

## Bocios Intratorácicos

George M. Curtís de Chicago en el Journal of the American Medical Association trata el interesante asunto del bocio intratorácico.

Distingue dos clases: 1° bocio cuyo polo inferior, en reposo, está situado *en* el tórax pero que bajo la influencia del esfuerzo o la deglución, salen; son bocios profundos: Struma profunda. 29 bocios únicamente intratorácicos sin bocio cervical; coinciden generalmente con ausencia de un lóbulo o istmo tiroideo: 3° bocios mixtos, compuestos por una parto cervical y otra intratorácica que no se exterioriza ni por la deglución ni por el esfuerzo.

Sólo las dos últimas categorías pueden calificarse de intratorácicas, Sobre 91 casos que Curtís reunió, encontró 86 bocios mixtos y 5 puramente intratorácicos.

Casi todos eran nodulares o quísticos sólo dos coloides difusos.

En el tórax el bocio puede ser retroexternal, mediastinal, supra pleural, subclavicular. Puede extenderse hasta la traquea o el esófago: bocio retro-visceral, pudiendo ser pre o retro-vascular. La encarcelación, de más en más profunda en el esternón es favorecida por la respiración y los movimientos de flexión y rotación de la cabeza.

Algunos bocios no están unidos al cuerpo tiroides y la traquea sino por un pedículo largo y desaparecen en el momento de fuertes inspiraciones, reapareciendo por él esfuerzo: bocios sumergentes.

Oíros son definitivamente encarcelados y al aumentar de volumen se hacen sofocantes.

Los signos son de compresión: accesos pasajeros de sofocación o de estrangulación, desarrollo de un divertículo esofágico, parálisis del recurrente, a menudo izquierda, parálisis frénica, congestión y dilatación venosa con cabeza de medusa en la base del cuello, hidrotórax por compresión de los azigos, quilotórax en un caso por compresión del canal torácico.

La radiografía ocupa importante lugar en el diagnóstico. Debe pensarse en esta eventualidad en Jas disneas o asma de origen obscuro.

Los bocios intratorácicos están más expuestos que los otros a ciertas modificaciones; degeneración de las paredes vasculares, hemangiectasias calcificación y ciertas complicaciones: hemorragia, apoplejía.

El tratamiento es quirúrgico. La radioterapia no da ningún resultado.

La extirpación no siempre es fácil. Se ha propuesto la esternotomía, media o la resección del manubrio. Es más simple hacer la extirpación por morcelamiento empezando por el centro del tumor o escotar simplemente el borde superior del manubrio, lo que es suficiente.

En donde existen signos de compresión, la calma es inmediata y en diez días la traquea desviada recobra su sitio normal,

S. P. P.