

Carcinoma de tiroides luego de radioterapia de cuello

Dres. Raúl Laviña Risso, Luis Perrone Noceti, Yamandú González Moreno,
Félix Leborgne, Julio Lorenzo y Nancy Toledo

Se presenta una observación de cáncer de tiroides originado en una glándula previamente irradiada durante el tratamiento de un neuroblastoma dorsal.

Se hacen consideraciones históricas, clínicas y terapéuticas.

Se concluye que la cirugía de elección, debe ser seguida de terapéutica supresiva y de control clínico seriado; frente a la recidiva se hará tiroidectomía total.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Thyroid.

DISCUSION

A partir de 1900 se comenzaron a tratar innumerable cantidad de procesos benignos de cabeza, cuello y tórax, con radioterapia (hiperplasia tímica, amigdalitis, acné, etc.).

Es en el año 1950, cuando Duffy y Fitzgerald (4) informaron sobre el papel cancerígeno de esta terapéutica sobre el tiroides.

Luego de ellos, han surgido gran cantidad de autores, como Sampson y col (10) sobre Hiroshima y Nagasaki, De Groot (2) en Chicago, Nishiyama y col. (8) y Simpson (11) en tratamiento de tumores tímicos, que resaltan la alta incidencia del carcinoma de tiroides en pacientes que por diferentes motivos reciben radioterapia de cuello.

En nuestro medio, las series presentadas por W. Suiffet (12), Perdomo (9) y Laviña (7), no muestran ningún caso de cáncer de tiroides en glándulas irradiadas.

HISTORIA CLINICA

Paciente de 18 años, procedente del Interior.

A los 4 años y medio, ingresa al servicio del Prof. Leborgne, Hosp. Pereira Rossell (Montevideo), por impotencia funcional de miembros inferiores, que en dos

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 5 de noviembre de 1980.

Residente de Cirugía, Cirujano, Médico Auxiliar, Oncólogo, Profesor Agregado de Clínica Pediátrica, Fac. Med. Montevideo y Anátomo - Patólogo. M.S.P.

Dirección: San Martín 3100, Montevideo (Dr. R. Laviña Risso).

meses progresó hasta la parálisis flácida, con un síndrome de Claudio Bernard-Horner izquierdo.

La Rx. de tórax, muestra una tumoración mediastinal posterior, alta, a nivel costovertebral izquierdo, con extensión supraclavicular.

La citología revela células anaplásicas.

Diagnóstico: neuroblastoma dorsal, con compresión medular.

Tratamiento: 1. Endoxán i/v. 2. Radioterapia con Cobalto 60, por campos anteriores y posteriores a distancia foco-piel de 40 cm., durante 5 semanas, hasta un total de 4.350 rads.

Evolución: satisfactoria.

El tiroides fue incluido en el campo de irradiación y recibió unos 3.000 rads.

A los 7 años: En un control radiológico, presenta una masa residual calcificada.

A los 14 años: Piramidalismo y síndrome de Claudio Bernard-Horner residual. Hipoplasia de la mitad inferior del hemitórax izquierdo.

A los 18 años: Nódulo tiroideo polar inferior derecho sin adenopatías, sin disfunción tiroidea. Centellograma: nódulo frío polar inferior derecho. Citología: intensa anisocariosis.

Tratamiento: se practica lobectomía total derecha e istmectomía. El examen patológico macroscópico extemporáneo (Dr. N. Toledo) no permite descartar la naturaleza maligna del proceso. Por lo tanto se completa la operación con la lobectomía subtotal izquierda.

Anatomía Patológica (inclusión): Carcinoma folicular con escasas áreas papilares. Linfomatosis difusa. Lóbulo izquierdo sin tumor.

Postoperatorio: Terapéutica supresiva con tiroidina vía oral.

Gammaografía de control: Escaso remanente glandular izquierdo.

Witt y col. (14) hacen una relación de la frecuencia del nódulo y del cáncer de tiroides en población normal y en población irradiada.

En la población normal, el nódulo aparece en el 3 %, con una incidencia del carcinoma de 36 por millón.

En cambio en la población irradiada, el bocio nodular aparece en un 32 % y el cáncer de tiroides en un 11 %.

Con respecto a la dosis carcinogénica en el hombre y en la rata, Doniach (3) calcula que es de 500 a 2.000 rads.

Hemplemann y Dolphin (6), comprobaron un aumento lineal en el riesgo de cáncer tiroideo, sobre dosis calculadas desde 50 a 1.125 rads

Según Wilson (13), el período latente entre la irradiación y la detección del carcinoma de tiroides es de alrededor de 10 años.

El tipo histológico más frecuente es el papilar, pudiendo ser multifocal; en un 10 % dan metástasis a distancia y a los 10 años este autor informa que hay de un 3 a 4 % de mortalidad; impresionan como menos malignos.

Otro factor importante en el efecto carcinogénico de la irradiación del tiroides se halla relacionado con el papel de la hormona tirotrófica/TSH. Doniach ha revelado que la TSH propicia o favorece el desarrollo de la neoplasia tiroidea.

Es muy posible que la pérdida de parénquima funcional tiroideo por la irradiación directa, altere el mecanismo de retroalimentación sobre el eje hipotálamo - hipofisario y contribuya a mantener valores elevados de hormona tirotrófica. En esto se basa la terapéutica supresora con tiroidina.

Según De Groot todo paciente que tuvo una exposición significativa a los rayos X, debe ser controlado durante 10 ó 20 años.

El criterio terapéutico de Witt y col. es el seguimiento del paciente. Cuando no hay glándula palpable se instala el tratamiento supresivo controles seriados, gammagrafía tiroidea y si aparece un nódulo frío: cirugía. Frente a un bocio nodular no captante, sugiere la cirugía cancerológica del tiroides y la terapéutica supresiva posterior.

Crile (1), más conservador, instala terapéutica supresiva continua, empleando sólo cirugía cuando la punción citológica es altamente sospechosa.

Nosotros, aplicamos las directivas cancerológicas generales sobre el tiroides, aceptadas en nuestro medio. Para esta paciente, lo indicado fue lobectomía, istmectomía y sub-total contralateral.

Se discute la tiroidectomía total en lugar de la terapéutica supresiva postoperatoria como realizamos nosotros.

La paciente debe ser seguida con controles periódicos y frente a la aparición de nódulo de tiroides remanente, debe ser reintervenida para completar la tiroidectomía.

RESUME

Carcinome thyroïdien après radiothérapie du cou

On présente une observation de cancer thyroïdien originé dans la glande irradiée au préalable, pendant le traitement d'un névroblastome dorsal.

On considère les données historiques, cliniques et thérapeutiques. On conclue que la chirurgie d'élection doit être suivie d'une thérapeutique de suppression et d'un contrôle clinique périodique. Face à la récurrence on fera la thyroïdectomie totale.

SUMMARY

Thyroid Carcinoma After Radiotherapy of the Neck

A case of carcinoma of a previously irradiated thyroid gland during the treatment of a dorsal neuroblastoma is reported.

Historical, clinical and therapeutical considerations are made.

The authors conclude that elective surgery should be followed by suppressive therapy and clinical control. In case of recurrence, total thyroidectomy should be undertaken.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CRILE G Jr. Carcinoma of the thyroid in children. *Ann Surg*, 150: 959, 1959.
2. DE GROOT L, PALOYAN E. Thyroid carcinoma and radiation. *J.A.M.A.*, 225: 487, 1973.
3. DONIACH I. Experimental induction of tumors of the thyroid by irradiation. *Br Med Bull*, 14: 181, 1958.
4. DUFFY BJ, FITZGERALD PJ. Thyroid cancer in childhood and adolescent. Report on 28 cases. *Cancer*, 3: 1018, 1950.
5. GREGORIO LA. Cancer tiroideo. A propósito de 60 casos. *Cir Uruguay*, 44: 166, 1974.
6. HEMPLEMAN LH. Risk of thyroid neoplasma after irradiation in childhood. *Science*, 160: 159, 1968.
7. LAVIÑA R, ROSSI JJ, CRESTANELLO F. Neoplasma de tiroides. Revisión. Hospital de Clínicas, 1953-1973. *Diá Méd Urug*, 478: 338, 1974.
8. NISHIYAMA RH, FARHI D, THOMPSON NW. Exposición a radiaciones y a aparición simultánea de hiperparatiroidismo primario y nódulos tiroideos. *Clin Quir Norte Am*, 59: 67, 1979.
9. PERDOOM R, BERTULLO H, PONASSO H, GARRA P, BLASIAK J, ALONSO J, REISENWEBER N. Tiroidectomía ensanchada en carcinomas tiroideos diferenciados con invasión visceral del cuello. *Cir Uruguay*, 49: 14, 1979.
10. SAMPSON RJ, KEY Ch R, BUNCHER CR, IJIMA S. Thyroid carcinoma in Hiroshima and Nagasaki. *J.A.M.A.*, 209: 65, 1969.
11. SIMPSON CL, HEMPLEMAN LH. The association of tumors and roentgen-ray treatment of the thorax in infancy. *Cancer*, 10: 42, 1957.
12. SUIFFET W. Cancer tiroideo. Tratamiento quirúrgico. 37 observaciones. *Cir Uruguay*, 44: 159, 1974.
13. WILSON SM, PLATZ C, BLOCK GM. Thyroid carcinoma after irradiation. *Arch Surg*, 100: 330, 1970.
14. WITT TR, MENG RL, ECONOMON SG, SOUTHWICK HW. The approach to the irradiated thyroid. *Clin Quir Norte Am*, 59: 45, 1979.