

Bocios torácicos

(50 observaciones). Clínica - Diagnóstico

Dr. Walter Suiffet

Sobre la base de 50 observaciones de Bocios Torácicos, se analizan los elementos de diagnóstico. Se estudian las manifestaciones clínicas y los datos que proporcionan la radiología simple, la tomografía simple y computada, los isotopos radioactivos y otros medios. Las manifestaciones clínicas son importantes en el sector respiratorio y menos marcadas en el sector digestivo, nervioso y vascular. El estudio radiológico simple y la tomografía fueron positivos elementos de diagnóstico. La tomografía computada es de básica importancia en el diagnóstico. Es interesante hacer notar que sólo 23 casos (46 %) presentaron síntomas de ocupación torácica, 16 casos (32 %) de los B.T., fueron diagnosticados por la radiología, pues no presentaban síntomas ni signos torácicos. 5 casos (10 %) fueron hallados operatorios. 6 casos (12 %) fueron hallazgos de estudios de catastro. Todos los casos estudiados presentaban bocio cervical. Se destaca la importancia del estudio exhaustivo de los bocios cervicales, dada la incidencia de casos que sin manifestaciones clínicas, presentan bocio torácico.

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

La metodología diagnóstica de los bocios torácicos (B.T.) se apoya en los siguientes elementos: estudio clínico; radiología; isotopos radioactivos; tomografía computada; ecosonografía y angiografía contrastada.

Las manifestaciones clínicas, son consecuencia de las compresiones y/o dislocaciones que los B.T. ejercen sobre los elementos cérvico-mediastinales.

La repercusión respiratoria es muy importante y tal vez la más trascendente de todas las perturbaciones que ocasionan los B.T. Las crisis de sofocación y los accidentes disnéicos, son por lo general de instalación progresiva y lenta, aunque pueden aparecer bruscamente. Los cambios posturales del cuello (flexión lateral - extensión) pueden provocar accidentes respiratorios que pueden llegar a ser severos, exigiendo intervenciones de urgencia, aun cuando esta eventualidad no es frecuente (10, 15, 17, 42). Las manifestaciones respiratorias pueden tomar

características asmátiformes (14, 20, 25), siendo los pacientes catalogados como asmáticos, cuando en realidad son portadores de B.T..

La tos y el estridor laringo-traqueal, consecuencia de las alteraciones traqueales, son característicos y en algunos casos se alivian con la expulsión del mucus. La repercusión pleuropulmonar es infrecuente, habiéndose descrito casos de hemoptisis y derrame pleural (2, 24, 30).

En 50 observaciones de B.T. Secundarios, reconocimos 19 casos con perturbaciones respiratorias o sea que estuvieron presente en el 38 % de los casos. La crisis de sofocación, se observó en 15 casos (30 %); las crisis disnéicas o asmátiformes, en 7 casos (14 %), y tos con estridor laríngeo, en 2 casos (4 %). Como se comprende, algunos casos presentan asociación de distintas manifestaciones respiratorias.

La *sintomatología digestiva* es menos frecuente que la respiratoria. El esófago tiene una mayor labilidad y sus desplazamientos y compresión son menos frecuentes y de menor intensidad que los traqueales. La disfagia es la expresión clásica de ellos y fue observada solamente en 5 casos (10 %) de nuestra serie, siendo de discreta magnitud y no permanente.

Las *perturbaciones nerviosas* son de gran interés. La compresión y dislocación nerviosa es responsable de trastornos de diversa magnitud. El nervio laríngeo inferior es el elemento que corre más riesgos, dada su topografía y sus relaciones con el B.T. Se observan con más frecuencia en los B.T. Secundarios, sobre todo a derecha. Debe reconocerse por el estudio laringoscópico, pues existen disfonías por otras causas.

En nuestra casuística, se observaron 3 casos (6 %) de disfonías por causas locales, y 2 casos (4 %) de parálisis recurrenial reversibles, luego de la intervención. La frecuencia de la parálisis recurrenial es variada en las distintas estadísticas, oscilando entre 2 y 15 % de los casos (8, 9, 22, 37). Hay observaciones excepcionales de parálisis bilateral (18, 32) o controlateral (34). Las perturbaciones del frénico, simpático y vago son infrecuentes. No las hemos observado (37).

La repercusión vascular es debida a la compresión de los troncos vasculares cérvico-mediastínicos, sobre todo en el sector venoso. Se pueden producir dilataciones ostensibles de los vasos del cuello y pared torácica anterior (1,

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 22 de octubre de 1980.

Profesor Emérito de Clínica Quirúrgica. Fac. de Med. Montevideo.

Dirección: Br. Artigas 1545, Montevideo.

9, 17, 20), cianosis y edema de magnitud variables (2, 20, 42). Hemos observado 4 casos (8 %) de dilatación venosa importante en los vasos del cuello. La compresión venosa puede existir sin manifestación clínica, hecho importante a recordar, para proyectarlo al acto quirúrgico, donde la dilatación venosa es uno de los elementos de dificultad quirúrgica. La compresión arterial es excepcional.

La presencia de hipertiroidismo en los B.T., es posible pero infrecuente. Las estadísticas dan cifras muy variables. No hemos observado ningún caso en 50 observaciones de B.T.

El diagnóstico radiológico se estructura sobre la base del examen radiológico simple de cuello y tórax; tomograma cérvico-torácico y estudio contrastado del esófago. Los elementos diagnósticos son:

— Sombra anormal en el mediastino superior. Su topografía es mediastínica pura en los Primarios. En cambio, es cérvico-mediastínica en los B.T. Secundarios. Su tamaño es variable; su opacidad es homogénea pudiendo existir calcificaciones. Su borde interno se apoya sobre la sombra mediastinal; su contorno externo es por lo general cóncavo hacia el mediastino, delineado, a veces esfumado. Su límite superior es variable, pudiendo llegar hacia abajo, hasta el bronquio fuente, contorneando la claridad traqueal. Los B.T. Secundarios pueden desplazarse hacia arriba con los movimientos de deglución o con la maniobra de Valsalva, lo que consideramos de gran importancia para el diagnóstico. La topografía de la imagen radiológica depende del B.T. En los anteriores, la sombra puede ser lateral con extensión transversal hacia el lado opuesto. En los posteriores, la sombra es siempre lateralizada, dado que la extensión transversal está limitada por el árbol visceral. La radiología permite objetivar los desplazamientos traqueales, tanto en sentido frontal como sagital. La compresión traqueal da imágenes variadas de acuerdo a la topografía del B.T. y de intensidad de la compresión. En los B.T. Secundarios, el desplazamiento traqueal es cérvico-mediastínico, alcanzando a veces a provocar desplazamientos laríngeos.

Los B.T. Primarios, así como otros tumores mediastinales, pueden provocar desplazamientos traqueales, pero no alcanzan un nivel tan alto como en los B.T. Secundarios. Los desplazamientos traqueales pueden llegar hasta la altura del bronquio fuente, apoyándose el B.T. sobre la carina.

El estudio tomográfico simple permite localizar correctamente la topografía del B.T. y sus relaciones con el sector anterior y posterior de la pared torácica, permitiendo orientar si se trata de un B.T. anterior o posterior. Este dato es fundamental para la táctica quirúrgica.

Los desplazamientos esofágicos se observan con el estudio contrastado, aunque no son tan marcados como los traqueales.

La tomografía computada permite una exactitud en el diagnóstico que no se había logrado con los medios convencionales. En los B.T.

Secundarios se puede reconocer la continuidad del bocio cervical con el sector torácico. Este elemento es fundamental a los efectos de la táctica quirúrgica, pues permite reconocer la magnitud de dicha unión y las dificultades que pueda tener el cirujano en la tiroidectomía.

La angiografía contrastada (29) puede reconocer los desplazamientos y compresiones vasculares, aunque consideramos que no es de real necesidad esta pesquisa. No la hemos realizado. El neumomediastino ha sido usado, pero no agrega elementos de juicio que lo aconsejen.

El estudio con los isótopos radioactivos permite reconocer la topografía torácica del bocio, en aquellos casos en que exista captación. Este hecho es infrecuente. De los 50 casos estudiados, todos ellos B.T. secundarios, sólo presentaron franca captación 2 casos (4 %) y discreta captación 3 casos (6 %), mientras que el resto, 45 casos (90 %), no presentaban captación del isótopo en el sector torácico.

Analizados los elementos de diagnóstico, consideramos que los B.T. Secundarios se pueden clasificar esquemáticamente en tres grandes grupos:

I) Presencia de signo-sintomatología de ocupación mediastinal, con o sin evidencia de bocio;

II) Presencia de bocio cervical sin manifestaciones mediastinales. Hallazgo radiológico o hallazgo operatorio;

III) Ausencias de manifestaciones clínicas cervicales o torácicas. Hallazgo radiológico de catastro. Reconocimiento de bocio en examen ulterior.

El primer grupo es el que presenta las manifestaciones clínicas ya analizadas. La presencia de bocio es lo habitual, aunque las manifestaciones clínicas pueden estar presente sin presencia de bocio. En nuestra casuística la totalidad de los casos presentaba bocio cervical (50 casos B.T. = 100 %).

De ellos, sólo 23 casos (46 %) presentaban signo-sintomatología de ocupación torácica y en todos ellos (100 %), existía evidencia de B.T. en el estudio radiológico simple. La topografía no parece tener relación con las manifestaciones clínicas. De estos 23 casos encontramos: B.T. anterior derecho: 1 caso (2 %); B.T. posterior derecho: 6 casos (12 %); B.T. anterior izquierdo: 5 casos (10 %); B.T. posterior izquierdo: 4 casos (8 %), y B.T. doble: 7 casos (14 %). Los casos que tuvieron más frecuentemente manifestaciones clínicas, corresponden a los B.T. posteriores derecho y B.T. dobles, aunque no existe una franca prevalencia.

La ausencia del bocio puede crear problema diagnóstico. Se recurrirá a la tomografía simple o a la tomografía computada para reconocer la existencia de bocio cervical y reconocer la relación entre ambos. El antecedente de tiroidectomía previa es muy importante, pues orienta hacia una posible relación del proceso torácico con la patología cervical anterior. Este hecho aparece consignado con relativa frecuencia en la literatura y fue observado en 2 casos

(4 %) de nuestra casuística (3, 7, 11, 13, 21, 22, 23, 30, 36, 38, 39).

El segundo grupo de pacientes comprende los casos con bocio, pero sin manifestaciones clínicas mediastinales. El diagnóstico es radiológico u operatorio. Es necesario analizar los antecedentes y realizar examen clínico exhaustivo que despierta la idea de la existencia de B.T. Existen bocios que penetran y salen del tórax con facilidad (4, 17, 23). Un hecho llamativo es la desaparición del bocio cervical en la evolución de la enfermedad. Este hecho es frecuente (4, 5, 17, 20, 36) fue observado en 2 casos (4 %) de nuestra casuística.

El estudio radiográfico mostró la presencia de B.T. en 16 de nuestros casos (32 %), los cuales no presentaban ninguna manifestación mediastinal. En ellos hay una franca prevalencia de B.T. posterior derecho: 8 casos (16 %) y B.T. posterior izquierdo: 4 casos (8 %) sobre las otras localizaciones.

El hallazgo operatorio de un B.T. secundario, luego de un estudio clínico radiológico, es un hecho de excepción. Corresponde a nódulos pequeños o medianos que no tiene expresión clínica, pero que muestran la necesidad de una exploración operatoria exhaustiva. Hemos observado 5 casos (10 %), siendo en su mayoría de la topografía posterior (8 %), lo que hace la posibilidad que puedan pasar desapercibidos en la exploración operatoria.

El tercer grupo comprende los casos que con ausencia total de manifestaciones clínicas, se comprueba la presencia del B.T. en un estudio radiológico de catastro. Muy frecuentemente los pacientes presentan bocio, que no se reconoce hasta después del examen radiológico. Este tipo de casos se ven con relativa frecuencia, lo que no deja de ser llamativo. Las cifras estadísticas son variadas (6, 14, 19, 28, 35) aun cuando es difícil precisarlas con exactitud. Se refieren en general a estudios radiológicos de tórax, no existiendo información en relación con el número de B.T. La incidencia de este tipo en nuestra estadística de 50 B.T. Secundarios, es de 6 casos (12 %), siendo similar la frecuencia en relación con las distintas topografías de los B.T.

En síntesis, el estudio clínico - radiológico exhaustivo, conduce por lo general al diagnóstico de B.T.. Se recurrirá a otros métodos, especialmente la tomografía computada, en aquellos casos donde persistan dudas. Este método es fundamental en aquellos casos donde no hay evidencia clínica de bocio cervical.

RESUME

Goitres thoraciques (50 observations). Clinique - diagnostic

Sur la base de 50 observations de goitres thoraciques, on analyse les éléments de diagnostic. On étudiera les manifestations cliniques et les renseignements qu'offrent la radiologie simple, la tomographie simple et computerisée, les isotopes radioactifs et d'autres moyens. Les manifestations cliniques sont importantes dans le secteur respiratoire et moins accentuées dans le secteur digestif, nerveux et vasculaire.

L'étude radiologique simple et la tomographie ont été des éléments positifs de diagnostic. La tomographie computerisée est d'une importance essentielle dans le diagnostic. Il est intéressant de signaler que seulement 23 cas (46 %) ont présenté des symptômes d'occupation thoracique. 16 cas (32 %) des goitres thoraciques furent diagnostiqués grâce à la radiologie, puisqu'ils ne présentaient pas des symptômes ni des signes thoraciques. 5 cas (10 %) furent des trouvailles opératoires. 6 cas (12 %) furent des trouvailles de cadastre. Tous les cas étudiés présentaient un goitre cervical. On met en relief l'importance de l'étude exhaustif des goitres cervicaux, étant donné l'incidence de cas, qui, sans manifestations cliniques, présentent un goitre thoracique.

SUMMARY

Intrathoracic Goiter (50 cases). Clinical Aspects. Diagnosis

The case material for this analysis of the elements available for diagnosis in Intrathoracic Goiter (IG), consists of 50 cases.

These elements are clinical symptomatology, simple radiology, simple and computerized tomography and radioactive isotopes.

Clinical symptomatology is important in the respiratory sector and less so with respect to digestive, nervous and vascular aspects. Simple X-ray and tomography have proved to be positive diagnostic tools.

It is worth noting that only 23 patients (46 %) presented symptoms of thoracic location. 16 cases (32 %) were diagnosed by means of radiology and presented neither symptoms nor signs of thoracic involvement. 5 cases (10 %) were operatorial findings. 6 cases (12 %) were the result of cadastral studies. All the patients had cervical goitre. This latter condition should be exhaustively studied, given the incidence of cases which had no clinical manifestations but, nonetheless, suffered from this disease.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BERARD L, HENRY M et MOREL A. Double goitre plongeant intrathoracique avec edeme en perlerine et troubles cardio vasculaires. *Lyon Chir*, 33: 635, 1936.
- BURGUESS P. Hemoptisis asa symptom of retrosternal goiter. *Lancet*, 2: 60, 1955.
- CAMES O y CESANELLI A. Bocios intratorácicos. *Bol Soc Cir Rosario*, 17: 54, 1950.
- CLUTE HM and LAWRENCE KB. Intrathoracic goiter. *Am J Surg*, 54: 151, 1941.
- COLCOCK BP. Intrathoracic goiter. *Surg Clin North Am*, 33: 773, 1953.
- CRIMM PD. Evaluation of five years minifilm program. *Am J Roentgen Rad Therapy Nucl Med*, 68: 240, 1952.
- CROHN NN and KOBAK MW. True posterior mediastinal goiter. *Am J Surg*, 82: 283, 1951.
- CROTTI A. Disease of thyroid, parathyroid and thymus. Philadelphia. Lea Febiger, 1938.
- CURTIS GM. Intrathoracic goiter. *J.A.M.A.*, 96: 737, 1931.
- DELATOUR HB. Two cases of enlarged thyroid producing suffocation by displacement beneath the sternum. *Ann Surg*, 68: 140, 1918.
- EHRENHAFT JL and BUCKWALTER JA. Mediastinal tumors of thyroid origin. *Arch Surg*, 71: 347, 1955.
- ESCHAPASSE H et GAILLARD J. Goitres plongeant ou thoraciques. *Ann Chir Thorac Cardiovasc*, 8: 151, 1969.

13. FALOR WH, KELLY ThR and JACKSON JB. Intrathoracic goiter. *Surg Gynecol Obstet*, 117: 604, 1963.
14. FELBERBAUM D and FINESIVER B. Subesternal goiter. *Am J Med Sc*, 171: 218, 1926.
15. FEISSINGER N, WELTI H, DUPUY R et CASTAIGNE P. Compression mediastinales dramatique due a un goitre intrathoraxique annulaire. Thyroidectomie d'urgence. *Bull Mem Soc Med Paris*, 61: 32, 1945.
16. GAMONDES JP, CLERGET-GURNAUD JM et WILLEMS Ph. Les goitres plongeants et endothoraciques. *Lyon Chir*, 73: 409, 1977.
17. HERTZLER AE. Diseases of the thyroid gland. London. Hoeber, 1942.
18. HUBERT L. Subesternal thyroid with bilateral laringeal paralysis. *J.A.M.A.*, 80: 842, 1923.
19. HUMMON IF and MAGALOTTI MF. Subesternal thyroid identified by a simple radioiodine procedure. *Am J Roentgenol*, 75: 1144, 1956.
20. JAKSON AS. Intrathoracic goiter. *J Inter Coll Surg*, 20: 485, 1953.
21. JOHNSTON JH Jr and TWENTE GE. Surgical approach to intrathoracic mediastinal goiter. *Ann Surg*, 143: 372, 1956.
22. JOYCE FM. Incidence of subesternal goiter. *Arch Surg*, 41: 404, 1940.
23. JUDD ES, BEHARS OH and BOWES DE. A consideration of the proper surgical approach for subesternal goiter. *Surg Gynecol Obstet*, 110: 90, 1960.
24. KROHN SE. Benign intrathoracic goiter with recurring pleural effusion. Report of a case. *New York State J Med*, 41: 1767, 1941.
25. LAHEY FH. Intrathoracic goiter. *J.A.M.A.*, 113: 346, 1939.
26. LARS-OLOF L, BERGDAHL L and LAMKE B. Intrathoracic goiter; a review of 29 cases. *Acta Chir Scand*, 83: 145, 1979.
27. LERICHE R. Volumineux goitre thoracique avec compression de la veine cave. *Mem Acad Chir*, 61: 1419, 1935.
28. LINDSKOG GE and GOLDBERGER L. Differential diagnosis, pathology and treatment of subesternal goiter. *J.A.M.A.*, 163: 527, 1957.
29. MASON JB. Mediastinal goiter. *Ann Surg*, 116: 795, 1942.
30. McCORT JJ. Intrathoracic goiter. *Radiology*, 53: 227, 1949.
31. MORAND G, MIECH G et GILLET M. Notre experience des goitres plongeants et thoraciques. *Ann Chir Thorac Cardiovasc*, 8: 161, 1969.
32. PARSONS WB. Subesternal thyroid. *Ann Surg*, 113: 82, 1941.
33. PEMBERTON J de J and MAHORNOR HR. Retrofascial intrathoracic goiter. *Surg Clin North Am*, 11: 787, 1931.
34. RODRIGUEZ VILLEGAS B. Bocio intratorácico. *Bol Trab Soc Cir Bs Aires*, 21: 569, 1937.
35. RUNDLE FF. Intrathoracic goiter. *West. J Surg Obstet Gynecol*, 67: 213, 1959.
36. SANTY P et BERARD M. Les problems du diagnostic et de la voie d'abord des goitres endothoraciques. *Mem Acad Chir*, 73: 51, 1947.
37. SUIFFET W. Bocios torácicos. Montevideo. Ed. Cient. Fac. Medicina, 1965.
38. VANDERLINDEN P et GUILLIAMS G. A propos des tumeurs du mediastin. *Acta Chir Belga*, 48: 353, 1949.
39. VON HABERER H. Retromediastinal struma. *Zentb Chir*, 65: 906, 1938.
40. WIGHTMAN DB and WINDSOR HM. Posterior mediastinal goiter. *Br J Radiol*, 24: 41, 1951.
41. WOODWARD WW. Posterior mediastinal goiter: effect of fluoroscopy chosingsite for incision. *Med J Australia*, 110: 415, 1961.
42. WUHRMANN E. Die struma intratorácica. *Deut Z Chir*, 43: 1, 1896.

DISCUSION

DR. VALLS.— Felicitemos al Dr. Suiffet por haber presentado este trabajo al cual ha dedicado mucho de su tiempo y tiene gran experiencia, lo que motivó un libro espléndido. Está todo muy bien documentado y mientras estaba exponiendo yo me estaba acordando de cosas, sugiriéndome cosas. Quizás no todas en relación con lo que dijo, porque yo he operado bocios to-

rácicos y hay que ver las dificultades que se presentan. Por ejemplo, los bocios derechos posteriores que se meten entre y por detrás del tronco braquiocefálico derecho, por dentro de la arteria vertebral, contra la columna, y las relaciones que tiene con el recurrente. Nosotros hemos tenido que operar y hemos sacado de ahí, hemos enucleado hacia el cuello bocios de esa topografía, pero es peligrosa esa maniobra. Hemos tenido accidentes de distensión del recurrente, habiendo visto después que el recurrente está entero. Tenemos una enferma que hizo parálisis recurrential. Lo mismo en los posteriores izquierdos con desplazamiento de tráquea colocados inter-traqueo-esofágicos.

Nos muestra esas figuras que son los momentos en que uno se encuentra con más peligro de que se produzca una lesión del recurrente.

Yo he conversado con el Dr. Blasiak al respecto y me ha dicho que quizás uno tenga que hacerle tratamiento con corticoides y anti-inflamatorios a esos enfermos de entrada, ni bien termina el acto operatorio.

Lo felicito por haber presentado este trabajo tan bien documentado y cómo se puede hacer el diagnóstico de estas lesiones.

DR. L. PRADERI.— Yo me adhiero a las felicitaciones del Dr. Valls. Evidentemente este trabajo reúne una casuística muy importante de bocios endotorácicos. Es evidente que esto forma un capítulo de una vida dedicada a una patología como la tiroidea. Si puede presentarnos una estadística de 50 casos de bocios endotorácicos, me gustaría saber qué porcentaje de bocios endotorácicos tiene dentro del total de bocios tratados. Ese es un dato que sería de interés para todos nosotros.

Quisiera saber si el Dr. Suiffet justifica hacer un segundo grupo de bocios endotorácicos, como describen los libros de patología, de bocios endotorácicos puros a pediculos estrictamente torácicos. Yo he tenido oportunidad de operar dos de estos casos con vasos de origen torácico, no cervicales. Creo que es una diferenciación importante a señalar porque trae a colación la táctica quirúrgica. Los bocios endotorácicos secundarios que hemos operado nos han resultado relativamente fáciles de trabajar. Aunque la penetración en el tórax es muy importante, uno la ve y la aprecia después de haber enucleado el tiroideo del tórax, cuando queda una enorme cavidad. La conducta terapéutica es relativamente sencilla porque uno se limita a actuar sobre los pediculos y a buscar los espacios de clivaje. En cambio el bocio puramente torácico es muy difícil a veces de resolver por vía cervical. Esa es la primera pregunta que le formulo al Dr. Suiffet.

La segunda pregunta es si en toda esta patología ha encontrado los neoplasmas de tiroides penetrando en el tórax.

Dos preguntas que le formulo porque desearía conocer las respuestas y aprovechar su vasta experiencia.

DR. GREGORIO.— El Dr. Valls y el Dr. Praderi han felicitado al Dr. Suiffet por la presentación de su trabajo, naturalmente que todos estamos en la misma línea. Seguramente en forma directa o indirecta todos nosotros hemos aprendido de Suiffet el manejo de este tipo de enfermos.

En materia de bocios endotorácicos el hecho de trabajar en un lugar como el Instituto de Endocrinología nos ha permitido tenerlos bajo nuestro tratamiento en múltiples oportunidades. Seguramente Suiffet ha de recordar que hace dos años operamos un bocio endo-

torácico correspondiente a un nódulo que no se había independizado totalmente pero sí en gran parte. El lo vio antes de que lo operáramos y discutimos incluso la táctica a seguir. Era un bocio endotorácico del tamaño de la cabeza de un niño. Nosotros lo estudiamos y sorprendentemente, siguiendo las orientaciones que tenemos, la exéresis fue sumamente fácil. El apoyo que nos brinda el índice en la extracción, trabajando cuidadosamente y buscando los caminos necesarios para no herir las delicadas estructuras que se encuentran en el carrefour cérico-torácico, hace que sea generalmente posible una solución correcta. No obstante, es fundamental el conocimiento de la anatomía de la región.

El Dr. Suiffet es seguramente en nuestro medio la persona que más ha hecho para que las generaciones que le hemos seguido conozcamos a fondo esta anatomía.

Nosotros hemos encontrado también bocios endotorácicos puros con pequeños pedículos, sin haber patología tiroidea aparente ni anatomopatológica en el tórax.

Yo desde luego no quiero insistir más y sí adherirme fervorosamente a las felicitaciones que le han llegado al Dr. Suiffet.

DR. PERDOMO.—Queremos decir algunas palabras por esta presentación. Felicitarlo al Dr. Suiffet ya resulta reiterativo, nosotros más que nada creemos que es un ejemplo de trabajo. En momentos en que las personas más bien quieren descansar, el Dr. Suiffet nos trae aquí un aporte del trabajo de toda su vida. Es estimulante ver que mantiene el entusiasmo por presentar su trabajo aquí en la Sociedad y darnos a nosotros algunas lecciones que seguimos necesitando. El hombre es un ser que sabe que necesita completarse de alguna manera y siempre agradece que alguien haga un esfuerzo por completárselo.

En la presentación anterior habíamos hecho alguna consideración sobre algunos aspectos de la clínica de este problema. El Dr. Suiffet ha dividido sus casos desde el punto de vista clínico y radiológico en 4 grupos. En todos los grupos que ha señalado existía un bocio palpable a nivel del cuello. Esa creo que fue una de las cosas que quedó claro de su exposición. Sin embargo, nosotros hemos enfrentado el caso de un paciente que solamente tenía una masa radiológica en el mediastino alto. Uno va a observar el cuello con la seguridad de que va a encontrar un bocio y no encuentra nada y no puede creer que pueda pertenecer a tiroides y sin embargo hay una gran masa radiológica en la parte alta del mediastino y realmente es sorprendente no poder apreciar nada a nivel del cuello.

Es una lástima no haber traído la documentación, pero la gamagrafía demuestra que es un tiroides que está colocado en el mediastino anterior, que es bilateral y alto, pero no se toca nada por el cuello.

En ese caso, gracias al libro del Prof. Suiffet, uno saca en conclusión de que de todas maneras el pedículo

de ese proceso que es tiroideo por la gamagrafía solamente, tiene que estar en el cuello. Nosotros lo operamos y lo sacamos por el cuello sin que ni en el momento de la exploración operatoria hubiéramos podido reconocer un bocio, sólo lo hicimos en el momento de alcanzar la glándula. Ese bocio sale perfectamente hacia arriba y es un bocio secundario. Pero esa clasificación no la he visto figurar en el esquema del Prof. Suiffet y creo que es uno de los puntos más importantes, porque cada vez que tocamos un bocio y vemos una masa torácica radiológicamente, pensamos que está en relación con el bocio; pero cuando vemos solamente la masa radiológica y nada clínico, nos cuesta hacer el diagnóstico. Yo cuando tuve a ese enfermo tuve una dificultad enorme de diagnóstico que me lo solucionó la gamagrafía.

Sin embargo, era realmente un bocio secundario, sus pedículos estaban en el cuello.

Creo que ese tipo de cosas crea un problema diagnóstico muy importante y sin embargo no cambia las directivas terapéuticas; porque gracias a las directivas del libro del Prof. Suiffet yo fui seguro de que lo iba a sacar por el cuello y lo saqué perfectamente.

Yo quisiera que él dijera si eso es algo que él ha observado y que destaque ese aspecto porque me parece muy importante.

Vuelvo a decir que me siento muy satisfecho de ver al Prof. Suiffet en pleno empuje de su trabajo y de su energía.

DR. SUIFFET.—Agradezco las palabras de los consocios y en particular las del Sr. Presidente.

Muchas de las consultas que se han hecho, fueron analizadas en el trabajo anteriormente presentado sobre la patología de los bocios torácicos. En un lapso de 25 años (1955-1980) realizamos 625 tiroidectomías con una incidencia de 50 bocios torácicos (8%). En lo que respecta a la clasificación, ya lo fue expresado. No hemos intervenido ningún caso de bocio torácico primario. Solamente hemos colaborado en una intervención por carcinoma folicular intratorácico, independiente del bocio cervical. No hemos visto, en un total de 47 carcinomas operados personalmente, ningún caso de penetración en el tórax.

Hemos observado, en respuesta a lo expresado por el Sr. Presidente, un caso de bocio torácico, en el cual no se reconocía clínicamente la presencia de bocio cervical. Fue operado luego de la presentación del trabajo anterior y es el número 54 de nuestra serie. El diagnóstico se hizo con el tomograma computado, que mostró la continuidad del tumor mediastinal con el bocio cervical, de tamaño pequeño. Esta situación no es frecuente, pero es posible y en trabajo original de Whurmann, hay un esquema típico de esta situación. No es frecuente, porque la hemos observado por primera vez en el caso N° 54 de nuestra serie.

De nuevo, muy agradecido por la atención prestada.