

**ESTUDIO ESTADISTICO
SOBRE 158 CASOS DE BOCIO
TRATADOS EN LA CLINICA QUIRURGICA B***

*Dres. BORIS ASINER, PIERRE GIBERT
y CESAR ARRUTI*

En diez años de labor de nuestra Clínica, de 1945 a 1955, se han asistido 158 pacientes de bocio.

El estudio clínico, orientación terapéutica y la realización quirúrgica, han estado a cargo de los cirujanos que componen la Clínica. Los resultados de esta labor han sido analizados y sus comprobaciones están en la presente síntesis estadística.

La clasificación de los diferentes tipos de bocio se ha basado en la patología y en la impresión clínica.

El material quirúrgico y su estudio anatomopatológico (piezas y láminas), no se incluyen por razones de espacio en la presente contribución, estando a disposición de los interesados en el Archivo de nuestra Clínica Quirúrgica. Es el resultado de la excelente y proficua labor del patólogo Dr. J. F. Casinelli.

TIPO CLINICO DE BOCIO	158
Difusos	73
Con hipertiroidismo (14 tipo Basedow-Graves)	56
Sin hipertiroidismo	17
Nodulares	85
Multinodulares	45
Bilaterales	43
Con hipertiroidismo	30
Sin hipertiroidismo	13

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" del Prof. Juan C. Del Campo.

Unilaterales	2
Con hipertiroidismo	0
Sin hipertiroidismo	2
Uninodulares	40
Con hipertiroidismo (1 tipo Plummer)	14
Sin hipertiroidismo	26

Neoplasmas hallados

Neoplasmas tiroideos, en la serie	9
Difuso con hipertiroidismo	1
Multinodular bilateral sin hipertiroidismo	1
Uninodular con hipertiroidismo	1
Uninodular sin hipertiroidismo	4
Se agregan, operados como neoplasmas tiroideos	2

De este cuadro, destacamos:

- que de un total de 158 la mayoría son nodulares, 85 de ellos; las formas uninodulares sin hipertiroidismo son las que presentan mayor número de neoplasmas insospechados;
- que los cánceres operados como tales, no se incluyen en la estadística;
- de los 56 bocios difusos con hipertiroidismo, sólo 14 son clasificados como Basedow-Graves.

En este cuadro, figuran las edades, sexo, a gran predominio femenino, 136 en el total de 158, y la procedencia.

Antecedentes familiares de bocio	8 casos
Recidivas (4 casos fueron operados en otros Servicios)	5 casos
Bocios tratados	158 casos
No operados	7
Operados	151
Fallecidos (2,6 % mortalidad)	4
Muertes bruscas	3
Insuficiencia hepatorrenal	1

Tratamiento quirúrgico

Tiroidectomía subtotal	124
Tiroidectomía total	4
Tiroidectomía subtotal unilateral y total de lado opuesto ...	3
Tiroidectomía subtotal unilateral	15
Tiroidectomía total unilateral	3
Enucleorresección	0
Ligadura vascular	1

EDADES

	Bocios difusos		Bocios multinod. bilaterales		Bocios multinod. unilaterales		Bocios uninodulares	
	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin	Con	Sin
	hipertiroidismo	hipertiroidismo	hipertiroidismo	hipertiroidismo	hipertiroidismo	hipertiroidismo	hipertiroidismo	hipertiroidismo
Menos de 20	3	4	0	1	0	1	0	0
De 20 a 29 .	16	9	6	2	0	0	6	4
" 30 " 39 .	17	3	5	3	0	0	0	5
" 40 " 49 .	10	0	8	3	0	0	4	8
" 50 " 59 .	8	0	8	3	0	1	4	6
Más de 60 ..	2	1	3	1	0	0	0	3
Total	56	17	30	13	0	2	14	26

SEXOS

Mujeres	48	15	26	13	0	2	12	20
Hombres ...	8	2	4	0	0	0	2	6
Total	56	17	30	13	0	2	14	26

PROCEDENCIAS

Monevideo, 43; Colonia, 19; Lavalleja, 14; Canelones, 9; Tacuarembó, San José y Rivera, 8 c/u.; Rocha, 4; Flores, 2; Cerro Largo, Durazno, Treinta y Tres, Salto, Paysandú y Maldonado, 1 c/u; ex tranjero, 5. No está consignada la procedencia de los restantes pacientes.

Tratamiento médico

Iodo más sedantes	64
Iodo más sedantes más tiouracilo	34

Anestesia usada

Local	140	93,40 %
General	11	7,02 %

De este cuadro, destacamos:

Sólo 8 comprobaciones de enfermedad en la familia. Hay 5 recidivas de las cuales 1 pertenece a la Clínica. Fueron operados 151 pacientes, teniendo un índice de mortalidad de 2,6 %, con 3 muertes "bruscas" en las primeras horas.

La operación realizada en la mayoría, fue la "tiroidectomía subtotal"; 4 casos de total. El resto, fueron formas combinadas.

El tratamiento preoperatorio se realizó en 98 casos. Sesenta y cuatro con sedantes y yodo; 34 con el agregado de drogas anti-tiroideas.

La anestesia local fue empleada en el 93 % de los casos, y la general en el 7 %.

Evolución postoperatoria

Trastornos fonatorios:

Intrascendentes	15
Leves	10
Lesión recurrente	1

Complicaciones inmediatas:

Hipoparatiroidismo	2
Hipotiroidismo	4
Hemorragia	0
Obstrucción respiratoria (1 cedió con intubación; 1 muerte)	2
Muertes (3 de ellas "bruscas")	4

Alteraciones a nivel de la herida operatoria:

Infección, fistula, queloide (en su conjunto no pasan de 10)

Evolución tardía. Sólo fue posible controlar 30 pacientes, es decir, el 20 % de los casos operados.

Estado general	en 30	bueno
Psiquis	" 30	"
Peso	" 30	"
Metabolismo basal	" 30	"
Pulso	" 30	"
Est. cardiovascular	en 1 malo	" 29 "
Hipertiroidismo recurrente (recidiva)	1 caso	

En este cuadro, se señala la evolución postoperatoria. Ha habido trastornos fonatorios intrascendentes, lesión recurrencial en 1 caso (que resultó ser un neoplasma), tetania paratiropiva, hipotiroidismo, obstrucción respiratoria (con 1 caso fatal). Ha habido 1 caso de hipertiroidismo recurrente. Todas las complicaciones pudieron ser tratadas y curadas. El contralor tardío sólo fue posible realizarlo hasta un 20 % de los casos (con la colaboración del Servicio Social del Hospital de Clínicas).

A continuación, se analizan los bocios con hipertiroidismo, de acuerdo a: tiempo de evolución, síntomas presentes, grado de hipertiroidismo y su repercusión fundamental. Tratamiento preoperatorio, operación y anatomía patológica, así como la evolución.

BOCIOS DIFUSOS CON HIPERTIROIDISMO

56

Tiempo de evolución:

Menos de un año	2
De uno a dos años	33
De dos a cinco años	11
Más de cinco años	10

Síntomas:

Neuropsíquicos	46
Cardiovasculares:	
Leves	33
Arritmias	3
Insuficiencia cardíaca	4
Metabólicos:	
Adelgazamiento marcado	33
Metabolismo basal alto	15
Oftalmológicos (2 graves)	28
Digestivos	11
Genitales	13
Otras endocrinopatías	2

Síntomas dominantes:

Locales	13
Neuropsíquicos	30
Metabólicos	12
Cardiovasculares	6
Exoftalmía	2
Miopáticos	1

Según el tipo de hipertiroidismo:

Mediano	32
Leve	13
Grave	11
Cardiotóxico	5
Hiperexoftalmía	2
Miopático	1
Metabólico	3

Tratamiento preoperatorio:

Digital	4
Antitiroideos y yodo	25
Yodo y sedantes	24

Se administraron también vitaminas, hepatoprotectores, etc.

Tratamiento médico. Por no considerar necesaria la intervención quirúrgica o por negativa del paciente 3

Tratamiento quirúrgico 53

Anestesia:	
Local	49
General (2 por no tolerar la local)	4
Operación:	
Subtotal	50
Subtotal de un lado y total del otro	1
Subtotal + total del otro (era recidiva)	1
Ligadura de pedículo tiroideo (era lo único posible por la gravedad)	1

Postoperatorio: Se anotó como complicaciones: hipocalcemia, cedió con calcio y sedantes. Afonía, excitación, tetania (calcio y vitamina D). Crisis taquicárdicas, obstrucción laríngea (cedió con intubación, en enfermo que fue tratado con tiouracilo).

Fallecidos: 2. Uno, al tercer día: insuficiencia cardíaca, arritmia completa, diabetes, hipertensión arterial. Fue el paciente a quien se le intentó hacer sólo la ligadura de pedículos. Otro, al cuarto día: crisis hipertiroidea, con insuficiencia hepatorenal.

Anatomía patológica:

Bocio parenquimatoso con zonas coloides, con infiltración linfoide, con crecimiento papilar, intravesicular	18
Bocio parenquimatoso con zonas coloides, con infiltración linfoide	4
Bocio parenquimatoso con infiltración linfoide	3

Bocio coloide con infiltración linfoide y crecimiento papilar	15
Bocio coloide con infiltración linfoide	5
Bocio coloide con epitelios inactivos	5
Neoplasma	1

Se exponen ahora los bocios difusos sin hipertiroidismo.

BOCIOS DIFUSOS SIN HIPERTIROIDISMO 17

Tiempo de evolución:

Menos de un año	5
De uno a dos años	1
De dos a cinco años	5
Más de cinco años	6

Anatomía patológica:

Bocio coloide	7
Bocio parenquimatoso	8
Bocio coloide parenquimatoso	2

Síntomas:

Locales, de tumor aislado	8
Compresión	4
Adelgazamiento	8
Neuropsíquicos	9
Astenia	4
Cardiovascular	2

Tratamiento preoperatorio:

Sedantes	5
Iodo y sedantes	6

Operados

Operados	11
No operados	6
Anestesia local	9
General	2

Tipo de operación:

Subtotal	11
----------------	----

Se analizan, a continuación, los bocios multinodulares bilaterales con hipertiroidismo. Se sigue el mismo tipo de estudio. Destacamos 4 hipertiroidismos graves. De ellos, 3 con cardiopirotoxicosis.

Aquí se realizaron 3 tiroidectomías totales.

BOCIOS MULTINODULARES BILATERALES CON HIPERTIROIDISMO

30

Tiempo de evolución:

Menos de un año	5
De uno a dos años	5
De dos a cinco años	18
Más de cinco años	2

Anatomía patológica:

Nódulo fibroso con bocio multivesicular y proliferación epitelial	3
Bocio quístico coloide con hemorragia	1
Bocio coloide difuso, con nódulos coloides, con crecimiento papilar intravesicular	8
Bocio coloide difuso con nódulos coloides epiteliales inactivos	6
Bocio parenquimatoso más nódulos coloides	5
Bocio coloide difuso con nódulos adenomatosos a evolución coloide	3
Nódulos adenomatosos con infiltración linfoide	2
Adenoma con nódulos parenquimatosos	1
Epitelioma	1

Síntomas:

Locales importantes	9
Neuropsíquicos	17
Metabólicos:	
Metabolismo basal alto	7
Colesterol bajo	12
Oculares	3
Cardiovasculares (3 graves)	15
Digestivos	9
Genitales	4

Hipertiroidismo:

Leve	12
Mediano	14
Grave	4
Cardiotóxicos	3
Metabólicos	1

Síntomas dominantes:

Neurológicos	6
Metabólicos	1
Cardiovasculares	3

Tratamiento preoperatorio:

Sedantes y yodo	13
Sedantes, yodo y tiouracilo	6

Tratamiento quirúrgico:	
Anestesia local	25
Anestesia general	5
Operación:	
Tiroidectomía subtotal	26
Tiroidectomía total (1 en un caso de recidiva)	3
Tiroidectomía subtotal de un lado y total del otro	1

Presentamos ahora los bocios multinodulares, bilaterales, sin hipertiroidismo. En el total de 13, resultaron carcinomas 2. Uno, presentó parálisis recurrencial postoperatoria:

BOCIOS MULTINODULARES BILATERALES SIN HIPERTIROIDISMO	13
Tiempo de evolución:	
Menos de un año	2
De uno a dos años	4
De dos a cinco años	4
Más de cinco años	3
Anatomía patológica:	
Bocio coloide quístico, de aspecto nodular	6
Bocio parenquimatoso y coloide, con nódulos fetales .	2
Tiroiditis crónica quística, con caracteres de Riedel . .	1
Bocio coloide con bocio nodular quístico tipo coloide .	1
Adenoma con nódulo coloide	1
Adenocarcinoma	2
Síntomas:	
Locales aislados	8
Neuropsíquicos	2
Cardiovasculares	1
Metabólicos	1
Calcificación (radiología)	1
Tratamiento preoperatorio:	
Sedantes y yodo	1
Digital	1
Tratamiento médico:	
No reingresó para intervención	1
Tratamiento quirúrgico:	
Anestesia local	12
Tipo de operación:	
Tiroidectomía subtotal	12

Postoperatorio:	
Parálisis recurrencial	1

En el cuadro siguiente, se analizan los bocios multinodulares, unilaterales. Son 2 casos sin hipertiroidismo.

BOCIOS MULTINODULARES SIN HIPERTIROIDISMO, UNILATERALES	2
Tiempo de evolución:	
De uno a dos años	1
De dos a cinco años	1
Sintomas:	
De tumor solo	2
Tratamiento peroperatorio:	
Sedantes y yodo	2
Tratamiento quirúrgico:	
Tiroidectomía subtotal	1
Hemitiroidectomía	1
Anatomía patológica:	
Bocio multinodular coloide	2

El cuadro que sigue corresponde a los bocios uninodulares con hipertiroidismo.

De 14 casos, 3 fueron graves. Dos, a forma de cardiotirotoxicosis. Señalamos que la anatomía patológica, mostró que aparte del nódulo, el resto de la glándula se hallaba afectada por lesiones que se destacan en la anatomía patológica del cuadro.

BOCIOS UNINODULARES CON HIPERTIROIDISMO	14
Tiempo de evolución:	
Menos de un año	5
De uno a dos años	3
De dos a cinco años	1
Más de cinco años	5
Anatomía patológica:	
Nódulo adenomatoso con bocio difuso parenquimatoso y coloide	5
Nódulo coloide con bocio coloide macrovesicular	6
Adenoma con bocio coloide macro y microvesicular y zonas de aspecto fetal	3

Síntomas:

Locales intensos	4
Neuropsíquicos	10
Cardiovasculares	8
Insuficiencia cardíaca, evolución un año	1
Evolución más de un año	1
Leve	6
Metabólicos:	
Adelgazamiento	4
Metabolismo basal elevado	9
Exoftalmía	4
Digestivos	3
Genitales	1
Calcificación (radiología)	1

Hipertiroidismo:

Leve	4
Mediano	2
Grave (cardiotóxicos 2)	3

Tratamiento preoperatorio:

Sedantes y yodo	11
Drogas antitiroideas	3

Tratamiento quirúrgico:

Anestesia local	12
Anestesia general	2

Operación:

Subtotal	10
Total	1
Hemitiroidectomía	3

En el cuadro siguiente, se presentan los bocios uninodulares sin hipertiroidismo. Destacamos que de 26 de este tipo, 4 fueron cánceres, no diagnosticados clínicamente.

BOCIOS UNINODULARES SIN HIPERTIROIDISMO 26**Tiempo de evolución:**

Menos de un año	5
De uno a dos años	4
De dos a cinco años	8
Más de cinco años	9

Anatomía patológica:	
Bocio nodular coloide	12
Bocio nodular parenquimatoso	1
Nódulo fetal	2
Nódulo coloide con bocio coloide difuso	2
Bocio nodular con hiperplasia	2
Bocio nodular adenomatoso tipo vesicular	1
Quiste hemático con bocio coloide	2
Quiste fibroso con bocio coloide	2
Adenoma con atipía celular (puede ser neoplasma) ..	1
Sintomas:	
Tumor aislado	9
Compresión	5
Neuropsíquicos	5
Exoftalmía	1
Cardiovasculares	2
Digestivos	6
Metabólicos	2
Tratamiento preoperatorio:	
Sedante y yodo	6
Sin tratamiento	20
Tratamiento quirúrgico:	
Anestesia local	26
Anestesia general	0
Tipo de operación:	
Subtotal bilateral	9
Subtotal unilateral	14
Subtotal de un lado y total opuesto	1
Enúcleorresección	2

SINTESIS

1) Los resultados obtenidos hasta el momento actual, en nuestra Clínica, concuerdan con los que sostienen que la cirugía es, en general, el tratamiento correcto del bocio.

2) La tiroidectomía subtotal, ha sido la operación efectuada en la mayoría de los casos (82 %).

3) La oportunidad operatoria se ha establecido en esta serie, para cada caso particular, teniendo en cuenta lo que se puede obtener con el uso correcto del yodo, sedantes y drogas anti-

tiroideas. El tratamiento preoperatorio se ha completado con el de las insuficiencias presentes: cardíacas, hepáticas, metabólicas, respiratorias, etc.

4) El resultado ha sido efectivo en el 95 % de los casos. Ha habido una recidiva en el total de 151 operados. De los enfermos con recidivas que ingresaron a nuestro Servicio, la cirugía ha logrado también la curación.

5) La conducta quirúrgica tiene a su favor, la extirpación de carcinomas asintomáticos, en su etapa intracapsular o aun, en estado de atipia nuclear o celular. Ello amplía sus posibilidades curativas y ofrece un tratamiento precoz. Comprobamos 7 casos de carcinomas en el resultado del estudio anatomopatológico del bocio. El mayor porcentaje corresponde, por cierto, a las formas nodulares.

6) El índice de mortalidad operatoria, ha sido el de 2,6 %, que analizamos aparte.

7) La anestesia local ha sido suficiente en el 93 % de los casos. La general se empleó en el 7 %.

8) El postoperatorio ha sido en general breve (días) y bueno en la mayoría. La reintegración social en buenas condiciones, ha sido rápida.

9) Del estudio de la anatomía patológica, surge que muchos casos de bocio clínicamente difusos, han evidenciado tener carácter nodular. Por la clínica puede ser difícil la diferenciación entre un adenoma o simple lobulación.

10) El uso de drogas antitiroideas, ha sido limitado, y ha alcanzado sólo a un 34 % de los hipertiroidismos tratados.

11) Hemos tenido las siguientes complicaciones postoperatorias:

- a) Disfonía, o afonía de tipo intrascendente, en 15, leve en 10, cediendo en ambas, rápidamente.
- b) Hemorragia que obligara a una reintervención no existió en la serie.
- c) Tetania, paratiropriva, 2 casos; cedieron con tratamiento.
- d) Hipotiroidismo postoperatorio, 2 casos.
- e) Lesión del recurrente: 1 caso, era un neoplasma.
- f) Hipertiroidismo recidivado, 1 caso.

- g) Obstrucción respiratoria, 2 casos; uno cedió con intubación y otro está entre las muertes “brúscas”.
 - h) Muertes: 4 casos. Tres muertes “brúscas” en el postoperatorio, inmediato y 1, al cuarto día con insuficiencia heparrenal.
- 12) Para terminar, dos aspectos de la técnica:
- a) Para evitar lesión de recurrente o paratiroides (en la total) es necesario hacer una disección que permita mantenerse contra el plano capsular. Si el proceso engloba estos elementos la resección, se hará intracapsular a ese nivel.
 - b) En caso de cuello corto y ancho, la incisión será amplia por ser la región profunda y el abordaje difícil. En cuello largo y saliente, el manejo será fácil por ser superficial.