiroidectomía ensanchada, o sea total, del lado afectado, con vaciamiento ganglionar del cuello del lado del tumor, extirpando la vena yugular interna y haciendo una lobectomía subtotal del lado no afectado. Aconseja extirpar la pieza en bloc con los músculos infrahioideos y las dos terceras partes del esternocleidomastoideo respetando el neumogástrico y el espinal. En el grado III proceder de la misma manera. Cuando hay invasión linfática hacer vaciamiento ganglionar del cuello, cualquiera que sea el grado del cáncer.

No existe unanimidad respecto si los enfermos deben recibir radioterapia después de la operación y la cantidad que debe administrarse. Según Lahey los del grado I encapsulados no necesitan radioterapia postoperatoria, pero sí, si han rebasado la cápsula. En el grado II el adenoma papíífero, que es muy radiosensible, puede o no ser irradiado según los autores. Lahey prefiere hacerlo porque tiene tendencia invasora a pesar de su relativa benignidad. Los adenocarcinomas alveolares son de mayor malignidad y deben ser irradiados. La radioterapia debe comenzarse después de la operación, generalmente a los seis días, debe abarcar el lecho quirúrgico y los linfáticos adyacentes.

I^{131} : Es muy útil en el tratamiento del cáncer por dos razones: 1ª) Sirve para descubrir si ha quedado una porción cancerosa. 2ª) Actúa como agente curativo en el tumor de la tiroide que fija una cantidad suficiente como para destruir las lesiones. El uso de este procedimiento se encuentra restringido porque muchas de las células cancerosas no fijan el I^{131} y por lo tanto impiden su destrucción. La fijación del I^{131} por los tumores malignos metastáticos o residuales puede aumentarse por varios procedimientos: 1º) La tiroidectomía total. 2º) Dando tiroidina. 3º) Dando hormona tireotrópica.