

TRATAMIENTO QUIRURGICO

*Dr. WALTER SUIFFET **

El tratamiento quirurgico del carcinoma de la glándula tiroides ha sido y es objeto de grandes controversias. En la profusa literatura sobre el tema, se encuentran importantes variaciones en los métodos terapéuticos y en la táctica quirúrgica a aplicar. Eso crea grandes dificultades frente a cada caso en particular, siendo muy interesante tratar de establecer una orientación racional de acuerdo a una serie de aspectos que son fundamentales a considerar en este problema.

Las modalidades tan peculiares en esta afección, hacen muy difícil establecer normas rígidas aplicables por igual en todos los casos. Se trata de un tumor maligno que asienta en una glándula endocrina. La propia biología de ella se refleja en su patología tumoral. Existen tipos patológicos con interrelación hormonal y otros con absoluta independencia dentro del concierto biológico endocrino del paciente. Se deberá considerar profundamente en la acción quirúrgica estas características biológicas de la glándula y de su enfermedad, lo que hará variar la terapéutica quirúrgica en una dimensión considerable e insospechada.

Puede decirse sin exagerar, que cada paciente tiene su enfermedad y merece su tratamiento quirúrgico, el cual deberá ser analizado cuidadosamente antes de abordar la lesión. El cirujano deberá considerar en algunos casos, una conducta quirúrgica en la cual la extensión de la exéresis, no desborde las características biológicas de la enfermedad. No se deberán utilizar técnicas excesivamente agresivas, frente a una morfología patológica dudosamente existente o controlable por otros medios no quirúrgicos. Nos referimos a los vaciamientos ganglionares llamados profilácticos, realizados en el cuello o en el mediastino, en los tipos histológicos diferenciados. Pero en el mismo terreno, el cirujano no deberá limitarse frente a extensiones distantes de

* Profesor y Director de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

la enfermedad, como son las metástasis óseas y pulmonares. En estas situaciones, la cirugía adecuada de la lesión primaria, permitirá la aplicación ulterior de medios terapéuticos no quirúrgicos, altamente efectivos.

La compenetración de la cirugía, la actino y hormonoterapia, son básicas. Se deberán establecer balances de compensación entre estos métodos terapéuticos, y adecuar a cada caso, lo que el paciente necesita de cada uno de ellos. Por tanto, es fundamental la acción de un grupo de trabajo, que aborde la terapéutica del cáncer de tiroides en forma armónica y ordenada. La cirugía aislada no es el medio de acción terapéutico ideal. La única manera de que sea altamente provechosa, es cuando se le asocia en forma correcta a los otros métodos terapéuticos.

Las distintas formas histopatológicas, las diferencias de expresión clínica de ellas aun dentro de las del mismo tipo, las grandes variaciones regionales y evolutivas, conducen al análisis de la terapéutica en forma casi individual a cada caso. Es necesario esbozar un plan de trabajo para elegir, de acuerdo al estado actual del conocimiento, lo necesario para combatir lo más eficazmente posible esta original enfermedad. Ello surgirá de una serie de conceptos básicos obtenidos en el análisis bibliográfico del tema y de una experiencia personal, que aunque modesta, nos ha permitido vivir prácticamente todas las situaciones que analizaremos en el curso de esta exposición.

Del punto de vista oncológico, un órgano que alberga el cáncer debe ser extirpado junto con los territorios celulolinfoganglionares correspondientes. Este concepto básico tiene importantes limitaciones en el cáncer tiroideo y deberá analizarse a la luz de una serie de elementos fundamentales, que deberán ser tenidos en cuenta formalmente antes de la acción quirúrgica. *Se deberá considerar la cirugía del carcinoma de tiroides con un criterio de cirugía adecuada y no de cirugía radical sistemática.* Este concepto, en nuestro criterio básico, se apoya sobre una serie de elementos que analizaremos a continuación.

I.— BIOPATOLOGIA DEL TUMOR

Los carcinomas diferenciados son tumores con dependencia funcional y con una graduación de malignidad moderada. Su terapéutica deberá ser considerada junto a la acción médica de la hormonoterapia y de la actividad de los isótopos radiactivos. Su lenta evolutividad permite largas sobrevividas, adecuando la acción quirúrgica junto a la terapéutica médica.

Los carcinomas indiferenciados son tumores independientes y de alto grado de malignidad. Para ellos rige el concepto qui-

rúrgico oncológico de exéresis amplia de la glándula y de sus territorios linfáticos, siempre que ello sea posible, dada la rápida evolución de este tipo lesional. La acción hormonal y de los isótopos es nula. Las irradiaciones externas pueden ser efectivas.

II.— SEXO, EDAD

El sexo masculino parece tener el privilegio de un pronóstico más severo en esta enfermedad (68). Ello podrá permitir una mayor agresividad quirúrgica.

La edad marca caracteres peculiares en el tratamiento. El carcinoma, en el niño y en el adolescente, es de relativa frecuencia y ha sido motivo de un interesante análisis (17, 50, 59, 79, 80, 87, 98, 114, 128, 136, 147, 169, 178, 179). Surge de ello que los tumores diferenciados son menos agresivos en el niño y en el adolescente, que en el adulto y en el viejo. Considerando este aspecto junto con las necesidades hormonales de futuro en el caso del niño y del adolescente, la cirugía podrá mantenerse dentro de un conservadorismo necesario para el futuro del paciente.

Los indiferenciados imponen una acción agresiva en cualquier etapa de la vida del paciente, dada la gravedad del pronóstico.

III.— EXTENSION DE LA EXERESIS GLANDULAR

Es un punto clave y en permanente discusión en el problema que analizamos. En el momento actual solamente admiten consideración tres conductas quirúrgicas frente a la lesión glandular: 1) tiroidectomía total; 2) lobectomía del lado afecto; 3) lobectomía, más tiroidectomía subtotal del lado aparentemente indemne.

La tiroidectomía total ha sido utilizada como la táctica ideal en el carcinoma de tiroides (4, 12, 28, 29, 58, 63, 71, 74, 78, 88, 108, 109, 139, 145, 146, 155, 156, 162, 166), ya sea como táctica sistemática o como indicación de necesidad según el análisis de las situaciones.

Tres aspectos son a considerar en la indicación de la tiroidectomía total: los focos neoplásicos múltiples intraglandulares (multicéntricos o de diseminación), la presencia de lesiones inaparentes en glándulas obtenidas en necropsias de rutina y la morbimortalidad de la tiroidectomía total.

La tiroidectomía total sistemática ha sido justificada por la presencia de lesiones difusas en toda la glándula. Las cifras estadísticas proporcionan datos muy variables que oscilan del 2 al 80% de focos multicéntricos en la totalidad de la glándula (9, 12, 14, 28, 29, 68, 77, 88, 91, 108, 133, 150, 151, 158, 165). Los estudios que dan más apoyo a esta posición son los realizados por Clark (28, 29), Ibáñez (91) y Russell (151), que han analizado cuidadosamente las glándulas obtenidas por tiroidectomía total primaria sistemática o como complemento secundario de tiroidectomías limitadas, realizadas anteriormente. Utilizando estudios de rutina, encuentran 30% de casos con extensión lesional fuera del foco inicial. Cuando realizan un estudio minucioso y total de la glándula, esta cifra alcanza a 80%. El estudio del órgano en total, les ha permitido reconocer distintos tipos histopatológicos dentro de la misma glándula. En base a estos estudios, concluyen que la tiroidectomía total es la táctica aconsejada para realizar la exéresis completa de la enfermedad. Las sobrevividas con conducta limitada fueron de 66% a los cinco años, pero ascendieron a 89% con la práctica de la tiroidectomía total.

Existen otras opiniones diametralmente opuestas, como lo expresan Cattell (23) y Colcok (32), que dicen no haber observado la presencia de focos multicéntricos.

En el mismo sentido existen opiniones dispares, en lo que respecta a la evolución ulterior de los pacientes en los cuales se les ha practicado una resección no total de la glándula. Buckwalter (18) expresa no haber visto diferencias en la evolución ulterior de las tiroidectomías totales y las lobectomías. En cambio, las cifras son muy variables según otras estadísticas. Las reintervenciones por aparición de cáncer cuando se ha conservado un lóbulo, son de frecuencia distinta: 1% (68), 8% (149), 12% (108), lo que traduce una diferencia importante y hace difícil valorar exactamente la incidencia del desarrollo de los posibles focos multicéntricos. En nuestra experiencia personal no hemos observado ningún caso de aparición de neoplasma en el lóbulo remanente. Desde luego que todas estas consideraciones se refieren a los carcinomas diferenciados.

La posibilidad de la existencia de focos multicéntricos ha despertado el interés de su pesquisa, no sólo en los casos donde existe evidencia de un carcinoma tiroideo, sino también en la glándula tiroides de apariencia morfológicamente normal.

Mortensen y col. (126, 127) han analizado la glándula tiroides en 1.000 autopsias, comprobando 28 casos de cáncer tiroideo inaparente. Silverberg y Vidone (157) encuentran 8 carcinomas en 300 necropsias realizadas por otras razones y en un análisis de la literatura, concluyen que esta cifra alcanza al 1,79%.

Esta es veinte veces más frecuente que la que proporcionan las autopsias de rutina, en las cuales la glándula tiroides es incompletamente estudiada o no se incluye en el análisis. La incidencia en estas autopsias es de 0,08% (157).

Es evidente que la valoración de los focos múltiples dentro de la glándula es compleja, dado los valores dispares de frecuencia en el carcinoma de tiroides reconocido y la existencia de ellos en glándulas aparentemente sanas. Es necesario considerar además, la capacidad de desarrollo de dichos focos neoplásicos. La acción de la terapéutica hormonal es indiscutible, lo que hace que aun cuando las lesiones multicéntricas puedan existir, su capacidad evolutiva sea cuestionable y de valor relativo.

Corresponde analizar también otro aspecto que tiene relación con la indicación de la tiroidectomía total sistemática. Es la diferencia de morbilidad entre ésta y otras técnicas más conservadoras, como ser la lobectomía aislada o asociada a la resección subtotal del lado opuesto.

La tiroidectomía total tiene mayor morbilidad. La frecuencia de la lesión recurrencial no es mayor a la que se observa cuando se realizan otras técnicas. El hipotiroidismo y el hipoparatiroidismo son significativamente más frecuentes cuando se realiza la tiroidectomía total. El primero tiene importancia trascendental en el niño y en el adolescente. El hipoparatiroidismo es grave. Cuando es permanente, crea una situación de difícil gobierno y de consecuencias serias. Los autores que practican la tiroidectomía total han observado cifras de tetania permanente que oscilan entre 9% (14), 11,4% (28), 12% (152) hasta valores cercanos a 40 ó 50% (6, 9, 68, 133). En síntesis, la tiroidectomía total provoca una mayor morbilidad, y ella se la confiere la insuficiencia paratiroidea.

Difícil situación se plantea por tanto, en el análisis comparativo de estos hechos y por ende, en la indicación de la tiroidectomía total sistemática en el carcinoma tiroideo. Para considerar esta situación, es necesario valorar: a) el valor discutible de los focos multicéntricos y de la diseminación intraglandular, en el lóbulo opuesto al de la topografía tumoral; b) la mayor morbilidad de la tiroidectomía total; c) la posibilidad del control hormonal de los posibles focos multicéntricos en los tumores diferenciados.

Con razón expresan Rickey y Howard (141) que considerando la relativa benignidad del carcinoma papilar, se debe plantear si el tratamiento por la tiroidectomía total puede ser peor que la enfermedad inicial y por tanto, la conservación de la función paratiroidea tendría que ser una consideración soberana.

Crile (49) defiende el concepto de menor agresividad en los carcinomas diferenciados papilíferos. Si los focos pueden ser

controlados con hormonoterapia, si están presentes en 3% de glándulas aparentemente sanas obtenidas en necropsias, si la evolución muestra un porcentaje bajo de desarrollo de los posibles focos remanentes, la significación de ellos no es clara y no debe ser un factor de alarma como para condicionar una terapéutica tan radical como la tiroidectomía total. Crile (52) considera que ésta debe ser realizada cuando hay evidente participación de ambos lóbulos o cuando existen adenopatías bilaterales. En 107 casos realizó 17 tiroidectomías totales. En 90 practicó una terapéutica menos radical y en ninguno se observó recurrencia en el lóbulo conservado.

Hechas estas consideraciones, trataremos nuestra posición en este problema, de acuerdo a su análisis y a la experiencia recogida.

La tiroidectomía total primaria tiene indicaciones indiscutibles:

A) En los carcinomas indiferenciados (72, 134, 174) se deberá realizar cuando el estado local lo permita. La terapéutica radical es la única posibilidad quirúrgica, dada la tremenda gravedad de este tipo de tumor. Aun cuando se ha preconizado no actuar quirúrgicamente en este tipo de tumor, consideramos que en determinadas oportunidades la tiroidectomía total debe realizarse.

B) En los carcinomas diferenciados la tiroidectomía total está indicada:

—Cuando la lesión ocupa ambos lóbulos, situación no frecuente en este tipo de tumor:

—Cuando la lesión ocupa el istmo o el sector interno de un lóbulo y se extiende a los dos lóbulos. Si se trata de un niño o de un joven y la invasión lateral no es muy marcada, podrá conservarse un pequeño sector glandular, aun cuando ello significa un riesgo en la evolución ulterior. Estas situaciones son de difícil solución, y para elegir la táctica conveniente habrá que considerar la edad del paciente, el tipo de tumor y la extensión lesional.

—Cuando existan adenopatías colonizadas bilaterales, cualquiera sea la localización primitiva del tumor. Si no se palpa lesión en uno de los lóbulos, podrá plantearse la posibilidad de que exista difusión linfática aislada, sin focos neoplásicos en el lóbulo aparentemente sano, pero ello es muy difícil de demostrar en el campo operatorio. La tiroidectomía total es una solución de seguridad. En el niño, en el adolescente y en el sexo femenino, podrá practicarse solamente la resección subtotal del lado de aspecto normal. La decisión final surgirá del estudio de cada caso en particular.

—Cuando hay metástasis óseas o pulmonares, cualquiera sea la edad del paciente y la topografía lesional, la indicación de la tiroidectomía total es formal. La necesidad del radicalismo surge de la terapéutica ulterior por isótopos radiactivos, que deberá ser indicado formalmente. Su efectividad sobre las metástasis sólo será posible si se extirpa totalmente la glándula (160).

La tiroidectomía total secundaria está indicada:

—En los carcinomas indiferenciados extirpados parcialmente cuando las condiciones locales lo permitan.

—En los carcinomas diferenciados, cuando aparecen manifestaciones de la enfermedad en el lóbulo remanente o adenopatías del lado opuesto al tratado en primera instancia.

—En los carcinomas diferenciados cuando aparecen metástasis óseas o pulmonares, luego de una exéresis quirúrgica parcial realizada con anterioridad.

Para estas dos últimas situaciones no es necesario tener en cuenta el tiempo transcurrido entre la primera intervención y la aparición de nuevas manifestaciones de la enfermedad. Los diferenciados tienen un lapso prolongado de evolución biológica y el tiempo transcurrido, aun cuando sean muchos años, no debe limitar la indicación de una intervención complementaria. Ella es fundamental para poder aplicar correctamente los otros medios terapéuticos ya mencionados.

No consideramos que la tiroidectomía total primaria o secundaria tenga más indicaciones que las expresadas anteriormente. Teniendo en cuenta que en los tumores diferenciados la frecuencia y el real valor de los focos multicéntricos persiste en discusión y no es un problema aún definido, que su presencia puede ser controlada por medios médicos, que la aparición de manifestaciones clínicas de la enfermedad en el sector remanente de la glándula, luego de intervenciones más conservadoras es bajo, es posible adoptar tácticas menos agresivas y más conservadoras de la función tiroidea y paratiroidea. Surgen así dos conductas a considerar:

—Lobectomía del sector que ocupa el tumor (6, 23, 32, 44, 49, 52, 53, 56, 61, 98, 124, 131, 134, 163, 174, 178).

—Lobectomía con resección subtotal del lado opuesto, con el objetivo de disminuir el riesgo del desarrollo de los posibles focos multicéntricos y de la agresión paratiroidea (6, 9, 21, 68, 98, 99, 141, 155, 165, 174, 178).

En la elección de estas dos últimas tácticas se tendrá en cuenta fundamentalmente la edad y el sexo. Para el niño, el adolescente y la mujer joven, reservamos la lobectomía más istmectomía; para el adulto, cualquiera sea su sexo, la lobectomía, istmectomía y resección subtotal del lado opuesto.

IV.— EXTENSION DE LA EXERESIS LINFOGANGLIONAR

Tres aspectos deben ser considerados cuando se analiza la indicación y la extensión de la exéresis linfoganglionar:

- la biopatología del tumor;
- la extensión del drenaje linfático de la glándula tiroides;
- la presencia o ausencia clínica de adenopatías.

La biología tumoral es fundamental. La evolutividad de las metástasis ganglionares depende de la forma patológica del tumor inicial. Es muy difícil discriminar si las adenopatías secundarias son simplemente zonas de extensión tumoral capaces de constituirse en nuevos focos de diseminación, o si constituyen un mecanismo biológico de defensa frente a la agresión. Los tumores indiferenciados tienen una marcha agresiva. La colonización ganglionar no tiene un verdadero sentido defensivo. En cambio, los tumores diferenciados tienen una lenta evolutividad y de ella participa la colonización ganglionar. Esto permitirá una acción medicoquirúrgica adecuada a la situación clínica.

La extensión del drenaje linfático de la glándula tiroides es amplísima y se distribuye en una vasta zona cervicotorácica. El origen embriológico de la glándula lo justifica, dado que los brotes iniciales faríngeos llegan en el embrión hasta el arco aórtico. Mc Clintock (119) analiza los estudios realizados hasta el trabajo prínceps de Rouviere (153). Se puede expresar sin exagerar, que la glándula tiroides vierte su linfa en una zona cervicotorácica que se extiende de los planos anteriores del cuello a la columna cervical, de la base del cráneo al mediastino superior, pudiendo extenderse lateralmente hasta el borde anterior de ambos trapecios y hasta las clavículas. Quedan englobados por tanto en este sector, los componentes del árbol visceral y ambos paquetes yugulocarotídeos.

Richardson (140) ha estudiado “in vivo” el destino de la linfa tiroidea. Los resultados de sus investigaciones demuestran que la conexión más importante de los linfáticos, se establece con la tráquea y la cadena linfática del surco traqueoesofágico, hecho al cual Black (9) y Crile (47) le dan también suma importancia. La linfa se drena primordialmente a los colectores situados en la línea media, desde el hioides al mediastino. La difusión lateral a la zona yugulocarotídea, se hace luego de invadir los colectores antedichos, por lo cual Crile (47) cree que lo básico es la difusión a los colectores viscerales (traqueales y peritraqueoesofágicos) y a la zona mediastínica. Casiraghi (21) ha realizado estudios de interés en este aspecto, comprobando

la gran difusión de la linfa tiroidea y la extraordinaria frecuencia con que aparecen inyectados los ganglios opuestos al lóbulo estudiado, tanto en el sector yugulocarotídeo como en el recurrential. También comprobaron la versión directa de la linfa al ángulo yugulocarotídeo y al canal torácico.

La importancia de todas estas comprobaciones anatómicas es fundamental, pues hace comprender que la exéresis en masa de la glándula tiroidea y todos sus territorios ganglionares es imposible [Crile (47), Taylor (162)]. Si así se deseara realizar, lo primero que se tendría que extirpar sería la tráquea y la zona central cervicomedial hasta el pericardio y los grandes vasos. La exéresis aislada del músculo E.C.M. y de la vena yugular, junto con los ganglios yugulocarotídeos, sólo extrae parte de lo que sería exigible extirpar. Por tanto, no puede concebirse la exéresis de la glándula y todo su territorio de drenaje linfático, en un solo bloque anatómico. Solamente se podrán realizar exéresis parciales y limitadas, adecuadas a cada situación. De nuevo es necesario considerar la biología tumoral y los medios médicos de acción sobre los sectores ganglionares, como un elemento que en los carcinomas diferenciados colabora con la cirugía en el manejo de estas situaciones.

La presencia o ausencia de adenopatías clínicas marca otro jalón en el manejo quirúrgico de los pacientes. Este complejo problema de la exéresis linfoganglionar no puede ser analizado en forma genérica en todas las situaciones, sino que debe ser sometido a un análisis crítico particular. Una abundante y dispar bibliografía y una experiencia limitada, hacen difícil establecer determinaciones exactas.

La indicación de la exéresis linfoganglionar se plantea en dos formas totalmente dispares:

- exéresis sistemática en todos los casos de carcinoma tiroideo;
- exéresis condicionada a la presencia de adenopatías reconocidas clínicamente o durante el acto quirúrgico.

Es necesario considerar estas posiciones de acuerdo al tipo histológico del tumor:

A) En los carcinomas indiferenciados la colonización ganglionar es frecuente: 48% (108) a 50% (66) de los casos. La única posibilidad que se le puede brindar a un paciente portador de este tipo lesional, existan o no adenopatías clínicas, la constituye la exéresis ganglionar amplia, con todas las reservas que derivan de la biología del tumor y de la extensa difusión linfática tiroidea. El vaciamiento ganglionar se realizará simultáneamente con la tiroidectomía total, salvo contra-

indicaciones generales. Es preferible no escalar la cirugía, dado la gravedad que implica la difusión local y el retraso que ello significa en la aplicación de otros medios terapéuticos. Si el diagnóstico histológico se ha obtenido luego de una operación anterior sobre la glándula, se realizará el vaciamiento en forma inmediata.

B) En los carcinomas diferenciados la indicación de la exéresis ganglionar se plantea en otros términos, incidiendo en este problema, además de la biología del tumor, la presencia o ausencia de adenopatías colonizadas reconocidas clínica u operatoriamente.

Los tumores diferenciados se presentan con adenopatías clínicamente colonizadas en cifras variables que oscilan entre 27% (108), 35% (77), 40,9% (66), 41% (181), 47,1% (6) y 58% (66). La adenopatía puede ser la primera manifestación de la enfermedad en 15% (68) a 38,2% (6).

Por tanto, hay cuatro situaciones a considerar en el análisis de la indicación de la exéresis ganglionar:

- 1) Existe un carcinoma diferenciado con adenopatías clínicas (27 a 58% de los casos);
- 2) existe una adenopatía colonizada sin evidencia de tumor tiroideo (15 a 38,2%);
- 3) se ha extirpado una adenopatía colonizada con fines biópsicos;
- 4) existe un carcinoma diferenciado sin adenopatías reconocibles clínicamente.

En las tres primeras situaciones antedichas, o sea cuando hay metástasis ganglionares reconocidas, la indicación del vaciamiento ganglionar es formal. En esos casos el riesgo de error es mínimo, y el estudio histológico de los ganglios resecaados muestra su colonización en cifras que oscilan del 94 al 96% de los casos (10, 67).

Dos procedimientos tácticos quirúrgicos están al alcance del cirujano frente a la indicación formal del vaciamiento:

a) Vaciamiento radical del cuello con exéresis de los linfáticos del triángulo anterior y posterior, comprendiendo la exéresis, el músculo E.C.M. y la vena yugular interna. La acción sobre la zona suprahoidea es facultativa, pero será necesaria cuando existan adenopatías reconocibles y muy cercanas a esa zona (10, 18, 22, 23, 102, 118, 146, 162, 176, 180).

b) Vaciamiento subradical con conservación del músculo E.C.M. y de la vena yugular. Este vaciamiento puede reali-

zarse solamente en el triángulo anterior del cuello, si sólo en él asientan las adenopatías. Puede extenderse al triángulo posterior, si es necesario o si le considera oportuno, practicándose así la exéresis ganglionar del sector yugulocarotídeo y supraclavicular, sin sacrificios anatómicos excesivos y discutiblemente justificados (6, 13, 61, 117, 163, 174, 182).

Hemos adaptado nuestra táctica a las circunstancias, de acuerdo a la topografía y al volumen de las adenopatías, realizando el vaciamiento subradical con conservación del músculo E.C.M. y de la vena yugular interna. El vaciamiento radical lo reservamos para aquellos casos donde existen gruesas adenopatías en el triángulo anterior y posterior del cuello.

En caso de que existan adenopatías bilaterales, se realizarán los vaciamientos adecuando la táctica a las distintas modalidades de presentación. El vaciamiento radical bilateral, aun cuando puede realizarse en forma escalonada, no es aconsejable por considerarlo excesivo y crear una morbilidad importante. En casos avanzados podrá realizarse el vaciamiento radical de un lado, asociado al subradical del lado opuesto. En casos indicados, cuando las adenopatías no sean muy extensas o voluminosas, se podrá realizar el vaciamiento subradical bilateral.

En la cuarta situación, cuando existe un tumor diferenciado sin adenopatías clínicas, se plantean dos posiciones diametralmente opuestas:

- a) vaciamiento sistemático llamado profiláctico;
- b) conducta conservadora y expectante.

a) *El vaciamiento profiláctico* ha sido aconsejado sobre la base del concepto de que existen adenopatías colonizadas sin expresión clínica en cifras que oscilan de 14 a 61% (10, 67, 108). Frazell y Foote (67) realizan este vaciamiento en 67 carcinomas papilares y encuentran un 61,2% con uno o más ganglios colonizados. Lindsay (108), en 121 casos de carcinoma papilar, comprueba 17% con colonización ganglionar al realizar el vaciamiento profiláctico, y en 77 casos de carcinoma folicular, el 14% presentaban adenopatías ya colonizadas. Sin embargo, los datos de sobrevida obtenidos no muestran significativas diferencias en los pacientes con o sin ganglios colonizados en la primera operación.

El vaciamiento profiláctico es mantenido como conducta táctica por diversos autores (10, 18, 22, 23, 24, 32, 67, 68, 99, 108, 134, 146, 155), considerando que los ganglios colonizados, pero sin expresión clínica, pueden desarrollarse ulteriormente y actuar durante ese periodo como nuevos focos metastásicos capaces de agravar el pronóstico de la enfermedad.

No podemos expresar nuestra opinión sobre la incidencia de colonización ganglionar, sin evidencia clínica, pues no realizamos el vaciamiento sistemático profiláctico. No hemos visto aparecer la colonización ganglionar en aquellos carcinomas diferenciados en los que no se ha realizado el vaciamiento llamado profiláctico.

b) *La conducta conservadora* y expectante frente al sistema ganglionar sin evidencia clínica de colonización tiene numerosos defensores (4, 6, 21, 56, 61, 71, 85, 86, 88, 98, 99, 109, 124, 141, 156, 162, 163, 165, 174, 176, 179, 182), especialmente apoyados en las opiniones e investigaciones de Crile (37, 153).

Las razones que justifican el conservadorismo sobre el sector linfoganglionar son las siguientes:

—Cuando el carcinoma papilar es capaz de metastasiar, habitualmente lo hace antes que aparezca el tumor primitivo: 15% (68), 38,2% (6), 50% (46).

—Si existe un carcinoma papilar apreciable clínicamente y sin ganglios reconocibles, hay pocas posibilidades de que aparezcan, aun cuando no se trate por largo tiempo. Por tanto, cuando no hay metástasis reconocidas, no hay indicación de vaciamiento profiláctico [(Crile (46))].

—Las metástasis no son focos capaces de sembrar a distancia, salvo si no se hace una acción quirúrgica inconveniente sobre ellas. La efracción es capaz de colonizar “in situ” y agravar la evolución de la lesión.

—La intervención de vaciamiento radical es cruenta, mutilante, y deja secuelas funcionales y estéticas de relativa importancia. Estos riesgos sólo están justificados frente a la presencia de adenopatías colonizadas. El vaciamiento subradical no es tan agresivo, pero es un paso menos para los que pretenden la exéresis total linfoganglionar del hemicuello afecto.

—El vaciamiento ganglionar no puede ser nunca radical, aun cuando así se le designe, debido a la extensa difusión linfática tiroidea. Para ser radical tendría que ser bilateral, completarse con el vaciamiento mediastinal [Lindsay (108), Mc Clintock (119), Mc Corkle (120)] y actuar sobre el árbol visceral [Hendrick (82)]. Son intervenciones de riesgo exagerado, frente a una lesión de biología particular como lo es el tumor diferenciado. Sobre estas operaciones ampliadas, la experiencia es aún discreta.

—En los casos en que no se ha practicado el vaciamiento profiláctico, es poco frecuente la aparición ulterior de adenopatías. En la serie de 107 casos de tumores papilares de Crile (52), sólo dos desarrollaron adenopatías nueve y trece años después de la operación inicial. En la serie de Block (10), que

preconiza el vaciamiento profiláctico, en dos casos las adenopatías aparecieron tres a siete años después de la intervención glandular.

—Los posibles focos residuales inaparentes de colonización ganglionar, pueden ser tratados efectivamente por medio de la hormonoterapia, y ello hace excesiva la conducta supuestamente radical, en ausencia de adenopatías clínicamente colonizadas.

—La exéresis ganglionar puede realizarse en el momento de aparición de las adenopatías, sin que ello grave el pronóstico en una forma efectiva. En los tumores diferenciados, la aparición de las adenopatías luego de la exéresis del tumor primitivo, es poco frecuente y tardía, especialmente si se ha realizado el tratamiento hormonal. La extirpación ganglionar en el momento de su aparición, no agrava el pronóstico de la evolución de la enfermedad. Desde luego que esta conducta exige la vigilancia clínica periódica de los pacientes que ya han sido sometidos a la exéresis glandular.

Nuestra posición en este problema es la de no realizar el vaciamiento profiláctico y sólo recurrir a la exéresis ganglionar cuando los ganglios se hacen presentes clínicamente. Los resultados obtenidos con esta táctica, con pacientes que llevan ocho y quince años de observación, confirman la veracidad de los argumentos analizados antes en favor de esta conducta.

V.— EXTENSION DE LA EXERESIS DE ESTRUCTURAS PERIGLANDULARES

A) *Músculos*

La conducta quirúrgica con los músculos que rodean la glándula tiroidea está regida por el grado lesional, por el tipo de exéresis glandular y por la extensión de la exéresis linfoganglionar.

El músculo esternocondrotiroideo (E.C.T.) está integrado con la vaina tiroidea. Deberá extirparse siempre que se observe la más mínima vinculación patológica entre el músculo y la glándula. La sección de sus inserciones superior e inferior permite su exéresis junto con el lóbulo patológico. Cuando se practique la resección glandular en un nódulo sin sospecha de carcinoma y sin evidencia de participación muscular, el E.C.T. podrá conservarse sin mayores riesgos.

El plano superficial de los músculos infrahioideos, esternocleidomeniscohioideo (E.C.M.H.) y omohioideo (O.H.), deberá extirparse sistemáticamente cuando se realiza el vaciamiento ra-

dical de cuello. En aquellos casos que se practique el vaciamiento subradical, podrán conservarse. Se seccionarán cerca de su inserción hioidea y se reclinarán hacia abajo. Esto permite una amplia exposición sobre el cauce vascular y linfático, lo que permitirá realizar el vaciamiento sin dificultades. Se repondrán luego por sutura, en la zona de sección superior. Los resultados funcionales y estéticos son excelentes.

En términos generales, los músculos infrahioideos serán extirpados o conservados de acuerdo a la patología regional, siendo más exigente el concepto de exéresis con el E.C.T.

El E.C.M. será extirpado cuando esté indicado el vaciamiento radical de cuello. Cuando se realice el vaciamiento subradical, aun en los casos extendidos al triángulo anterior y posterior del cuello, podrá conservarse, siempre que no esté infiltrado por el tumor. Su conservación no impide un vaciamiento adecuado en los tumores diferenciados. Los resultados estéticos y funcionales son superiores.

B) *Vena yugular interna*

Se extirpará cuando está indicado el vaciamiento radical o cuando está infiltrada por el tumor. Puede conservarse en los tumores diferenciados, sin infiltración directa, pudiendo realizarse el vaciamiento subradical anterior y posterior sin su exéresis.

C) *Nervios*

El nervio laríngeo inferior será conservado dentro de lo posible. Pueden disecarse los ganglios de su cadena aun cuando ellos estén colonizados, pero si es necesario se practicará su exéresis. Se evitará que sea bilateral, pues ello implica una secuela seria. La traqueostomía será el complemento necesario en estas circunstancias.

D) *Glándulas paratiroides*

Ya nos hemos referido a la morbilidad de la tiroidectomía total. Es difícil y laboriosa su conservación en tumores voluminosos, pero posible en otras situaciones. Se tratará de no agredirlos quirúrgicamente. La tetania permanente es grave.

E) *Arbol visceral*

Las relaciones anatómicas entre la glándula tiroides y el árbol visceral, y especialmente sus vinculaciones linfáticas, pro-

penden a la propagación de los tumores tiroideos hacia este sector. Es excepcional la indicación de una acción quirúrgica sobre el sector respiratorio o digestivo. Se han realizado exéresis limitadas de una zona traqueal, que luego se utilizan para traqueostomía. Pueden también realizarse exéresis más extensas y reparaciones plásticas. Estas soluciones quirúrgicas no son frecuentes (29, 82, 131, 162) y sus resultados no son alentadores. No hemos practicado nunca resecciones sobre el árbol visceral.

Analizados los aspectos conceptuales básicos en el problema del tratamiento quirúrgico del cáncer de tiroides, haremos un análisis de las situaciones particulares frente a las cuales debe actuarse. El cirujano recibe a los pacientes portadores de carcinoma de tiroides en tres situaciones distintas:

- casos sin diagnóstico ni sospecha de carcinoma;
- casos con diagnóstico probable de carcinoma;
- casos con diagnóstico certero (clínica, citología o patología de material obtenido en operación anterior).

Estas situaciones se agrupan en formas diversas que analizaremos.

I.—NODULO TIROIDEO AISLADO

A) *Casos sin diagnóstico ni sospecha de carcinoma*

Se trata de un bocio nodular único o múltiple, habitualmente único, sin actividad funcional, reconocido por la clínica o por el test del I^{131} . Es el problema candente que crea la posibilidad de la neoplasia inesperada en el nódulo tiroideo. La incidencia de carcinoma en el nódulo frío oscila, según las estadísticas, del 1 al 32% (5, 11, 16, 33, 40, 73, 88, 95, 115, 131, 137, 144, 159, 170, 176, 177). Liechty (107) encuentra una incidencia que llega al 5,7%, pero en la revisión de Silverberg (157), que analiza 26 series de la literatura, las cifras oscilan entre 1 a 25%. La posibilidad de la presencia del carcinoma en los nódulos, es mayor en los pacientes menores de 30 años y mayores de 60, hecho que debe ser muy tenido en cuenta en el análisis de la táctica quirúrgica.

La conducta que utilizamos en esta situación es la siguiente:

—Exéresis sistemática de todo nódulo tiroideo, especialmente en niños y jóvenes por debajo de los 25 años y en los adultos por encima de 60 años, pues en ellos el riesgo de la presencia de neoplasma es mayor.

—Exploración operatoria completa de la glándula y de los territorios ganglionares.

—Si la morfología patológica lo permite, resección subtotal amplia, desbordando adecuadamente la zona patológica. Esta resección será uni o bilateral de acuerdo a los hallazgos.

—Si la resección subtotal implica una sección del parénquima tiroideo muy cercana a la lesión, se practicará lobectomía extracapsular, con exposición del nervio laríngeo inferior y con las precauciones adecuadas para evitar el riesgo de la agresión paratiroidea. Esta táctica está formalmente indicada cuando existen riesgos en la efracción del nódulo, pues la siembra local de los tumores papilíferos es de gran gravedad en la evolución ulterior de la enfermedad [Crile (45)].

—Cuando la lesión ocupa el istmo, se practicará la istmectomía, con sección en tejido tiroideo de aspecto macroscópicamente normal.

B) *Casos con diagnóstico probable de carcinoma*

La sospecha del diagnóstico surgirá de la citología o de los hallazgos operatorios (aspecto macroscópico de la lesión, adherencia al plano muscular infrahioideo, presencia de adenopatía sospechosa).

La conducta que utilizamos en esta situación es la siguiente:

—Exploración completa de la glándula y de los territorios ganglionares.

—Lobectomía extracapsular del lado afecto, más istmectomía.

—En el adulto, por encima de los 18 a 20 años, se le agregará la resección subtotal del lado opuesto, aun cuando el lóbulo sea macroscópicamente normal.

—Si la lesión invade los dos lóbulos, se practicará la lobectomía del lado más afecto, más la resección del lado opuesto. Pero si la extensión lesional es muy marcada, será necesario recurrir a la tiroidectomía total. Se será muy cauteloso con esta indicación en el niño y en los adolescentes.

—Si la exploración operatoria muestra adenopatías sospechosas, especialmente en las cadenas prelaríngeotraqueales o en la cadena recurrential, se practicará vaciamiento ganglionar

subradical del triángulo anterior del cuello. Si existieran adenopatías más extendidas, se practicará también el vaciamiento del triángulo posterior, con conservación del E.C.M. y de la vena yugular interna.

C) Casos con diagnóstico certero de carcinoma

—Exploración operatoria completa de la glándula y de los territorios ganglionares.

—Lobectomía e istmectomía en los niños y adolescentes.

—Lobectomía, istmectomía y resección subtotal del lado opuesto en el adulto.

—Tiroidectomía total si hay evidencia de extensión a ambos lóbulos o si se trata de un tumor indiferenciado.

—Vaciamiento ganglionar con las mismas normas de la situación anterior, si se trata de un tumor diferenciado. Vaciamiento radical profiláctico unilateral y subradical del lado opuesto, si se trata de un tumor indiferenciado.

II.— TUMOR TIROIDEO CON METASTASIS

A) Metástasis ganglionares (uni o bilaterales)

Diagnóstico clinicocitológico.—La táctica es distinta en los carcinomas diferenciados o indiferenciados. Se realizará sistemáticamente la exploración operatoria completa.

En los diferenciados se practicará:

—Lobectomía e istmectomía en niños y adolescentes.

—Lobectomía, istmectomía y resección subtotal del lado opuesto, en los adultos.

—Tiroidectomía total cuando la lesión ocupe ambos lóbulos o en aquellos casos que, aun cuando la lesión ocupe un solo lóbulo o el istmo, invada riesgosamente sobre el lóbulo opuesto.

—Vaciamiento ganglionar sistemático del lado afecto. Este comprenderá la extirpación de los ganglios prelaringoatraqueales, recurrentiales, yugulocarotídeos y supraclaviculares, de acuerdo a la extensión lesional. El sector submentomaxilar no entrará en la exéresis, salvo colonización evidente de este sector. Se practicará el vaciamiento subradical de los triángulos anterior y posterior del cuello, conservando el músculo E.C.M. y la vena yugular interna, cuando las adenopatías sean moderadas y no adhieran a estas estructuras. Se practicará el vaciamiento radical del cuello, cuando las circunstancias locales debidas al volumen o a la participación periganglionar así lo indiquen. Cuando haya

denopatías bilaterales, se practicará el vaciamiento ganglionar bilateral, adecuando la combinación de la táctica quirúrgica a los hallazgos operatorios. En estas situaciones hemos practicado vaciamiento radical del lado más afecto y subradical del lado opuesto. Aun cuando se puede practicar el vaciamiento radical bilateral escalonado, consideramos que su morbilidad no está justificada, dadas las características biológicas de este tipo de tumor.

En los indiferenciados se practicará:

—Tiroidectomía total.

—Vaciamiento ganglionar bilateral: radical del lado más afecto y subradical del lado opuesto.

En este tipo de carcinoma la extensión de la exéresis glandular y ganglionar está indiscutiblemente regida por la gran malignidad del proceso. La posibilidad de la exéresis dependerá del grado de evolución clínica de la situación, siendo muy frecuente la imposibilidad de una acción quirúrgica completa.

B) *Metástasis óseas o pulmonares*

Estas localizaciones metastásicas se observan con más frecuencia en las formas diferenciadas foliculares (66, 108) aun cuando también se presentan en las formas papilares. Frente a esta situación la táctica quirúrgica comprende:

—Tiroidectomía total rigurosa, cualquiera sea la topografía, el tamaño y las características morfológicas del tumor.

—Acción quirúrgica sobre las adenopatías, de acuerdo a lo expresado anteriormente, aunque es relativamente infrecuente la asociación de las adenopatías colonizadas, con las metástasis distantes óseas o pulmonares.

La justificación de esta táctica quirúrgica se apoya en la necesidad biológica de la acción hormonal y actínica, en la terapéutica de las metástasis. Para ello es necesaria la exéresis total de la glándula tiroides, sin entrar a considerar las características morfológicas de la patología glandular, la edad y el sexo del enfermo.

Cuando las metástasis óseas o pulmonares se observan en un tumor indiferenciado, y se ha podido llegar al diagnóstico exacto de esta situación, consideramos que la cirugía glandular está contraindicada. Aun cuando se pudiese extirpar totalmente la glándula, la acción sobre las metástasis no sería efectiva por los medios terapéuticos, tan eficaces en los tumores diferenciados.

III.— METASTASIS AISLADAS SIN TUMOR TIROIDEO

A) *Adenopatías metastásicas*

En los carcinomas diferenciados, la adenopatía puede ser la primera manifestación de la enfermedad (8, 20, 30, 31, 38, 56, 57, 65, 74, 75, 76, 81, 94, 96, 97, 101, 105, 116, 132, 138, 142, 161, 168, 171, 173, 181, 183) y presentarse como un tumor lateral de cuello en 15 a 50% de los casos (6, 46, 68).

La táctica quirúrgica exigirá:

—Exploración muy cuidadosa de la glándula tiroides, con el objetivo de reconocer la presencia del tumor primitivo, el cual asienta habitualmente del lado en que se reconoce la o las adenopatías. El cirujano puede enfrentarse a la embarazosa situación en la que la exploración no le permite reconocer la presencia de la lesión glandular (94, 105). Aun en esta circunstancia, debe procederse a la resección glandular, en forma similar como en los casos donde el tumor tiroideo se reconoce.

—La conducta con la glándula estará guiada por la topografía del tumor. En ausencia de reconocimiento de la lesión, se realizará la exéresis del lado donde están implantadas las adenopatías. La extensión de la resección, así como la conducta con las adenopatías colonizadas, se conducirá en la misma forma a la expresada en el capítulo II A) o sea cuando se reconoce el tumor tiroideo con adenopatías clínicamente colonizadas.

B) *Metástasis óseas o pulmonares*

Las metástasis óseas pueden presentarse como la manifestación inicial del carcinoma tiroideo. Así lo hemos observado en la misma forma como está consignado en la literatura (66, 129, 130, 135).

La misma posibilidad puede presentarse con las metástasis pulmonares, aun cuando ello no es tan frecuente como en las óseas. Ambas situaciones son más frecuentes en los tumores diferenciados foliculares que en los papilíferos.

Establecido el diagnóstico, la táctica es la siguiente:

—Tiroidectomía total indiscutible, aun en aquellos casos donde la exploración no permita reconocer la presencia macroscópica de lesión en la glándula.

La acción sobre el sector linfoganglionar depende de los hallazgos clínicos u operatorios y se conducirá en la manera ya descrita.

En los tumores indiferenciados no consideramos oportuna la acción quirúrgica sobre la glándula.

IV.— TUMOR INDIFERENCIADO EVOLUCIONADO

Esta forma está fuera del alcance quirúrgico con pretensiones de curación. Sólo podrá utilizarse la cirugía como elemento de decompresión sobre el árbol visceral, realizando exéresis limitadas o dirigidas a la realización de una traqueostomía. Su pronóstico justifica esta actitud.

V.— TUMORES OPERADOS

Es necesario distinguir en este grupo dos situaciones fundamentales: los casos operados recientemente y aquellos con antecedentes de una operación alejada. Los analizaremos separadamente.

A) *Operación anterior reciente*

Carcinoma indiferenciado.— Cuando se ha realizado una intervención de resección glandular no total, cualquiera haya sido, y el examen anatómico muestra que se trata de un tumor indiferenciado, se deberá practicar a la brevedad posible la tiroidectomía total. Aun cuando el riesgo evolutivo de esta situación de muy grave, la única posibilidad la brindará la exéresis total de la glándula. La intervención se completará con el vaciamiento ganglionar bilateral. .

Carcinoma diferenciado.— Es la situación más frecuente. Se trata de los pacientes intervenidos con nódulo tiroideo no funcionante, sin diagnóstico ni sospecha de cáncer y a los cuales se les ha practicado una resección subtotal unilateral. Corresponden a los casos incluidos en el grupo I A) de esta ordenación. La conducta a observar depende fundamentalmente del análisis de la pieza operatoria. Si la exéresis ha sido amplia y engloba parénquima tiroideo normal, sin focos de extensión neoplásica fuera de la zona lesional, hemos realizado solamente la observación y vigilancia de la evolución del caso clínico. En los tumores diferenciados, pequeños y sin extensión glandular, esta conducta es suficiente.

Si la resección se ha hecho muy cercana al nódulo tumoral, si ha habido efracción tumoral o si existen focos de diseminación en el parénquima que rodea a la lesión, se debe completar la exéresis practicándose la lobectomía más istmectomía, en los niños, adolescentes y jóvenes. En los adultos mayores y viejos, se le agregará la resección subtotal del lado opuesto. Se realizará sistemáticamente la exploración de los territorios ganglionares y se practicará el vaciamiento subradical, si existiera la sospecha de adenopatías colonizadas.

B) Operación anterior alejada

Nos referiremos prácticamente a los carcinomas diferenciados, puesto que es excepcional que las situaciones que vamos a analizar se planteen en los indiferenciados, dada la gravedad de su evolución.

Analizaremos las diversas situaciones:

—Cuando aparecen manifestaciones que demuestren la presencia de tumor en el parénquima remanente luego de una lobectomía, se debe practicar la tiroidectomía total secundaria, con exploración de los territorios ganglionares.

—Cuando aparecen metástasis ganglionares luego de una operación anterior, se realizará: 1) exploración operatoria completa; 2) si hay lesión glandular, se practicará la tiroidectomía total secundaria; 3) si no hay lesión glandular y las adenopatías son homolaterales, no se realizará ninguna acción quirúrgica sobre el remanente glandular; 4) si las adenopatías son contralaterales, se practicará la tiroidectomía total secundaria; 5) en todos los casos se practicará vaciamiento ganglionar uni o bilateral, radical o subradical, combinados de acuerdo a la topografía, extensión y volumen de las adenopatías.

—Cuando aparecen metástasis óseas o pulmonares, luego de mente la glándula, se realizará tiroidectomía total secundaria y exploración de los territorios ganglionares. La tiroidectomía total deberá ser sistemática, se aprecien o no en la glándula lesiones que demuestran la actividad presente del tumor. La exéresis de la glándula es fundamental para la aplicación ulterior de otros medios terapéuticos que actuarán sobre la metástasis. Se realizará siempre, cualquiera sea el lapso transcurrido entre la primera operación y la aparición de las metástasis.

CASUÍSTICA

Hemos analizado para la redacción de este relato la casuística estrictamente personal, sin utilizar material proveniente de otras fuentes. Las observaciones alcanzan al número de 21. Ellas se discriminan en la siguiente forma:

- 9 casos corresponden al archivo de la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina y fueron estudiados desde que está a nuestro cargo (octubre de 1964) hasta la fecha;
- 12 casos corresponden a nuestra actividad extrahospitalaria durante los últimos veinte años.

Todos los pacientes fueron tratados con el criterio desarrollado en el texto del relato en lo que respecta al tratamiento quirúrgico y completada su terapéutica con hormono y actinoterapia, en la forma que ha sido expuesta por los ponentes respectivos.

La experiencia es muy modesta, pero traduce una actividad personal sobre la base de una determinada orientación terapéutica. Todos los pacientes que sobreviven (16 en 21) han sido controlados recientemente antes de finalizar la preparación de este trabajo.

Analizaremos las observaciones en forma general, tabulando los aspectos básicos de ellas: sexo, tipo patológico, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo clínico de la lesión, operación realizada sobre la glándula y sobre el sector linfático, resultados.

TRATADOS	21 casos
Sexo: Femenino	21 casos
Tipo patológico:	
Carcinoma indiferenciado	4 casos
Carcinoma diferenciado	17 casos
Edad:	
10 a 20 años (diferenciados)	4 casos
21 a 30 años (diferenciados)	4 casos
31 a 40 años (diferenciados)	2 casos
41 a 50 años (dif. 3, indif. 1)	4 casos
51 a 60 años (dif. 2, indif. 1)	3 casos
61 a 70 años (diferenciado)	1 caso
71 a 80 años (dif. 1, indif. 2)	3 casos
Tiempo de evolución de la enfermedad:	
30 años (dif.) (bocio anterior)	1 caso
15 años (dif.) (adenopatía aislada)	1 caso
13 años (dif.) (adenopatía aislada) .	1 caso
5 años (diferenciados)	2 casos
3 años (diferenciado)	1 caso
2 años (diferenciado)	1 caso
1 año (dif. 2, indif. 2)	4 casos
Menos de 1 año (dif. 8, indif. 2) . . .	10 casos
Tipo clínico de la lesión:	
Nódulo único (dif. 9, indif. 1)	10 casos
Tumor y adenopatía (diferenciados) .	6 casos
Adenopatía aislada (diferenciado) . . .	1 caso
Tumor voluminoso (indiferenciados) .	3 casos
Metástasis óseas (diferenciado)	1 caso

OPERADOS 19 casos

Intervención realizada.

Con diagnóstico de cáncer:

- Lobectomía aislada 7 casos
- Lobectomía y resecc. subtotal opuesta 6 casos
- Tiroidectomía total (metástasis ósea) 1 caso

Sin diag. de cáncer, nódulo frío simple:

- Resección subtotal 4 casos
- Istmectomía ampliada 1 caso

NO OPERADOS 2 casos

Tumor indiferenciado voluminoso.

VACIAMIENTO GANGLIONAR 7 casos

- Radical 1 caso
- Subradical 3 casos
- Radical y subradical 1 caso

EVOLUCION POSTOPERATORIA 21 casos

- Fallecidos 5 casos
 - Indiferenciados (de 1 a 6 meses) 4
 - Diferenciado (5 días P.O. 76 años. Obstrucción respiratoria) 1
- Favorable 16 casos

Tiempo de control postoperatorio:

- Más de 5 años de P.O. (50%) 8
 - 15 años (diferenciado) 1
 - 13 años (diferenciado) 1
 - 8 años (diferenciados) 2
 - 7 años (diferenciado) 1
 - 6 años (diferenciado) 1
 - 5 años (dif.) (metást. ósea) 2
- Menos de
 - 2 años (diferenciado) 1
 - 1 año (diferenciado) 2
 - 1 año (diferenciado) 4

Esta casuística no permite sacar conclusiones definitivas, dado el número limitado de observaciones, pero se pueden hacer algunas consideraciones:

- Todos los pacientes pertenecen al sexo femenino.
- Los tumores diferenciados son más frecuentes.
- El carcinoma de tiroides se observa en todas las edades.
- Los indiferenciados son más frecuentes después de la quinta década.

—El tiempo de evolución de la enfermedad está de acuerdo con su tipo histológico, siendo mucho más rápido en los indiferenciados.

—La intervención realizada se ha adecuado al tipo histológico y a la topografía del tumor. El vaciamiento ganglionar se ha realizado cuando existen adenopatías reconocibles clínicamente. La conducta con la glándula y con el sistema ganglionar ha sido la expuesta en el texto de este relato.

—Aunque la serie es pequeña y no permite conclusiones definitivas, no hemos visto aparecer lesiones en el remanente glandular ni en los sectores linfáticos conservados, en el tratamiento quirúrgico de los carcinomas diferenciados.

—Los resultados obtenidos en los carcinomas indiferenciados son malos, lo que está de acuerdo con el conocimiento clásico.

—Los resultados obtenidos en los carcinomas diferenciados con la terapéutica aconsejada en el relato, nos han dado efectos favorables. De 16 casos operados, 8 de ellos (50%) tienen una sobrevida que oscila entre cinco y quince años. Los 8 restantes tienen menos de cinco años de operados.

—En todos los casos la terapéutica quirúrgica se ha completado con la hormono y actinoterapia, con las indicaciones que han sido expuestas por los otros ponentes.

CONCLUSIONES

—El tratamiento del carcinoma de tiroides ha dado lugar a numerosas controversias, siendo muy difícil establecer una norma rígida y general para todos los casos a tratarse.

—Es difícil encontrar aportes que prueben en forma fehaciente, una superioridad indiscutible de una orientación terapéutica sobre otra.

—Las razones de estas diferencias estriban en las características peculiares de esta afección. Su asiento sobre una glándula endocrina y las particularidades biológicas y patológicas de la enfermedad, establecen un amplio margen de variedades, que pueden explicar los distintos conceptos terapéuticos.

—Nuestra conducta es la de realizar una cirugía adecuada a cada situación y no una cirugía radical sistemática. Se tendrá en cuenta para ello la edad del paciente, la patología y biología del tumor y el grado lesional glandular y ganglionar.

—Consideramos fundamental para el buen resultado de la terapéutica quirúrgica, la asociación del cirujano con técnicos competentes en el manejo integral de estos pacientes, única manera de poder ser efectivo en el tratamiento de esta peculiar afección. La cirugía es un tiempo incidental en la conducción correcta del diagnóstico y de la terapéutica de esta enfermedad.

—La valoración definitiva de la táctica terapéutica quirúrgica en el cáncer de tiroides, requerirá un análisis de grupos importantes de pacientes, en los cuales se comparen los distintos aspectos de la enfermedad con la terapéutica realizada. Los resultados obtenidos deberán ser observados en un lapso que sobrepase ampliamente los clásicos cinco años de vigilancia de la terapéutica oncológica, dadas las características originales y variables de esta afección.

—El aporte que hemos realizado puede ser discutido, puesto que es más un planteo de conducta futura que el análisis de los resultados de una doctrina terapéutica en un número importante de casos. El tiempo y la evolución del conocimiento dirán de su veracidad.

BIBLIOGRAFIA

1. ALHADEFF, R.; SCOTT, F. and TAYLOR, S.—A clinico-pathological study of thyroid carcinoma. "Brit. J. Surg.", 43: 617; 1956.
2. ALRICH, E. M.; BLANK, R. H. and ALLEN, S.— Carcinoma of the thyroid. "Ann. Surg.", 153: 762; 1961.
3. ANAVITARTE, E.—Cirugía en el cáncer de tiroides. "VI Congr. Uruguayo Cir.", 159; 1955.
4. ANDRADA, J. P.; BRACCO, A.; GALLO, G.; MOLINS, M. y TORRES, M.—Carcinoma del tiroides. Criterio diagnóstico y terapéutica. "Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires", 48: 452; 1964.
5. BEHARS, O. H.; PEMBERTON, J. de J. and BLACK, B. M.—Nodular goiter and malignant lesions of the thyroid gland. "J. Clin. Endocrinol.", 11: 1157; 1951.
6. BEHARS, O. H. and WOOLNER, L. B.—The treatment of papillary carcinoma of the thyroid gland. "Surg. Gynec. and Obst.", 108: 43; 1959.
7. BEAL, J. M.; SCHOLNICK, G. L. and STEVENS, G. A.—Incidence of unsuspected carcinoma in thyroid disease occurring in a non-endemic area. "Arch. Surg.", 65: 879; 1952.
8. BLACK, B. M. Papillary adenocarcinoma of the thyroid gland, so-called lateral aberrant thyroid tumors. "West. J. Surg.", 56: 134; 1948.
9. BLACK, B. M.; KIRK, T. A. (Jr.) and WOOLNER, L. B.—Multicentricity of papillary adenocarcinoma of the thyroid: influence on treatment. "J. Clin. Endocrinol.", 20: 130; 1960.
10. BLOCK, M. A.; MILLER, J. M. and BRUSH, B. E.—Place of radical neck surgery in thyroid carcinoma. "Arch. Surg.", 78: 50; 1959.

11. BLOCK, M. A.; BRUSH, B. E. and HORN, R. C.—Incidental carcinoma found in surgery for thyroid nodules. "Arch. Surg.", 80: 715; 1960.
12. BLOCK, M. A.; HORN, R. C. and BRUSH, B. E.—Place of total thyroidectomy in surgery for thyroid carcinoma. "Arch. Surg.", 81: 236; 1960.
13. BLOCK, M. A. and MILLER, J. M.—Modified neck dissection for thyroid carcinoma. "Am. J. Surg.", 101: 349; 1961.
14. BLOCK, M. A.; MILLER, J. M. and HORN, R. C.—Minimizing hypoparathyroidism after extended thyroid operations. "Surg. Gynec. and Obst.", 123: 501; 1966.
15. BOSSANO, M.—Tiroidectomía y vaciamiento ganglionar por cáncer de tiroides. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 28: 471; 1957.
16. BOWENS, O. M. and VANDER, J. B.—Thyroid nodules and thyroid malignancy; the risk involved in delayed surgery. "Ann. Int. Med.", 57: 245; 1962.
17. BUCKWALTER, J. A.—Childhood thyroid carcinoma: pathologic considerations and their therapeutic implications. "J. Clin. Endocrinol.", 15: 1437; 1955.
18. BUCKWALTER, J. A.; SOPER, R.; MADARAS, J. and MASON, E.—The effectiveness of treatment of well differentiated thyroid carcinoma. "Surg. Gynec. and Obst.", 113: 427; 1961.
19. BURN, J. I. and TAYLOR, S. F. Natural history of thyroid carcinoma. "Brit. M. J.", 2: 1218; 1962.
20. CAEIRO, J. A. Los tumores papilíferos laterales del cuello. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 19: 663; 1948.
21. CASIRAGHI, J. C.—Discusión. [Andrada y col. (+).]
 CATTELL, R. B.—Indications for neck dissection in carcinoma of the thyroid. "J. Clin. Endocrinol.", 10: 1099; 1950.
 CATTELL, R. B.—Indications for neck dissection in carcinoma of the thyroid. In: "Surgical Practice of the Lahey Clinic". Phila., W. B. Saunders, pág. 3, 1951.
22. CATTELL, R. B.—Neck dissection for carcinoma of the thyroid. "Surg. Clin. North America", 33: 897; 1953.
 CATTELL, R. B. and COLCOCK, B. P.—The present day problem of cancer of the thyroid. "J. Clin. Endocrinol.", 13: 1408; 1953.
23. CENDAN, J. E.—Indicaciones de la tiroidectomía total en el adulto. "II Congr. Uruguayo Cir.", 525; 1951.
24. CERVIÑO, J. M.—Tratamiento del bocio. "VI Congr. Uruguayo Cir.", 11; 1955.
25. CLARK, R. L. (Jr.); WHITE, E. C. and RUSSELL, W. O.—Total thyroidectomy for cancer of the thyroid: Significance of intraglandular dissemination. "Ann. Surg.", 149: 858; 1959.
26. CLARK, R. L. (Jr.); IBÁÑEZ, M. L. and WHITE, E. C.—What constitutes an adequate operation for carcinoma of the thyroid? "Arch. Surg.", 92: 23; 1966.

30. CLAY, R. C. and BLACKMAN, D. Lateral aberrant thyroid: metastases to the lymph nodes from primary carcinoma of the thyroid gland. "Arch. Surg.", 48: 223; 1944.
31. COHN, L. C. and STEWART, G. A.—Tumors of the lateral thyroid component. "Arch. Surg.", 40: 585; 1940.
32. COLCOCK, B. P. and CATTELL, R. B.—Carcinoma of the thyroid. "Surg. Clin. North America", 42: 687; 1962.
33. COLE, W. H.; MAJARAKIS, J. D. and SLAUGHTER, D. P.—Incidence of carcinoma of the thyroid in nodular goiter. "J. Clin. Endocrinol.", 9: 1007; 1949.
34. COLE, W. H.; SLAUGHTER, D. P. and MAJARAKIS, J. D.—Carcinoma of the thyroid gland. "Surg. Gynec. and Obst.", 89: 349; 1949.
35. COPE, O.; DOBYNS, B. M.; HAMLIN, E. and HO KIRK, J.—What thyroid nodules are to be feared? "J. Clin. Endocrinol.", 9: 1012; 1949.
36. CORDIER, G.; DARGENT, M. et GARNIER, H.—Le cancer thyroïdien. "Jour. Chir.", 92: 205; 1966.
37. CRILE, G. (Jr.)—Papillary carcinoma of the thyroid origin. "Surg. Gynec. and Obst.", 69: 39; 1939.
38. CRILE, G. (Jr.)—Papillary carcinoma of the thyroid and lateral cervical region. So called lateral aberrant thyroid. "Surg. Gynec. and Obst.", 85: 757; 1947.
39. CRILE, G. (Jr.); HAZARD, J. B. and DINSMORE, R. S.—Carcinoma of the thyroid gland with special reference to clinic pathologic classification. "J. Clin. Endocrinol.", 8: 762; 1948.
40. CRILE, G. (Jr.) and DEMPSEY, W. S.—Indications for removal of nontoxic nodular goiters. "J. A. M. A.", 139: 1249; 1949.
41. CRILE, G. (Jr.)—Factors influencing the prevention and cure of cancer of the thyroid. "Surg. Clin. and Obst.", 91: 210; 1950.
42. CRILE, G. (Jr.)—Cancer of the thyroid. "J. Clin. Endocrinol.", 10: 1152; 1950.
43. CRILE, G. (Jr.) and HAZARD, J. B.—Relationship of the age of the patient to the natural history and prognosis of carcinoma of the thyroid. "Ann. Surg.", 138: 33; 1953.
44. CRILE, G. (Jr.); SHURER, J. G. (Jr.) and HAZARD, J. B.—Results of conservative operations for malignant tumors of the thyroid. "J. Clin. Endocrinol.", 15: 1422; 1955.
45. CRILE, G. (Jr.)—The danger of surgical dissemination of papillary carcinoma of the thyroid. "Surg. Gynec. and Obst.", 102: 161; 1956.
46. CRILE, G. (Jr.)—The pattern of metastasis of carcinoma of the thyroid. "Ann. Surg.", 143: 580; 1956.
47. CRILE, G. (Jr.)—The fallacy of the conventional radical neck dissection for papillary carcinoma of the thyroid. "Ann. Surg.", 145: 317; 1957.
48. CRILE, G. (Jr.)—The endocrine dependency of certain thyroid cancer and the danger that hypothyroidism may stimulate their growth. "Cancer", 10: 1119; 1957.

49. CRILE, G. (Jr.); Mc NAMARA, J. M. and HAZARD, J. B.—Results of treatment of papillary carcinoma of the thyroid. "Surg. Gynee. and Obs.," 109: 315; 1959.
50. CRILE, G. (Jr.).—Carcinoma of the thyroid in children. "Ann. Surg.," 150: 595; 1959.
51. CRILE, G. (Jr.).—Endocrine dependency of tumors of the thyroid. "Am. J. Surg.," 99: 523; 1960.
52. CRILE, G. (Jr.). Late results of treatment for papillary cancer of the thyroid. "Ann. Surg.," 160: 178; 1964.
53. CRILE, G. (Jr.).—Survival of patients with papillary carcinoma of the thyroid after conservative operations. "Am. J. Surg.," 108: 862; 1966.
54. CHESKY, V. E.; HELLWIG, C. A. and WELCH, J. W.—Papillary and follicular carcinoma of the thyroid. "J. Internat. Coll. Surg.," 30: 485; 1958.
55. CHIARA, T.—Cáncer de tiroides. "II Congr. Uruguayo Cir.," 505; 1951.
56. DALGAARD, J. B. and WETTELAND, P.—Aberrant thyroid tissue. I: Lateral cervical thyroid metastases; followup study of 39 cases. "Acta Chir. Scandinav.," 111: 431; 1956.
57. DARGENT, M.—Le problème des tumeurs papillaires des glandes thyroïdes cervicales aberrant. "Bull. Cancer", 41: 285; 1954.
58. DARGENT, M.—The value of radical thyroidectomy in the treatment of thyroid cancer. "Brit. Med. Jour.," 2: 1138; 1956.
59. DUFFY, B. J. (Jr.) and FITZGERALD, P. J.—Thyroid cancer in childhood and adolescence. Report on 28 cases. "Cancer", 3: 1018; 1950.
60. DUNHILL, T. P. Carcinoma of the thyroid gland. "Brit. J. Surg.," 19: 83; 1931.
61. ECKERT, Ch. and BYARS, L. T. The surgery of papillary carcinoma of the thyroid gland. "Ann. Surg.," 136: 83; 1952.
62. EGÜES, A. y VIACAVA, E.—Cáncer de la glándula tiroïdes. "Bol. Trab. Acad. Arg. Cir.," Buenos Aires, Argentina, 29: 851; 1945.
63. ELLIOT, R. (Jr.) and KNEELAND, F. V.—Metastatic carcinoma masquerading as primary thyroid cancer. A report of authors 14 cases. "Ann. Surg.," 151: 551; 1960.
64. FRANCE, C. J.; KOUCHY, C.; HERGT, K. and BRINES, O. A.—Relationship of histology to prognosis in thyroid carcinoma. "Arch. Surg.," 86: 588; 1963.
65. FRANTZ, V. K.; FORSYTHE, R.; HANFORD, J. M. and ROGERS, W. M.—Lateral aberrant thyroid with regional metastasis. "Ann. Surg.," 115: 161; 1942.
66. FRAZELL, E. L. and FOOTE, F. W. (Jr.).—The natural history of thyroid cancer a review of 301 cases. "J. Clin. Endocrinol.," 9: 1023; 1949.
67. FRAZELL, E. L. and FOOTE, F. W. (Jr.). Papillary thyroid carcinoma: pathological findings one cases with and without clinical evidence of cervical node involvement. "Cancer", 8: 1164; 1955.
68. FRAZELL, E. L. and FOOTE, F. W. (Jr.).—Papillary cancer of the thyroid: a review of 25 years of experience. "Cancer", 11: 895; 1958.

69. FRAZELL, E. L.—Presidential address. Management of cancer of the thyroid. "Am. J. Surg.", 112: 473; 1966.
70. FRAZELL, E. L.—"The classification and clinical course of cancer of the thyroid". In Paek, G. T. and Ariel, I. M. (131). Chap. 47, p. 685.
71. FRY, W. J.; ONEAL, R. M.; SCHMIDT, R. W. and De WEESE, M. S.—Cancer of thyroid. "Surg. Clin. N. America", 41: 1191; 1961.
72. GRANNER, D. K. and BUCKWALTER, J. A.—Poorly differentiated carcinoma of the thyroid gland. "Surg. Gynec. and Obst.", 116: 650; 1963.
73. GRANT, H. T. II.; CANTER, J. W. and LENHARDT, H. F.—The enigmatic thyroid nodule. "Ann. Surg.", 158: 205; 1963.
74. GRIFFITH, G. H.—Cystic metastasis from an occult papillary carcinoma of the thyroid gland. "Brit. J. Surg.", 53: 816; 1966.
75. GROSSO, O. F. y PASEYRO, P.—El problema de los tumores llamados tiroideos laterales aberrantes. La punción citodiagnóstica. "An. Fac. Med. Montevideo", 39: 267; 1954.
76. GROSSO, O. F.; PASEYRO, P. et CASSINELLI, J. F.—Les métastases ganglionnaires cervico-laterales dans les carcinomes thyroïdiens cliniquement inapparents. "Ann. d'Endocrinologie", 18: 34; 1957.
77. GROSSO, O. F.; PASEYRO, P. y MAGGIOLO, J.—Contribución al diagnóstico del cáncer del tiroides. "An. Fac. Med. Montevideo", 44: 53; 1959.
78. GROSSO, O. F.; PASEYRO, P. y MAGGIOLO, J.—"Elementos de patología tiroidea". Montevideo, Ed. Científica Fac. Med., 1964.
79. HARE, H. F. and NEWCOMB, R. V.—Carcinoma of the thyroid in children: a ten year follow-up. "Radiology", 54: 401; 1950.
80. HAYLES, A. D.; KENNEDY, R. L. J.; BEHARS, O. H. and WOOLNER, L. B.—Management of the child with thyroidal carcinoma. "J. A. M. A.", 173: 21; 1960.
81. HAZARD, J. B.; CRILE, G. (Jr.) and DEMPSEY, W. S.—Nonencapsulated sclerosing tumors of the thyroid. "J. Clin. Endocrinol", 9: 1216; 1949.
82. HE DRICK, J. W.—An extended operation for thyroid carcinoma. "Surg. Gynec. and Obst.", 116: 183; 1963.
83. HILL, C. S. (Jr.); CLATK, R. L. and WOLF, M.—The effect of subsequent pregnancy on patients with thyroid carcinoma. "Surg. Gynec. and Obst.", 122: 1219; 1966.
84. HIRABAYASHI, R. N. and LINDSAY, S.—Carcinoma of the thyroid gland; a statistical study of 390 patients. "J. Clin. Endocrinol.", 21: 1596; 1961.
85. HOAGLAND, D. P.; BOYSEN, A. M.; FOUNTAIN, E. B.; NICHOLS, W. W. and BOVERS, W. F.—Carcinoma of the thyroid. "Am. J. Surg.", 99: 908; 1960.
86. HORN, R.; WELTY, R.; BROOKS, F.; RHOADS, J. and PENDERGRASS, E.—Carcinoma of thyroid. "Ann. Surg.", 126: 145; 1947.

87. HORN, C. R. and RAVDIN, I. S.—Carcinoma of the thyroid gland in youth. "J. Clin. Endocrinol.", 11: 1166; 1951.
88. HORN, R. C. and DULL, J. A. — Carcinoma of the thyroid. A reevaluation. "Ann. Surg.", 139: 35; 1954.
89. HORN, R. C. (Jr.)—Pathologic physiology of carcinoma of thyroid. "S. Clin. N. America", 35: 1669; 1955.
90. HUBER, P.— Wann ist bei der malignen struma die erweiterte radikaleroperation angezeigt? "Klin. Med. Wien.", 11: 417. 1956. "Internat. Abst. Surg.", 104: 533; 1957.
91. IBÁÑEZ, M. L.; RUSSELL, W. O.; ALBORES-SAAVEDRA, J.; LAMPERTICO, P.; WHITE, E. C. and CLARK, R. L.—Thyroid carcinoma—biologic behavior and mortality. "Cancer", 19: 1039; 1966.
92. JAMES, A. G.—The management of papillary carcinoma of the thyroid gland. "Surgery", 43: 423; 1958.
93. JAY, J. B.; STREETE, B. G. and GANTS, R. B.—Carcinoma of thyroid. Review of 64 cases. "Am. J. Surg.", 95: 45; 1958.
94. KARLEN, M. A.; MATTEO, A. L. y PASEYRO, P.—Los llamados tumores tiroideos aberrantes. "Bol. Soc. Cir. Uruguay", 22: 3; 1951.
95. KARLEN, M. A.—Bocio nodular y cáncer de tiroides. "VI Congr. Uruguayo Cir.", 137; 1955.
96. KING, W. L. and PEMBERTON, J. J.—So-called lateral aberrant thyroid tumors. "Surg. Gynec. and Obst.", 74: 991; 1942.
97. KLICK, C. H. and WINSHIP, T.—Occult sclerosing carcinoma of the thyroid. "Cancer", 8: 701; 1955.
98. KLOPP, C. T.; ROSVOLL, R. V. and WINSHIP, T.—Is destructive surgery ever necessary for treatment of thyroid cancer in children. "Ann. Surg.", 165: 745; 1967.
99. LACOUR, J. et GENIN, J.—Etude de 116 cas de cancers du corps thyroïde traités chirurgicalement a l'Institut Gustave-Roussi entre 1951 et 1964. "Mem. Acad. Chir.", 92: 281; 1966.
100. LAHEY, F. H.; HARE, H. F. and WARREN, S. Carcinoma of the thyroid. "Ann. Surg.", 112: 977; 1940.
101. LAHEY, F. H. and FICARRA, B. J.—The lateral aberrant thyroid. "Surg. Gynec. and Obst.", 82: 705; 1946.
102. LAHEY, F. H.—Radical dissection of the neck. In: "Surgical Practice of the Lahey Clinic". Phila., W. B. Saunders Co., 90; 1951.
103. LAHEY, F. H.—Preoperative diagnosis of carcinoma of the thyroid in surgery of the thyroid. "Surg. Clin. N. America", 33: 781; 1953.
104. LAHEY, F. H. and HARE, H. F.—Malignancy in adenomas of the thyroid. "J. A. M. A.", 145: 689; 1951.
105. LATOURRETTE, F.; PASEYRO, P. y CASSINELLI, J. F.—Diagnóstico de carcinoma tiroideo clínicamente inaparente por el examen inmunológico de su metástasis cervicolaral. "Rev. Cir. Uruguayo", 36: 233; 1966.
106. LESNICK, G.; KONDO, S.; FRIEDMAN, E. and WEINSTEIN, V.—Carcinoma of the thyroid. Results of surgical therapy. "Ann. Surg.", 150: 928; 1959.

107. LIECHTY, R. D.; GRAHAM, M. and FREEMEYER, P. Benign solitary thyroid nodules. "Surg. Gynec. and Obst.", 121: 571; 1965.
108. LINDSAY, S.—"Carcinoma of the thyroid gland". Springfield, Ill. Ch. Thomas, 1960.
109. Mac DONALD, T. and KOTIN, P.—Surgical management of papillary carcinoma of the thyroid gland. The case for total thyroidectomy. "Ann. Surg.", 137: 156; 1953.
110. Mac FEE, W. F.—The surgical treatment of carcinoma of the thyroid with special reference to metastasis. "Surg. Clin. North America", 33: 361; 1953.
111. MACK, R. E.; WELLS, H. J. and OGBORN, R. E.—Management of the thyroid. "J. A. M. A.", 163: 15; 1957.
112. MAGGIOLLO, J.—"Cáncer de tiroides". Tesis de Aderipción. Montevideo, 1957. (Inédita.)
113. MAJARAKIS, J. D.; SLAUGHTER, D. P. and COLE, W. H.—Carcinoma of the thyroid gland. "J. Clin. Endocrinol.", 13: 1350; 1953.
114. MAJARAKIS, J. D.; SLAUGHTER, D. P. and COLE, W. H.—Thyroid cancer in childhood and adolescence. "J. Clin. Endocrinol.", 16: 1487; 1956.
115. MAJARAKIS, J. D.; SLAUGHTER, D. P. and COLE, W. H. "Benign thyroid nodules. Their treatment and relation to cancer". In Paek, G. T. and Ariel, Y. M. (131). Chap. 48, p. 692.
116. MALANDRA, V. e DOVA, E.—Sulle neoformazioni cistopapillifere della tiroide. "Tumori", 43: 417; 1957.
117. MARCHETA, F. C. and SAKO, K. Modified neck dissection for carcinoma of the thyroid gland. "Surg. Gynec. and Obst.", 119: 551; 1964.
118. MARTIN, H. The surgery of thyroid tumors. "Cancer", 7: 1063; 1954.
119. Mc CLINTOCK, J. C.; STRANAHAN, A.; ALLEY, R. D. and BAKER, W. A. A thoracoecervical approach for malignant disease of the thyroid gland. "Ann. Surg.", 139: 158; 1954.
120. Mc CORKLE, H. J. Surgical removal of metastatic malignant disease of thyroid gland from anterior superior mediastinic. "Am. J. Surg.", 94: 217; 1957.
121. Mc DERMOTT, W. V. (Jr.); WIENFIELD, M. S. and COPE, O. Cancer of the thyroid. "J. Clin. Endocrinol.", 14: 1336; 1954.
122. Mc SWAIN, B. and DIVELY, W.—Malignant tumors of the thyroid gland. "Surgery", 23: 525; 1948.
123. MEISSNER, W. A.; COLCOCK, B. P. and ACHENBACH, H. Pathologic evaluation of radical neck dissection for carcinoma of the thyroid gland. "J. Clin. Endocrinol.", 15: 1432; 1955.
124. METROPOL, H. and MYERS, R.—Cancer of the thyroid. "Surg. Gynec. and Obst.", 113: 425; 1961.
125. MILLER, J. M.; HORN, R. C. and BLOCK, M. A. The increasing of carcinoma of the thyroid in a surgical practice. "J. A. M. A.", 171: 1176; 1959.

132. ROSENBERG, R. D.; DENNISON, D. M. and WOOLNER, L. D.—The value of carcinoma in thyroid glands removed at 1900 consecutive routine necropsies. *Surgical Forum 1954*, American College Surgeons, Phil. W. B. Saunders Co., 1955, p. 659.
133. ROSENBERG, R. D.; WOOLNER, L. D. and DENNISON, W. A.—Gross and microscopic findings in clinically normal thyroid glands. *J. Clin. Endocrinol.*, 15: 1270; 1955.
134. SAKIYAMA, R. H.; SCHMIDT, R. W. and BATAKIS, J. G.—Carcinoma of the thyroid gland in children and adolescents. *J. A. M. A.*, 181: 1034; 1962.
135. SALAS SILVA, J.—Metastasis óseas de un cáncer latente tiroideo. *An. Fac. Med. Montevideo*, 8: 948; 1923.
136. SCURRIBRIDGE, R. E.—Malignant adenoma of the thyroid with secondary metastasis to bone. *Ann. Surg.*, 125: 282; 1947.
137. SACK, G. I. and ARLEL, I. M.—“Tumors of the head and neck”. New York, V. B. Hoeberg Inc., 1959. Introduction 37 tumors of the thyroid gland, p. 659.
138. FEMBERTON, J. de J.—Malignant lesions of thyroid gland: a review of 174 cases. *Surg. Gynec. and Obst.*, 69: 417; 1939.
139. PLAZZA, M.—Técnica de la tiroidectomía total. “34º Congr. Argentino Cir.”, Buenos Aires, II: 710; 1963.
140. PILHEU, F. R.—Cáncer de la glándula tiroides. Nuestra experiencia en 53 enfermos. *Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires*, 48: 241; 1964.
141. PIQUINELA, J. A.; VARELA, N. B. y TOLEDO, N.—Metástasis tiroidea de tipo aneurismático. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 31: 235; 1960.
142. RAVENTOS, A.; HORN, R. C. (Jr.) and RADVIN, I. S.—Carcinoma of the thyroid gland in youth. *J. Clin. Endocrinol.*, 22: 886; 1962.
143. RAVERA, J. J.—Aspectos clínicos del bocio nodular único. *An. Fac. Med. Montevideo*, 49: 205; 1964.
144. REED, R. J.; RUSSIN, N. J. and KREMENTS, E. T.—Latent metastases from occult sclerosing carcinoma of the thyroid. *J. A. M. A.*, 196: 233; 1966.
145. REDON, H. et DUPAS, M.—Les cancers du corp thyroïde. *Ann. Chir.*, 20: 711; 1966.
146. RICHARDSON, P. J.—A study of the lymphatic drainage of the human thyroid. *Brit. J. Surg.*, 51: 73; 1964.
147. RICKEY, O. L. (Jr.) and HOWARD, R. B.—Cancer of the thyroid. *Am. J. Surg.*, 112: 637; 1966.
148. ROBBINS, S. L.—Some new pathological concepts. Aberrant laterals thyroids tumors. *New Engl. Jour. Med.*, 242: 620; 1950.
149. ROBINSON, E. and HOCHMAN, A.—The treatment of thyroid carcinoma. *Cancer*, 15: 1130; 1962.
150. ROBINSON, E.; HORN, Y. and HOCHMANN, A.—Incidence of cancer in thyroid nodules. *Surg. Gynec. and Obst.*, 123: 1024; 1966.
151. ROSE, R. G.; KELSEY, M. P. and RUSSELL, W. O.—Follow-up estade of thyroid cancer treated by unilateral lobectomy. *Am. J. Surg.*, 106: 494; 1963.

146. ROSS, D. E.—Cancer of the thyroid gland. "Surg. Gynec. and Obst.", 103: 171; 1956.
147. ROSS, D. E.—Cancer of the thyroid gland in children. "Surg. Gynec. and Obst.", 104: 433; 1957.
148. ROSSVOLL, R. V. and WINSHIP, T.—Thyroid carcinoma and pregnancy. "Surg. Gynec. and Obst.", 121: 1039; 1965.
149. RUNDLE, F. F. and BASSER, A. G.—Stump recurrence and total thyroidectomy in papillary thyroid cancer. "Cancer", 9: 693; 1956.
150. RUSSELL, W. O.; CLARK, R. L. (Jr.); IBÁÑEZ, M. L. and WHITE, E. C.—Intraglandular distribution of thyroid carcinoma as shown by whole organ subserial sections; pathologic study of 47 cases "Amer. J. Path.", 34: 552; 1958.
151. RUSSELL, W. O.; IBÁÑEZ, M. L. and CLARK, R. L.—Thyroid carcinoma. Classification, intraglandular dissemination, and clinico-pathological study based upon whole organ sections of 80 glands. "Cancer", 16: 1425; 1963.
152. RUSTAD, W. H.; LINDSAY, S. and DAILEY, M. E. Comparison of the incidence of complications following total and subtotal thyroidectomy for thyroid carcinoma. "Surg. Gynec. and Obst.", 116: 109; 1963.
153. ROUVIERE, H.—"Anatomie des lymphatiques de l'homme". Paris, Masson et Cie., 1932.
154. SARTORI, V. e PIARDI, A.—La nostra esperienza anatomoclinica sul carcinoma della tiroide. "Chirurgia", 17: 466; 1962.
155. SEDGWICK, C. E. and KONVOLINKA, C. W.—Management of carcinoma of the thyroid. "Surg. Clin. North America", 47: 607; 1967.
156. SHALLOW, T. A.; WAGNER, F. B. and COLCHER, R. E.—Cancer of the thyroid gland; clinical analysis and evaluation of therapy in 144 patients. "Surgery", 39: 252; 1956.
157. SILVERBERG, S. G. and VIDONE, R. A. Carcinoma of the thyroid in surgical and postmortem material. "An. Surg.", 164: 291; 1966.
158. SLOAN, L. W.—Of the origin, characteristics and behavior of thyroid cancer. "J. Clin. Endocrinol.", 14: 1309; 1954.
159. SOKAL, J. E.—Surgical statistics on malignant goiter. "Surg. Gynec. and Obst.", 99: 108; 1954.
160. STUCKE, K.—Zur klinik der metastasierenden struma. "Langenbecks Arch. Klin. Chir.", 309: 401; 1965. "Abstract, Surg. Gynec. and Obst.", 121: 1129; 1965.
161. SUÍFFET, W. y SCANDROGLIO, J. J. Epitelioma tiroideo a evolución lenta. Pseudotumor tiroideo lateral abrrante. "II Congr. Uruguayo Cir.", 516; 1951.
162. TAYLOR, S.—Surgical treatment of carcinoma of the thyroid. "Brit. J. Surg.", 52: 740; 1965.
163. TILL, A. S.—Carcinoma of the thyroid. "Proc. R. Soc. Med.", 58: 309; 1965.

164. TOLLEFSEN, H. R. and DE COSSE, J. J.—Papillary carcinoma of the thyroid. "Am. J. Surg.", 106: 728; 1963.
165. UNDERWOOD, C. R.; ACKERMAN, L. V. and ECKERT, C.—Papillary carcinoma of the thyroid: and evaluation surgical therapy. "Surgery", 43: 610; 1958.
166. VARELA CHILESE, R. y DOSORETZ, B.—Conducta terapéutica en el carcinoma tiroideo. "Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires", 44: 675; 1960.
167. VARELA CHILESE, R.—Cáncer de tiroides. Mesa Redonda. "34º Congr. Argentino Cir.", II: 899; 1963.
168. VITAGLIANO, D.—La metastasi latero cervicali di tumori dalla tiroide. "Tumori", 40: 693; 1954.
169. WARD, R.—Cancer of the thyroid in children. "Am. J. Surg.", 90: 338; 1955.
170. WARD, G. E.—Tumors of the thyroid. "Am. J. Surg.", 95: 385; 1958.
171. WARREN, S. and FELDMAN, J. D.—The nature of lateral "aberrant" thyroid tumors. "Surg. Gynec. and Obst.", 88: 31; 1949.
172. WARREN, S.; ALVIZOURI, M. and COLCOCK, B. P.—Carcinoma of the thyroid in childhood and adolescence. "Cancer", 6: 1139; 1953.
173. WARREN, S. and MEISSNER, W. A.—"Tumors of the thyroid gland". Washington. Armed Forces Inst. of Pathology, 1953.
174. WELCH, J. W.; HELLWIG, C. A.; CHESKY, V. E. and McCUSTER, E. N.—Thyroid cancer and its treatment. "Surg. Gynec. and Obst.", 109: 27; 1959.
175. WELCH, J. W.; CHESKY, V. E. and HELLWIG, C. A.—Malignant thyroid adenoma. Treatment and results. "Arch. Surg.", 81: 14; 1960.
176. WELTY, H. et HUGENIN, R.—Cancer du thyroïde: Serie du 233 cases chirurgical. "Lyon Chir.", 49: 173; 1954.
177. WILLIAMS, A. C.; DAVIS, J. M. and KIELY, A. A.—Thyroid cancer in 1,330 cases of surgical goiter. "Am. J. Surg.", 104: 672; 1962.
178. WINSHIP, T. and CHASE, W. E.—Thyroid carcinoma in children. "Surg. Gynec. and Obst.", 101: 217; 1955.
179. WINSHIP, T. and ROSVOLL, R. V.—Childhood thyroid carcinoma. "Cancer", 14: 734; 1961.
180. WISE, R. A. and BAKER, H. W.—"Surgery of the head and neck". Chicago, 1959. The Year Book Publishers. Inc.
181. WOOLNER, L. B.; LEMON, M. L.; BEHARS, O. H.; BLACK, B. M. and KEATING, F. R. (Jr.).—Occult papillary carcinoma of the thyroid gland. A Sstudy of 140 cases observed in a 30-year period. "J. Clin. Endocrinol.", 20: 89; 1960.
182. WOOLNER, L. B.; BEHARS, O. H.; BLACK, B. M.; Mc CONAHEY, M. and KEATING, F. R. (Jr.).—Classification and prognosis of thyroid carcinoma. Study of 885 cases observed in a 30-year period. "Am. J. Surg.", 102: 354; 1961.
183. WOZENCRAFT, P.; FOOTE, F. W. (Jr.) and FRAZELI, E. L.—Occult carcinomas of the thyroid: their bearing on the concept of lateral aberrant thyroid cancer. "Cancer", 1: 574; 1948.

184. WYCIULIS, A. R.; BEHARS, O. H. and WOELNER, L. B.—Papillary carcinoma with associated anaplastic carcinoma in the thyroid gland. "Surg. Gynec. and Obst.," 120: 28; 1965.
185. YOVANOVITCH, B. Y.—Cancer thyroïdien. "Lyon Chir.," 56: 509; 1960.
186. ZABALETA, D. E.; CAMAÑO, E. y PICCOLLO, A.—Consideraciones sobre el tratamiento del cáncer tiroïdeo. "Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires", 49: 492; 1965.
187. ZIMERMAN, L. M.; WAGNER, H. M.; PERLMUTTER, H. M. and AMROMIN, G. D.—Benign and malignant epithelial tumors of the thyroid gland. "Arch. Surg.," 60: 1193; 1950.