

Bocios endotorácicos

Doctor M. Benzo González-Novelles

A finales del siglo pasado hizo Wurhmann la primera descripción de estos procesos señalando tres variedades:

- a) *Bocio cervicotorácico ("plongeant")*.
- b) *Bocios endotorácicos retrosternales*.
- c) Nódulos tiroideos de situación intratorácica o *bocios aberrantes*.

Esta clasificación es, como vemos, imprecisa por lo que se refiere a los dos primeros apartados, que por lo demás son los que abarcan prácticamente la totalidad de los casos, ya que los bocios aberrantes son tan excepcionales que, por ejemplo, Pemberton no encuentra ninguno entre más de 500 bocios endotorácicos estudiados, y en nuestra casuística, que abarca 991 bocios operados, de los cuales 96 presentaban participación endotorácica, tampoco hemos encontrado ninguno.

Lahey divide los bocios endotorácicos en completos e incompletos según que su diámetro mayor transversal esté situado por debajo o por encima de la apertura torácica superior.

Piulachs y Cañadell, siguiendo en esto a la mayoría de los autores, comprenden bajo la denominación de bocio endotorácico aquellos que presentan total o parcialmente una localización intratorácica, designando con los nombres de retrosternal, mediastínico y sumergido a sus diferentes variedades.

Cada autor, al ocuparse del tema, se ha visto obligado a precisar su punto de vista, y mientras unos consideran como bocio

intratorácico a los bocios cervicales que presentan una prolongación retrosternal, otros reservan este nombre para aquellos casos en los que el estroma se desarrolla, casi en su totalidad en el mediastino.

Esta variedad de criterios nace de la vaguedad de los límites entre lo que debe llamarse bocio cervical con prolongación retrosternal y bocio endotorácico, pues depende de la apreciación que cada autor hace de la porción de bocio que penetra en el tórax, unidad de medida tan subjetiva que hace forzosamente imprecisa toda clasificación.

Lo que acabamos de decir tiene más trascendencia de lo que a primera vista pudiera parecer. La variedad de la terminología empleada hace muy difícil, por no decir imposible, un estudio estadístico comparativo de los resultados obtenidos con las distintas técnicas quirúrgicas empleadas, así como de las cifras porcentuales de complicaciones, mortalidad, etcétera.

Con miras a nuestro simposio de hoy presentamos la clasificación que utilizamos en nuestra casuística y a la cual consideramos útil al menos el punto de vista quirúrgico:

a) *Bocio cervical con prolongación intratorácica*, son aquellos en que dicha prolongación se mantiene *permanentemente* dentro del tórax, cualquiera que sea el grado de hiperextensión del cuello y el momento de la deglución.

b) *Bocio endotorácico de origen cervical*, aquellos que presentan su diámetro

transversal mayor *siempre* por debajo del estrecho torácico superior.

c) *Bocio endotorácico verdadero*, los nacidos sobre tiroides aberrantes o accesorios intratorácicos (extraordinariamente raros.

NUESTRA CASUÍSTICA GENERAL DE BOCIOS	
	Casos
Hombres.....	92 9,3 %
Mujeres.....	899 90,7 %
Total.....	991

(Muy aproximadamente, un hombre por cada diez mujeres.) Bocios con participación torácica 96 casos.

Estos bocios se clasifican en:

72 bocios cervicales con prolongación intratorácica.
24 bocios endotorácicos de origen cervical.

En relación con nuestra casuística total de bocios, arrojan las cifras porcentuales siguientes:

Bocios cervicales con prolongación intratorácica.....	7,3 %
Bocios endotorácicos de origen cervical.....	2,4 %

La patogenia de los bocios endotorácicos es la misma que la de los bocios cervicales. El mecanismo por el cual alcanzan su desarrollo hacia el mediastino obedece, como es bien sabido, a factores anatómicos como son la disposición de la musculatura del cuello, esternocleidomastoideos y pretiroidea, que dificulta el desarrollo en sentido ascendente y favorece en cambio su crecimiento hacia abajo: la pesantez a la acción repetida de los movimientos de deglución y a la influencia de la respiración, pues en cada movimiento inspiratorio el bocio es aspirado apenas su polo inferior se insinúa en el estrecho superior torácico.

Su crecimiento, casi siempre lento, da lugar a desviaciones de los órganos del cuello, paquete visceral y vasos, así como de las cúpulas pleurales y grandes vasos de pedículo cardiaco. Pero sólo excepcionalmente se manifiestan de forma aguda

en casos de estrumitis, hemorragias intra-parenquimatosas, degeneración maligna o procesos respiratorios sobreañadidos.

La sintomatología originada por estas desviaciones y compresiones de los órganos vecinos tarda a veces años en manifestarse, y no guarda siempre relación con el volumen de la porción intratorácica del bocio, sino más bien con su situación, y así, un bocio voluminoso puede producir signos de compresión traqueal en tanto que otro de menor volumen, pero situado precisamente en el estrecho superior torácico, puede originarla.

No es nuestro propósito entrar ahora en el estudio de la sintomatología ni del diagnóstico, casi siempre fácil, de los bocios intratorácicos, pues nos restaría el tiempo necesario para ocuparnos, siquiera sea brevemente, del tratamiento quirúrgico y para la presentación de algunos casos de nuestra estadística que consideramos encierran cierto interés.

Presentamos las siguientes observaciones:

1.^a E. L. G., enferma de sesenta y tres años. La radiografía muestra una gran tumoración de mediastino anterior con desviación traqueal hacia la derecha. El flebograma resalta la enorme circulación viciante y la desviación que la tumoración imprime a la cava superior. El estudio con isótopos radiactivos pone bien en claro el origen tiroideo de la masa mediastínica.

Se trata de una enferma cuyos rasgos clínicos fundamentales se remontan a veinte años antes, con progresiva aparición de disnea de esfuerzo, palpitaciones y finalmente disfonía. Dado el volumen de la masa mediastínica fue operada por cervico-mediastinotomía.

2.^a M. H., enfermo de sesenta y cinco años de edad que presenta desde hace dos años un síndrome típico de mediastino superior con sintomatología muy florida y grave. La radiografía muestra gran desviación de la tráquea a la izquierda, con las características de "traquea en sable".

Operado este enfermo por cervicotomía simple el año 1940, utilizando la antigua técnica de la fragmentación y extracción por el polo superior de gran parte del contenido del estruma, hasta reducirlo a un diámetro que permitió su extracción.

1.^a
Observación

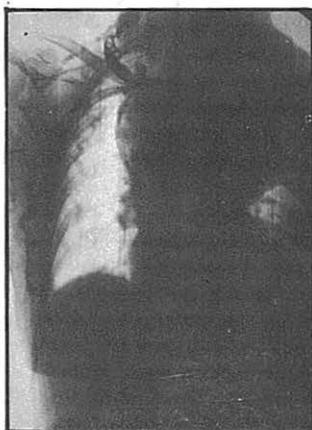


Figura 1.

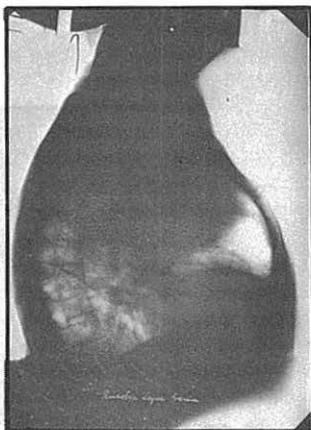


Figura 2.

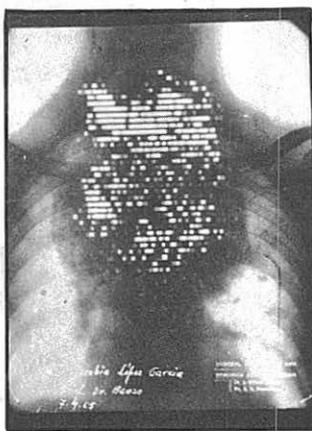


Figura 3.

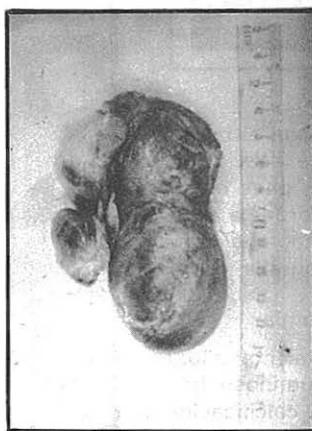


Figura 4.

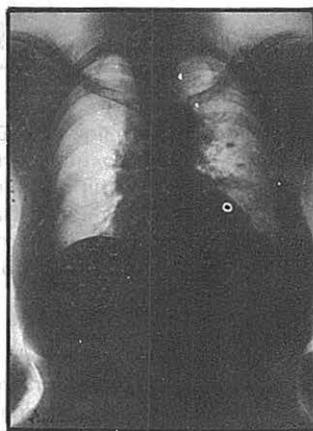


Figura 5.

3.^a R. H. G., enferma de cincuenta y tres años. La radiografía presenta macrocalcificaciones muy características de algunos bocios intratorácicos. Existe una discreta desviación de la tráquea y más acentuada del bronquio del lóbulo superior derecho en sentido caudal.

Los datos clínicos se remontan a diez años antes, con palpitaciones, sofocos, sudoración profusa, fuertes dolores de cabeza y hombro, pérdida de peso y tos irritativa. Se trata de un caso poco frecuente de bocio hipertiroideo intratorácico. La fotografía de la enferma muestra con claridad el signo de Marañón. Operada por cervicomediatinotomía media.

4.^a M. A. M., enferma de cincuenta y cuatro años que padece un gran bocio intratorácico que desplaza la tráquea hacia la derecha y el bronquio izquierdo hacia abajo. Metabolismo normal. Síndrome clínico de mediastino superior. Operada por cervicomediatinotomía.

5.^a V. P. M., enferma de cincuenta y ocho años de edad. Las radiografías muestran una tumoración de mediastino con crecimiento principalmente hacia el hemitórax derecho, llegando a alcanzar el mediastino posterior. Su cuadro clínico se inicia hace ocho años con tos seca y quintosa que se acentúa al echarse, dolor subescapular, astenia, disnea, ligera disfgia, espe-

2.^a Observación

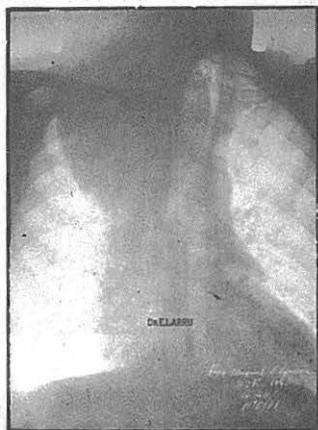


Figura 1.

cialmente para los líquidos. Desde el punto de vista metabólico no aparece desviación en sentido hiper o hipotiroideo, pues como habitualmente la masa intratorácica está en reposo funcional. La gammagrafía confirma el diagnóstico y la topografía de la situación endotorácica.

Operada por simple cervicotomía.

6.^a T. V. G., enfermo de sesenta años. La radiografía muestra un voluminoso bocio intratorácico con múltiples calcificaciones, con nódulos aberrantes cervicales también calcificados. La compresión que realiza sobre la tráquea hace adoptar a ésta el aspecto en sable característico. Cuadro muy grave de compresión mediastínica. Operado por cervicomediastinotomía media.

7.^a F M. B., enfermo de cuarenta y un años. La tomografía muestra el signo de McCort, característico de los bocios intratorácicos, que consiste en que la desviación traqueal se inicia ya desde muy alto en la región cervical, hecho que no se ve en otros tipos de tumoraciones mediastínicas. Operado por cervicotomía.

Nuestra manera de proceder es la siguiente:

La preparación preoperatoria no difiere en nada de la habitual en toda tiroidecto-

3.^a Observación

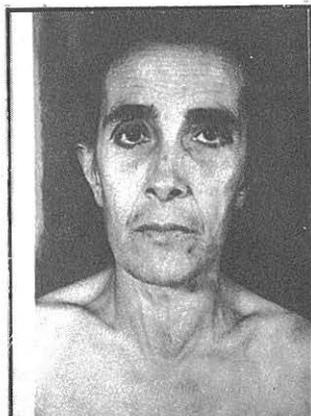


Figura 1.



Figura 4.

4.^a Observación

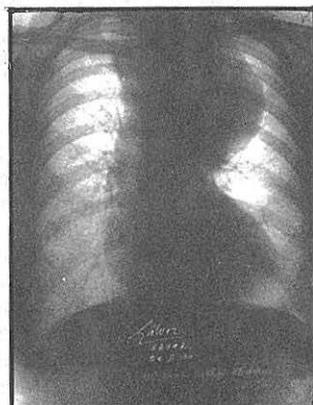


Figura 1.

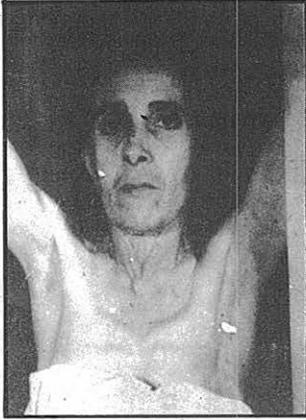


Figura 2.



Figura 3.



Figura 5.



Figura 6.

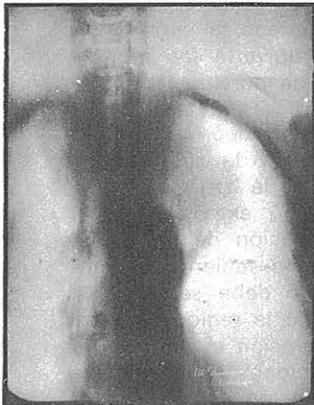


Figura 2.

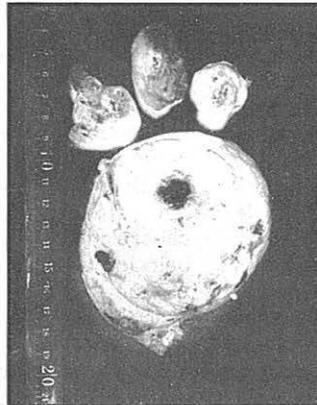


Figura 3.

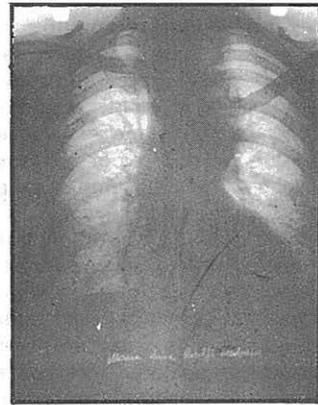


Figura 4.

5.^a Observación



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

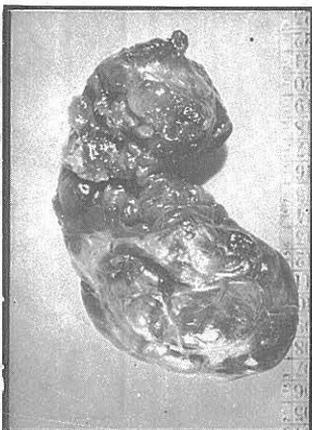


Figura 4.



Figura 5.

mía y en toda intervención intratorácica importante. El tipo de técnica anestésica empleada podemos dividirla en dos épocas separadas por la aparición de la baronarcosis. En la primera anestesia local con novocaína fue preferida por la mayoría de los cirujanos, y ha sido empleada por nosotros de forma casi exclusiva en centenares de tiroidectomías de todo tipo con resultados tan excelentes que aún la consideramos útil e indicada en determinados casos.

Desde la aparición, sin embargo, de las modernas técnicas anestésicas, son estas las empleadas corrientemente. Especialmente en los bocios intratorácicos, la intubación endotraqueal ofrece un máximo de

seguridad, ya que mantiene la permeabilidad de la vía aérea durante las maniobras de extracción de la porción intratorácica del bocio.

Respecto a la posición que el enfermo debe adoptar en la mesa de operaciones, en nada se diferencia de la habitual. Decúbito supino, mesa en V, extensión de la cabeza mediante colocación de una cuña bajo los hombros y cuello, teniendo presente que la extensión no debe ser forzada, procurando el apoyo de la región occipital para evitar la hiperextensión exagerada de los esternocleidomastoideos, que dificulta las maniobras de liberación del bocio y es origen de algias posoperatorias.

La vía de abordaje empleada por nosotros es la clásica cervicotomía de Kocher, con sección baja de la musculatura pretiroidea.

La liberación de la porción cervical del bocio con ligadura de los pedículos vasculares ofrece a veces alguna dificultad por la gran congestión vascular existente.

Siempre que se pueda se procederá a continuación a la sección del istmo del tiroides, para realizar la extirpación, total o parcial según el caso, del lóbulo que pre-

sente la menor prolongación intratorácica (o ninguna), maniobra que facilitará grandemente la extirpación del lóbulo restante y su prolongación intratorácica al permitir el desplazamiento lateral del paquete visceral (tráquea, faringe, esófago) hacia el lado del lóbulo extirpado.

La maniobra de extracción de la porción endotorácica se realiza de forma habitual (previa separación del componente cervical de la pared lateral de la tráquea) sometiendo a suave tracción a la porción cervical al

6.^a Observación



Figura 1.



Figura 2.

7.^a Observación

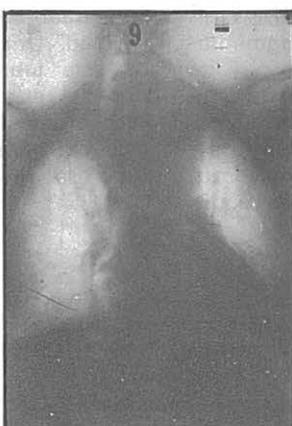


Figura 1.

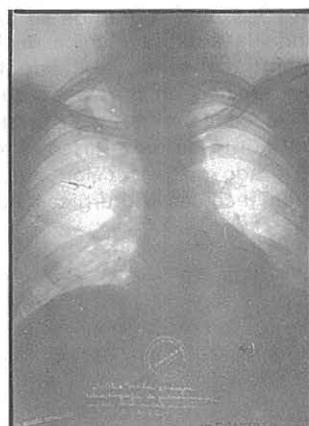


Figura 2.

tiempo que con el índice se enuclea dicha prolongación, maniobra que naturalmente deberá realizarse con el cuidado a que obliga la proximidad de los grandes vasos y del vértice pleural, de los cuales, por lo demás, el despegamiento suele ser fácil.

Mediante esta técnica pueden extirparse bocios endotorácicos de un volúmen que el estudio radiográfico podría hacer pensar al poco experto en esta cirugía, como imposibles de extraer íntegros a través del estrecho superior torácico, y, sin embargo la consistencia habitual de estos bocios hace la maniobra posible. La facilidad que, repetimos, ofrecen la mayoría de los bocios para su extracción hace que algunos cirujanos defiendan el criterio de que la simple cervicotomía es suficiente *para todos los casos*; pero esto no es así, y la experiencia demuestra que existen casos en los cuales, por su extraordinario volumen o por otras circunstancias (periestrumitis, calcificaciones), hacen imperativo el empleo de la mediastinotomía. Son generalmente los cirujanos de casuísticas más amplias, es decir, aquellos que lógicamente han tenido ocasión de operar casos excepcionales, los que abogan por el empleo de dicha técnica, que, por lo demás, en el momento actual no ofrece ninguna dificultad ni aumenta el riesgo operatorio.

Refiriéndonos a nuestra propia experiencia, podemos decir que durante muchos años practicamos nuestras intervenciones de bocios endotorácicos sin esternotomía. Incluso en un caso de extraordinario volumen (Obs. 2.^a), logramos su extirpación utilizando la antigua técnica de la fragmentación intracapsular del tejido bocioso y de su extracción en porciones con ayuda digital y de cucharilla, hasta reducir su diámetro al punto de permitir su extracción total.

El grado de perfección que han alcanzado las técnicas quirúrgicas actuales acon-

sejan en los casos de bocios intratorácicos gigantes recurrir a la mediastinotomía. Con ello no hacemos más que aplicar a esta cirugía el criterio general de no realizar operaciones sin una amplia vía de abordaje que permita un campo suficiente para resolver todas las incidencias que puedan producirse. Practicamos siempre esternotomía longitudinal.

La mortalidad posoperatoria en las mediastinotomías que hemos practicado hasta ahora es nula en nuestra experiencia, teniendo en cambio que lamentar en nuestra escasa mortalidad (0,8 por 100 en toda clase de bocios) la pérdida por hemorragia en el posoperatorio de una enferma de un voluminoso bocio intratorácico, extraído por simple cervicotomía, en tiempos anteriores a la baronarcosis.

Tanto si la extirpación se lleva a cabo por simple cervicotomía o por la técnica combinada de la cervicomedíastinotomía, es necesario prestar atención al tratamiento del espacio muerto que la extirpación del bocio origina. Este espacio, al final de la intervención, queda generalmente muy reducido por la reexpansión de los vértices pulmonares y el cambio de posición hacia la normalidad del paquete visceral de cuello y de los demás órganos desviados.

Para lograr en el menor tiempo posible su desaparición procedemos al relleno de dicho espacio con una tira de gasa, cuyo extremo hacemos salir entre dos puntos de la cervicotomía, colocandó entre esta gasa, que no debe quedar apretada, un fino tubo fenestrado de drenaje, hasta el fondo de la cavidad. Una discreta aspiración a través de este tubo favorece el cierre de dicho espacio, al tiempo que permite mantener seco el apósito y la instilación de antibióticos. La retirada de estos drenajes, gasa y tubo se realizará lo más precozmente posible.