

CIRUGIA

CÁNCER DE LA GLÁNDULA TIROIDES

Dr. ARNOLD S. JACKSON

EL cáncer de la glándula tiroides es una enfermedad en gran parte evitable, ya que la gran mayoría de los casos tiene su origen en bocios adenomatosos preexistentes. No hay nada nuevo ni extraordinario en esta afirmación, la que es aceptada como un hecho desde hace años. Lo nuevo está en que la frecuencia del cáncer del tiroides está en aumento, que puede producirse en varones con bocio adenomatoso y que no rara vez se desarrolla en niños. Estos hechos son nuevos en el sentido de que no fueron reconocidos hasta en estos últimos años como resultado de estudios realizados por numerosos investigadores.

Como consecuencia de estas investigaciones y del estudio de mis casos personales, he modificado el criterio que he seguido durante 25 años, y aconsejo la extirpación de todo bocio adenomatoso en individuos entre 15 y 25 años de edad. Anteriormente aconsejaba a los padres de tales niños, que lo dejaran hasta la edad madura, dada la posibilidad de una recidiva si la intervención es realizada antes de tiempo. Ahora aconsejo la intervención cuando el niño cumple los 15 años, no obstante aquella posibilidad, en vista del posible peligro de cáncer.

El cáncer del tiroides en el varón dejó de ser una rareza, lo mismo que el cáncer del pulmón, puesto que desde que comenzamos a buscarlo lo encontramos con una frecuencia cada vez mayor. En mi propia experiencia, sobre 40 casos, 14 eran varones.

En un enfermo que viene quejándose de que su antiguo bocio adenomatoso hasta entonces estacionario comienza a crecer rápidamente, y que presenta ronquera, cortedad de aliento y sensación de constricción, es probable que tenga un cáncer del tiroides ya inoperable. No veo la razón por la cual el cirujano puede desaconsejar la extirpación de un bocio nodular. Cuando se piensa que 1 de cada 2 de estos tumores puede en algún momento hacerse tóxico, que en el 20 por ciento de los casos se hacen subesternales o intratorácicos, interfiriendo seriamente la respiración y dificultando el funcionamiento cardíaco, y que 1 de cada 5 pueden hacerse malignos, no hay una razón lógica para que no sean extirpados en seguida de diagnosticados.

Frente a un tumor de tamaño equivalente, localizado en cualquier otro órgano, nadie titubea en aconsejar su rápida extirpación; sin embargo, el adenoma tiroideo causa poca preocupación, en general, a profanos y médicos. En manos de un cirujano especializado el riesgo de complicaciones o mortalidad operatoria por tiroidectomía es mínimo en el bocio nodular atóxico.

Si bien es cierto que el 90 por ciento de los cánceres del tiroides tienen su origen en formaciones nodulares preexistentes, existen algunos casos en que su origen es otro. Así, PEMBERTON y BLACK demostraron que el cáncer del tiroides puede desarrollarse en un bocio exoftálmico, en el cual no se ha encontrado ninguna evidencia de tejido adenomatoso.

Un análisis de la literatura sobre la clasificación anatomopatológica del cáncer del tiroides sólo trae confusión al lector. Además, no tiene mayor im-

portancia mientras se reconoce el grado de malignidad y la posibilidad de curación o por lo menos detención de la enfermedad. Algunos de los cánceres papilomatosos son de bajo grado de malignidad, y si son cuidadosamente extirpados y tratados luego con radioterapia adecuada, tiene posibilidad de curar. Este tipo de tumores suele encontrarse en personas jóvenes y comprenden por lo menos una tercera parte de los cánceres del tiroides. A este grupo pertenecen los denominados tumores tiroideos aberrantes, considerados en un tiempo como tumores malignos, originados en restos congénitos de tejido tiroideo, localizado en la región ganglionar del cuello. Ahora sabemos que son en realidad lesiones metastásicas de la glándula tiroides y si son extirpados junto con una lobectomía total del lóbulo adyacente y subtotal del otro, tiene buenas probabilidades de larga supervivencia.

Asimismo, en muchos pequeños adenocarcinomas que pasan inadvertidos por el cirujano pero no para el anatomopatólogo, hay esperanzas de curación. Por otra parte, el adenocarcinoma difuso es generalmente de corta duración, crece rápidamente, es altamente maligno, y rara vez es susceptible de ser tratado por el cirujano o el radiólogo.

Por último, llegamos al método más reciente de tratamiento, el yodo radioactivo. Por un tiempo pareció ofrecer una gran esperanza en el tratamiento de aquellas personas que no podían ser tratadas de algún otro modo; pero hoy los resultados han demostrado no ser satisfactorios, siendo poco probable que algún caso haya curado con este método.

CARDIOLOGIA

EL CORAZÓN EN LAS ENFERMEDADES DEL TIROIDES

Dr. WILLIAMS EVANS

TOXEMIA TIROIDEA. — La presencia de trastornos cardiovasculares puede constituir a menudo la única evidencia de toxemia tiroidea en un paciente con síntomas nerviosos y una glándula tiroides ligeramente infiltrada. Son tan comunes los efectos cardiovasculares, que la ausencia de una alteración del pulso o del corazón excluye el diagnóstico, con lo cual se evitará la tragedia que significaría muchas veces la tiroidectomía en un neurótico.

Las palpitaciones constituyen un síntoma común, aunque de por sí no pueden más que sugerir el diagnóstico. Rara vez hay dolor precordial. El pulso está acelerado, y si alguna vez es poco frecuente se debe a un bloqueo sinoauricular. Durante el sueño la frecuencia es menor que en vigilia, pero la diferencia no es tan pronunciada como en la taquicardia de origen nervioso. Puede disminuir de frecuencia durante el tratamiento yódico, y en forma más espectacular y continuada cuando se administra tiouracilo. La digital no tiene efecto sobre la frecuencia del pulso. Como consecuencia del hipertiroidismo puede observarse taquicardia auricular paroxística sostenida, pero la forma más común de arritmia es la fibrilación auricular. Cuando se produce una fibrilación auricular paroxística en un individuo con un tiroides infiltrado, su extirpación puede anular la arritmia, pero este resultado favorable no siempre tiene