

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES TIROIDEAS.

POR LUCIEN DAUTREBANDE, AGREGADO.
FUNDACION REINA ISABEL, HOSPITAL BRUGMANN.
BRUSELAS (1)

TRADUCCION DEL DR. E. PONS CHAZARO, ASISTENTE EXTRANJERO
A LAS MISMAS INTITUCIONES.

LA nomenclatura de las afecciones tiroideas se ha aclarado considerablemente desde hace algunos años; los bocios sin hipertiroidismo se han dividido en bocios coloides simples y en bocios adenomatosos no tóxicos (que a su vez pueden degenerar en bocios quísticos, calcáreos, etc.) Los bocios con hipertiroidismo han podido ser diferenciados en bocios exoftálmicos, (Plummer (2)) y estos últimos, en fin se han subdividido en adenomas tóxicos graves y en adenomas tóxicos benignos (Dautrebande (3)).

Los síntomas del síndrome de Basedow y los del bocio coloide simple son demasiado conocidos para que insistamos en ellos. Creemos preferible extendernos sobre una categoría de bocios que parece que no han sido su-

(1) El presente trabajo original ha sido especialmente escrito por el Dr. Dautrebande para la Gaceta Médica de México, a petición del traductor.

(2) Plummer, Comunicación a la Sociedad de Médicos Americanos citada por Boothby, Endocrinology 1924, IV, 66 y Med. Clín.—North America 1925.

(3) «Presse Médicale» Enero 27-27—«Clasificación fisiopatológica de los bocios».

ficientemente estimados por los clínicos hasta 1923.: los adenomas. Insistiremos muy superficialmente sobre los adenomas no tóxicos y describiremos en particular los síntomas característicos de los adenomas tóxicos, tales como los hemos visto y puesto en evidencia desde hace algunos años en el servicio de metabolismo de nuestra Institución, donde con el doctor Lemort, nuestra cifra de exámenes es superior, en la actualidad a dos mil casos.

I. ADENOMAS

a) *Adenomas no tóxicos.* El adenoma tiroideo no tóxico, caracterizado clínicamente por la existencia, en el seno de la tiroides, de uno o de varios nódulos duros, móviles, no resistentes, de volumen variable, corresponde a la génesis de nuevos acini glandulares. Por mucho tiempo, estos acini no poseen ninguna propiedad secretoria excepcional, y no sirven más que para acumular substancia coloide, de la que el organismo toma, en la medida de sus necesidades, los materiales constitutivos de la tiroxina.

En este período, los adenomas que existen, ya sea aislados, ya implantados o injertados sobre un bocio simple (del que constituyen la evolución normal, pues la regla es que un bocio simple sea adenomatoso después de tres años de existir) no se acompañan ni de hipertiroidismo ni de ninguna perturbación clínica bien caracterizada. Llamados por estas razones adenomas sin hipertiroidismo, o adenomas no tóxicos, no necesitan una vigilancia muy estricta ni mucho menos una gran prudencia terapéutica.

Los acini tiroideos que constituyen el adenoma pueden adquirir poder hipersecretor bajo la influencia de factores de acción mal conocida, a la cabeza de los cuales, conviene señalar la administración de iodo, cuyo papel nocivo es generalmente admitido; así como también por todas aquellas causas que aumentan exageradamente la necesidad fisiológica que de *tiroxina* tiene el organismo (embarazo, emociones, surmenage físico e intelectual, etc.) La entrada en el organismo de una gran cantidad de tiroxina se acompaña o se sigue de hipertiroidismo, y de una serie de perturbaciones que constituyen un síndrome muy especial y característico, que ha valido a estos adenomas el calificativo de tóxicos.

b) *Adenomas tóxicos graves.* Enfermedad apareciendo después de los cuarenta años; final de una larga evolución de adenoma no tóxico; y más frecuente en la mujer, el adenoma tóxico se caracteriza, aparte de lesiones eventuales de la tiroides, por tres síntomas primordiales: facies o hábito exterior del enfermo, perturbaciones cardíacas y elevación del metabolismo.

El aspecto exterior del enfermo suele ser característico: junto a un

tinte pajizo y frecuentemente subictérico, un adelgazamiento rápido y considerable, se observa un estado de agitación e inquietud, particular a esta enfermedad. Los enfermos permanecen difícilmente en un sitio, (4) y viven en estado de angustia, de terror, de peligro inminente, que da a su fisonomía un aspecto tan particular que basta por sí mismo para investigar la existencia de adenoma tóxico.

Las perturbaciones cardiacas, bien que constantes, son de importancia variable: la taquicardia (de 100 a 120) se acompaña frecuentemente de perturbaciones del ritmo dependientes, ya sea de fibrilación auricular o ya, más raramente, de extrasístoles. Cualquiera que sea el grado de estas perturbaciones, se acompañan la mayor parte de las veces de perturbaciones y de disnea.

Al nivel de la tiroides existe un adenoma, sea aislado, o sea implantado sobre un bocio simple, pero que en nada se diferencia, a la palpación, de un adenoma no tóxico. Si el volumen de este adenoma puede hacerlo fácilmente comprobable, en muchos casos, otros hay por el contrario, y muy frecuentes por cierto, en los que el adenoma puede pasar totalmente desapercibido, a pesar de un examen cuidadoso y prolongado.

Entre los enfermos que hemos tenido ocasión de observar, eran muchos los que presentaban lesiones tiroideas tan pequeñas, que su existencia ni siquiera podía suponerse, no solamente por el enfermo, sino aún por el médico; y en los que el diagnóstico no pudo ser sospechado más que por la nerviosidad particular del sujeto. Es que los signos habituales del bocio exoftálmico faltan totalmente en el adenoma tóxico. Y como hasta estos últimos años, esta afección ha sido mal separada del síndrome de Basedow, creemos oportuno presentar en el siguiente cuadro, los síntomas que pueden servir para diferenciarlas.

(4) Esa inquietud y el no poder permanecer los enfermos en un sólo lugar, se manifiesta al explorar el signo del talón, que nosotros llamamos signo de Dautrebande, por ser quien primeramente lo ha observado sin haberlo publicado todavía. Si se ordena al enfermo que se ponga de pié con los piés juntos, no podrá conservar esa posición por largo tiempo. Es exploración que debe hacerse estando el enfermo con los ojos abiertos, y constituye según Dautrebande un signo patognomónico del adenoma tóxico. Es una especie del Romberg de los tabéticos.—(Nota del traductor).

	Adenomas	Bocio Exoftálmico
1) Edad	40-50 años	25-35 años
2) duración del bocio en el momento de la observación	10-15 años	6 meses a 4 años
3) Exoftalmía	Nula o insignificante	Existe en 80% de los casos.
4) Temblor	Nulo o insignificante	Existe en 80% de los casos
5) Pulso	Casi siempre irregular	Casi siempre regular, excepto en el período final de descompensación
6) Bocio	Uno o varios núcleos duros pudiendo implantarse sobre un bocio simple. La palpación puede también ser negativa.	Tumor elástico, tenso, bilateral, de superficie uniforme
7) Soplo tiroideo	Nulo; excepto que el adenoma se implante en un Basedow	Existe en 50 a 60% de los casos
8) Thrill al nivel de la tiroides	Nulo; excepto en caso de implantación en un Basedow	Existe en 50 a 60% de los casos
9) Hipertensión	Frecuente	Rara
10) Angina	Rara	Frecuente
11) Aspecto exterior	Nerviosidad, inquietud	Mirada brillante y fija
12) Revestimiento cutáneo.	Tinte pajizo y subictérico	Perturbaciones vasomotoras
13) Metabolismo en % de la normal	-1-30 a -1-50 para los adenomas tóxicos graves -1-15 a -1-35 para los benignos	-1-30 a -1-150

El metabolismo basal, siempre por encima de la normal, (generalmente entre +30 y +50%) permite fijar con certidumbre el diagnóstico de adenoma tóxico.

Teniendo en cuenta la posible falta de tumor tiroideo perceptible, deberá determinarse el metabolismo basal siempre que nos encontremos en presencia de enfermos con taquicardia, con arritmia o sin ella, adelgazamiento y cierto estado de agitación o de inquietud. Jamás debe negarse la existencia de un adenoma, por el hecho de no encontrar lesiones palpables en la tiroides.

c) *Adenomas tóxicos benignos.* Junto a esos enfermos que hemos mencionado, que presentan el síndrome completo y bien caracterizado, existen otros que no presentan sino perturbaciones o trastornos vagos, mucho menos graves, en quienes el metabolismo, elevado, autoriza a considerarlos como tiroideos. Y es que tal parece que el hipertiroidismo que caracteriza el adenoma tóxico puede ser muy bien tolerado por el organismo durante mucho tiempo, sin acompañarse de síntomas subjetivos sino hasta que la infección se prolonga suficientemente.

Se comprende pues, que junto al adenoma tóxico cuyo hipertiroidismo, ha llegado a crear una intoxicación profunda que determina el síndrome que hemos descrito, haya una serie de enfermos, que no presentan más que trastornos benignos, sea porque su hipertiroidismo es más reciente o menos considerable, o bien porque sea mayor su resistencia. Es a estos adenomas a los que asignamos como tóxicos benignos.

Clínicamente el adenoma tóxico benigno puede acompañarse de los mismos síntomas que el adenoma tóxico grave, pero más atenuados y aislados generalmente: no se les puede agrupar en un síndrome fijo, tal como hemos hecho con el adenoma tóxico grave.

El estado general del enfermo, es, por regla general, bueno: No hay, o hay muy poco adelgazamiento; el aspecto del enfermo no presenta esa ansiedad exclusiva del adenoma grave, a pesar de que los enfermos se quejan de inestabilidad de carácter o de pavor permanente. Los trastornos cardíacos son frecuentes pero solamente esbozados: el pulso no pasa de 100 pulsaciones por minuto, sin alteraciones en el ritmo ni descompensación. Las palpitaciones, por el contrario, son frecuentes; y el temblor y la exoftalmía excepcionales.

Las lesiones tiroideas son las mismas en el adenoma tóxico benigno, que en el grave, que en el adenoma tóxico. No hay, en efecto, ninguna relación entre el volumen de un adenoma y su gravedad. Por lo tanto, pueden encontrarse adenomas tóxicos benignos sin lesiones, o con lesiones de poca importancia.

El metabolismo de base constituye el mejor elemento para el diagnós-

tico. Aunque por lo general es menos elevado que en los casos de adenomas tóxicos graves (nuestra cifra media es de $\pm 22\%$) puede alcanzar sin embargo las mismas cifras que se encuentran en el adenoma tóxico grave (± 30 ó $\pm 35\%$); hecho que determina para nosotros la convicción de que siendo el metabolismo basal un precioso recurso para distinguir un adenoma tóxico de uno no tóxico, viene a ser de una utilidad relativa para distinguir secundariamente cuando un adenoma tóxico es benigno y cuando es grave. El grado de gravedad será estudiado solamente por la apreciación de los datos de orden clínico, sea cual fuere la cifra del metabolismo de base, que puede ser durante algún tiempo el único síntoma objetivo del adenoma tóxico benigno. Por lo cual debemos juzgar como utilísima la determinación del metabolismo en todo enfermo portador de adenoma, aún en ausencia de toda manifestación clínica. De este modo, nos será permitido el diagnóstico y el tratamiento precoz de un tumor cuyo carácter tóxico no puede ser sospechado más que gracias al metabolismo.

En conclusión podemos definir el adenoma tóxico grave como una enfermedad caracterizada por agitación, inquietud, adelgazamiento, taquicardia y arritmia, con o sin nódulos tiroideos palpables etc., condicionada por un metabolismo constantemente aumentado en un 30 a 40%.

El adenoma tóxico benigno lo encontramos en enfermos cuyo estado general es bueno, sin agitación ni inquietud, con taquicardia, moderada y sin arritmia, con o sin nódulos tiroideos palpables y cuyo metabolismo es, por término medio de $\pm 22\%$.

II.

EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES TIROIDEAS.

Parece que en los momentos actuales, nos encaminamos paso a paso hacia la reglamentación en el tratamiento de las afecciones tiroideas. Después del período en el que reinó el empirismo, Kocher demostró entre 1898 y 1910, el partido que podía obtenerse de la administración del iodo en los padecimientos hipertiroideos.

Llamó la atención sobre el hecho de que el iodo podía ser la causa de remisiones prolongadas en el bocio exoftálmico, pero al fin de su carrera, puso en guardia al público médico contra el empleo exagerado de dicho medicamento, que podía transformar el bocio simple, en otro que él llamó Iodo Basedow, enfermedad que más tarde identificó Plummer como adenoma tóxico.

Entonces, fué abandonada en todas partes la terapéutica a base de iodo, y fué cuando vimos a los cirujanos introducir poco a poco, primero,

la ligadura de las arterias tiroideas y más tarde la tiroidectomía, al mismo tiempo que la radiología se esforzaba por combatir el hipertiroidismo.

En 1923, —tercera etapa—Plummer insiste sobre la administración de iodo, y llega a reunir un número suficiente de casos que le permiten establecer definitivamente el valor del Lugol en las crisis agudas del bocio exoftálmico, y en la prevención de los accidentes hipertiroideos post-operatorios. No obstante los autores norteamericanos, después de Plummer, insisten con toda regularidad sobre el hecho de que solamente el hipertiroidismo del bocio exoftálmico puede modificarse y de hecho se modifica con el iodo, cuyo empleo—según ellos—está contraindicado en el tratamiento del adenoma tóxico. Boothby llega aún más lejos, al decir que el iodo es funesto en el adenoma tóxico cuando se administra más de diez días. Ya veremos cual es nuestra opinión sobre este punto.

Otro hecho, sobre el cual insisten hasta en la actualidad los autores norteamericanos, es el de que la acción del iodo es pasajera, y aun cesa completamente al cabo de cierto tiempo, mientras que la cifra del metabolismo vuelve a subir al punto primitivo de partida y aún a cifras mayores.

Si bien es cierto que hasta la presente se ha considerado el Lugol como un medicamento de acción momentánea, poderoso, que empleado en el momento de una intervención quirúrgica reduce la mortalidad operatoria en el Basedow a una proporción insignificante (Mayo 0,96%), no es menos cierto también que dicha preparación se ha considerado como inútil para un tratamiento de fondo, y hasta peligroso tratándose de los adenomas. Sin embargo, Dautrebande y Lemort han contribuido con hechos nuevos a este respecto.

En primer lugar, han demostrado (5) que el iodo puede conservar su acción benéfica durante largo tiempo, teniendo la precaución de seguir regularmente la curva del metabolismo basal, y aumentando las dosis cada vez que hubiera tendencia al ascenso. Han demostrado también, cuando menos en lo que concierne a los adenomas tóxicos encontrados en Bélgica (y hay el derecho para creer que lo mismo sucederá para con los de otros países) que el iodo tiene en dicha afección, idéntica acción que en el Basedow verdadero.

Lo mismo en el adenoma tóxico que en el bocio exoftálmico, el Lugol trae la caída regular del metabolismo y la disminución y mejoramiento de los demás síntomas, que mantiene a su mínimun durante más o menos tiempo, si se tiene la precaución de aumentar las dosis del medicamento

(5) Dautrebande y Lemort. —Bruxelles Medical (en prensa) «El tratamiento del bocio exoftálmico por el iodo a dosis progresivas».

desde que la cifra del metabolismo se eleva pero como esas dosis no pueden aumentarse indefinidamente, es claro que el tratamiento médico y el quirúrgico deben caminar estrechamente unidos.

He aquí como procedemos en general: utilizamos como solución tipo la compuesta por diez gramos de iodo, veinte de ioduro de potasio y cien de agua, contrariamente a Boothby que emplea una solución dos veces menos concentrada. Damos al principio XX gotas por día, y desde el segundo o tercero los síntomas clínicos del Basedow se apagan. No así los del adenoma tóxico que requieren quince días poco más o menos para modificarse; pero de todos modos, en los dos casos, la cifra del metabolismo desciende desde los primeros días. En algunas semanas, pocas, el estado general mejora considerablemente, y no es raro ver que los enfermos aumentan siete u ocho kilos de peso en un mes.

Cuando el metabolismo que debe determinarse cada 8 o 15 días cuando menos aumenta, para lo cual se necesitan comúnmente varios meses, se aumenta a 30 o 40 gotas por día la dosis del Lugol, según el aumento del metabolismo. Este vuelve a descender y los síntomas de hipertiroidismo se atenúan al mismo tiempo en un 80% de los casos.

Esta técnica de administración del iodo a dosis continua y progresiva, *lo mismo en el adenoma tóxico que en el Basedow*, permite colocar al enfermo en un buen estado general que haga que sea un éxito la intervención quirúrgica, que tanto en el adenoma tóxico como en el Basedow, consistirá en una *tiroidectomía sub-total, lo más amplia que sea posible*. En esas condiciones nuestra estadística de mortalidad es actualmente de 0%.

El tratamiento que hemos esbozado permite por otra parte yugular toda crisis de hipertiroidismo, como permite también seguir practicando un tratamiento deambulatorio, pudiendo el enfermo fijar la intervención quirúrgica en el momento más conveniente para él.

En resumen, y fundados en los resultados que hasta aquí hemos obtenido, creemos poder afirmar que con la conducta terapéutica citada, unida a la tiroidectomía, contribuimos al tratamiento de las afecciones hipertiroideas con un elemento primordial de éxito,

DAUTREBANDE.

Bruselas, Octubre de 1927.