

PRIMERA SESION PLENARIA

MESA REDONDA

CIRUGIA GENERAL

TEMA:

CANCER DE TIROIDES

COORDINADOR:

Dr. WALTER SUIFFET

PONENTES: *

Introducción. *Dr. Walter Suiffet.*

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.*

DISCUSION

* La exposición del Coordinador y los Ponentes fueron publicadas en el Tomo I, pág. 7 a 135.

CANCER DE TIROIDES

Discusión

Dr. SUIFFET.—El Dr. Valls dirige una pregunta que es la siguiente: ¿los tumores indiferenciados son más radiosensibles? La va a contestar el Dr. Traibel.

Dr. TRAIBEL.—Yo no sé la diferencia de radiosensibilidad que existe entre los tumores diferenciados y los indiferenciados; lo que puedo contestar es que los mejores resultados obtenidos con radioterapia externa han sido en los carcinomas diferenciados.

Dr. SUIFFET.—El coordinador solicita al Dr. Leborgne, que está en la sala, si él puede dar su opinión sobre este punto.

Dr. LEBORGNE.—Todos los tumores epiteliales de la tiroides, son relativamente radorresistentes; es decir, exigen dosis muy altas de rayos para poder obtener resultado duradero; sin embargo los carcinomas indiferenciados que pueden ser un poco más radiosensibles que los tumores diferenciados, son generalmente radioincurables debido a su extraordinaria agresividad y gravedad. La sensibilidad de los tumores diferenciados, que es al final la que cuenta porque es en la que los resultados de la radioterapia son más favorables, no es despreciable; con dos sesiones de radiación se pueden obtener reducciones y nosotros tenemos muchos casos de carcinomas diferenciados de tiroides curados por la radioterapia; sólo nos referimos a aquellos que han tenido una extensión dentro de la tráquea y, por lo tanto, estaban fuera de las etapas quirúrgicas.

Dr. SUIFFET.—Dr. Valls, está satisfecho con la respuesta o desea hacer alguna consideración.

Dr. VALLS.—Estoy satisfecho.

Dr. SUIFFET.—El Dr. Tomás Siano ha dirigido a la Mesa la siguiente pregunta: ¿cuántas veces fue observado el ganglio délgico clínica y operativamente colonizado con metástasis? Le solicitamos al Dr. Grosso en primer término, que es el que los examina desde el punto de vista de la patología, si ha observado ganglios de la zona preecrotiroidea llamados délgicos con metástasis.

Dr. GROSSO.— En los casos en que el cirujano los ha identificado, entonces hemos podido examinarlos, hemos encontrado de dos a tres casos que tenían colonización tumoral.

Pero solamente, y en la estadística que está presentada en la ponencia cuenta nuestra experiencia, hemos realizado 19 intervenciones de cáncer de tiroides y en una oportunidad sola observamos, colonizados macroscópicamente y luego reafirmados microscópicamente, los ganglios precricotiroideos en un carcinoma diferenciado de tipo papilar, en una persona del sexo femenino, joven.

Dr. SUIFFET.— El Dr. Siano está satisfecho con la respuesta o desea hacer alguna consideración. El Dr. Grezzi plantea este problema: ¿se ha operado un paciente con un cáncer diferenciado de tiroides unifocal, sin adenopatías clínicas ni comprobadas quirúrgicamente y se ha realizado la lobectomía e ismectomía correspondiente?; ¿en el postoperatorio aparecen adenopatías homolaterales?; ¿plan a seguir? Y plantea cuatro preguntas: a) Vaciamiento ganglionar. b) Radioterapia previa o postvaciamiento. c) Radioiodo pre o postvaciamiento. d) Tratamiento hormonal asociado. Le vamos a responder al Dr. Grezzi que nuestra opinión, que concuerda con el resto de los integrantes de la Mesa, es la siguiente: debe realizarse el vaciamiento ganglionar homolateral y el vaciamiento, que se realizará de acuerdo a nuestro criterio, estará condicionado por la extensión de las adenopatías, como ya lo hemos mencionado en la ponencia, o sea, vaciamiento subradical o radical, sabiendo que es un punto de controversia, pudiendo ser aceptada cualquiera de las dos posiciones o el vaciamiento radical o el subradical. No creemos que sea conveniente realizar ninguna terapéutica previa, ni por radioterapia ni por administración del radioiodo preoperatorio, y la última parte de la pregunta que plantea el Dr. Grezzi, el Dr. Traibel ya explicó que estos casos son asistidos posteriormente por el radioterapeuta y se continúa con el tratamiento hormonal postoperatorio. Esa es nuestra posición en este problema concreto.

Dr. Grezzi, si quiere hacer alguna consideración.

El Dr. Valls ha dirigido la siguiente pregunta: ¿cómo se hace el diagnóstico anatomopatológico diferencial de malignidad y de hiperfunción en una glándula tiroide reseca. El Dr. Grosso le va a contestar.

Dr. GROSSO.— Se trata en rigor de dos procesos dependientes distintos que tienen una morfología totalmente separada. La posibilidad de error, que es muy remota, se plantearía en la asociación de ambas lesiones: de un carcinoma diferenciado de forma folicular con una glándula que tuviera una lesión de tipo hiperplásico difuso, y éste es justamente uno de los problemas más difíciles que se podría plantear, sobre todo si uno tuviera que recurrir a un diagnóstico intraoperatorio en una situación de esa naturaleza. Sin embargo, cuando uno estudia con tranquilidad los preparados, hay diferencias ostensibles puesto que uno tiene a mano no sólo la pieza para ver el carácter de la lesión tumoral, sino también los preparados citológicos, y voy a mostrar uno,

si me permite el coordinador, que puede ser ilustrativo. Este es el corte histológico de un tiroide de un niño que tenía asociada una hiperplasia de tipo funcional de la pubertad y un carcinoma foliolar; esta zona que ustedes ven acá, aparece como un brote que penetra, que está infiltrando el resto de la glándula que totalmente tiene la estructura de un bocio difuso hiperplásico. Ahora la posibilidad de error está en que a veces la vesícula tumoral puede reproducir exactamente la vesícula tiroidea hiperplásica o, a veces, la vesícula tiroidea normal, pero en este caso ustedes comparen esta imagen de este sector tumoral con el resto de la glándula. Además, cuando se habla de tumores papilares la papila tumoral no tiene nada que ver con la papila o micropapila que se observa en la hiperplasia; la vesícula de la hiperplasia no tiene una morfología bien particular y pueden verse a veces plegamientos que llegan a formar micropapilas; en cambio la papila tumoral es una papila larga, grande, ramificada, etc., que se manifiesta francamente diferente a las papilas que se pueden ver en las hiperplasias.

Dr. SUFFET.— Al Dr. Maggiolo le han dirigido una pregunta que es otro de los puntos nodales en este problema de la táctica quirúrgica, de la táctica terapéutica del bocio. El Dr. Cazabán le pregunta: frente a todo tipo de bocio nodular, ¿considera que el único tratamiento es el quirúrgico, o sea, si se deben operar todos los bocios nodulares?

Dr. MAGGIOLLO.— Nosotros personalmente consideramos que dado que del punto de vista estadístico el 1 %, por lo menos, de los bocios nodulares pueden ser portadores de un carcinoma tiroideo, los mismos deben ser, por lo tanto, siempre operados con diagnóstico positivo preoperatorio o sospecha, o sin diagnóstico. Hemos dicho ya que del punto de vista estadístico, 11 al 33,3 % o más de los nódulos únicos, pueden ser portadores de un carcinoma tiroideo, que cuando se seleccionan aquellos que clínicamente tienen menor sospecha, la incidencia baja considerablemente. En esos casos llega al 1 % y en aquellos en que la sospecha clínica es muy grande, la estadística revela, después de ser operados por el motivo dicho, que la incidencia puede ser por lo menos de un 10 %; pero en ciertos casos la indicación es mucho más formal y perentoria y es en aquellos casos de los nódulos que aparecen sobre todo en el niño, en la infancia, en la juventud, en las primeras, segundas o terceras décadas de la vida, en cuyo caso la incidencia es mucho mayor. Ya hemos señalado que la incidencia en el niño del carcinoma del bocio nodular podía llegar hasta 60 %, según las estadísticas. En el viejo, dado que la variedad del carcinoma tiroideo es potencialmente más grande, tanto que se trate de un diferenciado como de un indiferenciado, la indicación sería más perentoria, pero tenemos que recordar, por otra parte, de este punto de vista que el desarrollo de nódulos benignos en el viejo es mucho más común y mucho más frecuente. Por eso, si no es un nódulo que se desarrolló inmediatamente o con gran rapidez, en el caso de la persona de mayor edad podría diferirse la intervención tomando en consideración la situación biológica global de la persona.

Dr. SUIFFET.—Nosotros queremos aprovechar la oportunidad de esta interesante pregunta, para ampliar un poco más el concepto que se plantea o se puede tener frente al problema del nódulo o los nódulos tiroideos, y la pregunta se la formulamos al Dr. Grosso.

Dr. GROSSO.—En la exposición que tuvimos que nacer un poco contra reloj, se nos quedó en el tintero justamente el problema que plantea el doctor Suiffet. Durante mucho tiempo se consideró que todo carcinoma tiroideo procedía de la transformación de un adenoma previo. Y muchos autores, autores prestigiosos, aceptaban este criterio; y con el andar del tiempo, no de mucho tiempo realmente, tomó cuerpo la experiencia que llegó a demostrar que, por el contrario, la inmensa mayoría de los carcinomas eran primitivos. Estadísticas realmente serias hablan de que por lo menos un 75 % de los carcinomas tiroideos se desarrollan en glándulas hasta entonces sanas; el resto, 25 %, quedan para la posibilidad del desarrollo del carcinoma tiroideo en una glándula con una lesión previa. Pero esta lesión previa no tiene que ser necesariamente un adenoma, ¿no es así?; el más común es el bocio multinodular.

Puede darse la situación clínica de una enferma de edad media en adelante, que tiene un bocio de larga data, que al cabo de un tiempo cambia la evolución, pronto se hace activo, a marcha rápida, que es la integración de un carcinoma sobre un fondo patológico de esa glándula que debemos considerar. Puede haber también adenomas, pero la situación más frecuente que hemos observado es la coexistencia de adenoma y carcinoma sin relación de uno a otro, es decir, como lesiones independientes.

Algunos autores han tenido siempre interés en demostrar la presencia, como lesión previa, de las llamadas tiroiditis, es decir, lo que nosotros llamamos mitomatosis tiroidea, y eso se puede ver porque es una lesión muy común en la glándula tiroidea el desarrollo de tejido linfóideo, de distinta extensión y acompañando otro tipo de lesión e incluso el carcinoma.

En el informe de este tema hay otro punto muy importante; sobre todo en la literatura aparecida en los últimos años, es la posibilidad de encontrar en una glándula con un carcinoma indiferenciado, es decir, el carcinoma plástico, altamente maligno, focos, con la estructura de un carcinoma diferenciado foliolar o papilar, y se habla entonces de la transformación de un carcinoma diferenciado en indiferenciado. Lo cierto es que el hecho es exacto; alrededor de un 10 % de carcinomas indiferenciados se encuentran con diferenciados. Lo que es discutible es suponer que sea una transformación; creo que es mucho más lógico suponer que es una glándula en la cual existe una lesión crónica; en este caso de carcinoma diferenciado de larga evolución, lo cual ha permitido que en esa glándula, justamente de larga evolución, se desarrolle otro tipo de carcinoma que es el carcinoma indiferenciado.

Dr. SUIFFET.—El Dr. Cazabán y el Dr. Valls han enviado a la Mesa una pregunta similar; el Dr. Cazabán dice: “En los carcinomas diferenciados, ¿cuándo se efectúa el vaciamiento mediastinal anterior?”. El Dr. Valls pregunta: “En los carcinomas a topografía baja, ¿es necesario hacer vaciamiento ganglionar?; ¿es preciso vaciar el mediastino alto?”.

Podemos contestar en primer término, que nunca hemos realizado el vaciamiento mediastinal; en segundo lugar, en la literatura existen algunas observaciones, algunos trabajos que están citados en el texto de nuestra ponencia, pero en realidad no es un punto que haya tomado gran desarrollo. Hemos operado una paciente hace ocho años, que luego de practicarle el vaciamiento radical del lado izquierdo y luego del lado derecho, comprobamos a través de estudios radiológicos que presentaba adenopatías colonizadas en el mediastino que obligaban a una esternotomía media, una mediastinotomía anterior y un vaciamiento de todo el ámbito afectado. No se realizó esta operación porque se consideró impracticable. En términos generales, con experiencias muy, pero muy precarias, puesto que solamente esa es la única observación que hemos vivido, y a través de la investigación bibliográfica, podemos contestarles a esa pregunta diciendo que no es una terapéutica que se aconseja en forma regular, practicar la mediastinotomía anterior y el vaciamiento de esa zona en los carcinomas diferenciados.

Dres. Cazabán y Valls. ¿quisieran hacer alguna pregunta, alguna consideración?

Dr. VALLS.—La pregunta la hice en base a que el tiroides envía sus linfáticos, sobre todo en la parte baja hacia los linfáticos mediastinales anteriores, para el grupo del tronco venoso e izquierdo, de tal manera que un programa de vaciamiento ganglionar tiene que acordarse que ahí también van linfáticos.

Dr. SUIFFET.—El Dr. Tejerina envía a la Mesa dos preguntas; la primera la va a responder el Dr. Maggiolo: ¿en qué proporción, nódulos solitarios de la glándula tiroides resultaron cánceres?

Dr. MAGGIOLO.—Nosotros en un promedio de diez años habíamos visto 129 bocios nodulares y 160 bocios multinodulares. En esa estadística en los bocios uninodulares simples fue del 10,2 %; en los multinodulares por hipertiroidismo fue del 3,73 %. En el total de bocios uninodulares y multinodulares, la incidencia fue de un 1,73 %.

Dr. SUIFFET.—La otra pregunta que hace el Dr. Tejerina, es la siguiente: ¿han registrado tumores multicéntricos en la glándula tiroides sin metástasis ganglionares? Dr. Grosso. ¿tiene algún recuerdo?

Dr. GROSSO.—En nuestra experiencia hemos visto pocos carcinomas diferenciados multifocales, pero recordamos algún caso en el material que nos llega del cirujano. No haber encontrado metástasis no quiere decir que no tuviera alguna metástasis evolucionando, que desconociéramos.

Le contesto al Dr. Vique. Tenemos en nuestra serie una sola observación de una paciente que tenía un carcinoma diferenciado del lóbulo izquierdo con adenopatías homolaterales. Se practicó lobectomía, ismectomía y resección sub-

total del lado opuesto a la intervención quirúrgica. La resección subtotal del lado opuesto mostró focos múltiples, inaparentes clínica y operatoriamente, pero sí histológicamente, y esta paciente no tenía adenopatías contralaterales.

Dr. SUIFFET.—Dr. Tejerina, ¿quería hacer alguna consideración?

Dr. TEJERINA.—Yo creo que este asunto toca una cosa muy importante. (Cinta cortada.) Salvo los carcinomas indiferenciados que tienen el privilegio de ser difusos, los otros son carcinomas nodulares; así pienso yo en contra de la opinión que encabeza Clark (?). Yo he estado en su Servicio y lo he visto trabajar a Clark y tengo algunas piezas de él a través de los slides, y he encontrado en verdad que él tiene razón cuando afirma que sus enfermos tienen la tiroides sembrada por nódulos múltiples. Pero yo he podido comprobar a mi vez, que todos esos casos corresponden a carcinomas muy avanzados. Por eso mi pregunta; entre nosotros los cánceres se presentan cuando son diferenciados con un carácter de procesos nodulares; si corre mucho tiempo, no solamente se producen metástasis, sino que la glándula puede además sembrarse por nódulos de propagación neoplásica.

Dr. SUIFFET.—El Dr. Valls realiza la siguiente pregunta: ¿se comprobó que existe invasión a la tráquea y a los músculos tiroideos?

Hemos observado las dos cosas, Dr. Valls; el esternocondrotiroideo haciendo cuerpo íntimo con la glándula en carcinomas diferenciados relativamente evolucionados y además hemos observado la adherencia a través de ligamentos tirotraqueales, fundamentalmente el tirotraqueal medio, y que hace difícil la liberación de la glándula separándola de la tráquea. Son los casos donde algunos autores resecan el primer y segundo anillo traqueal y hacen la traqueotomía temporaria debido a que ese sector anatómico que vincula la glándula al árbol visceral es un asiento linfático de suma importancia.

¿Alguna cosa más, doctor? La otra pregunta que hace el Dr. Valls es la siguiente: cuando se hace el vaciamiento bilateral, ¿por qué lado se comienza?

Este es un problema complejo que no puede contestarse en forma sistemática. Hemos hecho vaciamentos bilaterales; consideramos que el vaciamiento bilateral puede hacerse en una sesión operatoria junto con la cirugía de la glándula tiroidea, siempre que el vaciamiento sea un vaciamiento subradical. Pero si se hace un vaciamiento radical de un lado, es preferible escalonar la cirugía: realizar el vaciamiento radical junto con la exéresis glandular correspondiente y luego el vaciamiento del lado opuesto, que será seguramente subradical, de acuerdo a nuestra experiencia. Consideramos que hacer el vaciamiento radical, la cirugía tiroidea, glandular y el vaciamiento subradical del lado opuesto, puede ser una cirugía relativamente excesiva; hay que adecuarla al tipo de tumor y a cada caso en particular. Desde luego que, cuando es necesario hacer el vaciamiento bilateral, hemos comenzado por el lado que tiene las adenopatías más voluminosas y que tiene la expresión clínica de mayor entidad.

El Dr. Michellini dirige la siguiente pregunta a la Mesa: ¿qué conducta quirúrgica debe seguirse frente al bocio adenoma papilar degenerado?: ¿hace vaciamiento homolateral sistemático?

El bocio adenoma papilar degenerado es un carcinoma papilífero, es un carcinoma diferenciado papilar, que puede ser cíclico o no. Esto ha sido expresado ya en la ponencia; nosotros no practicamos vaciamientos sistemáticos, salvo en aquellos casos donde clínicamente hay evidencia de invasión ganglionar cualquiera que sea el tipo histológico del carcinoma diferenciado.

La última pregunta del Dr. Valls es la siguiente: ¿se puede hacer implantación de la paratiroides extirpada en la pieza y con qué resultado?

Se ha aconsejado examinar la pieza en esos casos, reconocer la presencia de la glándula paratiroides e implantarla dentro del músculo esternocleidomastoideo; nosotros no tenemos ninguna experiencia. Si alguna de las personas que están en la sala pueden dar alguna opinión al respecto, si en alguna oportunidad practicó esa técnica y qué resultados obtuvo, así le podremos contestar con más veracidad al Dr. Valls.

Dr. LARRE BORGES.—Nosotros realizamos la extirpación de un neoplasma de tiroides en un bocio ya operado. En ese caso, que era un neoplasma, con la visualización de las paratiroides y la implantación en el esternocleidomastoideo, la enferma no hizo síndrome de tetania. En los primeros tiempos fue tratada con calcio y con vitamina D en pocas dosis. Actualmente está sin ningún tratamiento para la insuficiencia de tipo paratiroidea. Vista por el endocrinólogo Dr. Ravera, informa que está normal desde el punto de vista de la función paratiroidea; así que parece ser que la implantación ha surtido efecto. Digo parecer ser, porque fue muy difícil en esos momentos, y es una de las dudas que se nos planteaba también, el reconocer el tejido paratiroideo y el pensar si (muchas veces tuvimos la duda) al ver la evolución de la enferma no estábamos implantando en el esternocleidomastoideo un nódulo de tipo tumoral y no una paratiroides.

Dr. SUIFFET.—Dr. Valls, si quiere hacer alguna consideración, tiene dos minutos para hablar.

Dr. VALLS.—Hice esta pregunta porque había leído en una comunicación que se había hecho esta técnica y que en algunos enfermos había dado buen resultado: reconocer en la pieza, extirpada, tiroidectomía total, la paratiroides e implantarlas en el esternocleidomastoideo, con buen resultado. Fue un material de lectura.

Dr. SUIFFET.—Las preguntas han terminado y la hora que corresponde a esta Mesa Redonda está sobrepasada, pero tendríamos interés, señor Presi-

dente. si nos permite que nosotros pidamos alguna opinión sobre lo actuado a algunos miembros de la sala. Dr. Cendán, quisiéramos que en dos minutos usted nos diera su opinión sobre lo que ha escuchado.

Dr. CENDAN.— Dos minutos para decir todo lo que tendríamos ganas de decir, son poco menos que nada. pero me voy a permitir decir la conducta que creo difiere un poco respecto a lo que se ha sostenido por parte del Dr. Suiffet en cuanto a las indicaciones de la tiroidectomía total. Nosotros tenemos una larga experiencia en tiroidectomía total, incluso ya en el 2º Congreso de Cirugía, en el año 1951, presentamos un trabajo al respecto. Desde entonces acá la hemos seguido realizando y hemos llegado a la conclusión de que lejos de ser una operación de difícil realización resulta más fácil que las tiroidectomías subtotaes en los casos que éstas presentan dificultades. Cuando tenemos que realizar una tiroidectomía subtotal, no procedemos a una subtotal dejando, como clásicamente se establece, una pequeña cantidad de tejido tiroideo en la zona de las paratiroides, por el miedo a las paratiroides y por el miedo al recurrente. En un total de 47 tiroidectomías totales, no hemos tenido ningún caso de parálisis recurrencial definitiva; hemos tenido parálisis recurrenciales pasajeras por manipulación del nervio.

En cuanto a la paratiroides, hemos tenido solamente un caso de tetania pasajera, tratada exclusivamente con calcio y vitamina D.

Además de estas 47 tiroidectomías totales, hemos realizado cerca de 200 tiroidectomías subtotaes en las cuales lo que conservamos es el polo superior de la glándula, en donde la tiroidea superior es la que conserva la irrigación de ese sector. Lógicamente que es igual que una tiroidectomía total respecto al riesgo del recurrente y de las paratiroides.

Esta técnica no la hacemos por capricho; la hacemos sencillamente por la convicción de que las reintervenciones en cirugía tiroidea, cuando lo que se ha dejado es una glándula tiroidea posterior, son extraordinariamente difíciles de realizar; mientras que cuando se deja un pequeño nódulo de tiroides residual, a la altura del polo superior, es muy fácil hacer una tiroidectomía secundaria.

En cuanto a la conducta a seguir frente al nódulo tiroideo, que es el punto nodal para el cirujano, creemos que la tiroidectomía ante la menor duda de que se trate de un nódulo neoplásico, y eso es muy difícil a veces de establecer durante el acto operatorio: ante la menor duda preferimos hacer una tiroidectomía total.

En cuanto a la situación especial de la metástasis ganglionar como primera manifestación, si no le entendí mal al Dr. Suiffet, él realiza el vaciamiento ganglionar de ese lado y la hemitiroidectomía homolateral. Hemos tenido dos casos de esa índole: uno en que ya se había realizado una biopsia de un ganglio supraclavicular que había demostrado ser una metástasis, y otro en el cual fue hecha por estudio previo, por punción, el diagnóstico de metástasis tiroidea. En ambos casos realizamos el vaciamiento ganglionar parcial, es decir, carotídeo medio y supraclavicular, más la tiroidectomía total. La razón

de esa conducta es perfectamente explicada por todo lo que dijo el Dr. Priario con respecto a las posibilidades de tratamiento postoperatorio que requiere la extirpación completa de la tiroides. Como se termina el tiempo, lamento no poder seguir ocupándome de otros puntos que son de mucho interés.

Dr. SUIFFET.—Creo que hemos llegado al término de esta reunión y el Coordinador debe hacer una síntesis de todo lo que se ha expuesto, según lo indica el reglamento. Creo que la síntesis se ha hecho a través de las ponencias y de las preguntas y respuestas de los congresales, porque realizar un análisis de nuevo de todos los puntos que se han tratado, nos ocuparía mucho tiempo y estamos pasados de la hora. De manera que damos por terminada la reunión, agradecemos como Coordinador a los ponentes y a todos los congresales por la atención dispensada y por lo interesante del debate que se estableció luego de terminadas las ponencias.