

## METASTASIS TIROIDEA DE TIPO ANEURISMÁTICO (\*)

Dres. José A. Piquinela y Nelson B. Varela y Br. N. Toledo

Gregorio R., 47 años, procedente de Minas, ingresa a la Sala 23, en Febrero de 1958, por tumor de región glútea izquierda.

**Enfermedad actual.** Siete meses antes de su ingreso, al levantar una piedra de aproximadamente 100 kilos, tiene sensación de tironeamiento en la parte superior y lateral de región glútea izq. Esa sensación dura unas horas, calmado con el reposo, para reproducirse luego, cada vez que flexionaba el tronco. Posteriormente nota que al caminar unos 10 minutos, aparece sensación de debilidad en los músculos de pantorrilla izq., sensación que no le impedía continuar la marcha; se calmaba con el reposo y extendiendo la pierna.

Cinco meses antes de su ingreso, nota la aparición de un tumor en región glútea izq.; percibía latidos a ese nivel. Nunca tuvo dolor ni notó cambios en la piel en esa zona. Al caminar un poco nota que aumenta moderadamente de tamaño, pero con reposo de algunos minutos vuelve a su volúmen habitual. No creció en los últimos cinco meses anteriores a su ingreso. No ha notado síntomas de repercusión regional o general.

Antecedentes s/p dignas de mención.

**El Examen clínico** realizado el 13 - II - 58, mostró:

Enfermo con buen estado general. **En cuello**, tiroides algo aumentado de volúmen, blando y regular. **Pleuro pulmonar s/p.** **Cardiovascular:** corazón con pequeño soplo de punta, pulso 76 isócrono en los cuatro miembros. **Abdómen:** s/p. **Tacto rectal:** s/p.

**Región glútea izq.** En el cuadrante super. interno se observa tumoración semiesférica de unos 10 cms. de diámetro, de límites difusos, los que no sobrepasan la línea media ni la cresta ilíaca. La piel no tiene modificaciones inflamatorias, notándose en su superficie algunos trayectos venosos y arteriolares. La palpación evidencia un tumor a límites difusos, que se pierden en la profundidad de la región, de superficie regular, consistencia firme e indolora. Tiene latidos y expansión. No hay trill.

Los análisis efectuados en ese momento mostraron:

**Laboratorio** Hemograma 4.800.00, Hb. 95%, VG. 1, GB. 5.800, Proteinemia 72gr. % o, Hematocrito 50%, Glicemia 0,92 gr. % o, Azoemia 0,30, Wassermann negativo. Orina normal.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 24 de agosto de 1960.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

**Radiografías. Tórax:** corazón algo agrandado a derecha. 15 - IV - 58.  
**Pelvis:** lesión destructiva en hueso ilíaco izq. contra el sacro. El hueso aparece como borrado con una goma; sacro abierto en parte superior.

25 - III - 58 **Aortografía.** Proyectándose sobre el ala ilíaca izq. y la articulación sacroilíaca izq. se muestra una imagen con gran cantidad de vasos que en los enfoques de perfil es bien posterior. Existe además una verdadera impregnación en la zona con vasos de neoformación, pareciendo todo esto depender de la glútea, pero sin poder afirmarlo. El drenaje venoso es precoz.

**Oscilometría.** Muestra a izq. un índice oscilométrico de 4 y 5 en muslo y pierna respectivamente.

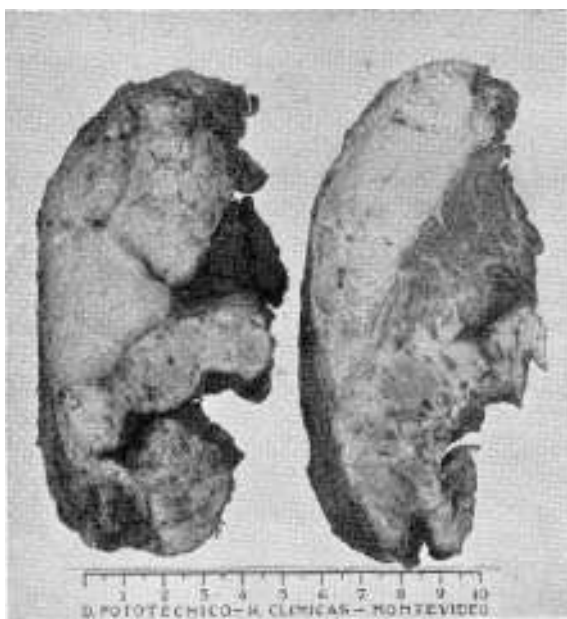


Fig. 1

El paciente solicita el alta por razones personales y reingresa el 7 - IV - 8 (10 días después del alta). El examen evidencia aumento del tamaño del tumor.

**1ª OPERACION.** — (29 - V - 958). Se interviene por mediana infraumbilical, haciéndose ligadura de la arteria ilíaca interna izq. En la intervención no se palparon ruidos anormales, comprobándose pulsos normales en las arterias y venas ilíacas primitivas y en las arterias ilíacas interna y externa.

Una hora después de la intervención se observó franca disminución de la tumoración glútea, con desaparición del latido y del soplo, así como de la vascularización superficial. Evoluciona bien, notándose cierta claudicación del miembro inferior izq. al caminar. Los pulsos arteriales

de ambos miembros no han variado. Una oscilometría muestra un índice de 3.

**2ª OPERACION.** — (El 14 - VI - 58, 15 días después de la primera intervención). Prof. Dr. José A. Piquinela, Prof. W. Suiffet, Dr. J. Abó. Anest. general. Incisión arciforme a concavidad inferior sobre la región glútea izq. Se secciona la piel, tejido celular subcutáneo y se reclina el colgajo hacia dentro. Numerosos vasos de tipo perforante van desde la aponeurosis al celular subcutáneo. Se secciona la aponeurosis del glúteo mayor y se secciona éste contra sus inserciones posteriores en el sacro y región sacroilíaca. Luego se secciona en su parte ánterosuperior. Sangran abundantes vasos que se electrocoagulan. En la parte pósterosuperior hay una masa tumoral, que se abre saliendo tejido de aspecto neoplásico, necrótico. Se resuelve extirpar el músculo glúteo mayor y parte del glúteo mediano con el tumor, el que es imposible de resecar totalmente pues infiltra la masa muscular profunda. Sangra profusamente. Se coloca Gelfoam y se cohibe parcialmente la hemorragia. Se sutura la piel. Vendaje compresivo.

Diagnóstico: tumor maligno muy vascularizado de región glútea izq.

El paciente evolucionó bien en este segundo postoperatorio, observándose 2 o 3 hemorragias a nivel de su herida operatoria. El tumor glúteo continuó su crecimiento hasta el momento del alta, el 4 - IX - 58.

El examen anatomopatológico (Br. N. Toledo) fue informado:

“La pieza sometida a examen consiste esencialmente en un tumor envuelto parcialmente por partes blandas, de forma groseramente nodular, de bordes policíclicos, con zonas que crecen infiltrando los tejidos vecinos.

Toda la pieza mide 11 x 7 cms. en sus dos diámetros mayores y pesa 470 grs. (Fig. 1). El tumor es sólido, pero ofrece poca resistencia a la presión, sobretudo en la porción periférica, siendo en cambio excavado y más blanduzco en el centro.

A la sección se observa una coloración blanca rosácea de la lesión, salpicada de foquitos rojizos que impresionan como vasos sanguíneos congestivos.

Pero el hecho más llamativo es la presencia de innumerables formaciones cavitarias pequeñas, con aspecto de vesículas o pequeños quistes, de contenido gelatinoso o coloideo.

El tumor está rodeado por gruesos haces musculares, hojas aponeuróticas y tejido adiposo; los haces musculares están infiltrados por el tumor el cual en algunas zonas llega hasta la aponeurosis superficial.

La microscopía demostró que el neoplasma está constituido por una proliferación extensa y difusa de vesículas tiroideas en medio de un estroma muy rico en vasos sanguíneos. (Fig. 2 y Fig. 3).

Dichas vesículas son de diverso tamaño, habiendo todos los grados entre las muy pequeñas y casi sin luz y las grandes vesículas quísticas.

Todas las vesículas contienen material con caracteres de sustancia coloide tiroidea, con moderada acidofilia y en algunas zonas con aspecto

vacuolar. La estructura de las vesículas es bastante típica, con un epitelio cúbico, pero en algunas zonas tiende a formar cordones sólidos de tejido tiroideo, en otras en cambio hay tendencia al crecimiento papilar intravesicular.

Algunas formaciones vesiculares además de tomar aspecto microquístico son alargadas y tortuosas. En las zonas de propagación periférica tumoral la infiltración se hace por medio de cordones sólidos epiteliomatosos.

En ninguna parte se observa figuras de división celular. El estroma del tumor tiene partes fibrosas, formándose logias rodeadas por bandas esclerosas. La riqueza vascular es importante, formada por vasos jóvenes, así como vasos adultos seguramente pre-existentes. Existen zonas de



Fig. 2

necrobiosis tumoral que presentan además una intensa reacción inflamatoria linfocítica y plasmocitaria. Finalmente debe anotarse la presencia de restos trabeculares de naturaleza ósea en medio de algunos cordones tumorales testimoniando su evasión desde el hueso que lo albergaba hacia las partes blandas vecinas y su poder osteolítico.

**En resumen:** se trata de un tumor maligno, metastásico, CARCINOMA TIROIDEO, con partes dominantes de adenocarcinoma bien diferenciado coloido-secretante y parte de carcinoma sólido (menos diferenciado)

Un nuevo examen clínico del paciente, mostró en su cuello un nódulo duro, pequeño, del lóbulo izq. del tiroides, que no se encontró en el primer examen. El paciente se negó terminantemente a que se puncionara o extirpara. El 2-VII-58 se comprueba en radiografía de columna: lesión osteolítica de 12ª dorsal. Las radiografías de cuello, miembros y cráneo no mostraron metástasis.

El paciente abandonó el Hospital Pasteur el 4-IX-58, evolucionó

en su ciudad (Minas), con algunas hemorragias a nivel del tumor, falleciendo en el curso de una de ellas, en Febrero de 1959.

En resumen, se trata de un paciente en el que una metástasis ósea-iliaca, de un cáncer de tiroides, se presenta como un tumor con caracteres aneurismales, de la región glútea. La intervención precedida 15 días antes de una ligadura de la íliaca interna evidencia un tumor maligno inextirpable.

El estudio histológico afirma su carácter tiroideo. La glándula ti-

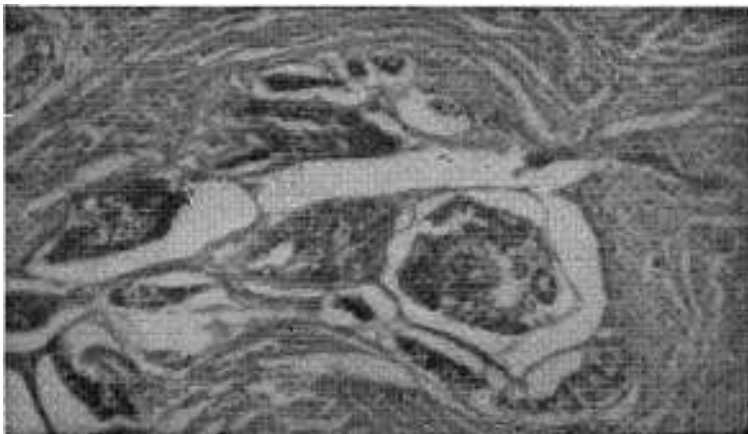


Fig. 3

roides, moderadamente engrosada en el primer examen evidencia un nódulo duro y pequeño seis meses después. El tumor óseo secundario aparece inicialmente como clínicamente primitivo. Más tarde una nueva metástasis es descubierta en D. 12.

La tendencia particular del cáncer tiroideo para hacer metástasis óseas es hecho conocido desde largo tiempo y el caso descrito por Morris en 1880, cuyo espécimen se conserva en el museo del Hospital de Middlesex, sería uno de los primeros señalados. El tumor situado en el parietal izquierdo apareció después de un trauma, era pulsátil y se asociaba a un tiroides muy ligeramente aumentado de tamaño. *W. Haward* describe dos años después un nuevo caso con metástasis óseas múltiples (cráneo, omóplato, vértebras cervicales y pelvis) algunas de las cuales eran pulsátiles y otras no, indicando que este último hecho no tiene significación diagnóstica.

**Kanoky** (1915) (1) divide los tumores óseos de origen tiroideo en dos tipos: 1) el primero y más frecuente corresponde a metástasis de

crecimientos malignos de tiroides; 2) el segundo corresponde a aquellos casos en que el tiroides aparece normal o es el asiento de un bocio clínicamente benigno. En un cuarto de los casos la tiroides aparece como clínicamente normal; en otro grupo de casos la glándula aunque aumentada de tamaño, no ha experimentado cambio alguno por un largo período de tiempo que puede llegar a 30 años. Puede tener un nódulo solitario presente desde hace mucho tiempo sin cambio aparente. En otro grupo de casos se ha operado por un proceso tiroideo considerado como benigno años antes de que el depósito óseo aparezca; el intervalo entre la tiroidectomía y la subsiguiente aparición de la o las metástasis, puede ser sorprendentemente largo.

La metástasis es en la mayoría de los casos de crecimiento lento y puede ser el único depósito secundario presente en el organismo, habiendo sido confirmado esto último por cuidadosos exámenes post mortem. Este hecho tiene proyecciones muy grandes para el criterio a seguir en este tipo de tumores óseos. La posibilidad de metástasis con tiroides normal o en un bocio benigno es formalmente negado hoy y la expresión "bocio benigno metastásico" no tiene en la actualidad más que un interés histórico sin ninguna justificación en la patología moderna (Willis) (2); en esos casos, hay en realidad un proceso maligno comenzante a menudo en su inicio, y por ello frecuentemente ignorado.

El excelente artículo de Joll (1923) (3) le permite a este autor pensar después de un cuidadoso análisis de 44 casos publicados de depósitos óseos asociados a un tiroides normal o un bocio de aspecto benigno, que las afirmaciones hechas al respecto encuentran su explicación en la dificultad real señalada casi unánimemente de trazar la exacta delimitación histológica entre los crecimientos benignos y malignos de la glándula.

Pero un hecho surge en primer término y debe ser destacado en relación con el enfermo que motiva esta comunicación: el tumor metastático puede ser el primero en aparecer, es a menudo único no sólo clínicamente sino también del punto de vista anátomo patológico (exámenes necrópsicos) y nada hay en él que revele su carácter tiroideo como no sea el examen histológico. La tiroides puede presentar en esos casos, tres situaciones del punto de vista clínico: normal, difusamente aumentada de tamaño o con una formación nodular (única o múltiple). La primera situación explica los relativamente numerosos casos publicados de tumores óseos que han sido considerados como primitivos y operado como tales, resultando ser metástasis de un cán-

cer latente de tiroides. Willis afirma que el cáncer tiroideo puede ser tan pequeño que escapa a la investigación necrópica a menos de una búsqueda particularmente minuciosa. En el primer examen de nuestro paciente no se palpó nódulo tiroideo que era sin embargo evidente seis meses después.

El segundo hecho interesante del caso que se presenta es el carácter pulsátil del tumor que llevó a pensar inicialmente en un aneurisma.

Este hecho que va por cuenta de la gran vascularización de estos tumores es conocido desde las primeras descripciones (Morris 1880; Haward 1882). Cramer en 1887 relata un caso en que el depósito secundario ocupa el esternón, late tan marcadamente y causa tanto dolor que es tomado por un aneurisma, lo que llevó al cirujano a ligar algunos de los grandes vasos. Posteriormente, numerosas observaciones se han publicado, señalándose que el gran desarrollo vascular de estos tumores que puede hacerlos pulsátiles expone a confundirlos con aneurismas, especialmente si se localizan en esternón, cráneo o pelvis. En el caso de Halbron (1904), metástasis esternales fueron tomadas por aneurisma aórtico, igual que en el caso de Helbing (citado por Simpson - 1926) siendo este último caso notable por su larga sobrevida de 17 años.

En el caso de Rhea (1926) una metástasis pulsátil de fémur llevó a una ligadura de iliaca por supuesto aneurisma femoral.

Pero el carácter pulsátil no pertenece en propiedad a las metástasis tiroideas ni es constante en ellas. Hay metástasis óseas tiroideas no pulsátiles —en ciertos casos de metástasis múltiples, unas tienen ese aspecto y otras no— y también pueden tener esa característica ciertos sarcomas óseos y las metástasis de los carcinomas renales.

*EN RESUMEN.* — Presentamos un caso de tumor de hueso iliaco con caracteres clínicos de tumor tipo aneurismal —latidos y expansión— en el que se hizo ligadura previa de arteria iliaca interna y en el que el examen anatomopatológico evidenció tratarse de una metástasis de un carcinoma tiroideo. En el examen clínico del paciente se encontró un tiroides moderadamente aumentado de tamaño sin nódulo palpable. Un nuevo examen seis meses después pone en evidencia un nódulo tiroideo duro y pe-

queño que no pudo estudiarse por negativa del enfermo (ni punción ni extirpación).

Se hace a propósito de este caso una revisión de algunos casos relatados, siendo este el primero que se publica en el país.

#### BIBLIOGRAFIA

1. KANOKY, J. P. — Thyroid Tumors of Bones. S.G.O. 22: 679 - 687 1916.
2. WILLIS, R. A. — Pathology of Tumours. Butterworths. London 1948 y The Spread of tumours in the human Body. Butterworths 1952.
3. JOLL, C. A. — Metastatic Tumours of Bone. The British Journal of Surgery 11: 38 - 72; 1923 - 24 y Diseases of the Thyroid Gland London 1932.