

## 37 observaciones

Dr. WALTER SUIFFET \*

En el año 1967, con motivo de la realización del 18 Congreso Uruguayo de Cirugía, se realizó una Mesa Redonda sobre "Cáncer de Tiroides". En ella se abordaron importantes aspectos de esta enfermedad (1, 2, 3, 4, 5). En la exposición sobre tratamiento quirúrgico, analizamos conceptos básicos sobre los cuales se apoya la terapéutica, así como el criterio personal sobre la selección de la táctica quirúrgica en base al análisis bibliográfico y a la experiencia personal que ascendía a 21 observaciones (4).

Esta comunicación analiza la experiencia actual (37 casos) y la evolución de los tratados anteriormente. Esta casuística no es numerosa pero la consideramos de interés por algunas razones: traduce una experiencia personal de 20 años en la atención de esta afección, pues

todos los pacientes han sido controlados directamente a lo largo de dos décadas; todos los casos han sido tratados con los conceptos analizados en 1967; los resultados obtenidos que serán expuestos más adelante nos afirman en las opiniones vertidas en esa oportunidad.

Decíamos entonces y transcribimos ahora por considerarlo de interés algunos puntos básicos: "El tratamiento quirúrgico del carcinoma de la glándula tiroides ha sido y es motivo de grandes controversias. Las modalidades tan peculiares de esta afección, hace muy difícil establecer normas rígidas aplicables por igual a todos los casos. 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 excéresis no desborde las características biológicas de la enfermedad. No se deberán utilizar técnicas excesivamente agresivas, frente a una morfo-

---

\* Profesor Director de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Presentado el 24 de octubre de 1974.

logía 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 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.

Del punto de vista oncológico, un órgano que alberga el cáncer debe ser extirpado junto con los territorios celulo-linfo-ganglionares 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.

Del punto de vista conceptual, al elegir la terapéutica quirúrgica deben considerarse diversos aspectos:

1) Biopatología del tumor; 2) Sexo; 3) Edad; 4) Extensión de la excéresis glandular, linfoganglionar y de las estructuras periglandulares. Del análisis de estos elementos fundamentales, surgirá la táctica a seguir que expresaremos analizando las situaciones en particular.

### **I) BOCIO NODULAR UNICO O MULTIPLE NO FUNCIONANTE**

Se practicará la excéresis sistemática a cualquier edad, aún cuando no exista sospecha ni diagnóstico de carcinoma, pues su incidencia en estas situaciones oscila de 1 a 32 % de los casos. Luego de la exploración glandular completa, se procederá a la resección glandular. Esta será subtotal amplia, desbordando la zona patológica, o la lobectomía según las situaciones. Se deberá evitar la efracción del nódulo, por los riesgos de la siembra local.

Si la intervención se practica con diagnóstico o sospecha de carcinoma, se hará la exploración glandular y linfoganglionar exhaustiva. En los niños y adolescentes se procederá a la lobectomía; en los adultos, a la lobectomía y resección subtotal del lado opuesto. La tiroidectomía total la reservamos para las lesiones que se asientan en ambos lóbulos, o que aún siendo unilateral invade el istmo y el lado opuesto. No realizamos sistemáticamente la tiroidectomía total fuera de estas situaciones.

Un paso importante lo constituye la exploración cuidadosa de todos los territorios linfoganglionares. Actuamos sobre ellos solamente cuando hay evidencia de adenopatía colonizada. El vaciamiento que practicamos es subradical del lado de la lesión. En esta situación, es excepcional la indicación del vaciamiento radical. No realizamos vaciamiento profiláctico

en los tumores diferenciados. En la remota posibilidad que la biopsia estemporánea muestre que se trata de un tumor indiferenciado, consideramos indicado la tiroidectomía total y el vaciamiento ganglionar profiláctico. Esta situación es excepcional y de tremenda gravedad, pero la única posibilidad de éxito la proporciona esta conducta.

### **II) TUMOR TIROIDEO CON METASTASIS**

#### **A) Metástasis ganglionares uni o bilaterales.**

En los tumores diferenciados se observa esta situación en 27 a 58 % de los casos. En lo que respecta a la conducta con la glándula, se seguirán exactamente los mismos lineamientos expresados en la situación anterior. Practicamos la exploración linfoganglionar completa y el vaciamiento homolateral subradical. Se practicará el vaciamiento radical en adenopatías voluminosas o exteriorizadas, con infiltración de las estructuras periganglionares. Si hay extensión linfática bilateral se realizará tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar bilateral. Hemos practicado en estos casos el vaciamiento escalonado (radical-subradical o subradical bilateral de acuerdo a las circunstancias locales).

En los tumores indiferenciados se observa esta situación en 48 a 50 % de los casos. La única posibilidad la brinda la tiroidectomía total y el vaciamiento ganglionar bilateral (radical-subradical), aunque la biología de este proceso hace muy remota las posibilidades de éxito.

#### **B) Metástasis óseas o pulmonares.**

En los tumores diferenciados se observa esta situación en 10 a 45 % de los casos. En lo que respecta a la conducta con la glándula, se practicará la tiroidectomía total extracapsular rigurosa, cualquiera sea el tamaño y las características morfológicas de la lesión. Esta táctica está exigida por la supresión total del parénquima tiroideo, única manera de poder actuar luego sobre las metástasis por medio de los isótopos radioactivos. Si la exploración linfoganglionar muestra adenopatías colonizadas, se procederá con los lineamientos expresados anteriormente.

En los tumores indiferenciados con metástasis óseas y/o pulmonares, consideramos que la cirugía glandular está contraindicada, pues aún cuando fuese posible, no es factible actuar luego sobre la metástasis con las mismas esperanzas curativas como en los tumores diferenciados.

### **III) METASTASIS AISLADAS SIN TUMOR TIROIDEO**

En los tumores diferenciados la metástasis puede ser la primera manifestación de la enfermedad. La adenopatía puede presentarse como primera manifestación clínica en un 15 a 50 % de los casos. Se procederá a la exploración operatoria de la glándula. Si hay lesión reconocible, se realizará la resección glandular,

de acuerdo a lo ya expresado. Si no es posible reconocer la lesión, se practicará la excéresis glandular a ciegas, extirpándose totalmente el lóbulo del lado donde están implantadas las adenopatías. La extensión de la resección así como la conducta con los territorios linfáticos colonizados, se coindicará en la misma forma expresada en el capítulo II-A) o sea cuando se reconoce el tumor tiroideo con adenopatías clínicamente colonizadas. Las metástasis óseas o pulmonares pueden presentarse como primera manifestación de la enfermedad. Establecido el diagnóstico por el examen anatomopatológico de la metástasis, la táctica quirúrgica a seguir es exactamente la expresada en el capítulo II-B). Es necesario insistir en la importancia del diagnóstico correcto de la metástasis, lo que conducirá a la tiroidectomía total, sin ninguna discusión, aun en aquellos casos en que no se reconozca lesión glandular en la exploración quirúrgica. En los tumores indiferenciados con este tipo de metástasis, no consideramos oportuno la acción quirúrgica sobre la glándula.

**IV) TUMOR INDIFERENCIADO EVOLUCIONADO**

Esta forma está fuera del alcance quirúrgico con pretensiones curativas. Solo podrá utilizarse la cirugía dirigida a la decompresión sobre el árbol visceral.

**V) TUMORES OPERADOS**

**A) Operación anterior reciente.**

Carcinoma diferenciado. Es la situación más frecuente. Si se ha practicado sin diagnóstico previo de carcinoma, la tiroidectomía subtotal amplia con sección del parénquima normal, sin focos de extensión neoplásica fuera de la zona lesional, se realizará solamente la vigilancia clínica del paciente. En 8 casos esta conducta ha sido adoptada y la evolución ha sido favorable. Si la sección ha sido muy cercana al nódulo tumoral; si ha habido efracción lesional o si existen focos de diseminación en el parénquima que rodea la lesión, se completará la lobectomía en los niños y adolescentes. En los adultos se le agregará además la resección subtotal del lado aparentemente sano. Se practicará la exploración linfoganglionar completa y se procederá en consecuencia. Si se ha practicado lobectomía, se realizará solamente la vigilancia del paciente.

Carcinoma indiferenciado. Cuando se ha realizado una intervención de resección glandular no total y el examen muestra que se trata de un carcinoma indiferenciado, se completará a la brevedad posible la tiroidectomía total y el vaciamiento ganglionar bilateral.

**B) Operación anterior alejada.**

Esta situación se plantea prácticamente en los carcinomas diferenciados.

Analizaremos diversas situaciones:

—Cuando se ha practicado una lobectomía y aparecen manifestaciones del proceso en el lóbulo remanente, se realizará la tiroidectomía total secundaria. La misma conducta se seguirá

**CUADRO 1  
SINTESIS DE LOS DATOS ESTADISTICOS  
GENERALES**

**Carcinoma tiroideo (1951-1973)  
37 observaciones**

**Sexo:**  
Femenino 35 (94.5 %). Masculino 2 (5.4 %).

**Tipo patológico:**  
Diferenciado 31 (83.8 %). Indiferenciado 6 (16.2 %).

**Edad:**

10 a 20 años:	5 (5 Dif. 100 %)	
21 a 30 años:	3 (3 Dif. 100 %)	
31 a 40 años:	7 (7 Dif. 100 %)	
41 a 50 años:	5 (5 Dif. 100 %)	
51 a 60 años:	8 (6 Dif. 75 %)	2 Indif. 25 %
61 a 70 años:	3 (2 Dif. 66 %)	1 Indif. 33 %
71 a 80 años:	6 (3 Dif. 50 %)	3 Indif. 50 %

**Tiempo de evolución clínica:**

30 años — Bocio anterior (Dif.) ..	1 Caso
18 años — Bocio anterior (Dif.) ..	1 Caso
15 años — Adenopatía aislada (Dif.) ..	1 Caso
15 años — Bocio anterior (Dif.) .....	2 Casos
7 años — Bocio anterior (Dif.) .....	1 Caso
5 años — Adenopatía aislada (Dif.) ..	1 Caso
5 años — Bocio (2 Dif. - 1 Indif.)	3 Casos
4 años — Bocio (Dif.) .....	1 Caso
3 años — Bocio (Indif.) .....	1 Caso
2 años — Bocio (Dif.) .....	3 Casos
1 año — Bocio ( 3 Dif. - 1 Indif.)	4 Casos
1 año — Bocio (14 Dif. - 3 Indif.)	17 Casos
1 año — Metástasis ósea (Dif.)	1 Caso

**Tipo clínico de la lesión:**

Bocio nodular único (15 Dif. - 1 Indif.)	16 Casos (43.3%)
Bocio multinodular (4 Dif. - 1 Indif.)	5 Casos (13.5%)
Nódulo y adenopatía (6 Dif. - 1 Indif.)	7 Casos (18.9%)
Adenopatía aislada (2 Dif.) .....	2 Casos (5.4%)
Tumor voluminoso (3 Dif. - 3 Indif.)	6 Casos (16.2%)
Metástasis ósea (1 Dif.) .....	1 Caso (2.7%)

aún cuando se haya realizado una resección subtotal previa.

—Cuando aparecen manifestaciones en el resto glandular homolateral luego de una resección subtotal, se completará la lobectomía y se explorará el lóbulo opuesto.

—Cuando aparecen metástasis ganglionares luego de una intervención anterior se realizará: 1) exploración operatoria completa; 2) si hay lesión glandular, se completará la tiroidectomía total; 3) si las adenopatías son homolaterales, se realizará vaciamiento ganglionar y exploración del resto glandular; 4) si las adenopatías son controlaterales se practicará la tiroidectomía total y el vaciamiento ganglionar adecuado.

—Cuando aparezcan metástasis óseas o pulmonares se completará la tiroidectomía total con exploración ganglionar y acción sobre estos territorios de acuerdo a los hallazgos.

Las conductas antes mencionadas se adoptarán cualquiera sea el tiempo transcurrido luego de la primera operación.

Expuestos en forma sintética los principios tácticos terapéuticos que hemos seguido en el curso de nuestra experiencia en el tratamiento del carcinoma tiroideo, expondremos en forma sintética la casuística personal y los resultados obtenidos.

**CUADRO 2**  
**SINTESIS DE LA TERAPEUTICA REALIZADA**

Sin diagnóstico ni sospecha de carcinoma	Tratamiento	Con diagnóstico o sospecha de carcinoma
0	Tiroidectomía total .....	1 ( 2.7 %)
8	Tiroidectomía subtotal .....	8 (21.6 %)
3 (1 Indif.)	Lobectomía .....	12 (32.4 %)
5	Lobectomía-Istmectomía y subtotal	9 (24.3 %)
1	Istmectomía .....	1 ( 2.7 %)
0	Excéresis parcial .....	3 ( 8.1 %)
0	No operados .....	3 ( 8.1 %)
17 (46 %)	37 Observaciones .....	37 ( 100 %)
1 (2.7 %)	Vaciamiento ganglionar	10 (27. %)
		20 (54 %)
		9 (24.3 %)

**CUADRO 3**

**SINTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA RESECCION GLANDULAR AISLADA  
SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR PROFILACTICO**

*Evolución de los casos tratados por resección glandular aislada*

Resección glandular sin vaciamiento ganglionar		21 Casos (56.8 %)
— Sin aparición ulterior de adenopatías clínicas ni otras manifestaciones de la enfermedad		19 Casos (Dif.)
Menos de 5 años	7	
De 5 a 10 años	8	
Más de 10 años	4	
	19 Casos (90.5 %)	
— Fallecidos: 1 mes	1 (Indif.)	2 Casos (Indif.)
10 meses	1 (Indif.)	
	2 Casos ( 9.5 %)	
Resección glandular incompleta (Tumores diferenciados evolucionados)		3 Casos (8.1 %)
— Sobrevive con tumor	1 Caso	
— Fallecidos: 5 días	1 Caso	
1 año	1 Caso	

**CUADRO 4**

**SINTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA RESECCION GLANDULAR  
CON VACIAMIENTO GANGLIONAR TERAPEUTICO**

*Evolución de los casos tratados por resección glandular  
y vaciamiento ganglionar teraputico*

Resección glandular con vaciamiento ganglionar (Radical 2 - Subradical 7 - Bilateral 1)		10 Casos (27 %)
Sin manifestaciones clínicas de la enfermedad		7 Casos
Menos de 5 años	2	
De 5 a 10 años	2	
Más de 10 años	3	
	7 Casos (70 %)	
— Fallecidos: 5 años	1 (Dif.)	3 Casos
10 años	1 (Dif.)	
10 meses	1 (Indif.)	
	3 Casos (30 %)	

CUADRO 5

SINTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS  
EN LOS CASOS DE TUMORES INDIFERENCIADOS VOLUMINOSOS

*Evolución de los casos de tumor indiferenciado evolucionado*

Tratamiento médico		3 Casos (8.1 %)
— Fallecidos: 6 meses	1 Caso	3 Casos
4 meses	1 Caso	
4 días	1 Caso	
	3 Casos (100 %)	

CUADRO 6

SINTESIS GLOBAL DEL RESULTADO DEL TRATAMIENTO REALIZADO  
EN 37 OBSERVACIONES DE CARCINOMA TIROIDEO

(DIF. 31 = 83.8 % — INDIF. 6 16.2 %)

*Tratamiento quirúrgico*

RESECCION GLANDULAR (28 Dif. - 3 Indif.)		31 Casos (83.8 %)
— Aislada (19 Dif. - 2 Indif.)	21 (56.8 %)	
— Con vaciamiento (9 Dif. - 1 Indif.)	10 (27. %)	
RESECCION INCOMPLETA DEL TUMOR (3 Dif.)		3 Casos ( 8.1 %)
TRATAMIENTO NO QUIRURGICO (Indif.)		34 Casos (91.9 %)
		3 Casos ( 8.1 %)
	TOTAL	37 Casos ( 100 %)

*Resultados globales del tratamiento*

EVOLUCION FAVORABLE		26 Casos (70.3 %)
Menos de 5 años	9 (24.3 %)	
De 5 a 10 años	10 (27. %)	
Más de 10 años	7 (19. %)	
PERSISTENCIA DEL TUMOR		1 Caso ( 2.7 %)
= FALLECIDOS		10 Casos (27. %)
		37 Casos ( 100 %)

Dif. 4 (10.8 % del total - 13 % de Dif.)  
Indif. 6 (16.2 % del total - 100 % de Indif.)

CONCLUSIONES

—Se han tratado en forma personal 37 casos de carcinoma tiroideo.

—La mayor parte de los pacientes pertenecen al sexo femenino (94.5 %).

—Los tumores diferenciados son los más frecuentes (83.8 %).

—El carcinoma tiroideo se observa en todas las edades. Los indiferenciados son más frecuentes después de la 5ª década.

—El tiempo de evolución clínica es más rápido en los indiferenciados, pudiendo ser muy largo en los diferenciados.

—La forma de presentarse la enfermedad es variada, pero predomina el bocio nodular no funcionante (único 43.3 % — múltiple 13.5 %). El nódulo y la adenopatía se observaron en 18.9 % de los casos, siendo importante destacar la presencia de adenopatías aisladas (5.4 %) aún con muchos años de evolución, sin ma-

nifestaciones glandulares. El tumor voluminoso se observó en 16.2 % de los casos, correspondiendo a tumores indiferenciados de crecimiento rápido o a diferenciados de larga data de evolución. Las metástasis óseas pueden ser primera manifestación de la enfermedad (2.7 %) aún sin manifestaciones glandulares.

—La intervención realizada se adecuó al diagnóstico y al tipo de la lesión. No hubo sospecha ni diagnóstico de carcinoma en 46 % de los casos, lo que indica la importancia de la acción quirúrgica en el bocio nodular no funcionante.

—La tiroidectomía fue parcial en 81 % de los casos; total en 2.7 % y resección incompleta del tumor en 8.1 %.

—No se observaron recidivas en el parénquima glandular remanente en ninguno de los casos en que se practicó resección glandular parcial observados de 5 a 21 años.

—El vaciamiento ganglionar se practicó sólo en casos de adenopatías clínicamente colonizadas (27 %) no observándose aparición ulterior de adenopatías en los casos en que no se practicó vaciamiento profiláctico, observados de 5 a 21 años.

—Los resultados muestran las particularidades de esta enfermedad. Los carcinomas indiferenciados fallecieron todos (100 %) en un lapso no mayor de 10 meses. Los diferenciados presentaron una mortalidad de 13 % (4 en 31). De estas cuatro observaciones, dos corresponden a tumores evolucionados que no fueron extirpados. De los 2 restantes 1 falleció a los 10 años de operado de una afección intercurrente y el restante falleció a los 5 años por recidiva de la enfermedad. Ello significa que la mortalidad real en este tipo patológico es de 3.25 % a los 5 años de operado.

—El tiempo de sobrevida global discriminado cronológicamente fue de: menos de 5 años (24.3 %); de 5 a 10 años (27 %) y más de 10 años (19 %), con un total de 70.3 % de sobrevida de todos los casos tratados, con las profundas diferencias ya anotadas de acuerdo al tipo patológico.

## RESUMEN

Se han tratado en forma personal 57 casos de carcinoma tiroideo. La mayor parte son diferenciados (83.8 %). La forma clínica de presentación más frecuente es el bocio nodular no funcionante. La intervención realizada se adecuó al diagnóstico y al tipo de la lesión. La tiroidectomía fue parcial en 81 % de los casos, total en 2.7 % y resección incompleta del tumor en 8.1 %. El vaciamiento ganglionar se practicó sólo frente a adenopatías clínicamente colonizadas. Los carcinomas indiferenciados fallecieron todos. Los diferenciados presentaron una mortalidad global del 13 %.

## RÉSUMÉ

Traitement personnel par l'auteur de 57 cas de carcinome thyroïdien. La plupart sont différenciés (83.8 %). La forme la plus fréquente de présentation clinique est le goitre nodulaire non fonctionnant. L'intervention effectuée fut faite en fonction du diagnostic et du type de lésion. La thyroïdectomie fut partielle dans 81 % des cas, totale dans 2,7 % et la résection incomplète de la tumeur dans 8,1 %. Le vidage ganglionnaire ne fut pratiqué que dans les cas d'adenopathies cliniquement colonisées. Les carcinomes indifférenciés provoquèrent tous le décès. La mortalité globale des différenciés fut de 13 %.

## SUMMARY

Our case material for thyroid carcinoma consists of 57 patients and the majority of these tumors (83.8 %) were differentiated. Most frequent clinical appearance consisted of non functioning nodular goiter. Surgery was determined by diagnosis and type of lesion: partial thyroidectomy 81 % total thyroidectomy 2.7 % and incomplete resection of tumor 8.1 %. Dissection of ganglia was performed only in cases of clinically colonized adenopathies. All patients with non differentiated carcinomas died. In differentiated cases there was an overall deathrate of 13 %.

## BIBLIOGRAFIA

1. GROSSO, O. F. Cáncer de tiroides. Clasificación y patología. *18 Congr. Urug. Cir.*, I: 9, 1967.
2. MAGGIOLO, J. Cáncer de tiroides. Diagnóstico y formas clínicas. *18 Congr. Urug. Cir.*, I: 25, 1967.
3. PASEYRO, P. Cáncer de tiroides. Diagnóstico citológico e inmunológico. *18 Cong. Urug. Cir.*, I: 65, 1967.
4. SUIFFET, W. Cáncer de tiroides. Tratamiento quirúrgico. *18 Cong. Urug. Cir.* I: 80 1967.
5. TRAIBEL J. A. Cáncer de tiroides. Tratamiento actínico y hormonal. *18 Cong. Urug. Cir.*, I: 115, 1967.

Se incluyen en esta bibliografía solamente los trabajos correspondientes a la Mesa Redonda sobre Cáncer de Tiroides. *18 Cong. Urug. de Cir.* 1967. En dichos trabajos se analizan 500 citas bibliográficas sobre el tema.

## DISCUSION

DR. CENDÁN.— Queremos felicitar al Dr. Suiffet por presentar una casuística que por el hecho de ser personal y seguida a través de 20 años con todo rigor, tiene un extraordinario valor aún cuando en número de casos, no pueda parangonarse con las estadísticas que se presentan en otras partes.

En nuestro medio es una casuística muy importante. Personalmente estamos de acuerdo prácticamente en el criterio que ha presentado el Dr. Suiffet y no tenemos nada que decir al respecto.

Queremos puntualizar solamente dos situaciones. Primero en lo que se refiere a la adenopatía metastásica en la ausencia de tumor tiroideo. Nosotros tenemos un solo caso. Una paciente de 18 años, a la que se le hizo biopsia de un ganglio del cuello, que demostró tratarse de un carcinoma papilar de tiroides. Practicamos entonces exploración quirúrgica que no nos permitió hacer diagnóstico de tumor de tiroides, y ante esa disyuntiva y a pesar de tratarse de una paciente tan joven, hicimos una tiroidectomía total. El estudio anatomopatológico realizado por el Dr. Cassinelli, con más de 200 cortes de la glándula no permitió encontrar el tumor.

Pasados 17 años, esa paciente volvió a consultar por un nódulo aparecido al costado de la tráquea del lado contralateral al cual se le había hecho la biopsia ganglionar. La exploramos y nos encontramos que tenía otro nódulo papilar, un carcinoma papilar de tiroides en un remanente, seguramente, a pesar de que habíamos hecho una tiroidectomía total. Esto demuestra varias cosas; en primer lugar, que no se puede estar muy seguro al decir que se hizo una tiroidectomía total; segundo, la benignidad de estos tumores; tercero, esta es una enferma que lleva operada ahora ya seis años y sigue bajo nuestro control. Nosotros no hicimos vaciamiento ganglionar del otro lado y la enferma está evolucionando hasta ahora perfectamente bien.

El otro aspecto al que nos queríamos referir es al problema serio que plantean los bocios multinodulares con nódulos fríos en donde por el hecho de ser multinodulares, uno tiene poco presente la posibilidad de que se trate de un cáncer de tiroides. Entre los bocios nodulares operados, nosotros tenemos tres casos en los cuales no la clínica sino la anatomía patológica demostró que se trataba de carcinomas diferenciados múltiples. En uno de los casos localizados en el mismo

lóbulo, pero en los otros dos casos, localizados en los dos lóbulos.

La tiroidectomía subtotal realizada por nosotros en esos tres casos, nos eximió de una reintervención; no hemos hecho más que seguir esos enfermos y la evolución hasta ahora ha sido favorable.

Queremos insistir al respecto, en la importancia de la conducta en los que se refiere a como debe realizarse la tiroidectomía subtotal para ponerse a cubierto del peligro de dejar nódulos tiroideos que puedan ser cáncer cuando se hace una tiroidectomía subtotal sin una exploración adecuada de la glándula tiroidea.

Seguimos en ese sentido el criterio de Hertzler que dice que la tiroidectomía subtotal debe realizarse conservando el polo superior de la glándula que es el que se puede explorar más perfectamente.

Nosotros procedemos de esa forma, y creemos que es la conducta que se debe seguir en estos bocios nodulares, para ponerse a cubierto de dejar cáncer.

DR. VALLS.— Felicito al Dr. Suiffet por haber presentado este tema en toda su experiencia. Muestra de acuerdo con la experiencia que hemos adquirido nosotros, mucho más modesta en cuanto lo presentado y en buena parte enfermos que hemos operado, que el cáncer de tiroides en sus formas diferenciadas tiene una evolución notoriamente mejor que la mayoría de los cánceres y que se deben tratar con un criterio también distinto, basándonos en eso y en lo que hemos aprendido en el Congreso Uruguayo de Cirugía, en esa mesa redonda.

Tratamos un joven que tenía un carcinoma folicular, al que se le hizo el diagnóstico por una adenopatía, en el CASMU, e hicimos lobectomía total del lado derecho con vaciamiento total del mismo lado y tiroidectomía subtotal del lado opuesto, previendo que pudiera hacerse tratar si no aparecía metástasis, con radioactivo. Este enfermo evolucionó perfectamente bien.

Tenemos otro caso tratado de la misma manera, que evolucionó bien. El primero que me acuerdo, que fue operado en el año 1951, cuando un estudiante de medicina tenía un neoplasma de tiroides, en el Pasteur, que se le hizo diagnóstico de nódulo tiroideo, del cual se perdió la anatomía patológica, encontrándose al cabo de un tiempo. Era un neoplasma, y el Profesor Del Campo le hizo una lobectomía total del lado derecho y subtotal del izquierdo y vaciamiento ganglionar. Lo más notable es que los linfáticos cruzaban por detrás de la tráquea e iban hacia el otro lado, lo que mostró lo falaz que podía ser la pretensión de hacer vaciamiento con criterio oncológico.

Con respecto a los neoplasmas también evolucionados, tuvimos este año en la clínica, una enferma que ingresó con un neoplasma muy evolucionado con sufrimiento respiratorio, con crisis asfícticas, que se estudió por ORL y el neoplasma invadía la laringe y la ulceraba por debajo de las cuerdas vocales. A esa enferma se le hizo extirpación con vaciamiento ganglionar, se le extirpó el tiroides, el neoplasma de tiroides, la tráquea y la laringe, se hizo en combinación con el ORL. Nosotros pensábamos que esa enferma se iba a morir, y evolucionó perfectamente bien, quedando con una traqueostomía definitiva y conservó la faringe, que se pudo cerrar y pudo deglutir por boca.

De modo que todo lo que he dicho es para reafirmar los conceptos que expresó el Dr. Suiffet, y hablar también de estos casos, sobre todo de este último que hubo que hacer una resección inmensa y evolucionó bien.

DR. SUIFFET.— Agradecemos a los Dres. Valls y Cendán sus comentarios. Lo que hemos hecho ha sido solamente exponer los resultados obtenidos con una definida conducta terapéutica en el carcinoma tiroideo. Hay una enorme cantidad de problemas y matices en esta afección que podrían ser analizados.

Lo que ha expresado el Dr. Valls es interesante porque los carcinomas foliculares son los que menos frecuentemente presentan adenopatías en el cuello. Puede suceder también, como lo hemos observado con el Dr. Saralegui de que exista un carcinoma papilar en la glándula y que la metástasis ganglionar sea folicular. Existen formas mixtas en el tumor primitivo, foliculo-papilares, y existen formas mixtas en el tumor primitivo y las metástasis ganglionares.

El segundo caso que relató el Dr. Valls ya había sido operado. Las posibilidades son distintas porque había pasado un tiempo apreciable. El hecho de que haya diseminación linfática le da valor a un concepto patológico. El carcinoma diferenciado papilífero es muy grave cuando se produce la efracción y la siembra local del tumor. Por esta razón es fundamental que cuando se practica la tiroidectomía en el nódulo más inocente se seccione en pleno parénquima sano si se practica la tiroidectomía subtotal. Estamos de acuerdo con el Dr. Cendán en practicar lobectomía, pero es necesario recordar que se hace correr más riesgos a la glándula paratiroides y eso es tanto más importante en la infancia y en la adolescencia.

El Dr. Valls se refirió al tumor evolucionado con erosión o penetración en el árbol respiratorio. Hay observaciones en la literatura similar a la referida. Desde luego que cuando el tumor alcanza a esta difusión, la terapéutica es simplemente paliativa.

El Dr. Cendán hizo mención a un hecho interesante. Se practica tiroidectomía total y luego al realizar el test del I131 aparece tejido tiroideo remanente. Si se quiere hacer una tiroidectomía total, para poder después realizar una terapéutica con I131, es necesario hacerla extracapsular. Es la única manera de que no quede tejido tiroideo. Pero la morbilidad es mayor porque las tiroidectomías totales preconizada por algunos autores, tienen un porcentaje de 15 a 20 % de casos de tetania permanente. Este problema es importante y en particular, lo es más si se trata de niños o adolescentes. La tiroidectomía total tiene a nuestro criterio, indicaciones precisas que ya han sido expuestas en el curso de nuestra presentación.

La situación que relata el Dr. Cendán respecto a los bocios multinodulares con carcinoma, es exacto. Cinco de nuestras observaciones (13.5 %) correspondían a bocios multinodulares.

El problema del carcinoma tiroideo es un tema candente que da lugar a múltiples consideraciones. Hemos mostrado una experiencia y los resultados obtenidos.