

CUARENTA Y CUATRO OBSERVACIONES DE BOCIO DIFUSO *

W. VENTURINO

En una breve aportación al tema que, sobre "Cirugía del tiroides" se discute en este Congreso, mostraremos la experiencia que sobre los bocios difusos se ha adquirido en la Clínica Quirúrgica "C".

Se han reunido 44 observaciones, entre las cuales se hallan incluídas algunas correspondientes a los últimos años de la Clínica del Prof. Navarro, que fueron tratadas por integrantes actuales de la Clínica Quirúrgica "C".

Desarrollaremos esta aportación de acuerdo a los siguientes tópicos:

- a) Elementos de orden clínico.
- b) Consideraciones preoperatorias.
- c) Tratamiento quirúrgico y su resultado.

a) *Elementos de orden clínico* (cuadro 1).—Con referencia al sexo hemos hallado cifras un tanto diferentes a las dadas corrientemente, pues en lo que se refiere al masculino, tenemos un valor de 20,4 % que es más del doble del que proporciona Calvet (1), siendo la relación de las cifras de ambos sexos: 1: 3,90; en la Clínica Mayo esa relación ha variado desde el año 1924 al 1944 de 1: 4,89 a 1: 1,53 (2) para la enfermedad de Basedow.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "C" del Prof. P. Larghero Ybari (Seccional de Cabeza y Cuello que dirige el Dr. T. Chiara.)

Cuadro 1

ELEMENTOS CLINICOS

Sexo:	
Hombres	20,4 %
Mujeres	79,6 %
Edad:	
Segunda década	7,0 %
Tercera década	32,6 %
Cuarta década	23,2 %
Quinta década	23,2 %
Sexta década	11,6 %
Séptima década	2,4 %
Máxima	66 años
Mínima	11 años
Tiempo de evolución (promedio)	30 meses
Máxima	15 años
Mínima	2 meses
Hipertiroidismo	93,1 %
Exoftalmía (de los hipertiroidismos). No regresión en 7 %	
de los operados, inclusive una exacerbación	90,2 %
Trastornos cardiovasculares	2,27 %
Trastornos mecánicos	2,27 %

Si estudiamos por décadas las edades en que mayor frecuencia hemos hallado para el bocio difuso, se ve que la tercera década es la de mayor frecuencia (32,6 %), disminuyendo hacia los extremos.

Con todo, la cuarta y quinta décadas aportan también buen número de casos (23,2 % cada una). La edad mínima encontrada corresponde a un niño de 11 años, cuya enfermedad evolucionaba desde hacía doce meses. Se trataba de un típico Basedow que respondió bien al tratamiento de propiltiouracilo y yoduro, aunque este último actuó poco, como lo prueba la imagen histológica (fig. 1). Se hizo tiroidectomía subtotal y la evolución fue buena. La máxima edad corresponde a una señora de 66 años, también Basedow, tratada con yoduro solamente y que fue intervenida con éxito.

El tiempo de evolución de la enfermedad en el momento de la admisión fue en promedio treinta meses, siendo el máximo de quince años, en una mujer de 39 años con bocio difuso con hipertiroidismo franco sin exoftalmía, que fue operada y que recidivó en el lóbulo derecho a los dos años. Rehusó la reintervención.

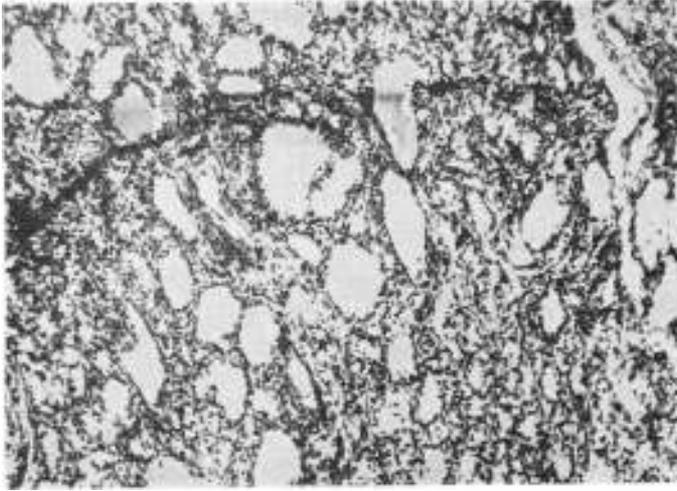


Fig. 1.—Basedow en un niño de 11 años. T-U y Lugol.
Se destaca gran hiperplasia celular.

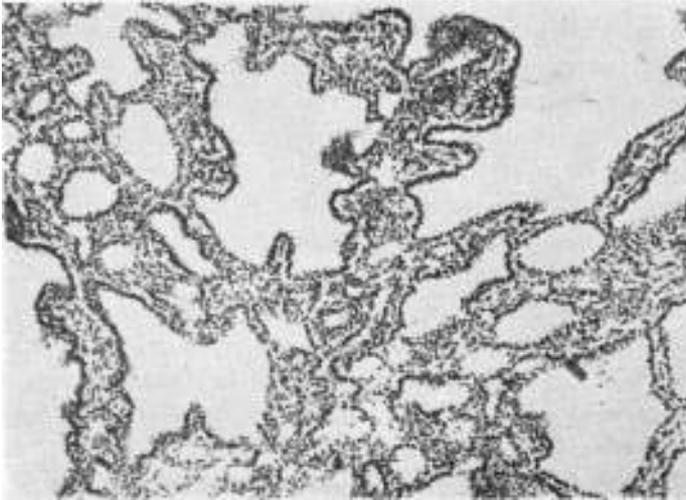


Fig. 2.—Bocio difuso agudo. 44 años. Gran hiperplasia celular.
No reabsorción coloidal. Formaciones papilares.

El caso mínimo corresponde a un verdadero bocio agudo desarrollado en una mujer de 44 años, como consecuencia, al parecer, del tratamiento quirúrgico de bocio en una hermana. En la figura 2 se muestra su imagen histológica.

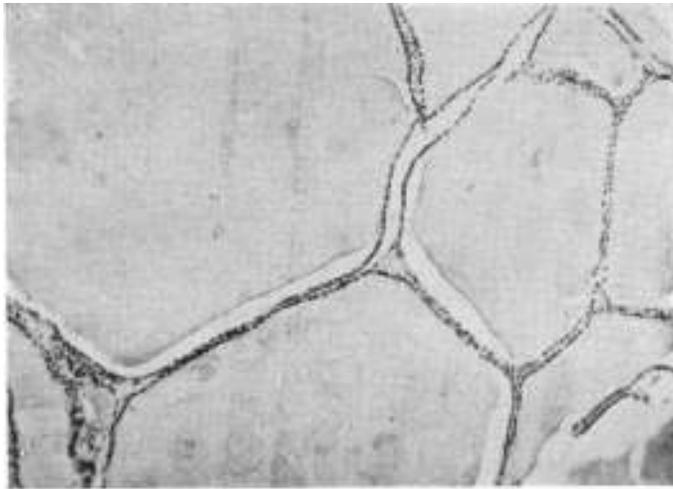


Fig. 3. Bocio difuso coloidal. 23 años.
Aspecto típico del bocio endémico.

El síndrome clínico de hipertiroidismo, completo o incompleto, leve o importante, se ha encontrado en 41 de los 44 casos (93,1 %). De los tres casos restantes, dos correspondían a bocios coloides difusos; de uno de ellos mostramos la imagen histológica (fig. 3). El tercero correspondía a uno de esos casos todavía poco conocidos (3) de bocios difusos con imagen histológica que recuerdan al Basedow, pero sin hipertiroidismo clínico (fig. 4). Esta enferma recibió tapazol y yoduro fuera del Servicio, lo que explica la imagen de reposo de las vesículas tiroideas.

La exoftalmía fue hallada en 37 casos de los 41 con hipertiroidismo (90,2 %). No se ha realizado la exoftalmometría con regularidad como para aportar datos al respecto. Se debe consignar el hecho de que tres exoftalmías no regresaron después de la intervención (7 %), incluyendo un caso de exacerbación después de la misma.

Como trastornos cardiovasculares sólo anotamos (excluyendo las manifestaciones cardiovasculares corrientes en el hipertiroidismo) una insuficiencia cardíaca (2,4 %) en una mujer de 58 años de edad que evolucionó bien después de operada.

Con referencia a los trastornos mecánicos sólo hemos hallado un caso de molestias respiratorias leves en una mujer de 38 años.

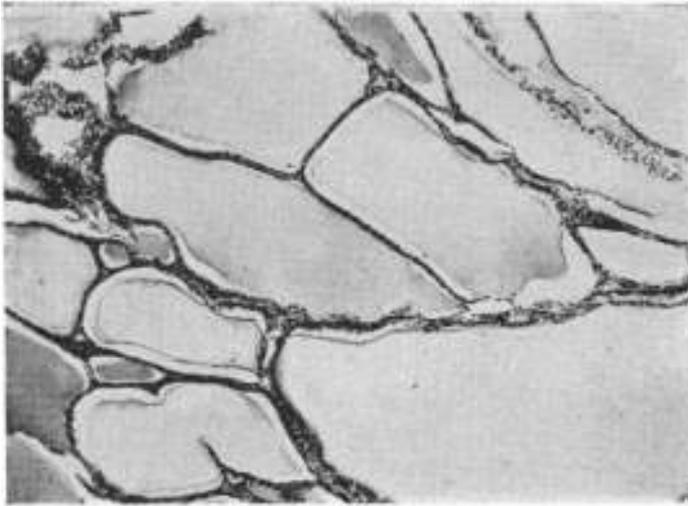


Fig. 4.- Bocio difuso con discreto hipertiroidismo. En reposo por el Lugol. Algunos restos de hiperplasia celular. 29 años.

b) *Consideraciones preoperatorias* (cuadro 2).— En este cuadro se aprecian los porcentajes correspondientes a enfermos tratados con los distintos productos antitiroideos. En los casos tratados con yoduro solamente (43,3 %) se ha observado que la acción de éste ha sido casi siempre benéfica, aún en casos de elevado hipertiroidismo, en contra de lo que dicen autorizadas opiniones (4) al respecto.

Cuadro 2
PREOPERATORIO

Medicamentos usados:

Yoduro	43,3 %
Drogas antitiroideas solamente	8,1 %
Drogas + yoduro	45,9 %
I131 (fracasó)	2,7 %

Control por:

- Curva de glucemia: de 6 casos, descendió en 2.
- Curva de colesterol: de 8 casos, ascendió en los 8.
- Curva de metabolismo: de 29 casos, 27 descendieron a valores normales. Un caso resistente a yoduro y otro a propiltiouracilo.
- Curva de peso: aumento de 4k.400 (promedio) con máxima de 10 k, y mínima de 1 k.
- Curva térmica, pulso, psiquis y sueño.

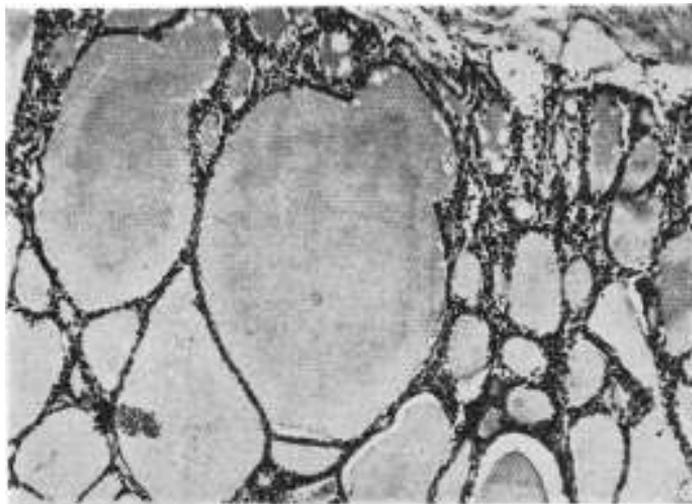


Fig. 5.--Basedow. 32 años. Tratamiento sólo con Lugol.
Imagen típica de la acción de éste.

En la figura 5 mostramos la imagen histológica de un caso tratado solamente con yoduro. Desde luego, los mejores resultados se han obtenido con la combinación de drogas antitiroideas (sobre todo tiouracilo y propiltiouracilo; el tapazol lo hemos usado poco).

La figura 6 muestra la imagen histológica que provoca la acción de las drogas antitiroideas, y la figura 10 la imagen de un caso que recibió propiltiouracilo y yoduro. En la figura 7 se muestra un caso de resistencia frente a las drogas.

El único caso tratado con I^{131} no respondió a la acción de éste, como lo comprobó la clínica y la imagen histológica de la pieza operatoria (fig. 8). Este caso respondió bien al tratamiento de tapazol y yoduro.

Como imagen relativamente rara obtenida con el tratamiento preoperatorio de drogas más yoduro, mostramos la figura 9. Se trataba de un Basedow; la imagen histológica de la pieza operatoria se asemeja a la de un bocio coloide.

La evolución de los enfermos hacia el eutiroidismo es fiscalizada por varios elementos, como lo muestra el cuadro 2. Es obvio recalcar que el pequeño número de casos anotados en al-



Fig. 6.—Basedow. 38 años. Tratamiento con P-T-U y Lugol. Se nota la acción predominante del P-T-U (gran hiperplasia, muy poco coloide).

gunas de las curvas se debe a que gran cantidad de enfermos ingresan al Servicio ya medicados y preparados para operar y no siempre es posible conseguir los datos para construir esas curvas. Además, las curvas de colesterol y de glucemia se hacen sistemáticamente desde hace poco tiempo, en los enfermos que son tratados integralmente en el Servicio.

De la comparación de las dos curvas químicas, surge, por lo menos en primera instancia, dado el escaso número que poseemos, que la curva de colesterol es realmente efectiva como índice de normalización. La curva de la glucemia se nos ha presentado hasta ahora muy variable.

La curva de metabolismo basal mantiene su valor reconocido; no insistiremos en ella.

La curva de peso nos muestra un aumento promedio de 4k.400 durante la normalización de los pacientes, cifra que es inferior a la de la disminución de peso por la enfermedad, cuyo promedio es, para los casos en que consta esa disminución, de 10k.600.

El estudio de la curva del pulso, de la temperatura rectal, del psiquismo y de los períodos de sueño, son elementos de fácil

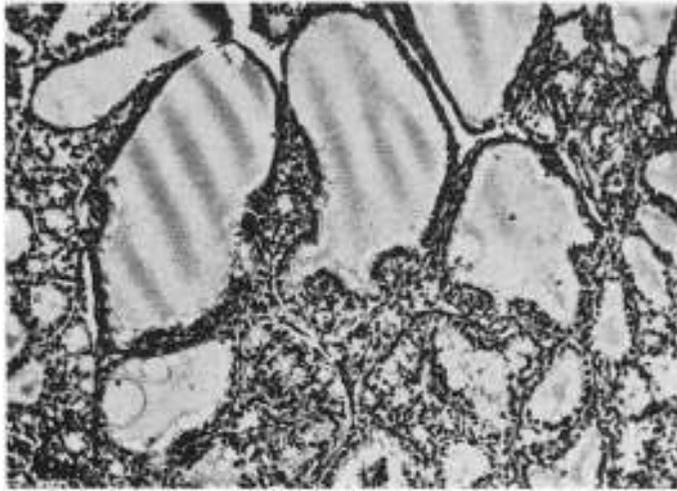


Fig. 7.—Basedow. 44 años. Tratamiento sólo con P.T.U. Resistente. Operada en pleno hipertiroidismo.

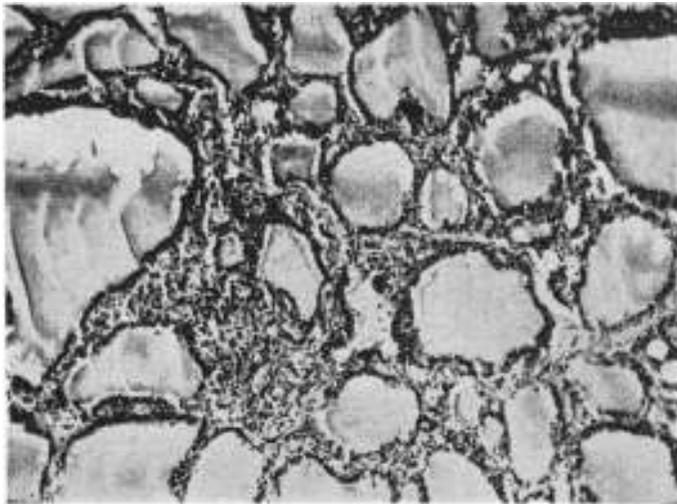


Fig. 8.—Basedow. 56 años. Tratamiento con I¹³¹ (fracasó). Respondió al Tapazol y Lugol.

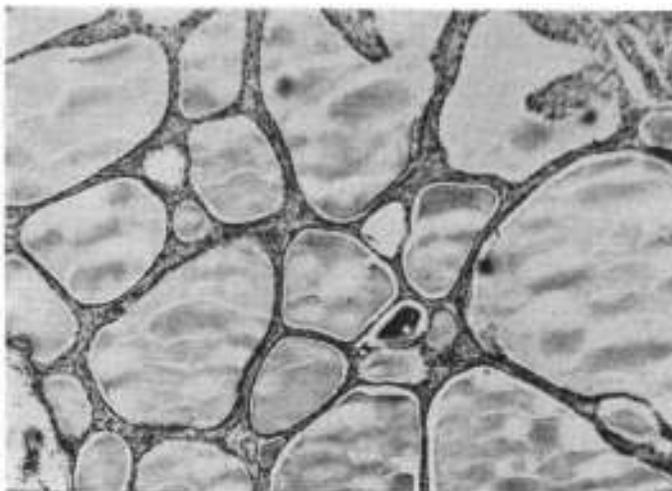


Fig. 9.—Basedow. 29 años. Imagen relativamente rara, semejante a un bocio coloide, obtenida con T-U y Lugol.

observación y de un enorme valor como índice de normalización de la función tiroidea. Cuando ellos son normales y sin recurrir a otros datos se puede operar con seguridad a estos pacientes.

c) *Tratamiento quirúrgico, evolución y resultados* (cuadro 3).—El tratamiento quirúrgico consistió siempre en tiroidectomía subtotal bilateral, con excepción de un caso en que se hizo sólo a derecha por gran predominio de la lesión en ese lóbulo.

La anestesia empleada fue siempre local-regional; con ella y en enfermos bien preparados y premedicados se obtiene una analgesia y una exposición perfectas. Nunca se han presentado problemas como para hacer variar esa conducta, aunque sin desconocer opiniones como la de la Lahey Clinic (5) que preconizan en forma terminante la anestesia general con intubación traqueal en todas las tiroidectomías.

No se han presentado complicaciones operatorias.

Como complicaciones postoperatorias sólo se observaron tres casos de hipertiroidismo (6,8 %), dos de ellos intensos que cedieron bien al tratamiento médico correspondiente. El menos intenso de los tres se produjo en una mujer de 44 años operada con un metabolismo basal de + 54 % por ser totalmente resistente al tratamiento preoperatorio.

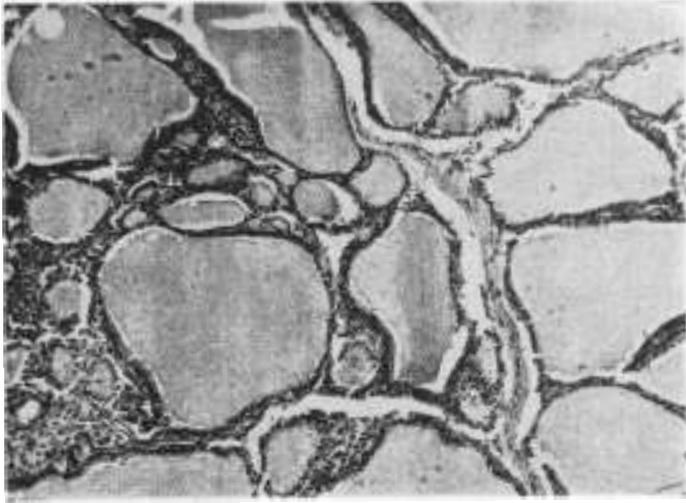


Fig. 10.—Basedow. 24 años. Imagen corriente obtenida con los T-U y Lugol. Recidivó.

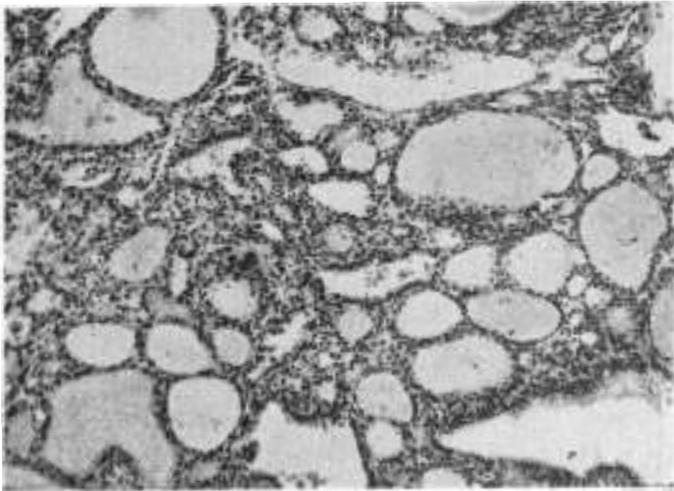


Fig. 11.—Microfotografía de la recidiva del caso anterior. Tratado en igual forma. Se aprecia la menor acción del Lugol.

Cuadro 3

TRATAMIENTO QUIRURGICO, EVOLUCION Y RESULTADOS

Tiroidectomía subtotal	100,0 %
Anestesia local	100,0 %
Complicaciones operatorias	0,0 %
Complicaciones postoperatorias:	
Recurrente	0,0 %
Fenómenos respiratorios	0,0 %
Hipoparatiroidismo	0,0 %
Hipertiroidismo	6,8 %
Hemorragias	11,3 %
Mortalidad	0,0 %
Recidivas	6,8 %
1 caso como bocio nodular izquierdo a los dieciocho años, reoperado.	
1 caso en lóbulo izquierdo no reoperado, a los dos años.	
1 caso hacia el tórax, a los tres años, reoperado.	
Tiempo de observación:	
Mínima	4 meses
Máxima	18 años

También han ocurrido 5 casos (11,3 %) de hemorragias (tres equimosis de entidad y dos hematomas). De ellos sólo un caso hubo de ser drenado. No se ha registrado otro tipo de complicación.

La mortalidad hasta el momento es nula. Como referencia se puede citar la experiencia de la Lahey Clinic (5), que en 2.700 hipertiroidismos preparados con drogas antitiroideas y operados con tiroidectomía subtotal, la mortalidad fue de 0,18 % (5 casos), 2 casos por complicaciones cardíacas y 3 por obstrucción respiratoria.

Con relación a las recidivas se han observado hasta el momento 3 casos (6,8 %). Las grandes estadísticas dan solamente un 2 % (5). En el último de nuestros tres casos se hizo el diagnóstico anatómico de recidiva por medio de gammagrama. Clínicamente no había tumoración cervical; el gammagrama lo descubrió en la parte inferior de la región tiroidea, penetrando en el cuello. Las figuras 10 y 11 muestran las imágenes histológicas de la primera y de la segunda piezas operatorias. Ambas imágenes

nes son de Basedow tratados, pero en la segunda se ve mayor hiperplasia celular, así como una menor acción del yóduro en lo que a la acumulación del coloide se refiere. Claro que al hablar de recidivas se impone mencionar el tiempo de observación de esos pacientes después de operados; los bocios difusos han ingresado al Servicio a un ritmo aproximado de 3 por año; el que lleva más tiempo de operado es de dieciocho años; el que menos, cuatro meses.

SUMARIO

Se presenta un trabajo estadístico sobre 44 observaciones de bocio difuso.

Se analizan suscintamente los elementos clínicos y la frecuencia encontrada.

Se estudia el tratamiento preoperatorio y los criterios usados para su fiscalización.

Se muestran el tratamiento quirúrgico empleado, las complicaciones, la mortalidad y las recidivas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. CALVET, J. P.—“Les hiperthyroidies. Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale”. Masson & Cie., Editeurs, T. III, pág. 552, 1949.
2. PEMBERTON, J. de J. and HAINES, S. F.—Exophthalmic Goiter. In “Christopher's Textbook of Surgery”, pág. 270. W. B. Saunders Co., 1944.
3. WARREN, S. and MEISSNER, W. A.—A Working Pathologic Classification of Thyroid Disease. “S. Clin. North America”, 33: 739-750; 1953.
4. BARTELS, E. C.—Preparation of the Hiperthyroid Patient for Sub-total Thyroidectomy. “S. Clin. North America”, 33: 757-763; 1953.
5. CATTELL, R. B.—Postoperative Complications of Thyroid Surgery. “S. Clin. North America”, 33: 867-877; 1953.