

BOCIO INTRATORACICO

Prof. Dr. JOSE MARIA MAINETTI

(La Plata)

El bocio intratorácico (B.T.) es una hipertrofia adenomatosa de tejido tiroideo ubicada por entero o en su mayor parte dentro del tórax. Es un tumor mediastinal sin o con signos poco evidentes de tumor cervical.

La ubicación aberrante de tejido tiroideo es una anomalía frecuente que tiene su explicación embriológica o patológica.

El proceso embriológico explica la frecuencia de tiroides aberrante en la llamada "área halitual" de Wolfler, o sea la zona triangular que se extiende desde el maxilar inferior como base al cayado de la aorta como vértice, y ambos bordes posteriores de los esternocleidomastoideos como lados.

El verdadero bocio aberrante intratorácico no tiene ninguna conexión anatómica con la glándula tiroides. Antes del auge de la cirugía torácica eran en su mayoría hallazgos de autopsias. Wagner (citado por Crotti) había encontrado con frecuencia bocios aberrantes en la cavidad torácica del perro. La cirugía moderna del tórax ha permitido catalogar a muchos tumores mediastinales como de origen tiroideo.

Lo corriente es encontrar el B.T. aberrante o ectópico falso, es decir desarrollado a expensas de una tiroides que ocupaba una situación normal en el cuello, pero que debido a circunstancias anatomofisiológicas ha emigrado de su sitio de origen. Es lo frecuente en patología tiroidea, porque la dirección de un bocio depende de su nacimiento en la glándula y de la resistencia que ofrecen los músculos, las fascias. Cuando se produce una hipertrofia adenomatosa del istmo o de los polos inferiores de la tiroides la tendencia a crecer es hacia abajo, hacia el tórax, tendencia favorecida por varias causas:

Causas congénitas:. el cuello corto y la situación profunda de la tiroiðes normal, que hace que en estos casos el borde superior del istmo tiroiðes corresponda al borde superior del manubrio esternal;

- b) *causas anat3micas:* los músculos infrahioides con sus inserciones en el estern3n dejan una comunicaci3n libre al mediastino superior, y el v3rtice del t3rax es lo que ofrece más amplitud y menos resistencia al crecimiento del bocio;
- c) *causas fisiol3gicas:* aspiraci3n torácica, movimientos de degluci3n, intervienen secundariamente como factores coadyuvantes a la emigraci3n torácica del bocio.

La anatomía patol3gica del B.T. nos enseña que todos estos bocios son adenomas con uno o varios n3dulos, de tamaño y peso variables (de 40 a 2,650 grs. como en el caso de Sauerbruch), y que como todo bocio nodular puede sufrir distintos cambios evolutivos: hemorragia, calcificaci3n, amiloidosis, toxicidad, malignidad, etc. Su sitio de origen en la tiroiðes da raz3n de su ulterior ubicaci3n en el mediastino. Si el adenoma nace en el istmo se ubica detrás del estern3n, en situaci3n *mediana* (bocio retroesternal). Si el adenoma nace en los l3bulos, se ubica en posici3n mediastinal *lateral*, por delante o por detrás de los grandes vasos. De acuerdo a esta localizaci3n mediastinal el B.T. puede clasificarse como: 1) bocio anterior o retroesternal; 2) bocio mediastinal posterior; 3) intermedio o intertraqueoesofgico.

El B.T. conserva siempre su contacto más íntimo con la tráquea y éste es el 3rgano que más sufre: es desviada, comprimida, estrechada, colapsada o reblandecida (malacia de Rosse).

Estas característics anatomopatol3gicas y su origen habitual en el cuello señalan para el bocio torácico ciertos hechos de inter3s clínicu-quirúrgico que debemos destacar desde un comienzo:

- 1º) Signos clínicos de compresi3n: venosa, esofágica, nerviosa, pero sobre todo tráqueobronquial.
- 2º) Sombra radiol3gica redondeada.

3º) Del punto de vista quirúrgico la continuidad del tumor con la glándula tiroides (pedículo), la vascularización que nace del cuello (arterias tiroideas) y el plano de clivaje característico de los adenomas.

Hemos dicho, al iniciar este artículo, que el B.T. está ubicado por entero o en su mayor parte dentro del tórax; y es necesaria una definición categórica para separar el verdadero B.T. de las prolongaciones intratorácicas del bocio cervical (bocio profundo de Kocher).

Bocio profundo (Kocher): Es el bocio parcialmente intratorácico, cuyo diámetro mayor está por encima de la clavícula y el esternón. El bocio cervical con extensión torácica es relativamente frecuente 15 a 25 % de los casos.

Ha recibido numerosas denominaciones: bocio subesternal; plongeant de Malard, penetrante incompleto de E. Finocchietto, airing o plunging goiter de los ingleses. A veces sus características clínicas de penetración intermitente le ha valido el nombre de bocio ambulante (jumping o wandering goiter).

Bocio intratorácico verdadero: Su diámetro mayor está ubicado en el mediastino, por debajo del vértice del tórax. Las diversas estadísticas señalan su frecuencia entre 0,3 y 3 %; término medio 1 %.

Puede ser primario o secundario.

a) *B.T. Primario* (Falor), aberrante (Ivanissevich), ectópico (Pettinari).

Es el bocio torácico o mediastinal puro, cuyas características son: no tener relación con la glándula tiroides normal, pedículo vascular de origen torácico, son bastante poco frecuentes, la palpación de la fosa yugular o supraesternal es negativa; requisitos de Rives: 1) por debajo del plano 1º dorsal-esternón; 2º sin conexión tiroidea; 3) vascularización en el tórax, y zona de adherencias en el sitio que recibe vascularización (no hay el plano de clivaje del bocio sumergido); 4) localizado en cualquier parte del mediastino, y la tolerancia clínica es manifiesta porque se desarrollan en un espacio que puede ser distendido.

b) *B.T. Secundario* (Falor), sumergido (Ivanissevich), emigrado (Pettinari), penetrante completo (E. Finocchietto), cervicomedial (A. Rey).

Sus características relevantes son: continuidad con el cuello, pedículo vascular cervical, y ser muy frecuentes. La clínica pone pronto síntomas de compresión traqueal, vascular o esofágico por ubicarse en el desfiladero cuello-tórax.

Las consideraciones clínico-diagnósticas que a continuación esquematizaremos se refieren en especial al B.T. verdadero secundario por ser más frecuente y más útil su diagnóstico en la elección del abordaje quirúrgico.

SINTOMATOLOGIA

La fisonomía clínica del B.T. está dada por la presencia de un *tumor* mediastinal o cérvicamediastinal al que se agregan signos de *obstáculo mecánico* sobre los órganos que atraviesan el estrecho superior del tórax. La acción mecánica de compresión, se hace sentir en primer término, y a veces exclusivamente, sobre la tráquea, pudiéndose completar este cuadro compresivo sobre el sistema vascular, nervioso y digestivo.

1º) *Compresión tráqueobrónquica*.— La tráquea es el órgano que más sufre por la presencia del bocio: es desviada, comprimida o reblandecida. Estas alteraciones dan origen a síntomas respiratorios que fluctúan desde la tos seca, la bronquitis y enfisema, o la dificultad de expeler secreciones bronquiales, hasta las crisis de sofocación que simulan el asma o la insuficiencia cardíaca y que pueden llevar a la muerte por asfixia.

La tos es a menudo seca, debido a la dificultad de expeler las mucosidades alojadas detrás de la obstrucción. Debajo de la obstrucción el árbol aéreo se dilata y su consecuencia se traduce por episodios recurrentes de bronquitis con enfisema o tos persistente e intratable.

Las crisis de disnea o de sofocación suelen ser provocadas por la posición o el sueño (al originar acodamiento o compresión traqueal); su predominio nocturno, la actitud sedente que se ve obligado a adoptar el paciente, la tos, el estridor o la cianosis, pueden inducir a un diagnóstico erróneo de asma esencial o cardíaca. Muchos enfermos han sido rotulados de esta manera antes de llegar al verdadero diagnóstico.

No debe olvidarse que la disnea sin explicación, la tos seca o el estridor deben hacer sospechar el B.T.

La hemoptisis es otra manifestación del aparato respiratorio que se presenta en el bocio retroesternal. Un enfermo comentado por Ivanissevich se internó en el Instituto de Clínica Quirúrgica con diagnóstico de probable cáncer de pulmón porque había tenido una hemoptisis y en la radiografía presentaba una sombra redondeada en el vértice izquierdo. Recientemente Burgess ("The Lancet", julio 1955) sobre un total de 15 B.T., halló 3 casos con hemoptisis. La hemoptisis parece ser debida al aumento de la presión venosa causada por el tumor mediastinal.

2º) *Compresión vascular.*— Síndrome de rémora cervicofacial. El B.T. es el tumor más frecuente del mediastino ántero-superior, sitio donde produce interferencia circulatoria de tipo cava superior, y su cortejo polisintomático de cefalea, cianosis, fœcies proconsular, ingurgitación de las venas infrahioideas y circulación colateral tipo cabeza de medusa. La dilatación venosa sobre el cuello y manubrio esternal puede ser un indicio diagnóstico.

3º) *Compresión nerviosa.*— Los nervios recurrente, simpático y el frénico que atraviesan el vértice del tórax son susceptibles a la injuria mecánica y su vulneración se pone en evidencia con la voz bitonal, el síndrome de Cl. Bernard-Horner o la parálisis del hemidiafragma respectivamente.

4º) *Compresión digestiva.*— Entre las causas de disfagia superior debe considerarse al bocio, y con mayor razón si es un B.T. del mediastino superior o intertráqueoesofágico.

Examen físico del cuello

El descubrimiento de un tumor cervical en la zona del tiroides es de importancia capital para el diagnóstico. Lo mismo lo es la palpación del polo superior del tumor mediastinal en el cuello. Cuando esta palpación no es muy nítida cobra un significado aproximado la desaparición del hueco supraesternal o supraclavicular y la sensación de apreciarlo "ocupado".

En ausencia de todo dato palpatorio también es de real importancia el antecedente remoto de un bocio "ambulante" que ha desaparecido o de una tiroidectomía efectuada término medio diez años antes.

Debe tenerse como un principio axiomático lo siguiente: "Cuando hay tiroides agrandada o tiroidectomía previa, pensar en bocio en presencia de un tumor mediastinal de cualquier colocación" (Ellis). Ellis en 1952 en una estadística de 24 casos de B.T. de la Mayo Clínica, encontró tiroides palpables en 10 casos.

La semiología del macizo laringotraqueal puede proporcionarnos un signo de valor para el diagnóstico de B.T. Nos referimos a la ptosis o descenso de la laringe con reducción de sus movimientos al deglutir, signo que fue señalado por *Wolfler y Kocher*.

Si la semiología elemental nos proporciona signos funcionales de dificultad respiratoria y signos objetivos de un tumor tiroideo en el que sólo puede palparse su polo superior, red venosa colateral y fijeza laringotraqueal tenemos los elementos fundamentales de presunción de un B.T. secundario.

Se ha descripto también el desplazamiento anterior del manubrio esternal (S. de Krenzfuchs).

Metabolismo basal

La compresión traqueal y el biotipo pícnico al producir dificultad respiratoria puede originar metabolismo basal alto sin que exista hiperfunción tiroidea.

Radiología

La radiología nos muestra el tumor intratorácico y las desviaciones o compresiones que produce en el sistema tráqueobronquial. El análisis del tumor permite apreciar:

a) *Forma del tumor*: el tumor adopta una forma redondeada, esférica u ovalada, con límites netos debido a su característica anatomopatológica de adenoma. En algunos casos las prolongaciones intratorácicas de un bocio adoptan las formas de "lenguas" estrechas al lado de la tráquea (Lahey).

b) *Relación del tumor con la tráquea*, es íntima, el B.T. es el tumor que produce mayor desviación o compresión traqueal. En caso de colapso traqueal ánteroposterior es imprescindible para apreciarlo tomar radiografías oblicuas.

La masa esférica desvía por lo común la tráquea en una curva lateral. Es imposible, trazando el radio en el punto máximo de la curva y relacionándolo con el hueco esternal, estimar el grado de descenso intratorácico (Lahey).

c) *Continuidad del tumor torácico con la glándula tiroides*: la radiografía puede permitir apreciar la conexión o continuidad del tumor torácico con la tiroides, no siempre posible en clínica porque la conexión puede ser muy estrecha o tener su punto de partida en el segmento pósteroinferior de la glándula (Kirschner). Ivanissevich ha aconsejado para visualizar la conexión tumor-glándula, sacar tomografías, así se podrá obtener un signo de certeza (Ivanissevich, Ferrari y Rivas, 1939).

d) *Ubicación del tumor en el mediastino*: las radiografías laterales permiten apreciar la ubicación del tumor dentro del tórax: en el mediastino anterior o retroesternales, en la parte media, intertráqueoesofágica, o en el mediastino posterior.

La ubicación del B.T. en el mediastino posterior había sido considerada muy rara. Después de una comunicación de *Mory y Rives* en 1944 se han descripto numerosos casos y demostrado que es frecuente la situación de este tumor mediastinal por detrás de la vena cava superior y encima de la vena ácigos. *Mora* ha presentado 6 casos; *Sweet*, 9; *Mc Cort*, 6; *Servello* (citado por *Pettinari*) ha recopilado 45 casos. Sobre 24 casos de *Ellis*, 14 estaban en el mediastino posterior. En nuestra estadística tenemos un caso de B.T. del mediastino posterior que provocaba crisis de sofocación, ligera disfagia y síndrome de Claudio Bernard-Horner y que fue comentado en la Academia Argentina de Cirugía con motivo del relato del Dr. José A. Caeiro.

e) *Movilidad del tumor con la deglución*, desplazamiento del esófago o del botón aórtico o la calcificación son elementos radiológicos que pueden colaborar en el diagnóstico diferencial del B.T.

Como resumen podemos decir que los hechos más salientes de la radiología en favor de B.T. son:

- 1) Sombra redondeada.
- 2) Desviación y compresión importante tráqueobrónquica.
- 3) Continuidad con el tiroides (pedículo).
- 4) Movimientos verticales con la deglución (bocios retroesternales).

DIAGNOSTICO

Cuando se considera el diagnostico de B.T., ya sea por síntomas de compresión o por hallazgo radiológico de sombra intratorácica (Adams) en examen de rutina, el diagnóstico diferencial con tumores intratorácicos es difícil. Un tumor que no late en el mediastino superior, que asciende con la deglución y que produce un desplazamiento importante de la tráquea es probablemente un bocio.

Como resumen podemos considerar como *signos de valor*, para decir que un tumor mediastinal es un bocio, a los siguientes

- 1) Disnea o sofocación que no guarda relación con el tamaño del tumor mediastinal (Crotti).
- 2) Ausencia en el cuello de un lóbulo tiroideo o tiroides agrandado o tiroidectomía previa.
- 3) Presencia de pedículo o continuidad tumor-glándula (tomografía).
- 4) Desviación traqueal.
- 5) Tumor que se desplaza con los movimientos de deglución o de flexoextensión.

En el mediastino ánterosuperior los dos tumores más frecuentes son el aneurisma y el B.T., después las adenopatías (Hodking, linfosarcomas, metástasis) y los tiomas.

En el mediastino posterior el tumor más frecuente es el neurofibroma, el absceso pottico y el osifluente hidatídico.

Si el criterio clínico lo juzga conveniente deberá recurrirse para el diagnóstico a los siguientes métodos:

- a) Neumomediastino. Este procedimiento permite el diagnóstico entre el B.T. del mediastino posterior y el neurofibroma, ya que el primero no tiene relación íntima con la columna vertebral como el segundo.
- b) Angiocardiografía (diagnóstico con los aneurismas).
- c) Contador de Geiger. Se da iodo radioactivo y se pasa el Geiger sobre el sitio del tumor, que si es de naturaleza tiroidea se traducirá por el "clic" del delator.
- d) Biopsia de las adenopatías sospechosas.

TRATAMIENTO

Todo B.T. debe ser tratado quirúrgicamente, aunque en el momento de su diagnóstico no produzca síntomas (hallazgo radiográfico, por ejemplo). Hay un peligro inherente al B.T. que hace de la indicación quirúrgica un axioma imperativo: el peligro de la muerte súbita. Esta muerte súbita puede ser por compresión traqueal por espasmo o edema de la glotis, por acumulación de secreciones por debajo del punto estrechado de la tráquea, o bien de origen miocárdico por proceso degenerativo del músculo secundario a un bocio de larga data (Crotti).

La degeneración neoplásica es otra contingencia que puede revelarse por accidentes asfícticos rápidos o por adenopatía carotídea.

Crotti ha dicho que la cirugía del B.T. es la más emocionante que existe. Si el cirujano busca emoción es seguramente en este campo donde la encontrará. El peligro operatorio está representado por el riesgo de asfixia, de hemorragia y de embolia gaseosa.

Si el bocio penetra a cierta profundidad en el mediastino, consideramos, dice *Lahey*, que no deberá operarse sin introducir primero un catéter rígido en la tráquea. Es prudente *intubar* la tráquea bajo *anestesia local* dejando la elección del anestésico en segundo plano (*Nesi*). Proceder a la inversa, primero dormir al enfermo para luego intubarlo, puede ocasionar una tragedia. Creemos que en la mayor parte de los casos son suficientes y seguros la intubación traqueal y la anestesia local para operar

el B.T. por vía cervical. La anestesia local tiene aparte la ventaja de disminuir la estasis sanguínea venosa en el campo operatorio.

En los tumores que ejercen compresión en el mediastino hay que contar con una intensa repleción sanguínea y la hemostasia debe ser minuciosa para evitar la inundación sanguínea y el peligro de embolia aérea (Kirschner).

La *vía de abordaje* del B.T. depende de su variedad y localización. El B.T. primitivo, puro o aberrante, debe tratarse por toracotomía. En este caso el tumor no tiene conexión con la glándula tiroidea y el diagnóstico preoperatorio es o puede ser dudoso. Ellis y colaboradores en 52 casos de B.T., 24 fueron abordados por toracotomía. El B.T. secundario o cérvicomediastinal debe abordarse por vía cervical, porque existen razones valederas que hacen viable la cervicotomía. Dichas razones son fundamentalmente dos: 1) el tumor tiroideo, por ser un adenoma, posee una cápsula conjuntiva que limita un espacio decolable que permite la enucleación; 2) la vascularización del tumor nace en el cuello, proviene de las dos arterias tiroideas.

Algunos bocios cérvicomediastinales presentan obstáculos a su remoción por vía cervical, porque el istmo que los une a la tiroidea es muy delgado o con más frecuencia porque el espacio a través del cual deben ser extraídos es muy pequeño, mucho más pequeño que el diámetro del tumor.

Si el tumor ocupa el mediastino anterior, el estrecho superior del tórax puede ampliarse con la sección del mango del esternón (que según Sauerbruch aumenta la abertura del vértice del tórax en 2 cms.), la sección media del esternón hasta el tercer espacio intercostal (Dunhill) o con incisión cérvicotorácica lateral al borde esternal (Kuttner, Caeiro). En general la vía cérvicomediastinal presenta el inconveniente de ser una vía estrecha, muy vascular y la posibilidad de herir ambas pleuras. La vía cérvicotorácica es un poco mejor, pero en nuestra experiencia no es ideal. Creemos que, salvo algún caso de excepción, en que el plano de clivaje del bocio se ha perdido por adherencias inflamatorias o por degeneración maligna, la mejor conducta es disminuir el diámetro del tumor intratorácico por el procedimiento de fragmentación y enucleación intraglandular (Lahey).

Joll dice que nunca ha fracasado todavía, al extraer un tumor de éstos por el cuello (con o sin fragmentación). Lahey en 1.400 casos sólo tres veces seccionó el esternón. D'Abreu seccionó el esternón dos veces en 50 casos. Dentro de un momento retomaremos la vía cervical para insistir en algunos detalles de táctica quirúrgica. Ahora pensamos dejar bien establecidas las indicaciones del abordaje. Ya nos hemos ocupado del bocio cervicomedial anterior; en caso de bocio cervicomedial posterior (que ya hemos visto es más frecuente de lo que se pensaba) hay mayores dificultades para su extracción a través del desfiladero retrovascular mucho más reducido. Aunque nosotros hemos tenido éxito en un caso de esta localización con la maniobra de Lahey, nuestra experiencia es insuficiente, y hay autores que han tenido que cerrar la cervicotomía y practicar una toracotomía.

Sweet en 6 casos de B.T. mediastinal posterior recurrió a la toracotomía pósterolateral. Sweet, Adams, Rives prefieren la vía transpleural amplia, a través de 5ª o 6ª costilla a la esternotomía.

Se ha recurrido en algunos casos a un doble abordaje, comenzando con la cervicotomía y terminando la operación por toracotomía o bien a la inversa, primero toracotomía y luego terminar con la cervicotomía para controlar bien la irrigación del tumor.

En síntesis podemos decir que hay cuatro vías de abordaje al B.T.: 1) la vía cervical pura; 2) la vía torácica pura; 3) la vía cervicomedial torácica, y 4) una doble vía combinada, cervical y torácica.

Creemos que el B.T. secundario debe abordarse por cervicotomía y en caso de que esta vía resulte insuficiente, consideramos que una toracotomía ánterolateral en el tercer espacio intercostal para los tumores anteriores, y una toracotomía pósterolateral para los tumores de localización mediana o posterior, son las soluciones ideales.

Haremos breves comentarios sobre la cervicotomía. La extirpación cervical de un B.T. comporta dos tiempos quirúrgicos esenciales: a) la movilización glandular y hemostasia, y b) la extracción del tumor intratorácico. Para llenar estos requisitos debe aconsejarse una amplia incisión en collar extendiéndose a los lados hasta por detrás del borde posterior de ambos esterno-

cleidomastoideos. La sección de los músculos infrahioideos y del esternocleidomastoideo del lado del tumor es una maniobra quirúrgica muy útil que facilita la extrusión del tumor mediastinal (Sauerbruch, Rivas Diez). La porción glandular debe de separarse de todas sus conexiones vasculares en el cuello y particularmente con la tráquea, para poder ejercer tracción sobre ella y extraer el tumor mediastinal.

Es necesario insistir en la necesidad de una liberación completa de esta porción cervical para que la tracción sea útil y para evitar hemorragias. Creemos digna de énfasis la maniobra de Rodríguez Villegas (S. A. Cirugía, 1937) de rotar el bocio para seccionar la tiroidea inferior, porque en los bocios de este tipo la entrada de esta arteria es siempre mucho más posterior de lo que generalmente se piensa.

La extracción del tumor intratorácico.— Tirando hacia arriba de la porción cervical, desconectada del cuello y de la tráquea (maniobra de Judd) o agregando a la tracción una maniobra de rotación sobre la clavícula (maniobra de Sloan) se produce el parto del tumor intratorácico. En el plano laxo fácilmente decolable, y sobre todo sobre la cara posterior del tumor, el dedo o un hisopo facilitan la separación de la pleura. Si la presa y tracción sobre el tumor ha llenado los requisitos antes citados y el “parto” no se produce, es porque el diámetro tumoral es mayor que el diámetro del orificio torácico que debe recorrer. Aquí la solución la proporciona la maniobra llamada de fragmentación intraglandular. Se incide la cápsula del adenoma y se introduce un dedo en su interior; la extracción de fragmentos y la eventual evacuación de una colección al disminuir el diámetro tumoral, permiten su rápida y fácil enucleación.

La maniobra del “parto” se ve facilitada y asegurada por la intubación traqueal que mantiene la vía aérea.

Retirado el tubo intratraqueal hay que verificar la resistencia de los anillos traqueales. En muchos casos al extraer el tumor la elasticidad conservada de la tráquea le permite que recobre su calibre. Si los anillos traqueales no son resistentes y la tráquea se aplasta, es mejor hacer una traqueotomía profiláctica o en la duda dejar la tráquea en “cuarentena” bajo el apósito para realizar la traqueotomía en cualquier momento y por cualquier ayudante si sobreviene dificultad respiratoria. Ha dicho Lahey

“cuando uno se pregunta si la traqueotomía debería ser o no hecha, es ya el momento de hacerla cuando el paciente tiene dificultad respiratoria después de una operación tiroidea” (Lahey, Hoover: “Ann. Surgery”, 1951).

El autor ha efectuado personalmente 290 operaciones tiroideas y dentro de ellas ha podido separar claramente 11 casos de bocios intratorácicos. 4 casos son bocios profundos o subesternales y los otros 7 son verdaderos bocios intratorácicos secundarios. No ha operado ningún caso de bocio aberrante primitivo. La proporción de B.T. verdadero en nuestra estadística, por consiguiente, es de 2,41 %, pero está dentro de las cifras generales dadas por distintas estadísticas (de 0,3 a 3 %). Es de hacer notar que esta estadística no está formada con todos los casos operados en nuestro Servicio, sino por los casos operados personalmente por el autor en el hospital y en privado.

CONCLUSIONES

1) El bocio intratorácico es una hipertrofia adenomatosa de tejido tiroideo ubicada por entero o en su mayor parte dentro del tórax.

Es un tumor mediastinal sin o con signos poco evidentes de tumor cervical. Embriológicamente puede tratarse de tiroides aberrante, pero mucho más común es que la posición sea secundaria: bocio emigrado o sumergido.

2) Es necesario hacer una separación precisa entre el bocio profundo y el verdadero bocio intratorácico y luego clasificar a éste como de primitivo o de secundario.

3) Los signos más característicos están originados en la compresión traqueal y fluctúan desde la tos seca y persistente o intratable, la disnea sin explicación, labronquitis y enfisema, las crisis de sofocación y hasta la muerte por asfixia.

Los signos más importantes en favor de la naturaleza tiroidea de un tumor mediastinal son:

- a) Presencia de pedículo o de conexión entre la glándula tiroidea y el tumor mediastinal, por la clínica o la tomografía.

- b) Desviación traqueal.
- c) Desplazamiento vertical del tumor mediastinal con la deglución o flexoextensión (radioscopia).

4) Se destaca la ventaja de asegurar la vía de aire con la intubación traqueal bajo anestesia local.

5) Con excepción de los tumores aberrantes primitivos, que son raros y con los cuales el autor no tiene experiencia, todos los bocios intratorácicos o sumergidos deben operarse por cervicotomía. Si por alguna circunstancia especial esta vía fuese insuficiente se le asociará una toracotomía anterolateral para los tumores del mediastino anterior y pósterolateral para las otras localizaciones. Para el éxito del tumor del mediastino por vía cervical hay que insistir con todo énfasis en el valor de las maniobras de Judd, Sloan y de Lahey.

5) La necesidad de una traqueotomía debe estar siempre en la mente del cirujano ante la menor duda sobre la resistencia traqueal o al menor signo de dificultad respiratoria.

6) El resultado de la operación es de éxito dramático y la morbimortalidad no debería ser superior a la habitual en cirugía tiroidea.