

ADENOMA TIROIDIANO CON SOSPECHA DE DEGENERACION MALIGNA

HISTORIA CLINICA

Hospital de San Juan de Dios.

Servicio quirúrgico del Profesor Manuel José Luque.

Sala de hombres.

Cama N° 18.

Historia clínica N° 68529.

Fecha de entrada: Julio 17|44.

Fecha de salida: Agosto 10|44.

Iniciales del nombre del enfermo: P. C.

Natural de San Antonio de Tena (Cundinamarca). Clima medio.

Procedencia: Tena.

Profesión: Jornalero.

Edad: 45 años.

Estado civil: Casado.

Causa de entrada al Hospital: Tumor del cuello.

Antecedentes familiares:

Hace varios años murieron los padres sin que el enfermo pueda dar noticia cierta de ellos; la madre tenía bocio y murió a la edad aproximada de 60 años. Tuvo tres hermanos que hasta cuando él tuvo noticia, gozaban de buena salud. Su esposa (30 años) es sana, tiene un hijo de seis años.

Antecedentes personales:

Dada la mentalidad del enfermo el examen es bastante difícil; dice que ha tenido Sarampión y Viruela, Pneumonía y una alteración crónica digestiva que consistía en diarreas periódicas con sangre y pus (posible disentería); últimamente ha sufrido de frecuentes afecciones del árbol respiratorio con tos, expectoración espu-

mosa abundante, y fiebre. En una ocasión, hace dos años, sufrió de dolores en la cintura que se agudizaban con el movimiento; al mismo tiempo orinaba muchas veces, hasta doce en las 24 horas; la orina escasa y de color subido, no tenía sedimento.

Examen general:

Se trata de un enfermo de raza blanca; peso de 135 libras; estatura 1,71 cms.; estado general, de nutrición, bastante bueno. Tipo somático: pícnico. A la inspección general llama la atención una dermatitis del tipo escamoso localizada en todo el miembro superior, especialmente aparente en la cara externa del antebrazo. Por las tardes aparece prurito muy intenso y hay descamación en laminillas pequeñas y abundantes. Da la sensación de ser una manifestación leve de pelagra, al mismo tiempo que hay elementos de sarna.

Aparato digestivo:

Apetito normal, deposición cada tercer día; lengua sucia y saburral, átona; dientes en mal estado; hay queilosis y manifestaciones labiales de ariboflavinosis; con frecuencia se presentan agrieras después de las comidas.

Estómago orto-tónico llegando a la altura del ombligo; hígado pequeño, apenas palpable bajo el reborde costal; cuerda cólica-palpable en la fosa iliaca izquierda.

Aparato circulatorio:

Pulso 80. Tensión arterial Mx. 14 Mn. 8. Ruidos cardíacos regulares; existe un reforzamiento del 2º ruido en el foco aórtico; el corazón parece de tamaño normal a la percusión. El estado circulatorio de las extremidades es normal y no hay várices; las uñas de los dedos de los pies presentan alteraciones tróficas.

Aparato respiratorio:

Tos seca, posiblemente de origen irritativo; a la auscultación estertores sub-crepitantes de origen bronquial. Las fosas nasales son estrechas por la existencia de cornetes hipertróficos y vegetaciones posiblemente adenoideas.

Aparato génito urinario:

Normal. No ha tenido enfermedades venereas. En un tiempo hubo polaquiuria; puntos renales y ureterales, no dolorosos.

Sistema linfático:

Bazo no palpable ni percutable. En las regiones inguinales derecha e izquierda se encuentran abundantes masas ganglionares, móviles no adheridas a la piel, duras e independientes las unas de las otras.

Sistema nervioso:

Reflejos algo disminuídos. La mentalidad es poco ágil y la expresión difícil a lo cual se agrega un nivel cultural muy bajo. Todo lo cual da a primera vista la impresión de que se trata de un cretinoide.

Organos de los sentidos:

Oído pesado, voz bitonal; dice el enfermo que era de timbre normal pero de seis meses para acá coincidiendo con un mayor desarrollo del tumor del cuello, ha notado marcadas alteraciones en el timbre de ella.

Piel y Anexos:

Las manifestaciones ya anotadas de avitaminosis, implantación pilosa normal, barba escasa, cabello abundante.

Enfermedad actual:

La lesión del cuello se inició hace ya varios años, no recuerda precisamente cuantos, por un pequeño nódulo blando que hizo su aparición en la región lateral izquierda por delante del borde anterior de esterno-cleido-mastoideo. Encima de éste, pero independiente de él, hizo aparición posteriormente una nueva masa que fue creciendo poco a poco hasta hacerse más voluminosa que la primera. Desde hace seis meses la voz comenzó a alterarse y apareció disnea de esfuerzo; no se ha presentado disfagia.

Al examen físico del cuello encontramos en las regiones lateral y para-mediana unas masas en número de cuatro, independientes las unas de las otras no adheridas a la piel la cual resbala fácilmente sobre ellas, de superficie lisa y regular, inmóviles, dando la sensación de estar encapsuladas y adheridas a los planos profundos por su base. El tamaño varía de el de una cereza hasta el de una naranja, la consistencia es dura.

Exámenes de Laboratorio:

Sangre.

| | | |
|----------|-------------------------|-----------|
| Julio 26 | Azohemia. | 0,29 |
| | Glicemia | 0,95 |
| | Hematías | 5.000.000 |
| | Leucocitos. | 9.000 |
| | Hemoglobina. | 90% |
| | Valor globular. | 0,98 |

Fórmula leucocitaria:

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Polimorfonucleares neutrófilos | ... | ... | ... | ... | ... | 71% |
| Polimorfonucleares eosinófilos | ... | ... | ... | ... | ... | 6% |
| Polimorfonucleares basófilos | ... | ... | ... | ... | ... | 0% |
| Linfocitos pequeños | ... | ... | ... | ... | ... | 20% |
| Linfocitos medios | ... | ... | ... | ... | ... | 0% |
| Mielocitos neutrófilos | ... | ... | ... | ... | ... | 3% |
| Metamielocitos neutrófilos | ... | ... | ... | ... | ... | 2% |

Tiempo de coagulación.... 5 minutos (Lee and White).

Orina.

| | |
|----------------|-------------------------|
| Densidad..... | 1.028 |
| Albúmina..... | No hay |
| Glucosa..... | No hay |
| Sedimento..... | Moco |
| | Leucocitos |
| | Células de descamación. |

Materias fecales.

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Sangre oculta..... | No hay |
| Grasas sin digerir..... | No hay |
| Parásitos..... | Huevos de anquilostomídeos. |

Diagnóstico.

Con los anteriores datos el profesor de la clínica doctor Manuel José Luque llegó al diagnóstico de ADENOMA TIROIDIANO con sospecha de degeneración maligna. Para aclarar alguna duda se resolvió enviar al Instituto Nacional de Radium una biopsia tomada en uno de los tumores del cuello. El resultado fue el siguiente:

Biopsia N^o 11.935.—Conclusión: Se trata de un epiteloma de origen tiroidiano.

Intervención quirúrgica.

El enfermo fue operado el día 19 de agosto a las 8 de la mañana.

Tensión arterial: Mx. 11, Mn. $7\frac{1}{2}$.

Pulso: 85 por minuto.

Anestesia general con mezcla de Sleich.

Cirujano: Prof. Manuel José Luque.

Primer ayudante, señor Bernardo Montes D.

Duración de la intervención: 35 minutos.

Se hizo una incisión, en corbata, en la parte inferior del neoplasma que seccionó piel, tejido celular y demás elementos, hasta llegar a los músculos esterno-mastoidianos. Aislados estos con separadores, caímos al neoplasma. Su consistencia era dura, de coloración rojo-oscuro, elástico y firmemente adherido a los planos profundos. Un tejido fibroso resistente lo unía a los elementos que le rodeaban. A los lados del lóbulo tiroideo aumentados de volumen se hallaba una serie de ganglios pequeños, endurecidos, que seguían el trayecto de los vasos tiroideos inferiores, y ocupaban el lugar de los ganglios cervicales profundos. Había también masas ganglionares en pequeño número adheridas a la cara profunda del músculo esterno-cleido-mastoidiano, o para expresarme mejor, a la hoja profunda que lo envuelve. Atrás y afuera de la vena yugular interna también encontramos pequeñas masas ganglionares sobre las inserciones del esplenius, el angular y los escalenos, en relación íntima con las ramas del plejo cervical profundo y de la arteria cervical ascendente.

Después de una detenida y difícil disección, formando un solo bloque, extirpamos todas aquellas formaciones. Y nuestra labor fue tan meticulosamente seguida, tan prolija, que no fue suspendida hasta tener la conciencia de la limpieza perfecta de todo cuanto podía juzgarse sospechoso.

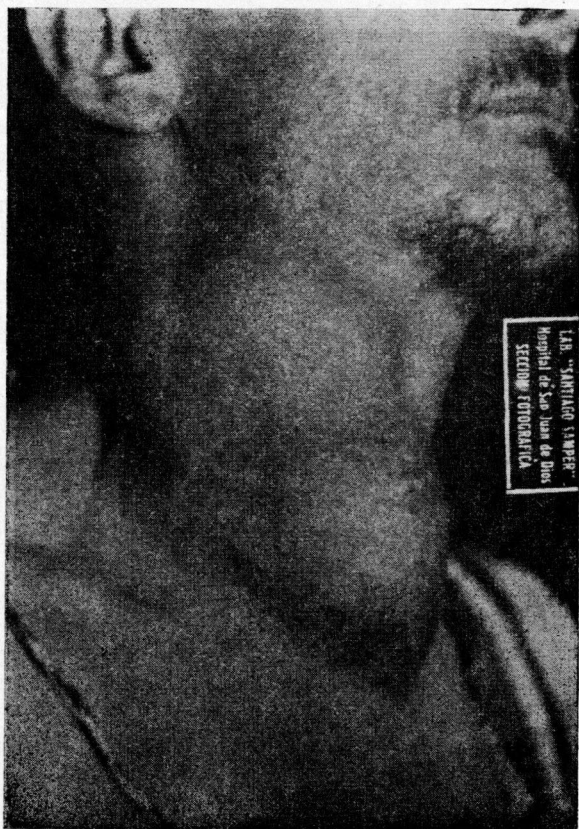
En resumen, se hizo una tiroidectomía total, extracapsular con vaciamiento completo. Dejamos dren de mecha ancha y crines constituyendo drenaje filiforme. Cerramos parcialmente con ganchos.

Diagnóstico anatomopatológico.

Descripción macroscópica de la pieza: Se compone de una masa de tejido semifirme, aparentemente tiroidea. Peso: 65 Grms. Dimensiones 10 x 7,8 x 2,3. Al corte la superficie de sección presenta una cavidad quística de 2,5 Cms. de diámetro que deja escapar un líquido sanguinolento. En algunos campos se aprecian zonas calcificadas.

*Diagnóstico microscópico:**Coto Coloide Adenomatoso con Hiperplasia secundaria.*

El material enviado para examen muestra tejido tiroidiano. Se ven folículos en diferentes estados de formación, con epitelio ordinariamente simple y cuboide. En algunos campos es cilíndrico



Enfermo P. C. antes de la operación.

con hipersecreción. Se observan áreas extensas de sustancia semi-transparente, edematosa, a veces con focos de hemorragia y en ocasiones con degeneración hialina. El tejido conjuntivo intersticial está aumentado. *No hay evidencia de degeneración maligna.* (Fdo.) M. Sánchez Herrera, Jefe de Anatomía Patológica.

Post-operatorio.

Día 1º Se Aplican 1.000 c. c. de plasma intravenoso en gota a gota y 2.000 c. c. de suero glucosado isotónico. Dieta absoluta. Estado general bueno, no hubo casi shock post-operatorio, pulso de 90 al minuto, tensión arterial de 10 y 6.

Día 2º Se retira la mecha que se había dejado en el acto quirúrgico, se aplican 1.000 c. c. de suero. Estado general bueno, pulso de 80, temperatura 38º.

Día 3º Se retiran las crines que se habían dejado durante el acto quirúrgico, pulso 70 al minuto. Tensión 10 y 7, temperatura 38º. Se ordena un lavado intestinal pues el enfermo no ha hecho deposición.

Día 4º Estado general bueno, orina normal, temperatura de 37º; se permite tomar alimentos sólidos de fácil digestión.

Día 5º Se aflojan los ganchos de piel. Estado general en completo orden. Se ordena un laxante.

Día 6º Se quitan los ganchos de piel.

Día 8º El enfermo sale del servicio por su voluntad en un estado de salud muy bueno.

Breves consideraciones.

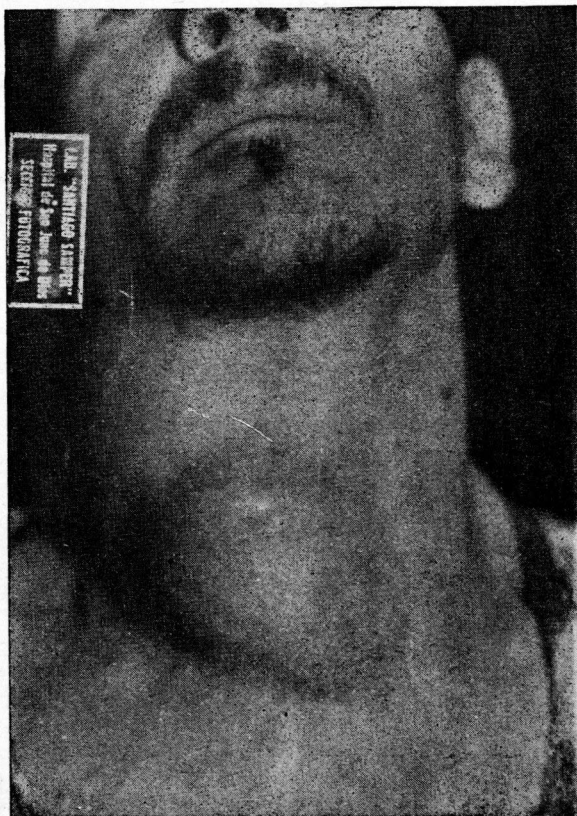
Habitualmente la degeneración neoplásica del cuerpo tiroides comienza antes de la aparición de toda manifestación clínica. Queremos significar que en el período de "cancerización", es decir en la faz del principio, en la cual todavía no existen signos de certidumbre, los síntomas presentan un valor desigual, en ocasiones de muy difícil interpretación.

El cáncer tiroidiano se desarrolla casi siempre en un antiguo bocio. De 75 a 85 por ciento, según las estadísticas. (Delore; Wilson; Berard y Dunet, etc.). En nuestro caso la lesión del cuello se inició, desde hacía varios años, por un pequeño nódulo blando el cual, en el examen que se le hizo en el servicio, era ya francamente endurecido. Ese cambio de consistencia que solamente estaba en relación con los informes del paciente para su iniciación, y con los que nosotros encontramos cuando ingresó al hospital, sin duda era muy relativo. Porque no presentaba los caracteres de dureza y resistencia de la "madera", y, porque dada la mentalidad del enfermo no eran muy aceptables sus informes en relación con su transformación, dato de un extraordinario valor. De ahí que pensáramos en el adenoma.

Con todo, venían a nuestra mente las palabras de Bérard: "Todo coto que en el adulto se engruesa sin razón o determina turba-

ciones, es sospechoso de malignidad, si no hay inflamación ni hemorragias para explicar esa transformación".

La fijeza del neoplasma llamó también nuestra atención e inclinaron el pensamiento a la malignidad. Porque la adherencia precoz constituye un síntoma diferencial de muy grande importancia, que no puede existir en el coto banal sin complicaciones o inflamaciones.



Enfermo P. C. antes de la tiroidectomía. (Obsérvese el lugar de donde se tomó la biopsia).

Por desdicha, esa movilidad aminorada no es siempre fácil de apreciar y especialmente, de interpretar. El movimiento vertical durante la deglución, sobre el cual insisten todos los clásicos, no tiene sino un interés perfectamente secundario; lo más que se puede afirmar con él es que se trata de un tumor tiroidiano, nada más. Lo que debe investigarse es la motilidad provocada en el neoplas-

ma, sobre la tráquea y el esófago, en ausencia de todo movimiento de deglución. En el caso que consideramos había disminución de esa movilidad natural, pero no la solidez y la fijeza del cáncer.

Lo que más llamaba la atención y hacía pensar en una degeneración epitelial del cuerpo tiroides, eran las modificaciones de la voz. Pero estas turbaciones que con la disfagia, ausente en nuestro enfermo y con la disnea ligeramente aparente en él, forman la "triada funcional sintomática", son del período secundario, no bien caracterizado todavía.

Además, las alteraciones de la voz no son del exclusivo dominio del cáncer y ellas se pueden presentar en el bocio más benigno. Por otra parte, la primera manifestación de ataque a los nervios recurrentes, antes de variaciones del sonido, es la disnea acompañada de cornaje respiratorio con absoluta integridad de la voz, cornaje y disnea ausentes en nuestro enfermo. Había pues el derecho de pensar en el adenoma, y el deber de creer en la iniciación de un cáncer.

Pero había ganglios! Y la invasión precoz de los ganglios puede aparecer antes de toda modificación aparente de un bocio; es la adenopatía de alarma! Ella constituye el signo capital de la tirocarcinosis pero exige en el principio ser buscada, especialmente en la faz de encapsulamiento, antes de toda ruptura vascular. Los ganglios peritiroidianos, que son los invadidos en primer lugar, se hallan en los bordes del tumor, hacia atrás de él, son pequeños, absolutamente impalpables debajo de la espesa capa muscular, de las aponeurosis y de la piel. ¿Cómo pues apoyarnos en ellos para deducir la naturaleza cancerosa?

La misma anatomopatología llegó a decir en la biopsia N° 11.935: "se trata de un epiteloma de origen tiroidiano".

Y la misma anatomopatología, con el tumor en la mano, escribe luego: "no hay evidencia de degeneración maligna".

Ahora, según lo anterior, ¿qué podremos decir con la clínica?

Manuel José Luque

SUMARIO

- I El Prof. Luque presenta la Historia Clínica pormenorizada de un caso de **adenoma tiroidiano** observado en su Servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios.
- II Diagnóstico Clínico: **adenoma tiroidiano** con sospecha de degeneración maligna. Se hizo biopsia y del I. N. de R. contestaron que se trataba de un **epiteloma de origen tiroidiano**.
- III El autor describe la intervención quirúrgica y anota los hallazgos del

acto operatorio. Se hizo una extirpación meticulosa de todas las formaciones ganglionares. "Se hizo una tiroidectomía total, extracapsular con vaciamiento completo". Se dejó **dren de mecha ancha** y un drenaje filiforme de crines. Transcribe el diagnóstico anatomopatológico de **coto coloide adenomatoso con hiperplasia secundaria**. "No hay evidencia de degeneración maligna" (Fdo.) M. Sánchez Herrera.

IV Transcribe día a día el post operatorio y termina con unas breves consideraciones sobre la degeneración neoplásica del cuerpo tiroides.

SUMMARY

I—Professor Luque details the clinical history of a thyroid adenoma case observed in his Clinico-surgical Department at San Juan de Dios Hospital.

II—Clinical Diagnosis: Thyroid adenoma with malignant decay suspected. Biopsis effected and reply from the National Radium Institute stating it as a case of epithelioma of thyroid origin.

III—The author describes the surgical treatment, commenting on the results of the operation. All ganglionic growths were carefully eradicated. Total extra-capsular thyroid removal effected with complete drainage through broad lint and hair filter. He reproduces also the anatomo-pathological diagnosis, namely cotocolloidal adematosis with secondary hyperplasis. "No evidence of malignant decay". (sd.) M. Sánchez Herrera.

IV—He gives also the daily post-operational history ending with short notes on neoplastic decay of the thyroid.