

UNIVERSIDAD CENTRAL DE HONDURAS  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

**ESTUDIO SOBRE BOCIOS EN EL  
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE**

*Tesis*

presentada a la Facultad de  
Medicina y Cirugía de la Universidad de Honduras,  
por el Bachiller

**Francisco León Gómez**

en el acto previo a su  
investidura de

*Doctor en Medicina y Cirugía*

616.442  
L57

TEGUCIGALPA, D. C., MAYO DE 1957  
HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE HONDURAS  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

---

**ESTUDIO SOBRE BOCIOS EN EL  
HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE**

*Tesis*

presentada a la Facultad de  
Medicina y Cirugía de la Universidad de Honduras,  
por el Bachiller

**Francisco León Gómez**

en el acto previo a su  
investidura de

*Doctor en Medicina y Cirugía*



TEGUCIGALPA, D. C., MAYO DE 1957  
HONDURAS, C. A.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE HONDURAS**

RECTOR ..... Dr. Lisandro Gálvez  
SECRETARIO ..... Lie. Jerónimo Sandoval

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**Junta Directiva:**

DECANO ..... Dr. Gilberto Osorio Contreras  
VTCE-DECANO ..... “ Efraín Ochoa Reina  
SECRETARIO ..... “ César A. Zúniga  
PRO-SECRETARIO ..... “ Ramiro Figueroa  
CONSEJERO V> ..... “ Virgilio Banegas  
CONSEJERO 2» ..... “ J. Adán Cueva

TRIBUNAL QUE PRACTICO EXAMEN  
GENERAL PRIVADO

Doctor Ángel D. Vargas                      Doctor Raúl Durón  
Doctor Osear Aguiluz B.

SUSTENTANTE: Br-  
Francisco León Gómez

PADRINOS DE TESIS

Doctor Roberto Lázarus                      Doctor Ramiro Lozano

## *Dedicatoria*

DEDICO ESTE ACTO  
Y ESTA TESIS:

A mi madre:

**Doña Paca de León Gómez**

con gratitud y amor

A mi padre:

**Don Afredo León Gómez**

con gratitud y amor

A mis hermanos:

**Alfredo**

**Adolfo**

**Celina**

**Armando**

**María del Carmen**

**Mario**

con cariño fraternal

A mis queridos parientes:

Don Andres y Doña Orfilia Valladares e hijos; a Doña  
Rafaela León, a la Señorita Aminta Sauceda,  
a Doña Argentina de León Gómez, a  
Don Amilcar Membreño y fam.

**Con Cariño.**

A mis queridas tías:

Doña Blanca Andino y Doña Carmen v. de Carías

**Con Cariño.**

AL HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR,

con admiración y respeto

## **A LOS DOCTORES:**

NAPOLEÓN BOGRAN

PLUTARCO E. CASTELLANOS

JOSÉ T. MENDOZA

HUMBERTO DÍAZ

ROBERTO GÓMEZ ROVELO

ARTURO BENDAÑA

A mis compañeros,  
con especial cariño

**Honorable Señor Rector: Honorable  
Tribunal Examinador: Honorable  
Señor Decano: Señores:**

Cumpliendo las disposiciones que manda la ley en nuestro país, con todo respeto concuro ante vosotros para someter a vuestra consideración este modesto trabajo de Tesis titulado "ESTUDIO SOBRE BOCIOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE".

He querido hacerlo en este centro por considerarlo el lugar donde se observan y tratan médica y quirúrgicamente la mayor cantidad de casos de esta enfermedad.

Sobre este tema se han hecho ya algunos trabajos, pero por ser de observación diaria en las clínicas y consultas, adquiere cada día gran interés para el médico y el cirujano.

Los casos presentados los he estudiado en el curso de los años 1956-1957 en las salas de cirugía del Hospital General San Felipe.

En términos generales, la exposición del trabajo es como sigue:

### **MEMORIA DESCRIPTIVA**

1. —Reseña Anatómo-Fisiológica del Tiroides.
2. —Patología Tiroidea. Bocios. Bocio Exoftálmico, Estrumitis. Bocio Simple (Coloide Difuso, Parenquimatoso Difuso, Bocio Nodular, y formas mixtas).
3. —Casos Estudiados.
4. —Comentarios Sobre Casos Estudiados.
- 5.—Cinco Casos Interesantes. Comentarios.
6. —Conclusiones
7. —Resumen.
8. —Proposiciones.
9. —Bibliografía.

## RESEÑA ANATOMO-FISIOLOGICA DEL TIROIDES

**Filogenia y Ontogenia.** —La tiroides se inicia en los vertebrados como una glándula de secreción externa que vierte su producto en el tubo digestivo. Luego se cierra el conducto y la tiroides pasa a producir una secreción interna que contiene yodo y que es un regulador importante de metabolismo, crecimiento y morfogénesis. En el embrión humano se forma a expensas de un esbozo medio del piso ventral de la faringe al nivel de la primera hendidura branquial, y dos esbozos laterales de la cuarta hendidura branquial. Se constituye así un conducto tirogloso que se oblitera durante el desarrollo y cuyo punto de arranque está en el Foramen Cecum de la base de la lengua; luego desaparece, aunque en su trayecto pueden persistir tiroides accesorias minúsculas que algunas veces se vuelven bociosas.

**Anatomo-Fisiología.** —El tiroides en el adulto pesa de 20 a 40 gms., término medio. Es un órgano que varía mucho y que reacciona fácilmente a influjos externos e internos con cambios histológicos o de tamaño o a veces funcionales. Es más activo en la niñez y al iniciarse la pubertad. Es más grande en las hembras que en los machos. Las afecciones tiroideas son también mucho más frecuentes en la mujer que en el hombre.

Tiene rica irrigación sanguínea (tiroidea superior, tiroidea inferior y a veces tiroidea accesoria de Neubauer), posee linfáticos. Su inervación proviene del simpático (dorsal 1\* a dorsal 6») y parasimpático (nervios laríngeos). Existen fibras vasomotrices. La unidad anatomo funcional tiroidea es la vesícula ácino o folículo tiroideo, que en el hombre mide, aproximadamente, 300 micras. Lo tapiza un epitelio tiroideo formado por una capa de células cúbicas de unas 15 micras de alto, las cuales segregan y depositan en luz del folículo una substancia coloide más o menos gelatinosa, espesa. Las células la producen y la vierten en el acino y también la reabsorben, habiendo, al parecer, un paso en ambas direcciones. Al producirse la reabsorción las células presentan gotas coloides en su protoplasma. Durante la absorción existe una enzima proteo-lítica en la coloide. Hay varios signos etiológicos:

	Hipofunción	Hipofunción
Epitelio	muy aplanado	Alto, columnar
Folículo	Ancho generalmente	Variable, pequeño
Coloide	Densa, no vacuolar	Fluida, vacuolar
Gránulos de secreción	No	Sí
Mitocondrias	Disminuidas	Aumentadas
Aparato de Golgi	Poco desarrollado	Más desarrolladas

**Correlación Hipofisaria.** —La Pars Distalis de la hipófisis segrega una tirotrofina que contribuye a desarrollar y a mantener el estado anatómico y funcional tiroideo. Por eso la ablación de la Pars Distalis produce grado de atrofia o hipofunción tiroidea. El exceso de anterohipófisis provoca una hipertrofia o hiperfunción tiroidea. La acción tiroidea a su vez regula el funcionamiento hipofisario.

**Regulación de la Función Tiroidea.** —El principal regulador de la tiroides es la Tirotofina segregada por el lóbulo anterior hipofisario (L. A. H.) Las alteraciones tiroideas casi siempre obedecen a alteraciones en la secreción de tirotrofina. Esta es luego inactivada por los tejidos y la misma tiroides.

La secreción tiroidea ejerce una acción reguladora sobre la anterohipófisis y por su intermedio sobre sí misma. El exceso de tiroides o de yodo produce una doble acción: 1<sup>o</sup>—Modera la secreción de tirotrofina en la anterohipófisis; 2<sup>o</sup>—En parte modera directamente a la tiroides misma. Algunos agentes, como los sulfocianuros, tiourea y tiuracilo inhiben la formación y secreción de hormona tiroidea y el hipotiroidismo así producido hace descender el metabolismo basal y la yodemia. Esta hiposecreción tiroidea aumenta la secreción de tirotrofina hipofisaria y su excreción en la orina.

**Factores que Modifican la tiroides.** —Las principales causas de Atrofia e hipofunción son: 1<sup>o</sup>—El exceso de L. A. H. 2<sup>o</sup>—La ablación tiroidea produce hipertrofia del resto de la glándula. 3<sup>o</sup>—Por deficiencia de yodo. 4<sup>o</sup>—Ciertas dietas defectuosas: exceso de calcio, azufre, los sulfocianuros. 5<sup>o</sup>—Ocasionalmente algunas infecciones. 6<sup>o</sup>—La tiourea, el tiuracilo, algunos sulfamidados producen una marcada reacción hiper-plásica con notable hipofunción. Su acción es directa sobre la tiroides, que aunque fija yodo tiene disminuida su capacidad de combinarlo con sustancias orgánicas para formar hormona tiroidea. La disminución de la función tiroidea aumenta la producción de tirotrofina hipofisaria, y ella hiperplasia a la

tiroides, hay, pues, hipofunción de la tiroides, que está hiper-plásica y engrosada.

Estas sustancias no impiden la acción periférica de la tiroides o su hormona si se administran al paciente.

La Tiroides y el Yodo. —En el tiroides se asió primero una globulina yodada que se le llamó tiroglobulina; la tiroides tiene de 10 a 15 mgs. de yodo (20% del total del organismo). El yodo sanguíneo oscila entre 5 y 10 mcgrs. por 100 cc En forma orgánica es como es activamente fisiológico. Kendall extrajo del tiroides la tirotoxina (1914), substancia cristalizada de acción poderosa; posteriormente se extrajo la diyodo-tirosina, la cual se supone existe en el tiroides combinada con la tiroxina y algún aminoácido para formar la verdadera hormona tiroidea.

Cuando el yodo de la tiroides disminuye a menos de 100 mgrs. por 100 grs. se produce hipertrofia de la tiroides, seguida de hiperplasia o sea aumento del número de células; después la glándula puede ir a la atrofia por agotamiento o bien se acumula en ella substancia coloide en gran cantidad. (Bocio coloide).

De esta última forma de reposo puede pasar de nuevo a la hipertrofia, hiperplasia, etc., y repetirse nuevamente el ciclo.

### RESEÑA DE LA PATOLOGÍA DEL TIROIDES

Bocios. —Bocio Exoftálmico. —Estrumitis. —Bocio Simple (Coloide difuso, parenquimatoso difuso, bocio nodular y formas mixtas).

Las citadas afecciones tiroideas son las que resumimos a continuación: El bocio exoftálmico, de Graves, de Basedow, fué descrito por este último en 1840, aunque ya Flajani y también Graves lo habían estudiado algunos años atrás. De distribución mundial, es una de las entidades más complejas de la patología tiroidea. Es más frecuente entre los veinte y los treinta años, así como también entre las mujeres. En algunos casos es imposible negar su patogenia endocrina, o su relación con la mayor frecuencia en sujetos de constitución tímico-lin-fática o asténica. Las infecciones agudas y crónicas (T-B.C.) con metabolismo basal alto parecen favorecerlo. También hay que mencionar la mayor frecuencia de esta afección en zonas bociosas endémicas, en donde se hace profilaxia yodada.

Conocidos ampliamente se mencionan entre los principales: síntomas el bocio propiamente exoftalmos, aspecto facial ca-

racterístico, síntomas cardiovasculares, metabólicos y el temblor.

El bocio es frecuente, pero no indispensable para el diagnóstico. Generalmente visible entre ambos esternocleidomas-tiroides puede tomar parte o toda 3a glándula, o crecer hacia el mediastino causando síntomas de compresión (tráquea, vasos cervicales). Se pueden presentar los llamados bocios tele-angiectásicos, que presentan la particularidad de variar en su tamaño según la mayor o menor repleción vascular.

El Exoftalmos es considerado como uno de los más importantes síntomas oculares, sin embargo, no es constante. Otros oculares son: aumento de la hendidura palpebral, poco parpadeo, mirada fija, brillantez del globo ocular, y menos frecuente midriasis. También se citan los signos de Moebius (imposibilidad de la convergencia de ambos ojos); el de Graefe (al dirigir el globo hacia abajo el párpado no lo sigue) y el de Stellwag (disminución del parpadeo).

Los síntomas cardiovasculares más importantes son: taquicardia, generalmente entre cien y ciento cincuenta, aunque pueden observarse casos de más. La labilidad del pulso y las palpitaciones precordiales dependen casi siempre del desequilibrio vegetativo de que adolecen estos pacientes. No es raro también el aumento del área cardíaca, generalmente a expensas del ventrículo izquierdo y que a veces puede ser la expresión de una insuficiencia cardíaca incipiente o ya en curso. Hay que recordar la importante participación del tiroides en el recambio metabólico y energético para dar la debida importancia al enflaquecimiento observable en muchos casos de Basedow, expresión primera de 3 a anormal actividad tiroidea y que puede llevar a una verdadera caquexia. Esta dependería primordialmente de la aceleración de las combustiones orgánicas, manifestable mediante la investigación del metabolismo basal. Sus elevaciones casi nunca faltan, y en esto se basa precisamente el diagnóstico diferencial entre el Basedow y ciertas neurosis Basedowoides vegetativas. En los casos ligeros son frecuentes cifras de +20 y +30, en los graves de +50 y +70 y un de +100. Hay aumento del consumo de oxígeno y del efecto dinámico específico de las proteínas, dato a tener en cuenta en la dieta que se administra a estos enfermos-La patología tiroidea producida en esta afección se hace sentir también en las distintas fases del metabolismo intermedio sobre todo en el de los hidratos de carbono: en efecto, es frecuente la hiperglucemia en ayunas, así como la gluco-

suria permanente o post-prandial. El metabolismo proteico se encuentra con moderada aceleración.

No se ha podido determinar aun con certeza el estado del metabolismo hídrico en cuanto a si hay alcalosis o acidosis; creyéndose que si hay desviación hacia uno u otro lado lo es en forma moderada, creencia que está de acuerdo con los exámenes de reserva alcalina que se hacen en los pacientes con Basedow.

En fin, el temblor y las temperaturas bajas, completan el cuadro junto con los síntomas hematológicos.

La esfera psíquica se distingue por su hiperexcitabilidad, enfermos de carácter inestable, irritables, que en algunos casos pueden evolucionar a la psicosis maniaca o a la melancolía.

La linfocitosis se puede encontrar en el Basedow. La piel generalmente es fina, húmeda y expuesta a cambios de coloración debido a la marcada inestabilidad vasomotora. Asimismo, las crisis de sudoración no son raras, asociándose a veces con fenómenos hipertensivos.

Estrumitis. —La incluimos en esta reseña patológica, por ser una afección observable en nuestro medio, y que está en íntima relación con el bocio. Se la define como una tiroiditis que se desarrolla sobre un bocio pre-existente. Etiológicamente se la atribuye a procesos infecciosos o parasitarios (reumatismo cardioarticular, tifoidea, neumonía, viruela, difteria, sarampión), sífilis, tuberculosis; como agentes etiológicos más raros tenemos el *Trepanosoma Cruzi* de la enfermedad de Chagas, que tiene la característica de originar una típica tiroiditis crónica, sobre un bocio ya en evolución. Por último, el yodo puede dar lugar a una estrumitis. Los síntomas son los corrientes en toda inflamación, lo mismo que el tratamiento que debe hacerse.

Bocio Simple. —Se le denomina así cuando el único síntoma observable es el bocio. Como tipos clínicos se describen el bocio coloide difuso, bocio parenquimatoso, difuso, nodular y formas mixtas.

Las causas que lo originan no son claras aun, puede aparecer con ocasión de una crisis reaccional hipertrófica del tiroides (pubertad, menstruación, embarazo, menopausia); procesos infecciosos, para algunos estaría en relación con una carencia absoluta o relativa de yodo.

Por regla general, no clan síntomas, únicamente el propio del tumor, más o menos grande. Su crec miento exagerado, o

hacia el mediastino da lugar a fenómenos mecánicos de compresión sobre otros órganos como tráquea, pulmones, esófago, etc. Espontáneamente, o por terapéutica yodada puede dar lugar a síntomas de hipertiroidismo moderado, principalmente en las mujeres, en las que es más frecuente.

Los cambios anatómo-patológicos dependen, además del grado de la carencia del yodo, del aumento en las demandas orgánicas de esta substancia. La primera reacción a esta carencia es la hiperhemia, luego la alteración de la cantidad de coloide, hiperplasia e hipertrofia del epitelio tiroideo. En etapas avanzadas puede venir la fibrosis, quistes, hemorragia y calcificación. La estrumitis y el cáncer pueden desarrollarse a expensas de un bocio. El porcentaje de yodo glandular está casi siempre disminuido.

El metabolismo basal en el bocio simple casi siempre se encuentra dentro de los límites normales, y rara vez se observa el desarrollo de un Basedow en un bocio simple. Los valores de colesterol y creatinina en sangre son normales; datos que contribuyen a descartar un hipertiroidismo.

En cuanto a la profilaxis del bocio simple existen varios métodos (administración de sal de mesa yodada, yodación del agua, etc.)

En general se da en forma de tabletas, de 5 a 10 mgs. semanales parecen ser suficientes.

Su tratamiento requiere largos períodos alternos en la administración de yodo, generalmente se dan dosis medias: 10 a 15 mgs. diarios de yodo inorgánico administrados durante dos o tres semanas y repetidos cada tres o cuatro meses durante un año. Los resultados médicos no son tan buenos cuando ya el bocio está en su período coloide.

Entonces se prefiere la intervención quirúrgica, tiroidectomía, método más radical, y que actualmente es el preferido. Tiene su máxima indicación en aquellos bocios que estén produciendo trastornos mecánicos comprensivos, intratorácicos, o que compriman los grandes vasos del cuello. Siempre será conveniente antes de la intervención administrar terapéutica yodada, la cual reduce en parte muchos de los riesgos operatorios.

En este capítulo se incluye también el adenoma tiroideo, con sus características de ser más localizado, único o múltiple, asintomático o con aspectos tóxicos, de verdadero Hipertiroidismo. Se le trata casi siempre por medio de la cirugía.

## CASOS ESTUDIADOS

A continuación expongo al Honorable Tribunal Examinador los casos clínicos estudiados, presentando los datos más interesantes hallados en ellos.

**Caso N° 1.**—C. C. C, 41 años, ingresa al Servicio de Cirugía el 21 de junio de 1956. Alfabeta, vecina de Pespire.

**Síntoma Principal:** la paciente refiere que hace 22 años le comenzó su enfermedad en forma de pequeña pe<sup>l</sup>ota en la región antero-inferior del cuero, siendo posteriormente de tamaño cada vez mayor, aunque este crecimiento era considerablemente lento; pudo notar que en sus períodos de embarazo el tumor le creció más rápido que fuera de él. Nunca anteriormente le había ocasionado molestias, hasta hace un mes en que ha venido sintiéndose muy nerviosa, cosa que ella atribuye a su bocio. Por esto decide venir al hospital. No presenta ningún otro síntoma importante.

Prescindiremos en esta historia, como en todas las demás, de aquellos datos negativos que no tengan ningún interés clínico, ofreciendo sólo los positivos que sean dignos de tomar en cuenta.

**Enfermedades Anteriores:** En su infancia padeció parotiditis, tos ferina y paludismo. Adulta: su actual enfermedad. Como dato epidemiológico afirma que en su pueblo (Pespire) y zonas cercanas es de gran frecuencia el bocio, al cual no le conceden demasiada importancia. **Historia Sexual:** Menarquía a los 17 años, ha tenido 8 hijos, ningún aborto.

**Revisión de Síntomas:** Únicamente refiere en algunas ocasiones padecer cefaleas frontales. Desde hace un mes acusa palpitations precordiales, así como nerviosismo.

**Examen Físico:** Presión Arterial: 90-60. Pulso 70. Temperatura 37. En los ojos se aprecia ligerísimo exoftalmos. Falta la mayor parte de las piezas dentarias, el resto están en pésimo estado.

En el cuello se aprecia tumoración movable, semidura, del tamaño de un limón, 9 cms. X 7 cms., localizado en el lóbulo tiroideo derecho. El resto del parénquima tiroideo parece normal.

Cardiovascular, respiratorio y digestivo no ofrecieron ninguna particularidad. Neuromuscular: debilidad generalizada.

Genitourinario negativo. Piel pálida, miembros inferiores y superiores normales.

Diagnóstico clínico: Adenoma tiroideo, no tóxico.

Los exámenes de esta paciente no ofrecieron particularidad alguna; solamente el recuento globular rojo dio 3170.000. Se le administraron complejo B, extracto de hígado y sales ferrosas durante doce días, al cabo de los cuales se le hizo tiroidectomía, con post-operatorio normal.

El diagnóstico anatomopatológico fué Bocio Coloide Nodular. Salió aparentemente curada el mes de julio de 1956.

Caso N° 2.—M. A. O. Z., ingresa al hospital el mes de abril de 1956, 66 años de edad, viuda, sabe leer y escribir, nacida en Tegucigalpa.

Síntoma Principal: Nerviosidad y tumor en el cuello.

La paciente refiere haberle comenzado su enfermedad hace doce años, en forma de pequeño nódulo en región supra-esternal, con crecimiento lento y progresivo, a expensas del lado derecho del cuello. A los tres años de haber comenzado dejó de crecer, permaneciendo estacionario durante seis años siguientes. En los tres últimos años ha podido apreciar ligero aumento de tamaño en el tumor. Nunca le ha causado trastornos de ninguna especie; últimamente nota palpitations precordiales, pero no puede atribuirles a su tumor.

El examen físico de esta paciente no arrojó más datos que los propios de su edad, y la existencia de un reumatismo poli-articular crónico. Como su cuenta globular fuera baja, se le hizo tratamiento antianémico por cinco días, al cabo de ellos pidió su alta. Se hizo diagnóstico clínico de Adenoma tiroideo. (14 cms- X 10 cms.) No se le administró terapéutica yodada.

Caso N° 3?—J. S. M. L., ingresa el mes de julio de 1956. 15 años de edad, labrador, originario de Danlí.

Síntoma Principal: Pelota en el cuello, según su expresión.

Historia: Nos refiere el paciente que hace un año le apareció un pequeño tumor en la parte central de la región anterior del cuello, del tamaño de una ciruela 2X1 cms. blanda, poco movable, e indolora y que no le molestaba en absoluto. Desde

esa fecha ha tenido crecimiento lento y progresivo, asintomático, hasta hace dos meses en que pudo notar cambio en su voz, cada vez más ronca. En el momento del examen el tumor tiene el tamaño de una naranja (14x12 cms.) es indoloro y no le causa ninguna molestia, más que la disfonía apuntada. No han habido síntomas de toxicidad.

**Enfermedades Anteriores:** Parasitismo intestinal, odontalgias.

**Revisión de Síntomas:** Refiere ronquera, que él atribuye ser causada por el bocio. Cardiorespiratorio: palpitations ocasionales. Digestivo y resto del examen subjetivo son negativos.

**Examen Físico:** Pulso 72, temperatura 37, respiración 18, presión 100-50- Paciente con focos sépticos dentarios. Micro-adenitis supraclavicular. A la inspección se observa en la región anterior del cuello tumoración del tamaño de una naranja, con las dimensiones arriba citadas, rechazada ligeramente hacia el lado izquierdo, y extendiéndose desde la horquilla hasta el tercio superior del cuello. A la palpación es semiblanda, movable en todas direcciones. No es dolorosa, bien delimitada. El resto del examen físico es normal.

En la sala le administraron antianémicos y durante doce días, cuatro gotas de lugol tres veces diarias. También tuvo terapéutica preventiva con vitamina K, haciéndosele tiroidectomía, con buen post-operatorio. El reporte histopatológico informó Adenoma de tipo embrionario de la glándula tiroides. Salió aparentemente curado el 24 de agosto de 1956.

**Caso N° 4.—J. R. C.**, ingresa al Servicio el 31 de octubre de 1956. Sabe leer y escribir, vecindado en Jacaleapa, últimamente en Comayagüela. Como síntoma principal refiere tumor en el cuello.

**Historia:** El paciente dice que hace como dos meses y de manera repentina notó tumor pequeño en región lateral derecha del cuello y que se acompañaba de calambres irradiados hacia el hombro correspondiente. El tumor tenía el tamaño de un nance. Luego notó junto a ella nueva pequeña pelota con las mismas características que la primera. Ambas no le produjeron ni producen sintomatología. Han tenido crecimiento lento y a veces han sido estacionarias.

**Revisión de Síntomas:** Cefaleas frecuentes.

**Examen Físico:** Pulso 80, temperatura 37, presión 110-70.

**Ojos:** Ligera disminución visual en ambos ojos. Cuello: Tumoración del tamaño de un limón pequeño, en parte inferior derecha del cuello, semidura, movable e indolora. A su nivel es palpable otra tumoración poco inferior en tamaño a la anterior y con sus mismas características.

**Cardiorespiratorio:** Ligera disminución en los ruidos cardíacos. Resto del examen del paciente es negativo. Se hizo diagnóstico clínico de Adenoma de tiroides.

Los exámenes rutinarios no arrojaron ningún dato de interés.

**Impresión Diagnóstica:** Adenoma simple de Tiroides.

Al paciente se le propuso intervención quirúrgica, la cual rehusó, por lo que después de administrársele sales ferrosas, rubranima, y otros antianémicos se le dio su alta, saliendo en el mismo estado. El curso de la enfermedad fué completamente afebril mientras estuvo en el hospital.

**Caso N° 5.—I. P. A.,** ingresa al servicio el 4 de abril de 1956. Labrador, hondureño, oriundo de Choiateca, 16 años de edad.

**Síntoma Principal:** Pelota en el cuello.—**Historia:** Refiere el paciente que hace ocho años notó una pequeña tumoración del tamaño de un nance, de consistencia dura y lisa, que no le producía ninguna molestia, desplazándose con los movimientos de deglución lo mismo que lateralmente.

**Cuatro** años después de su aparición nota crecimiento lento pero progresivo hasta llegar al tamaño de una naranja grande, que a pesar de su volumen no le ha causado ningún trastorno de tipo mecánico.

En ese estado ingresa al hospital.

**Enfermedades Anteriores:** Infancia: bronquitis, tos ferina. Adulto: paludismo.

Revisión de síntomas, nada de particular.

Examen Físico: Pu'so 70, presión 110-60, temperatura 37.

**Cuello:** Tumoración simétrica del tamaño de una naranja (16X14 cms.), de consistencia semiblanda, de superficie lisa, abarca la mitad anterior del cuello y se desplaza sincrónicamente con la deglución, no hay, pues, adherencia. Temperatura y coloración, normales. Resto del examen físico, normal.

El paciente es tratado con lugol, 5 gotas tres veces al día durante 15 días; su diagnóstico adenoma tiroideo. Se hizo tiroi-dectomía teniendo el paciente buen post-operatorio; dándosele de alta, aparentemente curado, el 29 de abril.

Caso N: 6.—L- H. M., ingresa el 27 de agosto del 56. 29 años, soltera, vive en Comayagüela. Síntoma principal: sensación de presión en el cuello.

**Historia de la Enfermedad:** La paciente dice que hace cinco años y de manera casual se notó pequeño tumor en el cuello (2x1 cm.), en el lado derecho; coexistiendo su tumoración con nerviosidad manifiesta y temblor fino en ambas manos. Ocho meses después de esto se somete a tratamiento médico tomando gotas de lugol durante un año y de manera irregular, a pesar de lo cual persistió su temblor lo mismo que el volumen de la tumoración durante 3 años más- Hace año y medio comenzó a crecer en tamaño, al mismo tiempo que persisten los síntomas mencionados. Desde hace 6 meses nota una sensación que ella describe como presión sobre la región traqueal. No hay disnea ni disfagia.

**Historia Familiar:** Madre es hipertensa, ninguno de sus familiares padece de bocio.

**Enfermedades Anteriores:** Infancia: sarampión y tos ferina. Adulto: gripe, paludismo. Catamenial: Menarquía a los 16 años, regular, tipo 3-28. No ha tenido períodos de amenorrea-Niega relaciones sexuales.

**Revisión de Síntomas:** Cardiorespiratorio: palpitaciones precordiales ocasionales, sobre todo con motivo de cualquier esfuerzo o emoción.

**Examen Físico:** Cuello: tumoración del tamaño de un huevo de gallina, desarropado a expensas del lóbulo tiroideo derecho, movable, no doloroso, liso a la palpación; no hay aumento de la circulación colateral.

**Mismos:** Temblor fino localizado, sobre todo, en la mano derecha-

Los exámenes rutinarios de esta paciente no arrojaron ninguna anomalía. Impresión diagnóstica: bocio nodular. Se decide intervenirla, haciéndosele tiroidectomía, post-operatorio sin ninguna complicación. La pieza extirpada es enviada al departamento de anatomía patológica, siendo reportada como un bocio nodular coloide.

**Caso N° 7?**—**J. M. L.**, 26 años, O. D., soltera, ingresa el 21 de agosto de 1956. Síntoma principal, tumor en el cuello.

**Historia:** La paciente nos dice que hace 13 años pudo notar una pequeña pelota en la parte media de la cara anterior del cuello, indolora, movable en todo sentido y que no le ocasionaba trastorno de ninguna especie. De entonces acá ha podido notar crecimiento lento y progresivo hasta alcanzar su actual tamaño (15x11 cms.), extendiéndose más hacia la derecha de la línea media de cuello. Afirma que únicamente cuando camina mucho puede apreciar ligerísima disnea.

**Catamenial:** Menarquía a los 15 años, escasa, indolora, tipo 6-30, irregular

**Revisión de Síntomas:** Únicamente en raras ocasiones hay disnea moderada-**Examen Físico:** Cuello: tumoración del tamaño de una naranja mediana, de consistencia semiblanda, superficie regular, indolora, desplazable en todo sentido. El resto del examen físico no ofrece ninguna particularidad. Presión arterial, 115-70, pulso 78, temperatura 36.5. Impresión diagnóstica, bocio coloide.

A los cinco días de permanecer en el Servicio se interviene quirúrgicamente, tiroidectomía. La paciente desarrolló post-operatoria normal, sin complicaciones, saliendo aparentemente curada. La pieza operatoria fué reportada histopatológicamente, como bocio coloide nodular.

**Caso N° 8.**—**E. O. K.**, ingresa el 30 de agosto de 1956. 20 años, O. D. Nacida en Esquías. Síntoma principal: ardor en el estómago y estorbo en el cuello-**Historia de la Enfermedad:** La paciente dice que, aproximadamente en el mes de marzo del año pasado comenzó a sentir sensación de "grosor" en el cuello, así como dificultad para respirar. No refiere ningún otro dato de importancia.

**Enfermedades Anteriores:** Paludismo, varicela, sarampión. Adulta: cefaleas frontales frecuentes.

**Examen Físico:** Pulso 80, presión 120-70, temperatura 36.8. .... Boca: Piezas dentarias en mal estado, hay focos sépticos. Cuello: a la inspección se nota aumento de volumen del cuello en forma de tumoración difusa que abarca la región anterior y partes laterales. A la palpación se encuentra tumoración no bien delimitada, pero sí extendida a nivel de la glándula tiroides, de consistencia blanda que se eleva con deglución, inco-

lora. Su tamaño es, aproximadamente de 19 x 15 cms. En el resto del examen físico no hay ninguna particularidad digna de mención. Impresión diagnóstica: bocio coloide difuso.

Previo tratamiento con hematógenos, lugol (5 gotas diarias aumentando una todos los días hasta llegar a 15) se le somete a intervención quirúrgica teniendo buen post-operatoria, y saliendo, aparentemente, curada. No se hizo examen histopatológico del bocio.

Caso N° 9.—V. B. V-, ingresa el 26 de noviembre de 1956. 30 años, católico, nacido y vecindado en Sabanagrande. Síntoma principal: tumor en el cuello.

Historia de la Enfermedad: Desde hace 5 años, sin causa aparente, le apareció pequeña tumoración en región antero-lateral del cuello, que le creció progresivamente hasta llegar al tamaño de un limón grande. El tumor es duro, liso, movable, no adherido a la piel, sigue los movimientos de deglución. No acusa disnea, disfagia ni ningún síntoma mecánico.

Revisión de Síntomas: No ofrece ninguna anormalidad.

Examen Físico: Presión arterial 115-55, pulso 72, temperatura 36.8, respiraciones 19. Cuello: región anterolateral derecha ocupada por tumoración lisa, dura, de un tamaño de 12 x 8 cms. y que no le produce ningún trastorno. La piel a su nivel es normal, sin adherencias. Corazón: soplo telesistólico de primer grado, más audible en el foco aórtico, menos en el resto de ellos. Ganglionar; poliadenopatía inguinal bilateral. Resto del físico, normal. Impresión diagnóstica: bocio nodular, lóbulo derecho- Durante 10 días se le dan antianémicos, vitaminas y luego se le hace tiroidectomía, con post-operatorio normal, administrándosele en él, antibióticos. Diagnóstico histológico fué bocio coloide nodular. Los exámenes complementarios del paciente únicamente indicaron quistes de amibas en heces. Sale el 13 de diciembre de 1956.

Caso N\* 10.—M. A\ A., ingresó en el mes de diciembre de 1956. 35 años, O. D. Nacido en Sambuenaventura. Síntoma principal: tumor en el cuello.

Historia de la Enfermedad: La paciente refiere que hace 10 años le comenzó una pelota del tamaño de una ciruela, localizada en la parte anteroinferior del cuello, movable, indolora, con crecimiento progresivo hasta alcanzar su tamaño actual 10x12 cms. La tumoración nunca lo había molestado hasta

Historia: La paciente relata que su enfermedad data desde los 14 años en forma de pequeña tumoración en la región anterior del cuello y que desde esa fecha ha tenido, progresivamente, aumento de tamaño. En algunas ocasiones afirma haber notado temblor fino en mano derecha. Por lo demás, no ha tenido ninguna otra sintomatología, ni tóxica ni mecánica.

Enfermedades: No acusa ninguna más que las propias de la infancia-

Revisión de Síntomas: Negativo.

Examen Físico: Dentadura con la mayor parte de las piezas en mal estado. Auscultación pulmonar: Estertores sub-crepitantes finos en ambas bases pulmonares. Corazón: hay taquicardia evidente (112 pulsaciones), presión arterial: 125-70. Abdomen: paredes depresibles normales. No se palpa hígado n' bazo. Resto del examen físico no ofrece patología.

Génito urinario: Genitales externos e internos normales. Regla tipo 6-30, indolora. Ha tenido un embarazo a término.

Descripción del tumor: En el lado izquierdo de la región anterior del cuello se aprecia tumoración redondeada, del tamaño de una naranja, aproximadamente, 17 X 15 cms., fácilmente limitable, sólida, superficie regular, no adherente, no dolorosa, no hay alteración de la piel a su nivel. La extremidad inferior sobrepasa ligeramente la horquilla esternal. En los exámenes complementarios únicamente hay, como dato de importancia, una Reacción de Khan + 4, y un recuento rojo de 3.120.000 glóbulos. Diagnóstico clínico: Bocio coloide difuso.

Durante una semana le administran hematógenos y tratamiento antilúético y dos días después le hacen tiroidectomía. No hubo complicación post-operatoria, dándosele durante ese lapso antibióticos y 500 c. c. de sangre. Se le dio su alta aparentemente curada.

Caso N<sup>o</sup> 13.—O M. R., ingresa al Serv'co de Cirugía el 13 de febrero de 1956. 21 años, oficios domésticos, soltera, nacida y vecindada en Belén, Comayagüela.

Síntoma Principal: Tumor en el cuello.

Historia de la Enfermedad: Refiere que hace, aproximadamente, ocho meses, notó pequeño tumor en la zona sup'erna, un poco por fuera y a la derecha de la línea media. Su único malestar por entonces fué ligero dolor a la presión sobre la masa mencionada que era de consistencia tensa, redondeada y movable. Desde entonces no ha dejado de crecer en forma lenta llegando a su tamaño actual, que es, aproximadamente,

el de un l-rnón. La paciente no acusa ningún trastorno tóxico ni mecánico, únicamente se queja de la deformidad que, según ella, la molesta en el sentido estético; no aumentando en tamaño la tumoración del cuello desde hace un mes.

**Revisión de Síntomas:** Únicamente datos negativos. **Examen**

**Físico: P. A.:** 110-70; pulso: 80; temperatura, 37

Cuello: En la región tiroidea del lado derecho se observa tumor redondeado de un tamaño aproximado de 10x8 cms., orientado longitudinalmente y pareciendo corresponder al lóbulo derecho de la glánd^a tiroides. A la palpación se aprecia que la consistencia es semiblanda, ligeramente móvil zable sobre los planos profundos y la piel. Sigue los movimientos deglutorios; se aprecia también moderado aumento de tamaño del istmo y lóbulo izquierdo.

**Diagnóstico clínico:** Bocio nodular no tóxico.

Todos los exámenes complementarios de esta pac^ente fueron normales. Fué sometida a tiroidectomía, sin ninguna complicación post-operatoria. El diagnóstico histológico fué Bocio Nodular Coloide.

**Caso N? 14.**—S. M. C, 48 años, oficios domésticos, oriunda de San Isidro, Choluteca, vecina de Tegucigalpa.—

**Síntoma principal:** Tumor en el cuello.

**Historia:** Su enfermedad le comenzó hace cinco años en forma de pelotilla en la región tiroidea que desde entonces ha tenido crecimiento continuo hasta llegar a sus dimensiones actuales (22x17 cms.) Nunca le ha molestado en n'nguna forma, tampoco ha tenido trastornos tóxicos-**Revisión de Síntomas:** Cabeza: cefalea; el resto de la sin-tomatología es negativo, acusa disminución marcada de la visión en el ojo derecho.

**Examen Físico: P. A.:** 115-80; pulso: 70, temperatura: 37. Cabeza: Zona despigmentada en la región frontal derecha. Pterigiión en el ojo derecho. Cuello: lo apuntado. Cardiovascular: Reforzamiento del 2" ruido en foco aórtico; palpitaciones. Digestivo y Genitourinario: normales. Extremidades: no hay patología.

**Diagnóstico Clínico:** Bocio Adenomatoso Simple. Fué tiroidectomizada, saliendo aparentemente curada. Diagnóstico histológico: Bocio adenomatoso simple.

**Caso N° 15.**—V. U. V., 75 años, costurera, vecina de El Progreso, ingresa al Servicio de Cirugía el 26 de diciembre de 1956-

**Síntoma Principal:** Tumoración en el cuello.

**Historia:** La paciente relata que, aproximadamente, hace un año sintió en la región anterior del cuello por encima de la horquilla esternal un tumorcito del tamaño de un grano de maíz, indoloro y que tenía crecimiento lento, alcanzando a los nueve meses de haber comenzado, el tamaño de un huevo de paloma. El momento de historiar la paciente alcanza 14 x 10 cms., afirmando que el crecimiento ha sido muy rápido en los últimos meses y causándole alguna dificultad para respirar y dormir. Dice haber tenido tratamiento médico con calcio y antibióticos, pero sin resultados.

**Enfermedades anteriores:** Gripe, paludismo.

Primera menstruación a los 14 años, tipo 3-30, menopausia a los 55 años, tuvo 8 embarazos a término y dos abortos.

**Revisión de Síntomas:** Cabeza: desde hace un mes cefaleas frontales.

Cardiorrespiratorio: disnea moderada, palpitaciones precordiales y cansancio. Gastrointestinal: estreñimiento crónico.

**Examen Físico:** P. A.i: 150 80; pulso: 89; temperatura: 36.5; respiración: 28.

Ojos: hay disminución marcada de la visión. Piezas dentarias en mal estado. Cuello: En la región anterior y por encima de la base del cuello se ve tumoración del tamaño de una mandarina, bien limitada, sésil, de consistencia elástica, piel sana, movilizable, indolora. Se desplaza con los movimientos de deglución, y se extiende a los lados del cuello- Tórax: simétrico. Corazón: punta en 5ª e. i. a. línea mcv. Pulmones: **no** hay patología. Digestivo: nada de particular.

**Impresión diagnóstica:** Bocio coloide, fibroso. Debido a su avanzada edad no se le intervino quirúrgicamente. Se le administraron antianémicos, sales ferrosas y se le dio su alta./

**Caso N° 16.**—M. L. C, 32 años, nacida y avecindada en Tegucigalpa, oficios domésticos.

**Síntoma Principal:** Bocio.

**Historia de la Enfermedad:** Desde los 7 años de edad le apareció pequeña pelota en el cuello del tamaño de un nance, y desde esa época nunca ha dejado de crecer en forma lenta,

teniendo períodos estacionarios, así como con aumento repentino en el tamaño durante sus períodos de embarazo, que han sido cinco-Cuenta actualmente con un tamaño de una toronja, a pesar de lo cual no le produce ninguna dificultad mecánica; tampoco le ha causado en ninguna fecha trastornos de tipo tóxico.

**Historia Familiar:** Padre muerto de **T. B. C.** pulmonar.

**Enfermedades Anteriores:** Viruela, sarampión, bronquitis, otitis supuradas.

**Revisión de Síntomas:** El bocio no le produce ningún malestar. No acusa otra sintomatología.

**Examen Fésico: P. A.: 120-70;** pulso: 76, respiración: 23; temperatura: 37.

Cabeza: piezas dentarias en pésimo estado, focos sépticos. Oídos: cerumen abundante en el derecho; ligero estrabismo interno en el ojo izquierdo. Cuello: tumoración visible a la inspección, de un tamaño de 28X20 cms., por la palpación cuidadosa se perciben zonas nodulares, movibles, no adherentes a la piel, corresponde a la región tiroidea. Es de consistencia semidura, la piel a su nivel es normal. No hay dolor a la presión ni se aprecia circulación colateral.

Cardiocirculatorio: ligero desdoblamiento del segundo ruido en foco pulmonar. Digestivo: no hay patología. Extremidades: negativo.

**Impresión Diagnóstica:** Bocio adenomatoso simple.

Al paciente se le hizo tiroidectomía, con buen post-operatorio, únicamente al segundo día se presentó hematoma que llegó al tamaño de un limón pequeño y que reabsorbió espontáneamente. El examen histológico fué informado con adenoma nodular coloide. Los exámenes complementarios fueron normales antes y después de someterla a operación. Salió aparentemente curada.

**Caso N° 17—G. M. M.** La paciente ingresa el 14 de enero de 1956. Mestiza, 18 años, estudiante, nacida y avocindada en Tegucigalpa.

**Síntoma Principal:** Tumoración en el cuello.

**Historia:** Hace más o menos 10 años que la paciente advirtió por primera vez la presencia en su cuello de una pequeña pelota, que tenía un crecimiento muy lento y era indolora. Desde entonces hasta el momento del examen la tumoración

ha llegado a tener un tamaño bastante grande (15 x 11 cms.)> no produciéndole ninguna molestia tóxica ni mecánica. Dice más bien que se quiere curar por el mal aspecto que le da el **tumor**.

**Enfermedades Anteriores:** Paludismo en la infancia; adulta: sólo su actual enfermedad-**Examen Físico.** Presión, 110-50; pulso, 76; respiraciones, 20; temperatura, 36.5.

Cuello: Tumoración blanda, del tamaño referido en la historia, forma cuerpo con el tiroides, no es adherente ni a la piel ni a los planos subyacentes; unida a la masa principal se encuentra otra pequeña tumoración del tamaño de una senrlia de ciruela, aunque de consistencia más dura que la grande. En el resto del físico sólo hay datos negativos.

**Impresión Diagnóstica:** Bocio nodular no tóxico. Los exámenes complementarios fueron normales. Se le propuso intervención quirúrgica, siendo intervenida, y reportando el examen histológico un bocio coloide simple de tirodes. Se le dio de alta el 28 de enero de 1956.

Caso N° 18.—D. B., paciente de 28 años, nacida en Nacao-me, ingresa al hospital a causa de pequeña tumoración tiroidea, la cual, según dice, le produce algunos síntomas, como temblores, sudoración excesiva y sobre todo palpitations precordiales. La tumoración es pequeña (5x4 cms.), no le produce nunca fenómenos mecánicos.

Por el examen físico se aprecia tumor de las dimensiones descritas, indoloro, localizado en la región cervical supraestern-al, de una consistencia semiblanda, movable y que no presenta adherencias con la piel ni los planos profundos. La presión arterial de esta paciente es de 130-50, y entre sus síntomas que más insiste está el temblor fino, localizado en las manos y brazos, y las palpitations precordiales. El pulso y su temperatura son normales. En el resto del físico únicamente se encuentra como dato positivo el que la paciente padece de una cervicitis crónica. En la sala correspondiente le hicieron diagnóstico de bocio tóxico. Se intervino quirúrgicamente, y la pieza fué reportada del Departamento de Anatomía Patológica como un bocio simple de tiroides. Por lo demás, esta paciente tuvo post-operatorio normal, con remisión completa de los síntomas tóxicos, tales como el temblor y la sudoración. La presión permaneció en la misma cifra. A nosotros nos causó la impresión de tratarse de un adenoma tóxico.

**Caso N\* 19.**—P. v, C. R., 37 años, oriunda de Pespire, sol tera, de oficios domésticos.

Refiere que hace 20 años viene padeciendo de tumoración en la región anterior del cuello, indolora, y que nunca le ha causado trastornos mecánicos ni tóxicos. Ha tenido crecimiento lento, progresivo. Desde hace dos años se queja de palpitations, principalmente al efectuar ejercicios fuertes. No tiene dificultad para la deglución y respiración.

**Enfermedades Anteriores:** Viruela, sarampión, tos ferina, gripes frecuentes.

**Revisión de Síntomas:** Cefaleas poco frecuentes. Diminución de la visión desde hace 8 años. Cuello: Tumoración grande, del tamaño de una toronja: 24 x 23 cms-, que presenta dos lóbulos: derecho e izquierdo, palpándose fácilmente la cisura que los separa. Son de consistencia semidura, desplazables, no adherentes a la piel ni a los planos subyacentes.

Según afirma la paciente, su madre padece también de enfermedad igual a la suya.

P. A. 130; pulso, 68; respiraciones, 18; temperatura, 37.

No presenta ninguna otra patología. Impresión diagnóstica: bocio adematoso simple. Los exámenes complementarios de ella fueron normales, indicando el recuento globular anemia moderada. Se le dio, según indicación del jefe de la sala, tratamiento antianémico. Luego la paciente rehusó la intervención quirúrgica, pidiendo su alta y saliendo en el mismo estado en que ingresó.

**Caso N\* 20.**—C. C. M., 49 años, de Cofradía, viuda, de oficios domésticos. Ofrece como síntoma principal tumor en el cuello.

La paciente relata que su enfermedad data de su juventud, sin poder precisar fecha; ha tenido crecimiento lento y progresivo, hasta llegar a sus actuales dimensiones- Nunca en el curso de la evolución le ha producido molestias de tipo mecánico. Desde hace, aproximadamente, dos años ha venido padeciendo de fuertes palpitations precordiales, a veces sin motivo aparente, o cuando hace mucho ejercicio. Asimismo, refiere que con frecuencia sufre de grandes deseos de llorar. Desde hace dos días da historia de diarrea acuosa sin estrías ni témpanos, y dolor en el brazo izquierdo. En el momento del examen su tumor tiene dimensiones de 19 x 15 cms.

Menarquía a los 13 años, tipo 4-28, dolorosa, escasa, irre-

guiar. Menopausia a los 42 años. Enfermedades anteriores: las propias de la infancia y adulta: únicamente paludismo.

**Revisión de Síntomas:** Cefaleas frontales, disminución de la agudeza visual en ambos ojos; se queja de crisis de palpitaciones precordiales y propensión al llanto.

**Examen Físico: P. A.,** 140-80; temperatura, 37; pulso, 80; respiraciones, 21.

Facies abotagada, inexpresiva. Lengua saburral, dentadura incompleta, faltan piezas. Cuello: Tumoración tiroidea media, que se desplaza con la deglución no adherente a la-peí, dura, y echada ligeramente hacia el lóbulo derecho. Piel a su nivel normal, tamaño 19x15 cms., superficie lisa, no se palpan nodulos. Corazón: desdoblamiento del primer ruido perceptible en todos los focos. Pulmones: estertores subcrepitan-tes en campos medios, se auscultan roncós y sibilancias en ambas bases. Abdomen: no hay patología. Miembros: ligero edema en los inferiores, resto del examen normal.

**Impresión Diagnóstica:** Bocio Adematoso con hipertiroi-dismo incipiente.

Durante todo el examen, la paciente lloró continuamente, no atribuyéndolo ella a ningún disgusto u otra causa. La paciente rehusó operación.

**Caso N° 21.—A. G., 41** años, viuda, oriunda de Lepate-rique, ingresa al Servicio de Cirugía el 2 de abril de 1956.

**Síntoma principal:** Tumoración en el cuello.

**Historia:** La enfermedad comenzó hace 10 años en forma de pequeña tumoración del tamaño de un limón con crecimiento progresivo hasta alcanzar su tamaño actual. En ninguna época le ha causado trastornos respiratorios o compresivos, tampoco ha observado fenómenos tóxicos. Dice más bien que viene al hospital por el tamaño que ha alcanzado el tumor.

Nunca ha observado crecimiento brusco de la glándula.

**Enfermedades Anteriores:** Las propias de la infancia; adulta ha padecido de paludismo, gripes frecuentes. Afirma que una hermana de ella tiene bocio.

Menarquía a los 14 años, tipo 2-25, irregular, abundante y con mucho coágulo- Ha tenido dos embarazos, en ambos las dimensiones del bocio han aumentado considerablemente.

**Revisión de Síntomas:** Cabeza: hemicránea izquierda continua ; papitaciones ocasionaes. Dice últimamente sentirse muy nerviosa.

Examen Físico: P. A., 110-70; pulso, 80; respiraciones 18, temperatura, 38.5; dentadura en mal estado, pésima h'giene bucal. Cuero: a la inspección se nota tumoración del tamaño de una naranja en el lado izquierdo de la región tiroidea, con piel a su nivel normal. Dimensiones: 24 X 20 cms. Redondeada, movilizable, sin lóbulos, sigue los movimientos de deglución, de consistencia semiblanda, no dificulta la respiración, ni la deglución. Hacia los lados se extiende sobre "os esternocleido-mastoideos, y hacia arriba llega hasta el cartílago tiroides. No parece continuarse hacia el tórax. Corazón punta en el 5<sup>o</sup> e. i. i- a. sobre línea mcv. Ruidos cardíacos normales. Pulmones : Negativo. Abdomen: No hay patología. Extremidades: Várices en ambas piernas.

Exámenes complementarios: normales. Impresión diagnóstica: Bocio Coloide Simple. Durante cinco días se le dieron en su sala sales de hierro, siendo sometida luego a tiroidecto-mía. Debido a que tenía p<sup>ca</sup> radigráfica de pulmones en que se informaba infiltrado leve se le hizo tratamiento de ocho días con estreptomycin. El post-operatorio transcurrió sin complicaciones. La glándula extirpada fué informada como un adenoma de tiroides, por el Departamento de Anatomía Patológica.

**Caso N<sup>o</sup> 22j—C. R. O., 16 años, labrador, de Puerto Cortés, ingresa al Servicio en el mes de febrero de 1956.**

**Síntoma Principal:** Tumoración en la región anterolateral del cuello—**Historia:** La evolución del tumor ha sido lenta e indolora, habiendo comenzado hace seis meses, casi del mismo tamaño que actualmente presenta. No le ha causado ningún síntoma, aunque sí refiere notar algún cambio en la voz aprox'mada-mente, desde hace dos meses. No hay historia de hipertiroi-dismo.

**Enfermedades Anteriores:** Sin importancia.

**Examen Físico:** Se observa el en cuello asimetría debida a tumoración situada en la región anterolateral derecha, redondeada indolora a la palpación, de consistencia semidura, fácilmente desplazable, y sin adherencias de ninguna clase. La piel es normal a su nivel.

P. A., 120-70; pulso, 78; respiraciones, 19; temperatura, 37.

No se observa ninguna otra patología. Impresión diagnóstica: Bocio Coloide Simple. Al paciente se sometió a trata-

miento antianémico, antihelmíntico, y se le administró lugol durante cinco días (10 gotas) y luego aumentando 1 gota diaria llegar a 15. Los siguientes días fué intervenido quirúrgicamente, teniendo buen post operatorio. La pieza extirpada fue reportada histológicamente como un bocio nodular coloide.

Caso N° 23.—E- S. R., 17 años, soltero, labrador, originario de Orocuina. Síntoma principal: pelota en el cuello y dolor en un oído.

Historia: Hace nueve años le comenzó a crecer una tumoración pequeña en el intermedio entre los esternocleidomastoideos, indolora, movable, y que desde entonces ha tenido un crecimiento lento, progresivo, por meses estacionario, llegando a alcanzar un tamaño de una naranja grande, sin producirle tampoco actualmente ningún síntoma, ya sea compresivo o tóxico. Desde hace un mes tiene un cuadro de una otitis supurada bilateral.

Historia familiar: Padre y un hermano suyo padecen de bocio.

Examen Físico: P. A., 115-70; pulso, 68 respiraciones, 19; temperatura 37. Dolor a la presión en zona mastoidea derecha, dolor en el mismo oído. Cuello: A la inspección se ve tumor voluminoso en toda la región anterior del cuello, de un tamaño de unos 22 X 18 cms., y extendiéndose lateralmente en forma de lóbulos. Consistencia semiblanda, indolora, movilizable, sin adherencias, no se continúa por detrás del esternón. Piel normal. Resto del examen físico, normal.

Impresión diagnóstica: Bocio coloide difuso. Se le administra lugol (5 gotas durante diez días), aumentando una diaria, antianémicos y hematógenos, operándosele su bocio sin tener complicaciones en el post operatorio, durante las dos primeras horas, al cabo de las cuales se presentó hematoma en la región anterolateral izquierda, que aumentó aún más al siguiente día, decidiéndose abrir unos puntos, lo que dio salida a un pus espeso con abundante cerosidad. A los ocho días se le dio su alta aparentemente curada.

Caso N° 24.—M. A. C., 16 años, nacida en Sabanagrande, ingresa en el mes de mayo de 1956.

Síntoma Principal: Tumor en el cuello.

Historia: Comienza su enfermedad hace dos años, cuando nota pequeña pelota en la región del cuello, indolora, y que le crecía lentamente; en el curso de la evolución no había tenido dolor ni fenómenos compresivos, hasta hace dos meses

cuando comenzó a notar alguna leve dificultad para respirar, habiéndosele presentado al ser ingresada a este centro un acceso disneico, aparentemente por compresión sobre la tráquea, encima de la cual está la tumoración.; Refiere haber tenido tratamiento con lugol, sin precisar la cantidad tomada, y como no observara mejoría, decide venir al hospital.

Menarquía a los 14 años, tipo 3-28, irregular, dolorosa. abundante.

**Revisión de Síntomas:** La paciente únicamente relata lo apuntado arriba sobre la disnea, la cual desaparece al tomar el tumor con los dedos tirando de él hacia adelante.

**Examen Físico:** Se aprecia tumoración central en el cuello, en región tiroidea, de un tamaño de 18x16 cms., indolente a la palpación, consistencia sem blanda, desplazable, no adherente a los planos profundos ni a la piel parece producir alguna desviación y compresión traqueal. En su parte inferior se palpa pequeño nódulo, de consistencia ligeramente más dura que el resto del tumor.

**Impresión Diagnóstica:** Bocio Nodular Simple. Se le hace tiroidectomía, teniendo post-operatorio normal. Diagnóstico anatomopatológico: Bocio coloide simple de tiroides. Después de la intervención hubo desaparición completa de los fenómenos de compresión traqueal.

Caso N\* 25.—I. H. G., 52 años, casada, de oficios domésticos, nacida y vecindada en Taulabé.

**Síntoma Principal:** Dolor en el cuello con tumor a ese nivel.

**Historia:** Evolución desde que tenía 15 años, cuando nota una pelota del tamaño de un nance, indolora, crecimiento progresivo. Desde hace un mes comenzó a sentir dolor en forma de punzada en el brazo y hombro izquierdo, que le dificulta sus quehaceres; no hay historia de fenómenos tóxicos o mecánicos.

**Enfermedades Anteriores:** Paludismo, gripes.

**Revisión de Síntomas:** Cabeza: dice padecer de frecuentes cefaleas tipo frontal. Supuración en el oído derecho. Cardiorespiratorio: Acusa palpitaciones ocasionales. Afirma también que desde hace una semana se ha notado aumento de la sudoración, principalmente por la noche.

Físico: P. A., 120-80. Pulso, 70; respiraciones 20; temperatura, 37.

Por la inspección se ve en la región del cuello un tumor de unas dimensiones de 14 X 10 cms., de consistencia dura, movable, sin adherencias a la piel ni a los planos subyacentes. Se desplaza con facilidad hacia los lados. No es dolorosa a la palpación, ni a la presión. La piel no presenta alteración a su nivel.

Cardiorrespiratorio: Punta en el 5" e.i.i.a. sobre la línea mcv. Hay reforzamiento del primer ruido cardíaco. No se auscultan soplos-Pulmones: negativo. Abdomen: bazo palpable, no doloroso. Extremidades: Limitación de los movimientos en el hombro izquierdo, posiblemente por artritis de la articulación correspondiente.

Impresión Diagnóstica: Bocio nodular simple. La paciente rehusó la intervención quirúrgica que se le propuso, dándosele su alta en el mismo estado.

Caso N\* 26.—I. H. S., 30 años, nacida y avecindada en Co-mayagüela, de oficios domésticos.

Esta paciente la vimos a su ingreso en la consulta externa presentando tumoración en región tiroidea, dolorosa, piel roja, caliente, y haciéndosele inmediatamente una incisión dejó salir un pus abundante como de 300 c. c, verde, con mal olor. Se le dejó un drenó.

Tiene la historia siguiente: Desde hace 11 años nota abultamiento en el cuello, que crece en forma gradual, progresiva, y que nunca llegó a producirle ninguna molestia. Hace 9 días repentinamente comenzó a dolerle, poniéndosele roja y caliente, con dolor a la deglución, acompañándose de temperatura alta.

Enfermedades anteriores: ha padecido de reumatismo.

Menarquía a los 14 años, indolora, escasa. Tipo 2-30.

Refiere haber tenido 6 hijos.

Con la salida del pus cedieron los fenómenos inflamatorios que presentaba la paciente, se le hicieron los exámenes rutinarios informando un recuento rojo de 1.700.000, Hg. 30%, datos anormales, los demás eran normales.

A este paciente se le administraron antianémicos, y se le propuso intervención, la cual rehusó, prometiendo volver para operarse.

Impresión diagnóstica: Estrumitis.

Caso N° 27.—G. P. A., 27 años, labrador, soltero, católico, residente en Danlí-

**Síntoma principal:** Tumoración en el cuello.

**Historia:** le comenzó cuando tenía 12 años, como pequeña tumoración derecha en el cuello, de forma redondeada, indolora, b'anda que no le afectaba en absoluto, y que desde entonces fué creciendo insensiblemente, hasta llegar a tener sus dimensiones actuales. Afirma que un médico le recetó yodo en gotas, el cual tomó sin notar disminución del tumor. Hace 10 años se le apareció en el lado izquierdo de la región tiroidea otra tumoracioncita con las mismas características de la anterior.

En los últimos meses refiere dificultad para la deglución, oleadas de calor, y cambios en su carácter, con enojos injustificados frecuentes.

**Revisión de Síntomas:** Cefaleas, fotofobia, constipación nasal. Boca: falta la mayoría de las piezas dentarias. Cardio-respiratorio: palpitations concomitantes con oleadas de calor.

Examen Físico: P. A., 140-70; pulso, 80; respiraciones, 18; temperatura, 37.

Cabeza: se aprecia ligeramente exoftalmia.

Cuello: Se observan dos tumoraciones grandes correspondientes a ambos lóbulos tiroideos con una tamaño de 10 x 12 cms., semiblandas, movibles, regulares, que siguen los movimientos de deglución, son fácilmente movilizables, no tienen adherencias a la piel. En sus porciones superiores se palpan pequeños nodulitos, duros, indoloros. En la región del istmo tiroideo existe pequeño nódulo central de 5 x 3 cms- y que tiene las características descritas en los anteriores.

Clínicamente impresiona en el sentido de un bocio adeno-matoso quístico. Radiológicamente se descubre una condensación en el pulmón derecho.

Durante un mes se le somete a tratamiento con antibióticos y se le da lugol (5 gotas diarias, con aumento de 1 por día). Luego se le hace tiroidectomía, observándose un buen postoperatorio. El diagnóstico anatomopatológico fué Bocio Coloide Simple.

**Caso N° 28.—R. M. M., 25 años, soltera, oriunda de La Paz, oficios domésticos.**

**Síntoma Principal:** Tumoración cervical, debilidad general.

**Historia:** Paciente refiere que hace dos años comenzó a

notar un nódulo pequeño en región tiroidea, indolora, que no la molestaba en nada, por lo cual no le dio ninguna importancia. Sin embargo, no ha dejado de crecer desde entonces, y como al mismo tiempo se siente muy mal, decide venir a este centro.

En el cuello se aprecia su tumoración redondeada de unos 12x10 cms., indolora, firme, movable, no adherente, con piel normal- No le causa síntomas de ninguna especie. Es notable el mal estado general de la paciente, que casi llega a la caquexia. Se le comenzó el tratamiento general con antianémicos, hematógenos y sales de hierro, mejorando bastante, pero sin quererse someter a intervención quirúrgica.

Exigió su alta.

Caso N° 29.—N. C. B. H., 33 años, soltera, nacida y vecindada en Goascorán, Valle, de oficios domésticos.

**Síntoma principal:** Bocio.

Historia: Relata la paciente que hace cinco años pudo observar que tenía tumoración simétrica, en la parte antero-inferior del cuello. Al principio era estacionaria en su tamaño, pero después de un parto que tuvo hace 3 años y más aun después del último hace año y medio. Desde hace 3 meses la paciente acusa ligera disfonía. Acusa alguna nerviosidad y palpitaciones momentáneas; no hay ningún otro síntoma.

**Catanemia:** Menarquía a los 13 años, tipo 4-30, escasa, indolora, irregular. Afirma haber tenido un aborto.

Examen Físico: P. A., 100-55.—Pulso 76; respiraciones, 19; temperatura 37.

Cabeza simétrica, lengua saburral, hay considerable hipertrofia amigdalina. Cuello: Hipertrofia del tiroides, en forma de tumoración asimétrica, con predominio del lóbulo derecho, hay también aumento del istmo tiroideo. Límite inferior parece penetrar algo por detrás del esternón. Es de unas dimensiones de 19 x 15 cms. blando, no adherente, sigue los movimientos de deglución.

Pulmones: no hay patología. Corazón: punta en 6<sup>o</sup> e.i.i-a. sobre la línea mcv. Digestivo: Abdomen de características normales, configuración, no se observa patología. Impresión diagnóstica: Bocio coloide.

Los exámenes salieron normales, únicamente se halló una ascaridiasis. Después de cinco días de permanencia en el servicio se le efectuó tiroidectomía, teniendo buen postoperatorio,

y saHendo aparentemente curado. Histopatológicamente se diagnosticó bocio nodular simple.

**Caso N? 30.** — A. J. M., de 23 años, soltera, oficios domésticos, originaria de El Paraíso, ingresa el 12-VI-56.

**Síntoma Principal:** Tumoración en el cuello: Su enfermedad dice le comenzó hace 4 años en forma de tumor bilateral en la región anterolateral de! cuello, observando crecimiento lento y progresivo- Durante sus embarazos pudo observar incremento marcado en el crecimiento del tumor. Actualmente presenta trastornos de tipo mecánico, como disnea y disfagia moderada. No hay historia de taquicardia, temblores o nerviosismo.

Debido al tamaño de su tumor decide mejor venir a este centro.

**Catamenia:** Menarquía a los 13 años, tipo 4-30, indolora, abundante, irregular. Ha tenido tres embarazos, ningún aborto.

**Revisión de Síntomas:** Únicamente refiere lo dicho arriba con relación a 3a disnea y disfagia, ambas leves.

**Examen Físico:** P. A., 110-60; pulso, 68; respiraciones, 18; temperatura 37. Paciente joven, coopera al examen. Enrojecimiento conjuntival bilateral. Cuello: tumoración bilateral en la región anterior del cuello, que se extiende hasta los bordes posteriores de los correspondientes esternocleidomastoideos, teniendo aproximadamente unas dimensiones de 22 x 16 cms., es de consistencia resistente a la palpación, indolora, redondeada, desplazable, sin adherencias a la piel. Presenta pequeño nódulo central, más duro que el resto del tumor, adherido a él. En conjunto el tumor parece comprimir a^o la tráquea, aunque no lo suficiente para producir verdadera disnea-**Impresión Diagnóstica:** Bocio Coloide Nodular.

Los exámenes rutinarios de la paciente fueron normales. Se intervino haciéndosele tiroidectomía, observando un curso postoperatorio normal, sin complicaciones. Diagnóstico h'isto-lógico: Bocio Coloide Nodular; después de la intervención hubo remisión de la disnea y disfagia que acusaba.

**Caso N? 31.**—M. G. V., 19 años, jardinero, originario de Reitoca, residente en Tegucigalpa.

**Síntoma Principal:** "Pelota" en el cuello.

**Historia:** El paciente refiere que su afección le comenzó aproximadamente hace un año, notando entonces pequeño nódulo superpuesto al tiroides, duro, sin adherencias. Desde

esa fecha fué creciendo lentamente, hasta sus actuales dimensiones. No ha presentado trastornos mecánicos ni tóxicos-

Por la inspección se nota en el cuello a nivel del istmo tiroideo un pequeño nódulo del tamaño de un nance, indoloro a la palpación, con piel de aspecto normal, y que por su tamaño no parece causar fenómenos compresivos. Asimismo, hay aumento difuso del lóbulo tiroideo derecho, presentando las mismas características descritas.

Este paciente repentinamente abandonó el hospital, no pudiendo hacerse sus exámenes rutinarios, ni la intervención que se había planeado, no recibió ningún tratamiento. Impresión diagnóstica: Bocio Nodular.

Caso N° 32.—A. S. M., 48 años, casada, originaria de San Pedro Sula, de oficios domésticos, analfabeta.

**Síntoma Principal:** Tumor en el cuello.

**Historia:** Su enfermedad comenzó hace ocho años, pudiendo entonces notar que tenía dificultad para hablar en voz alta, aliviándose de esto al cabo de tres meses. Por este tiempo observóse pelota pequeña en la cara anterior del cuello, semi-dura, indolora, con piel normal y que tenía el tamaño de un limón pequeño. Cuando notó que le crecía buscó tratamiento médico, recetándole unas pastillas que ella cree eran extracto tiroideo, sin obtener ninguna mejoría. Nunca observó síntomas especiales, aunque de un tiempo acá ha podido notar leve dificultad para respirar cuando está en decúbito dorsal, desapareciéndole al cambiar de posición.

**Enfermedades anteriores:** En la infancia tuvo sarampión, viruela. Adulta: fiebres indeterminadas.

Catamenia: Menarquía a los 14, tipo 3-30, dolorosa, abundante, irregular.

**Examen Físico: P. A.,** 135-80; pulso, 36; respiraciones, 16; temperatura, 37.

Boca: prótesis dentaria en el maxilar inferior.

Cuello: tumoración del tamaño de un limón, 7X5 cms., indolora, que se moviliza con los movimientos de deglución, consistencia renitente, ocupa el espacio comprendido lateralmente entre los dos esternocleidomastoideos, abajo, hasta la horquilla esternal, y por arriba un través de dedo por debajo del cartílago tiroides.

**Impresión Diagnóstica:** Bocio adenomatoso simple.

Exámenes: Hay células escamosas en la orina; en las heces hay quistes de histolíficas. Kahn: positivo + Cuentas globulares: normales.

Al paciente se le hizo tiroidectomía, teniendo buen postoperatorio. Fue dada de alta aparentemente curada. Desaparecieron los trastornos respiratorios que experimentaba la paciente.

Caso N<sup>o</sup> 33.—N. B. O.—19 años, soltero, nacido en Curaién, Labrador. El paciente ingresa con historia de trastornos urinarios que le desaparecen después de tratamiento antibiótico.

En el examen físico que se le hizo se descubre tumoración pequeña como del tamaño de un limón, limitada al lóbulo derecho, indolora, movable bajo la piel, no adherente y que no le causa ningún trastorno. Tampoco hay historia de toxicidad.

Afirma que esta afección le comenzó hace 11 años como un pequeño nódulo al que no dio ninguna importancia, pero que siguió creciendo hasta su tamaño presente. En el borde derecho de este mismo lóbulo se descubren dos pequeños nodulos, duros, redondeados, y adheridos al resto del tumor.

Impresionan en el sentido de ser un bocio nodular simple. El paciente rehusó tratamiento, siendo dado de alta en el mismo estado.

**Síntoma Principal:** Tumoración en la región lateral del cuello.

**Historia:** Refiere el paciente que hace doce años le salió un nódulo de 2 X 2 cms., situado en la región del hueco supraesternal, no dolorosa, dura, movable, con este tamaño y condiciones le duró durante los siguientes cinco años, al cabo de los cuales comenzó a crecer hasta llegar a su tamaño actual. Afirma que en su pueblo Ojo de Agua en Comayagua es muy frecuente el bocio. Su tumoración se le desplazó poco a poco hacia la izquierda, donde actualmente lo presenta. No le causa trastornos de ninguna especie. Dice haber padecido en su infancia: amigdalitis, sarampión; adulto: paludismo.

**Examen Físico:** P. A. 130-60; pulso, 70; temperatura, 37; respiraciones, 18. Respiración dificultosa por congestión nasal. Faringe congestionada. Cuello: A la inspección se observa un tumor del tamaño de una naranja grande, situada en su región anterior. A la palpación es algo dolorosa, semiblanda, mayor en el lado izquierdo, es movable, asciende y desciende con los movimientos de deglución.

**Impresión Diagnóstica:** Bocio coloide.

Al paciente se le chequeó su cuenta globular así: glóbulos rojos, 4.400.000; blancos, 14.800, ningún otro dato de importancia-

Después se le hizo tiroidectomía, no habiendo ninguna complicación el paciente fué dado de alta. El diagnóstico histológico fué bocio tiroideo nodular con zona fibrohialina.

Caso N° 35.—B. Z. Z., 39 años, de Comayagüela, comerciante soltera, hondurena.

**Síntoma Principal:** Tumor en el cuello.

**Historia:** La paciente relata padecer desde hace 19 años, cuando le comenzó una pequeña tumoración en el cuello, a la que no le dio ninguna importancia, pues no le causaba molestias. Hace cuatro años le comenzó a crecer en forma lenta y progresiva, siempre asintomática. En los últimos dos años ha tenido escalofríos acompañados de accesos de sudoración, crisis de palpitaciones y miedo. También ha podido notar algún cambio en su carácter, sin poder precisar la causa.

Dice haber tomado agua de yodo, no sabe en qué cantidad.

Enfermedades anteriores: Paludismo, parotiditis, parasitismo intestinal.

**Revisión de síntomas:** Cefaleas, palpitaciones, a veces crisis de sudoración-

**Examen Físico:** P. A., 130-80; pulso, 72; respiraciones, 18; temperatura, 36.5. Se aprecia tumoración cervical mediana, 16 x 14 cms., indolora a la palpación, semidura, movable, no adherente a la piel.

La tumoración se desplaza más hacia el lado derecho.

**Impresión Diagnóstica:** Bocio simple nodular.

Se trató esta paciente administrándole lugol (5 gotas mañana y tarde) durante dos semanas. Luego se le operó, sin complicaciones post-operatorias.

Caso N° 36.—E. L. V., 53 años, nacida en Aguanqueteri-que de oficios domésticos, casada.

Ingresa el 11 de marzo de 1956-

**Síntoma principal:** Tumor en el cuello.

**Historia:** Dice venir padeciendo desde hace 18 años, cuando pudo apreciar en su cuello pequeño tumor de 3X2 cm., indoloro, con crecimiento progresivo pero lento, llegando a sus dimensiones actuales. No le ha producido ninguna sintomato-

logía. Ha tenido como tratamiento pomada de yodo al exterior sin notar mejoría alguna.

Menarquía a los 13 años, 3-30, irregular, dolorosa, ha tenido 3 hijos y 1 aborto.

Examen físico: P. A., 120-70; pulso, 74; respiraciones, 18; temperatura 37. Cuello: tumoración que actualmente tiene un tamaño de 10 x 8 cms., situada en "a cara anterior, indolora, semisólida, se mueve con la deglución. En el lado izquierdo se observa un nódulo más pequeño, que presenta las mismas características que el resto del tumor.

En el examen físico no hay ningún otro dato de importancia.

Impresión diagnóstica: Bocio nodular simple: Los exámenes fueron: G. Rojos., 3.800000; Blancos, 6.450, examen de heces, positivo por histolíticas.

Previo tratamiento antianémico se le hizo tiroidectomía, desarrollando buen postoperatorio, e informando el examen histológico bocio adenomatoso. Saló aparentemente curada.

Caso N<sup>o</sup> 37.—M. C. Z. J., de 21 años, soltera, originaria de San Esteban, Olancho.

Síntoma Principal: Bocio.

Historia: Dice que desde los diez años padece de su afección, y como causa ella cita su permanencia en un caserío cuyo nombre no recuerda, pero que en ese lugar todos padecen de "güegüecho". Notó entonces la aparición de un pequeño nódulo en la región anterior del cuello, la cual paulatinamente fué aumentando de tamaño. Dice que desde que vive acompañada le ha cesado de crecer. Se ha hecho remedios caseros sin obtener resultados. En los últimos meses ha notado palpitaciones y nerviosismo marcado. Insiste que su bocio se debe al agua que tomó mientras permaneció en el caserío citado.

Menarquía a los 13 años, indolora, irregular, tipo 3-30, ha tenido dos embarazos y 1 aborto incompleto, teniendo que ser legrada en este hospital. No acusa sintomatología especial.

Examen Físico: P. A., 100-60; pulso, 73; respiraciones, 16; temperatura, 37.

Cabeza simétrica, hay hipertrofia de los cornetes nasales medios. Amígdalas aumentadas de tamaño, enrojecidas.

Cuello: A la inspección se nota ensanchamiento correspondiente a la masa tiroidea, por la palpación se aprecia masa

nodular, de consistencia ligeramente dura, no adherente y poco movable. Tiene un tamaño aproximado de 12x10 cms., aunque no se puede delimitar exactamente sus bordes por ser un aumento difuso de la glándula. No hay alteración de la piel a su nivel.

Tórax: simétrico, pulmones, respiración ruda en la base derecha.

Abdomen: paredes depresibles, no se palpan anomalías ni patología.

Impresión diagnóstica: Bocio Coloide Nodular-

Exámenes: G. Rojos, 3.850.000; b'ancos, 8.400; Hg., 60% ; Kahn y V.D.R.L., son negativos. En la orina reportan ligeras trazas de albúmina. Fe, 3.5.

Durante 15 días se le administra hematógenos, antianémicos, sales ferrosas, subiendo el recuento rojo a 4.490000. Se le interviene haciéndole tiroidectomía, y en el postoperatorio se observó al segundo día acceso moderado de tetania, hallándose positivo el signo de Erb, con exageración generalizada del tono muscular. Cedió con la administración de gluconato de calcio endovenoso. Se le dio de alta aparentemente curada. El examen histológico informó bocio coloide difuso del tiroides.

Caso N\* 38.—M. C. T.G., de 45 años, nacida en Goascorán, departamento de Valle.

Síntoma principal: dolor en la garganta, prolapso uterino y dolor en el cuerpo. Bocio.

Historia: Hace seis años le comenzó su enfermedad consistente en pequeña tumoración en la región anterior del cuello, y a ambos lados de la línea media. Progresivamente le han ido creciendo y en dos ocasiones se le han inflamado, poniéndosele dolorosas. Nunca el tumor le ha causado molestias mecánicas ni tóxicas. Actualmente tiene un tamaño de 5 x 6 cms. a ambos lados de la línea media, indoloro, nodular, movilizable.

Enfermedades anteriores: Las de la infancia: sarampión, tos ferina. Fiebres indeterminadas.

Revisión de Síntomas: Cabeza: dice sentirse como mareada.

Cardiorespiratorio: Palpitaciones ocasionales. Examen Físico: P. A., 145-70; pulso, 100; respiraciones, 28; temperatura 37.

Boca: piezas dentarias en mal estado. Falta la mayoría. Lengua saburral.

Cuello: lóbulos tiroides aumentados de tamaño como un limón a ambos lados de la línea media, y con las características descritas.

**Diagnóstico:** Bocio adenomatoso simple.

Paciente con Kahn + + + ■ los otros resultados normales

Murió repentinamente en la operación; según el anestesista, por paro cardíaco.

**Caso N° 39**—D. A. D., de 22 años, oficios domésticos, nacida en San Marcos, Santa Bárbara.

**Síntoma Principal:** Tumor en el cuello.

**Historia:** Hace un año le comenzó un pequeño nódulo en el cuello, que al principio tenía el tamaño de 2 X 1 cms., no doloroso, duro, con movimientos laterales y verticales. No tenía sintomatología. Poco a poco creció hasta llegar a su tamaño actual de una ciruela grande, continuando siempre movable, indoloro, de consistencia semiduro. Tampoco ahora acusa síntomas.

Enfermedades anteriores: En su infancia tuvo viruela, parotiditis, amigdalitis. Revisión de síntomas: Cabeza: cefaleas frecuentes; ardor en ambos ojos; palpitaciones precordiales.

**Catanemia:** menarquía a los 13 años, tipo 5-30, indolora, escasa.

Examen físico: P. A., 120-70; pulso, 82; temperatura, 36.5; respiraciones, 19.

**Cuello:** se aprecia tumoración de 5 x 3 cms-, movable, semi-dura, indolora.

**Impresión diagnóstica:** bocio coloide simple.

Exámenes: G. Rojos: 4.160.000; Blancos: 10.000. Orina: amarillo turbia, reacción acida, 1.014, escaso oxalato de cal. Heces: ascárides, tricocéfalos.

Este paciente rehusó la intervención que se le proponía, saliendo en el mismo estado.

**Caso N° 40.**—**R. L. B.**, de 22 años, soltero, labrador, originario de San Lucas, El Paraíso- Consulta Externa.

**Síntoma Principal:** Bocio.

**Historia:** Padece de su afección desde hace un año. Por ese tiempo se le apareció un nódulo del tamaño de un grano

de maíz en la región supraesternal, y que por no producirle ninguna molestia no le prestó atención.

En el curso de los siguientes meses, al mismo tiempo que se le aumentaba el tamaño de la tumoración, comprobó la presencia de algunos síntomas, como temblor fino en la mano derecha, hiperhidrosis, nerviosidad marcada, y adelgazamiento.

Al presentarse al examen fácilmente se percibe la sudo-ración aumentada del paciente.

Enfermedades anteriores: tifoidea, gonorrea, gastralgias.

Revisión de síntomas: Se queja de irritabilidad marcada, nerviosismo, cambios de carácter. La cefalea lo molesta desde hace un mes; dice que a pesar de que come bastante ha podido notar adelgazamiento.

Examen físico: P. A., 150-100; pulso, 95; respiraciones, 20; temperatura, 36.5.

Cabeza: simétrica. Ojos: reacción pupilar: normal. Dientes: faltan los primeros molares inferiores. Cuello: Se comprueba presencia de nódulo de un tamaño de 6 X 4 cms-, indoloro, de consistencia dura, fácilmente enucleable, que no es adherente a la piel ni a los planos musculares. No hay alteración de la piel. Se mueve con los movimientos de deglución.

Tórax: simétrico. Pulmones: murmullo vesicular normal. No se ausculta patología. Abdomen: depresible, se palpa ligeramente el bazo, hay punta de hernia inguinal izquierda.

Impresión diagnóstica: Adenoma tóxico.

El paciente no quiso internarse, diciendo que iba a regresar para operarse.

Caso N<sup>o</sup> 41.—E. O. M., de Amapala, vecindada allí mismo, de 33 años, casada, de oficios domésticos.

Síntoma Principal: Tumor en el cuello.

Historia: En el año de 1954 notó en el lado derecho de su cuello un pequeño tumor que ella compara al tamaño de un mable, que no le molestaba ni producía síntomas. Fué donde un médico a tratarse, quien le recetó unas pastillas de color blanco, de las cuales tomaba 3 al día, y con las cuales dice mejoró, pues disminuyó el tamaño del tumor.

Desde hace seis meses le comenzó a crecer nuevamente, y a pesar de que se puso nuevamente en tratamiento médico, no tuvo mejoría, decidiendo mejor venir al hospital. Al momento

del examen el tumor se nota fácilmente en el lado derecho del cuello.

La paciente no acusa síntomas de ninguna especie.

**Examen físico:** P. A., 130-80; pulso, 78; respiraciones, 18; temperatura, 37.

Cuello: Se aprecia tumor grande del tamaño de una toronja (23x19 cms.), que abarca la región anterolateral derecha del cuello y parte de la izquierda, como también la línea media. Es blanda a la palpación, de superficie regular, indolora, movable, no se adhiere a la piel ni a los planos subyacentes. No produce a la paciente ningún fenómeno compresivo, ni tóxico.

**Diagnóstico:** bocio coloide difuso.

La paciente recibió tratamiento con lugol, cinco gotas diarias, aumentando una todos los días durante dos semanas. El tamaño del tumor se redujo considerablemente; la paciente sintiéndose mejor pidió su alta, rehusando la intervención quirúrgica que se le propuso.

**Caso N° 42.—R. R. Z.,** de 37 años, soltero, analfabeta, nacido y avecindado en Minas de Oro.

**Síntoma principal:** Bocio.

**Historia:** Hace 3 meses pudo notar una pelota en la región supraesternal, que tenía un tamaño de 1 x 1 cm., indolora, fácilmente movilizable, y que no le causaba ninguna molestia. Fué aumentando progresivamente de tamaño, por lo cual buscó tratamiento con un curandero, el cual le recetó líquido por vía oral, sin tener ninguna mejoría. Así permaneció por espacio de dos meses más, asintomático, pero como el crecimiento continuara le recomendaron que viniera al hospital.

En el momento de su ingreso a la consulta externa, presenta tumoración nodular de un tamaño de 8X6 cms., algo difusa, por lo que es algo difícil precisar exactamente sus límites. No le duele ni aun con la presión, es movilizable, no hay alteración de la piel a su nivel.

Se le hizo tratamiento con lugol, 5 gotas diarias durante una semana, luego se le aumentó una diariamente, observándose casi completa desaparición del tumor en el término de un mes. Fué visto nuevamente a los 30 días, quedando únicamente ligerísima tumefacción en la región tiroidea.

**Caso N° 43.—P. A. C-,** de 18 años, soltera, nacida y avecindada en Comayagüela.

**Síntoma Principal:** Pelota en el cuello.

**Historia:** Evolución relativamente rápida, en dos meses; comenzó cuando se le apareció un pequeño nódulo en la región supraesternal, que durante una semana fué estacionaria, comenzando después a aumentarle en forma difusa la glándula tiroides. Afirma que no le produce trastornos mecánicos ni de otra especie, pero que sí le molesta porque según ella la afea mucho. Por esto nada más dice buscar tratamiento; no ha tenido ninguna mejoría, a pesar de que unos vecinos le dieron a tomar agua con yodo.

Presenta al examen tumoración difusa que parece corresponder a la glándula tiroides, no dolorosa, movable, sin adherencias de ninguna especie, sigue los movimientos de deglución. No presenta zonas nodulares, ni de endurecimiento. La paciente no acusa ningún síntoma que haga pensar en bocio de tipo tóxico.

Recibe tratamiento, administrándosele 10 mgrs. diarios de yodo inorgánico, durante 3 semanas, al cabo de las cuales la tumoración, que es de un tamaño aproximado de 10 x 8 cms. continuaba igual, sin haber disminuido de volumen. Parecía tratarse de un bocio coloide difuso, que no respondió al tratamiento yodado. La paciente prometió volver para internarse y ser operada-

Cuando la paciente volvió a consulta no quiso ser internada, haciéndosele tratamiento externo, dándosele lugol en gotas progresivamente, aumentando 1 diaria hasta completar 30. Tampoco en esta ocasión se observó disminución de la tumoración, no disminuyendo aun en el mes de febrero, fecha en que fué vista la paciente por última vez. Rehusó intervención quirúrgica. Impresión diagnóstica: Bocio coloide difuso de tiroides.

**Caso N<sup>o</sup> 44.**—C. C. F., ingresa al servicio en octubre 26 de 1956, soltero, analfabeta, oriundo de Comayagua.

**Síntoma principal:** "Pelota en el cuello".

**Historia:** El paciente presenta tumoración en las caras anterolaterales del cuello, regulares, renitentes a la palpación, no adherentes a la piel ni a los planos subyacentes. Afirma que le comenzó hace un año en forma de pequeño tumor redondeado, situado en la línea media, de donde progresivamente se ha ido extendiendo a los dos lados. En ninguna fecha de su evolución le ha producido trastornos. El paciente viene al

hospital por estar padeciendo de un ataque de horquitis izquierda. No concede ninguna importancia a su bocio.

Tiene un tamaño de 14 x 21 cms-, extendiéndose a ambos lados de la línea media.

Tuvo tratamiento antibiótico para su afección genital, abandonando repentinamente el Servicio de Urología en donde estaba interno.

**Impresión diagnóstica:** Bocio simple. No recibió para esto ningún otro tratamiento; saliendo en el mismo estado.

Caso N° 45.—J. J. P., nacido y vecindado en Tegucigalpa, ingresa al Servicio por su bocio. 34 años, casado, de oficio albañil.

**Historia:** Afirma que desde hace 4 años padece de su actual enfermedad. Comenzó como una pequeña bolita en el espacio comprendido entre los haces del esternocleidomastoideo derecho, que fué aumentando en forma lentísima de tamaño. Por períodos de meses permanecía estacionaria, volviendo a crecerle por otro período igual. Dice que en los últimos dos meses ha notado dificultad para respirar al estar en decúbito dorsal, cosa que anteriormente nunca había sentido. Desaparece esta sensación con el cambio de posición.

Examen físico: P. A., 130-80; pulso, 74; respiraciones, 18; temperatura, 37. Cuello: Tumoración oval, circunscrita, localizada en la región anterolateral derecha del cuello, indolora, no adherente, se mueve con la deglución. Tamaño: 20 X 18 cms., piel normal. No parece comprimir la tráquea ni otro órgano. El polo inferior se insinúa ligeramente por detrás del mango esternal.

**Impresión diagnóstica:** Bocio coloide difuso.

Paciente con los siguientes exámenes: G. Rojos: 3.150.000; Blancos: 9.500; Hg., 50%.

Recibe tratamiento con sales ferrosas, y otros hematógenos, se le propone intervención quirúrgica, la cual rechaza por el momento, prometiendo volver para ser operado.

Caso N° 46.—L. M. R., 25 años, soltera, nacida y vecindada en La Venta, de oficios domésticos.

**Síntoma principal:** "Hinchazón en el cuello".

**Historia:** La paciente venía padeciendo de bocio desde hace 4 años, que como era de dimensiones moderadas y asintomático no buscaba tratamiento. Hace cinco días se lo notó

repentinamente inflamado, al mismo tiempo que se le presentaba calentura, y malestar general.

Al llegar a consulta presenta tumefacción rojiza en la región anterior del cuello, y con todos los síntomas de la inflamación.

Se incinde y da salida a un puz mezclado con sangre, poco abundante. Se le deja un drenó, que se quita a las 48 horas, hay remisión completa de los síntomas que presentaba. Se palpa entonces bien la glándula tiroidea aumentada de tamaño, difusa, y presentando las características de un bocio simple.

Como el paciente ya se sintiera bien, no quiso permanecer más en tratamiento, saliendo con su bocio en el mismo estado.

Estos son los casos observados en el Hospital General San Felipe, haciéndose los comentarios y observaciones en el siguiente capítulo.

## COMENTARIOS

En un número limitado de pacientes que padezcan de bocio (51 en nuestro trabajo), es natural que no se puedan hacer conclusiones definitivas acerca de algunos de sus aspectos, sin embargo, son de notar algunos hechos observables en casi todos ellos.

Como ya hemos visto en la incidencia del bocio, está bastante relacionada en su aparición con la edad del paciente, al que se le inicia su tumor a mayor abundancia en la edad púbera!, siendo por esto que la mayoría de ellos tienen historia de una evolución larga. Desde la pubertad, pues hasta los 30 o 35 años es !a mayor frecuencia de aparición del bocio, principalmente el simple.

En los casos que presentamos, 10 de ellos están comprendidos entre los 12 y los 20 años, aunque en 13 más de ellos el proceso era ya antiguo, haciéndose iniciado varios años antes. Casi, pues, a la mitad de los pacientes les comenzó el tumor en la segunda decena de la vida, al iniciarse el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios-

Otros 12 casos acusan una edad comprendida entre los 20 y los 40 años, y el resto son mayores de 40, siendo el de más edad de 75 años, motivo éste por el cual no se le interv'no.

Respecto a la edad conviene hacer notar que casi todas las pacientes de residencia urbana han buscado tratamiento

médico o quirúrgico en una edad más temprana que en la que lo hacen los pacientes residentes rurales, quizá tal vez por motivos de estética. Por lo demás, estos últimos en el campo no parecen darle mucha importancia al bocio, a menos que se le presenten signos o síntomas compresivos o de toxicidad.

El sexo es otro factor digno de observarse. En todas las estadísticas mundiales es de sobra conocido el hecho de que los bocios tienen una incidencia hasta 5, 6 o 7 veces mayor entre las mujeres que en los hombres, cosa que también se observa en Honduras.

Nuestros pacientes 35 eran mujeres y 16 varones, lo que da una proporción aproximada de 2 mujeres por 1 hombre. Respecto al sexo femenino hay que notar que casi todas las pacientes durante sus períodos de embarazo tuvieron aumento considerable en el tamaño de sus bocios, pudiendo reducirse algo o permanecer estacionario después del parto. Asimismo, las pacientes mujeres fueron las que acusaron la mayor parte de los síntomas de tipo tóxico a saber: temblores musculares, sudoración, palidez, cambios en el carácter, palpitaciones, y entre ellos fueron estas últimas las que figuraron en primer lugar por su frecuencia. Es de suponer la importancia que en estos casos tiene el metabolismo basal para poder sentar con seguridad el diagnóstico de hipertiroidismo.

Lugar.—La zona Sur de Honduras, principalmente los departamentos de Choluteca y Valle ha sido en la que mayor cantidad de bocios se han observado siempre. En algunos escritos y trabajos en relación con este tópico se ha hecho ver esta particularidad, al grado de haber calificado de zonas endémicas bociógenas algunos pueblos del Sur (La Venta, Sabanagrande, etc.), pero sin que se haya hecho un trabajo estadístico al respecto. Asimismo, con relación a la mayor frecuencia del bocio en el Sur se ha mencionado un factor carencial del yodo en las aguas que toman los habitantes de esos lugares. Esto último es menos verosímil, pues dicha deficiencia tendría que extenderse a una distribución hidrográfica muy amplia (red del río Choluteca y sus afluentes, río Goascorán) para poder aplicarse a pueblos de Choluteca y Valle que serían los más afectados. Sin embargo, no deja de ser cierto que existen lugares en el Sur en los que el bocio es frecuentísimo (San Isidro, Choluteca). De los 51 pacientes de nuestro trabajo 14 eran de la zona del Sur, departamentos de Choluteca, Valle y Sur de Francisco Morazán. >

Respecto al medio ambiente, 29 pacientes provienen de ambiente rural, tomando el agua de río o quebrada en su mayoría, alguna vez de pozo. El resto, 22 pacientes, de procedencia urbana, tomando el agua de cañería, potable. Casi todos los pacientes procedentes de la ciudad afirmaron haber tenido algún tratamiento, mientras que los rurales no se habían preocupado mucho por este aspecto, quizá porque en sus lugares respectivos no hay médico o por dificultad para trasladarse a un hospital, cosa que hacían hasta que su enfermedad se volvía sintomática, mientras tanto, si no les molestaba, preferían seguir así, más aun en aquellos lugares en que vecinos y a veces familiares lo padecen también.

El factor estético contribuye poderosamente en los bocio-sos que viven en la ciudad a buscar el médico o el hospital en cuanto notan su tumor en la región tiroidea; por último, si hay trastornos mecánicos o tóxicos el paciente se preocupa verdaderamente por buscar curación.

Sintomatología Observada. (Mecánica y Tóxica).—Dependiendo del tamaño, vascularización, dirección del crecimiento e intensidad de los síntomas, así será la dificultad mecánica experimentada, en la mayoría de los casos debida a la compresión, desplazamiento y dificultades funcionales que causa el tumor en los órganos cercanos.

Los síntomas mecánicos que con mayor frecuencia observamos en nuestro caso fueron, por su orden: disnea, disfonía y disfagia. El primer síntoma fué experimentado por 8 pacientes, todos los cuales afirmaron que se les desaparecía o por lo menos mejoraba con el cambio de posición o rechazando el tumor hacia arriba. Tenía relación con la posición (mayor en decúbito) y con el tamaño del tumor. Sólo en un caso de los sometidos a tiroidectomía persistió la disnea después de la operación, aunque notablemente disminuida. En 1 paciente la compresión traqueal llegó a producir un verdadero silbido inspiratorio, que desaparecía al echar el cuerpo hacia adelante.

La disfonía fué de observación en cuatro de nuestros casos, casi siempre consistió en cambios de la voz y en otro caso había dificultad para hablar.

La disfagia que acusaron 3 pacientes era sólo ocasional y en ningún caso extrema para llegar a ser un verdadero problema en la alimentación. En dos de ellos que fueron tiroi-dectomizados desapareció por completo- La paciente acusó sensación de "estorbo" en el pecho, y que decía ser causada

por el bocio, pues Ja sintió desde su aparición, desapareció también luego de ser operado. En las pacientes mujeres todos estos síntomas mecánicos se aumentaban con el embarazo, remitiendo en parte después del parto. En un paciente la disnea extrema dio lugar a intervención de urgencia.

Síntomas Tóxicos: Son comunes en el Basedow e hiper-tiroidismo, pudiendo dar origen sobre todo en las mujeres a confusión con neurosis de tipo circulatorio, de angustia, etc. Los típicos son los que se producen por aceleración de las oxidaciones tisulares; distonias neurovegetativas, trastornos oculares, circulatorios y metabólicos. Todos ellos, con excepción del exoftalmos se les puede reproducir por administración de sustancias tiroideas o tirotoxina. Como vimos, son los más frecuentes: fatigas, palpitaciones, temblores, trastornos en Ja sudoración, taquicardia. Actualmente también se incluye entre ellos, acompañándolos en el Basedow el aumento del metabolismo basal + 30 o +40 serían grados considerados como altos. Debido a que la frecuencia del Basedow e hipertiroidismo en relación con el bocio simple es mucho menor es que no son de observación corriente en la práctica médica. En los casos que estudiamos pudimos observar algunos de ellos, haciendo la salvedad de no poderles aplicar con verdadera propiedad el calificativo de tóxicos, en primer lugar, por no ir acompañados de otros síntomas propios de esta modalidad y luego porque los más corrientes entre ellos, como son las palpitaciones, sudoración, taquicardia, etc., son también frecuentes en otros trastornos, sobre todo en mujeres, a saber: en ciertos tipos de anemias, neurosis basedowoides, climaterio, pubertad, etc. El metabolismo basal que hubiera sido de ayuda inapreciable en estos casos es de muy difícil realización rutinaria en nuestro medio; asimismo la creatinuria y otros medios modernos de investigación de laboratorio. Expuesto esto, veamos los que pudimos apreciar: las palpitaciones fueron referidas como síntoma frecuente por ocho de los pacientes, según dicen, principalmente al efectuar esfuerzos, o con lugar de una emoción o impresión; en cuatro de ellas coexistió con taquicardia, nerviosismo, sudoración. Estas palpitaciones eran precordiales, de preferencia nocturnas o en las condiciones citadas.

En seis de los pacientes se observó nerviosismo, que al decir de ellos se presentó al mismo tiempo que el tumor. Dichos pacientes eran mujeres, y no se puede atribuir con certeza al bocio estos síntomas.

El temblor, localizado en las manos, se observó en 3 pacientes, en uno de ellos era un temblor fino en los dedos, fácilmente apreciable y que se acompañaba de piel húmeda y de sudoración. No iba acompañado de exoftalmos. Únicamente en un paciente coexistieron los siguientes síntomas: Exoftalmos, taquicardia, palpitaciones, sudoración, temblor en ambas manos. Este caso se expone en el capítulo siguiente.

En varias de las pacientes hubo relación de sensación de angustia, propensión a llorar, miedo y cambios marcados de carácter, siendo dos de las pacientes menopáusicas. Cuatro pacientes se quejaban de debilidad y fatiga muscular marcada, todas con un recuento globular bastante bajo; en ninguno de los pacientes estudiados hubo aumento marcado de la presión arterial.

**Diagnóstico Clínico y Anatomopatológico.**—El resumen de los diagnósticos clínicos es así: 1 Basedow, 5 adenomas tóxicos, 3 estrumitis, correspondiendo el resto a bocios simples, con sus variedades: 24 bocios simples (coloideos, difusos) y 18 adenomas tiroides. En los casos en que se diagnosticó histológicamente la pieza extirpada, el diagnóstico, salvo en 3 casos, correspondió al clínico.

El bocio coloide simple fué, pues, el más numeroso (difuso, coloide, parenquimatoso), luego el adenoma simple, no tóxico, en dos casos multinodular; después, 5 adenomas con signos más o menos marcados de hipertiroidismo y por último un caso de Basedow.

**Tratamiento y Evolución:** Los casos expuestos recibieron tratamiento en las salas de Cirugía del Hospital General San Felpe. De acuerdo con las actuales normas de tratamiento se puede hacer el médico y el quirúrgico. Por ser bastante conocidos ambos, expondremos resumidamente sus principales características: se puede hacer en el tratamiento médico la prof laxis yodada, que depende sencillamente de la administración de yodo en cantidad suficiente. De 5 a 50 mgrs. de yodo inorgánico llenan las necesidades de un adulto durante un año para las niñas y embarazadas se recomiendan 10 mgrs. semanales. En otras partes se ensaya la yodación del agua.

El tratamiento del bocio simple en sus primeros períodos (hiperémico e hiperplástico), con el yodo es bastante alentador; en ocasiones bastan de 10 a 15 mgrs. de yodo durante 15 a 20 días y repetirlos cada 3 o 4 meses al año. En su período coloide el tratamiento del bocio simple no es tan notable.

La extirpación quirúrgica está indicada: a causa de su tamaño, por estética, o por prevención de un cáncer sobre el bocio. La indicación más precisa en él es cuando da signos de compresión intratorácicos o que comprima los vasos de cuello. En nuestro medio, si no cede con el yodo se recurre a la cirugía, o desde un principio se trata quirúrgicamente.

Para el tratamiento médico se refiere el lugol (solución yodo yodurada, débil o fuerte) o extractos tiroideos, consiguiéndose, en muchos casos, reducción del tamaño y sintomatología si existe.

El postoperatorio de estos pacientes (29 tiroidectomías) fue así: En dos de ellos hubo infección postoperatoria de la herida, que curó luego con antibióticos. Uno de ellos tuvo crisis tiroidea, con signos de Chvostek, Erb y principio de mano tocológica positivos; se le trató con inyecciones endovenosas de gluconato de calcio, remitiendo la crisis el mismo día. En cuatro de ellos hubo formación de pequeños hematomas, que tuvieron reabsorción espontánea. El resto de los operados no tuvo complicaciones.

### **CINCO CASOS INTERESANTES—COMENTARIOS**

**Caso N\* 47.**—E. A. B., de 26 años, casada, nacida en El Paraíso, vecindada en Tegucigalpa. Ingresa al Servicio de Cirugía de Mujeres.

**Síntoma principal:** Bocio, nerviosidad.

**Historia:** La paciente relata que hace 18 meses comenzó su enfermedad con síntomas nerviosos que consistían en miedo sin causa aparente e insomnio. Al mismo tiempo, advirtió tumoración pequeña en el cuello que le producía sensación que ella describe como estorbo y que se aumentaba cuando estaba asustada. Casi han desaparecido el insomnio y el miedo en el momento del examen, sólo persiste la nerviosidad marcada. El tumor tuvo crecimiento progresivo, llegando a alcanzar su actual tamaño.

Dice sentir un malestar indefinido en la vista, no pudiendo definir exactamente en qué consiste su alteración; no hay disminución de la visión.

**Enfermedades anteriores:** Sarampión, viruela, paludismo, gripes.

**Revisión de síntomas:** Cabeza: cefaleas frontales frecuentes. Boca: odontalgias. Cardiorespiratorio: palpitaciones precordiales, disnea.

Gastrointestinal: Diarrea, con cólicos, estrías sanguinolentas.

Catamenia: Menarquía a los 13 años, tipo 3-30, abundante, indolora.

Historia sexual: Casada, un hijo, no ha tenido abortos.

Examen físico: 140-60 de presión arterial, pulso 120, respiraciones 26, temperatura 37-

Ojos: marcada exoftalmia. Movimientos son normales.

Boca: faltan piezas dentarias, resto en mal estado.

Cuello: aumento difuso de los lóbulos tiroideos, formando masa regular, no adherente con un tamaño de 16x14 cms., se mueve con los movimientos de deglución. La tumoración es mayor a expensas del lóbulo tiroideo derecho. Es bastante vascularizada. Hay aumento de la circulación venosa en la piel.

Pulmones: Respiración ruda en la base pulmonar derecha.

Corazón: Punta en 5' e.i.i.a. sobre la línea medioclavicular. Taquicardia evidente, reforzamiento de ambos ruidos cardíacos, eretismo cardíaco.

Abdomen: plano, depresible. Se palpa bazo.

Neuromuscular: Temblor fino en los dedos de ambas manos, que disminuye con el reposo. Impresión dianóstica: Bocio Tóxico, Basedow.

Metabolismo Basal (Método de Read: +50%.

Paciente que se le hizo tiroidectomía. Reporte anatómico-patológico: Bocio tóxico con zonas de reabsorción. No tuvo dificultades postoperatorias. Hubo desaparición de los síntomas nerviosos y tóxicos. Únicamente persistió la sensación de palpitations, aunque notablemente disminuidas.

Caso N° 48.—C. G. B. de 57 años, casada,, oficios domésticos, mestiza, nacida y vecindada en Yuscarán.

Síntoma principal: Tos y sensación de asfixia.

Historia: Hace ocho meses sintió por la noche fuerte acceso de tos, sintiendo como si le faltara el aire, localizando la dificultad para respirar en la región traqueal. En los siguientes días comenzó a palpase un pequeño nódulo en la región supraesternal, que no le dolía y fácilmente movable, atribuyéndole ella toda la sintomatología que sentía.

Permaneció estacionaria en tamaño durante algunos meses, comenzando a sentir por entonces nerviosidad marcada y palpitations.

Últimamente nota aumento en el volumen de su tumor, por lo que decide venir al hospital.

**Revisión de síntomas:** el paciente se queja de cefaleas, nerviosismo, en dos ocasiones temblor en las manos.

Examen físico: P. A. 150-70, pulso 130, respiraciones 20, temperatura 37.

Dientes: prótesis dentaria en ambas arcadas.

Cuello: apreciase a nivel de la región media anterior del cuello tumor del tamaño de un limón, de consistencia ligeramente dura, que hace juego con los movimientos de deglución. Es a<sup>o</sup> dolorosa. Por encima de ella se palpa nódulo de un tamaño de 1 x 1 cm., de las mismas características del otro tumor. Metabolismo basal +60% (Método de Read).

Corazón: punta en 6<sup>o</sup> e.i.i.a., línea mamilar, hay taquicardia, reforzamiento del primer ruido, se ausculta soplo sis-tólico de segundo grado en foco aórtico y mitral. Hay extra-sístoles.

Pulmones: Aumento de las Vs. Vs. en campo pulmonar derecho, estertores crepitantes medianos y finos en ambos campos pulmonares.

Extremidades inferiores: edema maleolar bilateral.

**Impresión diagnóstica:** 1<sup>p</sup>—Bocio tóxico; 2<sup>o</sup>—Insuficiencia cardíaca congestiva. Debido a sus síntomas descompensatorios se le administran digitálicos, con los cuales desaparecen los síntomas de insuficiencia. Se procede luego a hacer tiroidectomía. Diagnóstico histológico: Bocio tóxico.

Tuvo postoperatorio normal; sin complicaciones. Se observó remisión de los síntomas descritos en el curso de la primera semana.

**Caso N<sup>o</sup> 49—**P. F. S., de 54 años de edad, soltero, labrador, nacido y vecindado en La Venta.

**Síntoma principal:** Tumor cervical.

**Historia de la enfermedad:** Desde hace 20 días notó elevaciones térmicas diarias, al mismo tiempo que su cuello comenzó a crecer y ponerse tenso y rojo con dolor a la deglución y movimientos de lateralidad. Comenzó a presentar disnea, dolor fuerte en oído y hombro del mismo lado. Da historia remota de tumoración pequeña desde hace 20 años, de consistencia dura, fibrosa, de un tamaño 4x3 cms.

Actualmente define sus síntomas como un dolor en el

cuello, al efectuar cualquier movimiento, al tragar o toser. Hace dos años tuvo infección en la rodilla derecha.

Revisión de síntomas: Oídos, otitis supurada bilateral.

Boca: gingivitis expulsiva, caries dentarias.

Refiere el ya citado dolor en región del cuello.

Examen físico: P. A. 70-40, pulso 68, temperatura 38.5, respiraciones 18. Se aprecia en el cuello tumoración roja, tensa, que abarca a manera de banda las regiones anterior y lateral del cuello, dolorosa a la palpación, caliente.

Pulmones: rudeza respiratoria en campo pulmonar

izquierdo-Dolor a la palpación en la rodilla y codo derecho, y en el hombro izquierdo, dificultad para los movimientos en estas mismas articulaciones.

Impresión diagnóstica: 1<sup>J</sup>—Estrumitis; 2»—Reumatismo articular.

Paciente con exámenes: G. Rojos, 3.550.00; G. Blancos, 10.150, en orina células de pus. Se le administran antibióticos durante 5 días; se le hace punción de absceso en región tiroidea, desapareciendo así la fiebre y los síntomas inflamatorios. Se pudo palpar entonces nódulo tiroideo redondeado, no doloroso, movable, sin adherencias. No quiso dejarse intervenir.

Caso N° 50.—P. M. F. L., soltera, de 20 años, nacida en Tegucigalpa, oficios domésticos.

Síntoma principal: Bocio.

Historia: Paciente que ingresa por tumor en la región del tiroides con evolución de 10 años, y con síntomas más o menos marcados de toxicidad. En el momento del examen la tumoración presenta un tamaño de una naranja grande y que según dice ella comienza también a producirle dificultades mecánicas. Acusa ligero temblor en mano derecha desde hace seis días. Se le hace Tiroidectomía, aparentemente sin complicaciones.

Se le estaban haciendo sus exámenes complementarios cuando súbitamente presentó acceso asfírico, haciéndosele traqueotomía de urgencia, el resto del postoperatorio fué normal.

-----

Caso N° 51.—M. A. Q. L., soltera, católica, originaria de Teupasenti, vecindada en Yuscarán.

**Síntoma principal:** dificultad para respirar.

Hace dos años, según dice, le comenzó tumoración en región anterolateral del cuello, que progresivamente **fué** aumentando de tamaño hasta hace dos semanas en que comenzó a producirle dificultades mecánicas; tales como disnea moderada y disfagia.

**Revisión de síntomas:** Dificultad para respirar y tragar, palpitations cardíacas, ligero dolor en la región pectoral.

**Examen físico:** Paciente de constitución débil, no coopera al examen. P. A. 105-70, pulso 108, respiraciones 36.

Cuello: distendido por tumor de un tamaño de 15 x 10 cms., no doloroso, movible con los movimientos de deglución. Parece prolongarse por detrás del mango esternal.

Pulmones: disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar derecha. Reforzamiento del primer ruido cardíaco-

El reporte de rayos X informó tuberculosis pulmonar con enfisema, así como compresión traqueal por la tumoración tiroidea.

Diagnóstico: Bocio simple endotorácico.

Se le comenzó a tratar su afección pulmonar cuando repentinamente le sobrevino acceso de sofocación, poniéndose la paciente cianótica y habiendo de ser tiroidectomizada de urgencia, desapareciendo inmediatamente después los síntomas asfícticos.

En la sala de operaciones se comprobó que el bocio producía angustia traqueal.

La paciente tenía un metabolismo basal -1-20% (Método de Read).

## COMENTARIOS

En el caso N<sup>o</sup> 47 (E. A. B.) hicimos el diagnóstico de hipertiroidismo por presentar en efecto la mayoría de los hallazgos comunes o por lo menos más importantes en la enfermedad de Basedow. Enumerando los encontrados fueron: nerviosidad, palpitations precordiales, eretismo cardiovascular, así como miedo y deseos de llorar. Su inicio coexistió con el de la tumoración cervical.

El examen físico nos reveló una presión arterial de 140-60, cosa que está de acuerdo con el aumento en la presión diferen-

cial que se observa en el Basedow. Asimismo, el pulso de 120, la mirada fija y la exoftalmía fácilmente apreciable que presentaba esta paciente con poco parpadeo. El metabolismo basal determinado en éste y algunos otros casos por el método de Read arrojó +50%. Este dato si se toma en cuenta el método da siempre resultados aproximados, pero que por lo menos sirven para dar una orientación al diagnóstico en estos casos-

El examen del aparato neuromuscular informó del temblor fino en las manos del paciente, que según dice, se aumentaba considerablemente con las emociones. Por último, el examen histológico y la desaparición de la mayoría de los síntomas después de la operación confirman el diagnóstico hecho.

En el caso N<sup>o</sup> 48 (C. E. B.) tratábase de una paciente con un bocio al cual caso se habían sobreañadido síntomas de los denominados tóxicos. Son ellos esta vez: taquicardia, nerviosismo, temblor fino en las manos.

Asimismo, la paciente refiere historia sugestiva de una insuficiencia cardíaca, moderadamente avanzada, presentando, sin embargo, la paciente signos leves de congestión pulmonar, edemas maleolares, disnea nocturna y aumento del área cardíaca.

En esta oportunidad la taquicardia tendría un doble origen, pues es síntoma frecuente en ambas afecciones (hiper-tiroidismo e insuficiencia cardíaca), lo mismo que las palpitaciones y el aumento de la presión diferencial. Por lo demás, en los pacientes con bocio la insuficiencia puede ser la primera manifestación de una tendencia a la toxicidad.

Las extrasístoles son también de observación corriente en estos pacientes, no siendo rara su evolución hacia la fibrilación auricular. Respecto al aumento de la presión diferencial existen opiniones en el sentido de deberse más bien al descenso de la diastólica que al aumento de la sistólica. Los signos pulmonares que se apreciaron en esta paciente se pueden deber a un principio de congestión pulmonar, derivado de su insuficiencia. Por lo demás, la paciente no presentaba exoftalmia de ningún otro de los síntomas corrientes en el Basedow. Esta paciente no acusaba aumento exagerado de su tiroides, aunque sí lo suficiente para ser notado aún por la inspección, y los síntomas tóxicos que presentaba inducían más a pensar en el diagnóstico hecho.

Fué sometida, pues, a digitalización, mejorando apreciablemente de sus síntomas de insuficiencia, persistiendo si la

disnea, nerviosismo, con el bocio naturalmente. Con dicha medicación la presión descendió de 150 a 130, permaneciendo la mínima prácticamente estacionaria, con oscilaciones diarias de 5 puntos; una vez obtenida esta mejoría se operó a la paciente, siendo reportada histológicamente la pieza como un bocio tóxico con nódulo fibrocartilaginoso.

P. F. S. (Caso 49), paciente masculino presentaba los síntomas indiciarios de una inflamación supraesternal aguda, sobresaliendo entre ellos el dolor y el rubor; dificultaba al paciente los movimientos del cuello, la deglución produciendo moderada disfagia y disnea. El dolor se irradiaba al oído y al hombro. Aparte de estos síntomas tenía historia antigua de pequeña tumoración tiroidea. Había leucositosis moderada, y fiebre, siendo también de interés un antiguo proceso reumático poliarticular. Se diagnosticó absceso de tiroides en la sala, haciéndosele punción y dándole antibióticos.

El mismo día, casi hubo desaparición de los síntomas descritos, de carácter inflamatorio, no queriendo el paciente tiroi-dectomizarse, siendo dado de alta con diagnóstico de tiroiditis.

Casi siempre en los servicios de cirugía, en pacientes bocio-sos que presentan episodios de agudización en él, se les trata y diagnóstica así, como una tiroiditis. Riedel fué el primero en describir una inflamación tiroidea crónica, a la que llamo estruma, por extensión estrumitis, la cual consiste casi siempre en un bocio crónico, fibroso o leñoso, que transforma al tiroides en un tejido de consistencia semidura, y con tendencia a adherirse a las estructuras cercanas. Su etiología puede ser por procesos infecciosos, parasitarios, reumáticos, en América por el T. Cruzei, productor de la enfermedad de Chagas, evolucionando casi siempre hacia la agudización en forma de absceso. Tienen la característica, que al ser operada la glándula casi siempre presenta el aspecto fibroso descrito y la dureza al tacto.

Este proceso de estrumitis creemos que es el que presentó nuestro paciente, que además de su evolución crónica también acusó un reumatismo poliarticular, indicio de tomar en cuenta en lo que concierne a su etiología. Como dato complementario vale citar también la troiditis linfoide crónica de Hasimoto, con infiltración difusa de la glándula, fiebre y linfocitosis. Es mucho menos frecuente que la estrumitis de Riedeel.

El paciente P. M. F. (Caso N« 50) tenía un bocio aparentemente coloide difuso, con ocho años de evolución, con aumen-

te progresivo de tamaño y sin ningún síntoma tóxico de importancia. Acusaba también sensación de hormigueo en el miembro superior izquierdo, sin ninguna otra particularidad. En el examen físico se sospechó el polo inferior como retro-esternal, a lo que no se concedió importancia, pues no acusaba síntomas de compresión. Se le hicieron sus **exámenes** rutinarios, diagnosticándose bocio simple. Por presentar recuento rojo bajo se le dio a tomar las sales de hierro y extracto de hígado. Se le hizo su tiroidectomía sin ningún accidente durante la operación.

Repentinamente al siguiente día la operada presentó crisis aguda de asfixia, probablemente por un edema agudo de la glotis, y debido a lo cual no mejoró la cianosis a pesar del oxígeno, teniendo que hacerse traqueotomía urgente. Entonces desapareció la asfixia, siendo normal el resto del postoperatorio-

Hemos de notar que en este caso pudo también tratarse de un esbozo de tetania, con espasmo de glotis, dificultándose el diagnóstico diferencial debido a la administración que se hizo de gluconato de calcio intravenoso.

El caso N° 51 (M. A. Q. L.) tenía un bocio con evolución de dos años, acompañado casi desde un principio de trastornos mecánicos consistentes en disnea y disfagia.

Se quejaba también de palpitations precordiales. Como en el servicio continuaran los síntomas compresivos, se le hizo radiografía del tórax informándose tuberculosis pulmonar, y presencia de bocio endotorácico comprimiendo la tráquea. Antes de someterse a operación se le hizo tratamiento para su tuberculosis a fin de que estuviera en mejores condiciones. El diagnóstico clínico fue de bocio simple endotorácico. Inesperadamente la paciente presentó crisis disneica, teniendo que ser intervenida en estado prácticamente asfíctico, encontrándose que el polo inferior del tiroides ejercía fuerte compresión traqueal, produciendo casi un silbido inspiratorio. Inmediatamente que se hizo la extirpación cesó toda la disnea, desapareciendo la cianosis, y regularizándose el pulso que ya había llegado a 130.

La paciente no tuvo incidentes postoperatorios, siendo diagnosticada la pieza extraída como un bocio coloide.

La indicación más urgente de la tiroidectomía la constituye el alivio de la compresión de los órganos cercanos, como en el caso descrito o, en aquellos casos en que llegan a rodear

o comprimir los grandes vasos del cuello. Algunos médicos tratan el bocio endotorácico por medios conservadores, ya sea con yodo o cualquier otro agente, esperando que la reducción en tamaño de la glándula dé lugar a la desaparición de los síntomas mecánicos. Se corre así el riesgo de un episodio de compresión aguda, sobre todo en el tipo de bocio llamado teleangectásico, en el que un simple aumento de la presión arterial puede producir la muerte del paciente si no se interviene de urgencia.

El mismo caso se presenta en los embarazos en los que se observa, sobre todo en los primeros meses, un aumento brusco en el tamaño de la glándula tiroidea que puede conducir a las consecuencias ya citadas. Existe, pues, la indicación más o menos inmediata de intervenir lo más pronto posible, si así lo permite el estado del paciente en los bocios endotorácicos con síntomas compresivos.

## CONCLUSIONES

Creemos que los enfermos de bocio en Honduras que ingresen al Hospital General San Felipe pueden recibir un tratamiento que se considera satisfactorio en amplio sentido, de acuerdo con las normas médicas y quirúrgicas universalmente aceptadas.

El desarrollo que ha tenido la cirugía en el país en los dos últimos decenios brinda al paciente —campesino en su mayoría— que llega a ese centro, una oportunidad de tratarse con mayoría de probabilidades de curación.

A esto contribuyen también los adelantos médicos en el dominio de las relaciones humorales y endocrinológicas, que aplicados a la clínica dan magníficos resultados en el tratamiento del bocio.

Sería de desear, a la vez, el poder efectuar a estos pacientes, de manera rutinaria, el examen del metabolismo basal y de creatinuria; que en gran medida contribuiría a mejorar en algo el diagnóstico diferencial en casos de bocio que presenten dudas al clínico.

Nuestra intención ha sido, pues, exponer estos casos para que se conozca el resultado de la labor médica y quirúrgica que en ellos se ha desarrollado y los resultados obtenidos.

## PROPOSICIONES

- 19—Definición y carácter de la Terapéutica.
- 29—Enfermedad de Chagas.
- 3?—Cirrosis. Concepto general.
- 49—Viruela.
- 59—Mola Hidatidiforme.
- 69—Bromuros.

## RESUMEN

Se desarrolla un estudio sobre 51 casos de bocio en el Hospital General San Felipe, así:

- 1º—Se hace reseña sobre la anatomofisiología y patología tiroidea (bocio).
- 29—Se exponen los casos estudiados, se comentan datos alusivos a su edad, sexo, lugar de origen, frecuencia de síntomas tóxicos y mecánicos, diagnóstico clínico y anatomopatológico; tratamiento.
- 39—En otro capítulo se estudian 3 casos de bocio que tienen aspectos interesantes en lo que respecta a particularidades en su evolución en el hospital, tratamiento recibido, diagnóstico efectuado, etc.
- 40—Conclusiones.
- 59—Se hacen proposiciones,

## BIBLIOGRAFÍA

- Housay.—Fisiología.
- Bañuelos—Medicina Interna.
- Cecil.—Medicina Interna.
- Anatomía.—Testut.