

B o c i o s

Por

Dr. Carlos Ml. Prada Díaz

El material de este estudio se obtuvo de la revisión de 1342 expedientes, que corresponden a pacientes internados en el Hospital San Juan de Dios con el diagnóstico de "Bocio", en el decenio comprendido entre Junio de 1948 y Junio de 1958.

Se agruparon según su naturaleza en Bocios Tóxicos y Bocios no Tóxicos, y se subdividieron a su vez en Nodulares y Difusos, por edad y sexo.

BOCIOS DIFUSOS TOXICOS

Edad	Hasta 10 años	11—20	21—30	31—40
Femeninos	1	26	35	41
Masculinos	0	7	9	1
Totales	1	33	64	45
Edad	41—50	51—60	61—70	
Femeninos	40	28	4	
Masculinos	1	0	1	
Totales	41	28	5	

De este primer cuadro se deduce que el índice más alto de ingresos abarcó de la 2ª hasta la 6ª décadas, pero correspondió a los bocios femeninos de la 3ª década el mayor número de ingresos. De los 217 casos el 90% (195) pertenecen al sexo femenino y el 10% (22) al masculino.

BOCIOS NODULARES TOXICOS

Edad	Hasta 10 años	11—20	21—30	31—40
Femeninos	0	3	17	21
Masculinos	0	1	0	0
Totales	0	4	17	21
Edad	41—50	51—60	61—70	71—80
Femeninos	22	16	0	1
Masculinos	1	0	1	0
Totales	23	16	1	1

De los 83 casos de Bocios Nodulares Tóxicos, correspondió el 96.5% (80) al sexo femenino y el 3.5% al masculino; y a los femeninos de las 4ª y 5ª décadas, el mayor número de ingresos.

BOCIOS DIFUSOS NO TOXICOS

Edad	Hasta 10 años	11—20	21—30	31—40
Femeninos	5	149	134	113
Masculinos	2	29	21	4
Totales	7	178	155	117

Edad	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90
Femeninos	75	41	11	1	2
Masculinos	4	2	0	1	0
Totales	79	43	11	2	2

El índice más alto de ingresos abarcó las décadas 2ª, 3ª y 4ª. El 89.6% (531) de los 594 casos fueron femeninos y el 10.4% (63 masculinos).

BOCIOS NODULARES NO TOXICOS

Edad	Hasta 10 años	11—20	21—30	31—40
Femeninos	1	76	120	98
Masculinos	1	11	11	10
Totales	2	87	131	108

Edad	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90
Femeninos	65	30	12	1	1
Masculinos	3	4	4	0	0
Totales	68	34	16	1	1

A los pacientes femeninos, de la 3ª década correspondió el mayor número de ingresos. La proporción de sexo en los 448 casos fue de 90% (404) femeninos y 10% (44) masculinos.

SINTOMATOLOGIA CONSIGNADA EN LOS BOCIOS TOXICOS DIFUSOS (217 — 72.2%)

Cefaleas	14.3%
Exoftalmos	33.5%
Disfonía	3.7%
Disfagia	6.0%

B. Retroesternal	5.5%
Taquicardia	79.0%
Palpitaciones	30.8%
Temblores	53.0%
Diarreas	11.5%
Trastornos menstruales	16.0%
Pérdida de peso	27.6%
Sudoración	20.7%
Nerviosismo	69.2%

**SINTOMATOLOGIA CONSIGNADA EN LOS BOCIOS NODULARES
TOXICOS (83 — 27.8%)**

Cefaleas	12.0%
Exoftalmos	26.5%
Disfonia	4.8%
Disfagia	3.6%
B. Retroesternal	6.0%
Taquicardia	75.0%
Palpitaciones	41.0%
Temblores	48.2%
Diarreas	6.0%
Trastornos menstruales	12.0%
Pérdida de peso	25.4%
Sudoración	18.0%
Nerviosismo	75.0%

TENSION DIFERENCIAL:

La tensión diferencial fue consignada en 260 de los 300 casos de Bocios Tóxicos. Faltó, pues, este requisito en el 13.3% (40).

En 130 pacientes (50%) estuvo aumentada; en 45 de ellos (17.3%) fue normal y finalmente en 85 (32.5%) disminuida.

Como cifra normal se consideró 50 mm de Hg., y pudo observarse que las variaciones fueron dadas en la mayoría de los casos por la cifra de tensión máxima.

COLESTEROL:

El estudio del colesterol sanguíneo, se dejó de practicar en el 12.6% (128). Del total de los anotados (172), en 99 (57.5%) fue normal; en 66 (38.4%) disminuido, y en 7 (4.6%) aumentado. Las cifras entre 150 y 250 mmgrs., fueron consideradas normales.

METABOLISMO:

El metabolismo basal se dividió en inicial y preoperatorio. En el primer caso se encontró que fue practicado a 263 (87.8%) de los 300

pacientes con Bocio Tóxico; en 37 casos (22.2%) no se llenó dicho requisito. La distribución fue de la manera siguiente:

BOCIOS TOXICOS

-20-11	-10-10	-11-20	-21-30	-31-40	-41-50
7	26	39	47	45	28
2.66%	9.9%	14.89%	17.9%	17.1%	10.6%
-51-60	-61-70	-71-80	-81-90	-95-100	-de-100
32	19	9	5	5	1
12.1%	7.2%	3.47%	1.9%	1.9%	0.38%

Aquellos metabolismos, con cifras normales o bajas, se interpretaron como logrados mediante tratamiento médico llevado a cabo antes de realizar su ingreso al Hospital.

El metabolismo preoperatorio se practicó en 103 (57.5%) de los 179 casos operados.

-20-11	-10-10	-11-20	-21-30	-31-40	-41-50	-51-60
4	40	28	17	9	2	3
3.9%	39%	27.2%	16.5%	8.7%	1.9%	2.8%
3.9	39%	27.2%	16.5%	8.7%	1.9%	2.8%

La comparación de los % de pacientes con metabolismo normal y ligeramente elevado en ambos cuadros, nos indica el resultado del tratamiento médico preoperatorio.

BOCIOS NO TOXICOS

Los datos clínicos y de laboratorio de mayor interés, consignados en las historias clínicas de los bocios no tóxicos, revelaron que 25 de los bocios difusos (24 femeninos y 1 masculino) presentaron bocio retroesternal; mientras que tal condición se encontró solamente en 8 casos (todos femeninos) de los bocios nodulares.

Cinco pacientes presentaron bocio recidivantes (3 difusos y 2 nodulares).

TENSION DIFERENCIAL:

Se dejó de consignar en el 18.7% de las Historias Clínicas.

METABOLISMO BASAL:

El estudio del metabolismo basal no se practicó en el 38.4% de los casos. Cabe anotar que no a todos los operados se les realizaron los

exámenes preoperatorios de rutina, aunque se ha puesto mayor atención a llenar este requisito en los últimos años.

TRATAMIENTO MEDICO

De los 300 pacientes con Bocio Tóxico, el 25% (75) no recibió tratamiento médico, correspondiendo a 42 de los 179 operados y a 33 de los no operados.

Tiuracilos		Tapazol	21 operados
Tapazol	7 operados	Lugol	
Lugol	1 no operado	Sedantes	6 no operados
Sedantes			
Tiuracilos	20 operados	Tiuracilos	3 operados
Lugol		Tapazol	
Sedantes	1 no operado	Sedantes	1 no operado
Tiuracilos	15 operados	Lugol	20 operados
Lugol	5 no operados	Sedantes	10 no operados
Tapazol	5 operados	Tapazol	5 operados
Sedantes	6 no operados	Lugol	4 no operados
Tiuracilos	2 operados	Tiuracilos	1 no operado
Sedantes	6 no operados	Tapazol	
Tiuracilos	3 operados		15 operados
	8 no operados	Lugol	22 no operados
Tapazol	5 operados		10 operados
	8 no operados	Sedantes	9 no operados

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Bocios Tóxicos (300).	{	Difusos	138 (46%)
			(217)
			179 (59.8%)
	{	Nodulares	41 (13.8%)
			(83)

No intervenidos quirúrgicamente: 121 (40.2%)

El paciente más joven con tratamiento quirúrgico pertenece al se-

xo femenino, (caso de un bocio difuso), con 15 años de edad.

El paciente de mayor edad también pertenece al sexo femenino y al grupo de los difusos, con una edad de 65 años.

Bocios no Tóxicos (1042).	}	Difusos 418 (40%) (594)
		731 (70%)
		Nodulares 313 (30%) (448)

No intervenidos quirúrgicamente: 311 (30%).

El paciente más joven operado, tenía 14 años de edad, perteneciente al sexo femenino, y su bocio fue difuso.

El paciente de mayor edad tenía 85 años, del sexo femenino, con bocio difuso. (Murió por embolia).

La técnica quirúrgica que más se usó fue la de Kocher modificada por Lahey.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Bocios Tóxicos

- A.—HEMATOMA: 3 casos (2 de ellos fueron operados sin practicárseles el estudio de Metabolismo Basal, y el otro con un Metabolismo Basal preoperatorio de - 26).
- B.—CRISIS DE TIREOTOXICOSIS: 4 casos (A ninguno de ellos se les practicó el estudio de Metabolismo Basal).
- C.—TETANIA: 1 caso (Se operó con un Metabolismo Basal preoperatorio de - 51).
- D.—EDEMA DE LA GLOTIS: 1 caso (Se operó sin el estudio de Metabolismo Basal).

Bocios no Tóxicos

- A.—TETANIA POST TIROIDECTOMIA: 5 casos.
- B.—EMBOLIA PULMONAR: 1 caso.
- C.—HEMORRAGIA POST OPERATORIA: 2 casos reintervenidos).
- D.—HEMATOMA POST OPERATORIO: 6 casos.
- E.—FISTULA POST OPERATORIA: 1 caso.
- F.—OBSTRUCCION LARINGEA: 1 caso (Se le practicó Traqueotomía).
- G.—COMPRESION DE RECURRENTES: 2 casos.
- H.—ABCESO POST TIROIDECTOMIA: 1 caso.
- I.—PARO RESPIRATORIO: 1 caso.

Conviene anotar que se tiene la impresión de que existieron ma-

por número de pacientes con complicaciones, pero la ausencia de anotaciones en las Historias Clínicas, hace imposible especificarlas.

MUERTES

Bocios Tóxicos

DIFUSOS: 3 casos:	a.—Obstrucción laríngea.
	b.—Hemorragia cerebral.
	c.—Sin especificar origen.
NODULARES: 1 caso:	Sin consignar la causa.

Las 4 muertes nos da una mortalidad operatoria de 2.24% en los 179 casos de Bocio Tóxico.

Bocios no Tóxicos

DIFUSOS: 4 casos:	a.—2 por asfixia.
	b.—1 por Shock operatorio.
	c.—1 por síncope.
NODULARES: 2 casos:	a.—Asfixia.
	b.—No se consignó el motivo de muerte.

Las 6 muertes nos da una mortalidad operatoria de 0.82% en 727 pacientes intervenidos quirúrgicamente por Bocio no Tóxico.

ANATOMIA PATOLOGICA

El 13.8% (126) de las piezas operatorias se dejaron de enviar para su estudio a) Departamento de Anatomía Patológica; de las cuales el 35% (44) provenían de pacientes pensionistas.

De los casos reportados, en 3 de ellos se encontró degeneración maligna.

ESTANCIA HOSPITALARIA

Bocios Tóxicos Operados

PROMEDIO DE ESTANCIA	Preoperatoria	33.1 días
	Post-operatoria	7.9 días
	Total	41.0 días
MENOR ESTANCIA:	Preoperatoria	1 día
	Post-operatoria	1 día

MAYOR ESTANCIA:	Preoperatoria	246 días
	Post-operatoria	55 días
ESTANCIA TOTAL:	Menor	3 días
	Mayor	260 días

Bocios Tóxicos no operados

PROMEDIO DE ESTANCIA	27.5 días
MENOR ESTANCIA	1 día
MAYOR ESTANCIA	164 días

PROMEDIO DE ESTANCIA EN LOS 300 CASOS DE BOCIOS
TOXICOS — 35.5 días.

BOCIOS NO TOXICOS OPERADOS

PROMEDIO DE ESTANCIA	18.1 días
MENOR ESTANCIA	3 días
MAYOR ESTANCIA	116 días

BOCIOS NO TOXICOS NO OPERADOS

PROMEDIO DE ESTANCIA	11.22 días
MENOR ESTANCIA	1 día
MAYOR ESTANCIA	65 días

PROMEDIO DE ESTANCIA TOTAL EN LOS 1042 BOCIOS
NO TOXICOS

— 16.2 días

C O N C L U S I O N E S

- 1).—Mejora de la Historia Clínica por el Interno y Médico a cargo del paciente.
- 2).—Practicar a todo enfermo con Bocio Tóxico el estudio de la Tensión Arterial, Colesterol Sanguíneo, Metabolismo Basal y Yodo Proteico.
- 3).—No dejar de realizar los exámenes preoperatorios de rutina a todo paciente que se le indique tratamiento quirúrgico.
- 4).—Intervenir quirúrgicamente cuando el enfermo esté en condiciones de atoxicidad.

- 5).—Envío sistemático de la pieza operatorio para su estudio histopatológico.
 - 6).—Control post-operatorio en la Consulta Externa de Cirugía.
 - 7).—Disminuir la estancia hospitalaria al mínimo, mediante el estudio clínico y de laboratorio con tratamiento médico de ser posible y necesario, en la Consulta Externa de Cirugía; para conseguir así que el paciente que ingrese tenga preparados todos los requisitos.
-