

DECIMOCTAVO
CONGRESO URUGUAYO
DE CIRUGIA



1967

29-30 DE NOVIEMBRE
1-2 DE DICIEMBRE

TOMO I



SECRETARIA GENERAL
AVDA. AGRACIADA, 1464 — PISO 13 — MONTEVIDEO

**COMITE EJECUTIVO
DEL 18º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA**

Dr. RICARDO B. YANNICELLI
PRESIDENTE

Dr. BARSABAS RIOS
PRESIDENTE DEL 19º CONGRESO

Dr. CARLOS BORTAGARAY
VICEPRESIDENTE

Dr. JUAN CARLOS DEL CAMPO
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA

Dr. JUAN CARLOS ABO
TESORERO

Dr. FEDERICO GILARDONI
SECRETARIO GENERAL

Dr. RAUL UGARTE
SECRETARIO DE ACTAS

Dr. CARLOS ACOSTA DUOMARCO
DELEGADO DEL INTERIOR

MESA REDONDA

TEMA:

CANCER DE TIROIDES

COORDINADOR:

Dr. WALTER SUIFFET

RELATORES Y TEMARIO:

Clasificación y patología.

Dr. Osvaldo F. Grosso.

Diagnóstico y formas clínicas.

Dr. Jorge Maggiolo.

Diagnóstico citológico e inmunológico.

Dr. Pedro Paseyro.

Tratamiento quirúrgico.

Dr. Walter Suiffet.

Tratamiento actínico y hormonal.

Dr. Jorge A. Traibel.

INTRODUCCION

Dr. WALTER SUIFFET

Coordinador

Como Coordinador de la Mesa Redonda sobre "Cáncer de tiroides", agradecemos en nuestro nombre y en el de todos los ponentes, la honrosa distinción de que hemos sido objeto por parte de las autoridades del 18º Congreso Uruguayo de Cirugía para participar en esta reunión.

El tema es de palpitante interés y ha sido elegido con gran acierto y oportunidad. Fundamentan esta elección un conjunto de conceptos y hechos que merecen una revisión amplia y completa de acuerdo a la evolución del conocimiento de este problema. Esta revisión no será seguramente definitiva, pues es un problema de la patología endocrina y de la cirugía, que no está definitivamente solucionado. Serán seguramente necesarios nuevos aportes para puntualizar, luego de un riguroso análisis, diversos aspectos que merecen discusión.

Se trata indiscutiblemente de un problema en donde es fundamental la estrecha colaboración medicoquirúrgica, única posibilidad de ser efectivo en la acción del diagnóstico y de la terapéutica. En estrecha asociación deben actuar el endocrinólogo, el citólogo, el cirujano, el patólogo y el especializado en el manejo de los isótopos radiactivos. Este grupo de trabajo deberá actuar con una unidad de criterio, que podrá ser aceptable o discutible según las distintas opiniones que puedan sustentarse en este problema. Pero la unidad conceptual y táctica, será fundamental para formarse una opinión sobre la conducta a seguir frente al cáncer de tiroides.

Con este criterio hemos organizado esta reunión habiendo solicitado la colaboración de experimentados técnicos en la materia.

Al Dr. Osvaldo Grosso le hemos solicitado una exposición sobre la clasificación y patología de este tema, pilar básico sobre el cual se apoya el conocimiento fundamental en este problema. El Dr. Jorge Maggiolo nos mostrará las formas clínicas como se presenta esta afección. El Dr. Pedro Paseyro disertará sobre los elementos de diagnóstico citológico e inmunológico, y el Dr. Jorge Traibel expondrá su experiencia en la terapéutica hormonal y actínica, especialmente en la sección de los isótopos radiactivos.

La experiencia que estos ponentes poseen en patología tiroidea, hacen de ellos verdaderas autoridades en nuestro medio y su palabra ordenará muchos puntos a precisar en este problema.

Razones circunstanciales imprevistas, nos han obligado a modificar en algo la estructuración de esta reunión, por lo cual hemos tenido que tomar a nuestro cargo la ponencia sobre "Tratamiento quirúrgico".

Solicitamos a los señores congresales el envío de preguntas, que serán necesarias para completar el análisis de aquellos aspectos de este interesante tema que no hayan sido suficientemente profundizados.

CLASIFICACION Y PATOLOGIA

Dr. OSVALDO F. GROSSO *

Se pueden encontrar en la glándula tiroidea tumores malignos de estirpes diversas. Pero el campo del cáncer tiroideo está dominado en forma absoluta por los tumores de la línea epitelial, los carcinomas. Los sarcomas constituyen verdaderas rarezas; tumores antaño clasificados como tales, hoy en día han pasado a engrosar el grupo de los carcinomas anaplásicos, que con frecuencia ofrecen un equívoco aspecto sarcomatoide. El heman-gioendotelioma es un tumor raro, con una neta incidencia regional, sobre todo en las áreas de endemia bocígena de Suiza (6, 8). Menos raros, aunque decididamente infrecuentes, son los tumores derivados del tejido linforreticuloplasmocitario, los linfoblastomas. Linfosarcomas, reticulosarcomas, linfogranulomas malignos y plasmocitomas son tumores que se observan ocasionalmente, ya sea como blastomas primitivos, o como manifestación secundaria de una afección sistémica; las formas primitivas, cuya realidad es innegable (30, 42), evidencian en general un mejor pronóstico. Se ha vinculado el desarrollo de estos tumores con la existencia previa de un bocio linfomatoso, lo que constituye un hecho indudable; pero parece evidente que su punto de partida también puede ser una glándula hasta entonces indemne o con linfomatosis moderada (17). De cualquier modo es evidente que estos tumores malignos no epiteliales tienen una incidencia muy baja en el total de los cánceres de la glándula, lo que justifica la orientación de este trabajo hacia el estudio de los carcinomas, que son los tumores que realmente importan para comprender el problema del cáncer tiroideo.

Los tumores malignos epiteliales no constituyen, en rigor, una afección frecuente, en relación con la copiosa y variable patología de la glándula. Sin embargo, las diferentes modalidades evolutivas que presenta, su hallazgo en diferentes edades desde la infancia hasta la senectud, las distintas formas anatómicas y su estrecha relación con el potencial biológico, plantean

* Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Instituto de Endocrinología "Prof. Dr. Juan C. Mussio Fournier". Montevideo, Uruguay.

la necesidad de un conocimiento preciso de la patología de estos tumores como fundamento del tratamiento más adecuado a cada caso. Es difícil establecer su real incidencia, puesto que son muy dispares las cifras que ofrecen los distintos autores; de acuerdo con los valores más altos que evidencian las casuísticas, se puede establecer que un 7% a un 12% del total de tiroidectomías corresponden a carcinomas (29). En nuestra experiencia personal encontramos carcinomas aproximadamente en el 8% del total de piezas de tiroidectomías.

El carcinoma tiroideo comprende diferentes formas y variedades anatómicas que suelen agruparse según diferentes criterios de clasificación. Deben preferirse las clasificaciones anatomoclínicas, que al tiempo que expresan los hechos morfológicos fundamentales, ofrezcan una clara definición clínica porque manifiestan el potencial evolutivo de la lesión. La circunstancia de que en el campo de la oncología tiroidea exista un paralelismo estrecho entre forma anatómica y potencial biológico de los carcinomas, ha conducido a la formulación de numerosas clasificaciones que en general satisfacen esas exigencias (5, 10, 16, 17, 27, 44).

Entre las diversas formas del carcinoma tiroideo se destacan dos formas fundamentales, cuyo conocimiento constituye la clave de la comprensión del problema del cáncer tiroideo. Estas formas son el *carcinoma diferenciado* y el *carcinoma indiferenciado*, denominaciones que se refieren a la retención o no de los atributos morfológicos, funcionales y biológicos del tejido tiroideo (17). Entre ambas formas suman la gran mayoría de los carcinomas de la glándula; pero con una incidencia mucho mayor del carcinoma diferenciado, que es un blastoma de bajo grado de malignidad, con una evolutividad a muy largo plazo y característico del sujeto joven. En oposición, el carcinoma indiferenciado es un tumor de alto grado de malignidad, de incidencia relativamente baja y exclusivo de los individuos de edad madura. •

CARCINOMA DIFERENCIADO

El carcinoma diferenciado es un tumor que se define por su filiación inequívocamente tiroidea. Esta filiación tiroidea se manifiesta por sus caracteres morfológicos, por su capacidad funcional, por su condición de hormonodependiente y por su capacidad antigénica (17).

Morfológicamente el carcinoma diferenciado adopta dos estructuras básicas: la folicular con grados variables de atipismo, lo que no obsta para que siempre se pueda reconocer la arquitectura de la vesícula tiroidea; y la papilar, pura o más frecuentemente asociada con unidades foliculares. La capacidad funcio-

nal se refiere a la aptitud para captar y metabolizar el yodo y elaborar tiroglobulina, función que se exterioriza en la formación del coloide. Esta capacidad funcional puede ser actual o potencial; en este último caso se puede poner de manifiesto por medios quirúrgicos o medicamentosos, que actúan en razón de la hormonodependencia que evidencian en grado variable estos tumores. La hormonodependencia se refiere a la circunstancia de que el tejido tiroideo tumoral está sometido a las mismas influencias hormonales de interrelación endocrina que el propio tejido tiroideo normal. Es así que la remoción quirúrgica del tejido tiroideo normal, o la administración de drogas antitiroideas que frenan la actividad de la glándula, derivan los estímulos hipofisarios o hipotálamo hipofisario hacia el tejido tumoral, lo que determina la aparición de la función o el refuerzo de la misma si ya existía anteriormente. Este es un hecho bien evidenciable en las metástasis del carcinoma diferenciado (17). Otra característica de estos tumores se refiere a su capacidad antigénica. El tejido tiroideo normal reacciona específicamente "in vitro" frente a los anticuerpos antitiroideos; el carcinoma diferenciado retiene los mismos atributos antigénicos del tejido tiroideo y puede, por tanto, ser reconocido específicamente por los anticuerpos antitiroideos. De esta propiedad del tejido tiroideo tumoral diferenciado derivan importantes aplicaciones en el diagnóstico clínico (17, 34, 35). Los atributos morfológicos, funcionales y biológicos que caracterizan el carcinoma diferenciado, tienen traducción en su potencial evolutivo. La diferenciación va unida a un potencial de malignidad de relativo bajo grado. Y en razón de este bajo grado de malignidad se justifica la institución de terapéuticas conservadoras, máxime si se tiene en cuenta que el carcinoma diferenciado es un tumor que se observa fundamentalmente en el sujeto joven y con una incidencia absoluta preponderante en el sexo femenino.

Constituye el tumor tiroideo más frecuente y aunque es propio de todas las edades, es especialmente característico del individuo joven; otras formas del carcinoma tiroideo se pueden observar en el niño, en el adolescente y el adulto joven, edades en las que no se encuentra el carcinoma indiferenciado. El bajo grado de malignidad que evidencia el carcinoma diferenciado se traduce clínicamente por el largo tiempo que suele transcurrir antes de instituirse el tratamiento; con frecuencia el tumor primitivo, o las metástasis cuando constituyen el primer síntoma, evolucionan cinco, diez o más años antes de ser diagnosticados; aun el tumor primitivo puede ser clínicamente aparente recién después de varios años de tratada la o las metástasis (14). Es, por tanto, un tumor de pronóstico relativamente bueno en el individuo joven, cuando recibe el tratamiento adecuado; librado a sí