BOCIO CONGENITO

Drs. HUMBERTO GARCÉS, ELIANA ROSENBLUT y FELIPE FERNÁNDEZ

Hospital Clínico de Niños "Roberto del Río", Santiago.

El término Bocio Congénito se utiliza para describir cualquier agrandamiento congénito difuso de la glándula tiroides, que puede o no acompañarse de disfunción tiroidea.

La circunstancia de haber tenido oportunidad de observar 3 casos consecutivos de Bocio Congénito en el curso de 1958, en el Servicio de Recién Nacidos del Hospital "Roberto del Río", nos ha movido a hacer una revisión sobre este tema, poco conocido.

Según nuestra investigación, el único trabajo nacional publicado sobre este tema fué presentado a las sesiones de la Sociedad Chilena de Pediatría por Caballero³ en 1943.

EMBRIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Normalmente el tiroides neonatal pesa 3 gr. según Neuman, citado por Arce². Para Potter¹ su peso oscila entre 1,5 y 3 gr.

La glándula tiroides, se origina durante la tercera semana de la vida intrauterina como divertículo derivado del piso de la faringe. Al 3º ó 4º mes, después de la concepción, las células secretoras se disponen en vesículas irregulares y el tiroides es capaz ya de captar I radioactivo, como lo demuestran los trabajos de Hodges y col.⁶. A los 6 meses en algunas vesículas se acumula secreción glandular en forma de coloide y a los 8 o 9 meses se puede observar secreción glandular en todas las vesículas.

Cortes tomados al nacimiento y pocos días después demuestran que hay una reducción de la cantidad del coloide retenido; a la semana, prácticamente todas las vesículas se han vaciado y ocasionalmente presentan decamación de células epiteliales y también hay considerable hiperhemia. Esta depleción postnatal, seguida por una reacumulación paulatina, sugiere una activa función durante el crecimiento intrauterino y en breve período postnatal, en el cual las necesidades son

mayores que el coloide acumulado. En consecuencia, parece ser que el organismo humano es capaz de producir su propia hormona tiroidea, independientemente de la provisión materna, desde algún tiempo antes del nacimiento.

Se sabe que existen ciertos mecanismos que pueden alterar el desarrollo, el tamaño y la función del tiroides. Así, se ha visto que el bocio congénito se puede presentar esporádicamente en cualquier región, pero es mucho más frecuente en las regiones montañosas en donde existe en forma endémica. Wegelin, citado por Wilkins¹¹ dice que en Berna (Suiza), en los 2/3 del total de autopsias practicadas en recién nacidos, se comprobó que la glándula tiroides era de tamaño mayor que lo normal.

Entre las causas conocidas capaces de producir bocio congénito tenemos:

1º Deficiencia de yodo en la dieta materna.

2º Ingestión excesiva por parte de la madre de sustancias bociógenas, como ciertos vegetales pertenecientes a la familia de las brásicas (repollo, coliflor, nabos, rábanos, etc.) que contienen alilthiourea.

3º Ingestión de yoduros durante la gestación. Los yoduros atraviesan la barrera placentaria, llegan al feto y aumentan la retención de coloide en el tiroides, produciendo bocio.

4º El Thiouracilo y sus derivados pueden también atravesar la placenta y ejercer su efecto, bloqueando la formación de tiroxina a nivel de la glándula fetal y producir su hipertrofia.

En todos estos casos, siempre se trata de un bocio de tipo parenquimatoso difuso. Se comprueba siempre una hiperplasia numérica de los folículos, constituidos por epitelio cilíndrico, con disminución del lumen y del contenido coloide y gran riqueza vascular, tanto arterial como venosa, resultante de un crecimiento activo de los vasos.

El bocio coloideo congénito se observa en casos en que la madre ha sido tiroidectomizada durante el embarazo. Esta forma es excepcional (Wolf¹²). En la gran mayoría de los casos de bocio congénito la causa no es la falta de capacidad del tiroides para fabricar tiroxina, sino la ausencia del yodo necesario para lograr esta elaboración.

La glándula tiroides hipertrofiada alcanza tamaño variable. Se describen casos en que llegó a pesar entre 50 y 100 gr.

Se han descrito también los nódulos tiroideos aberrantes, situados en la base de la lengua o en las partes laterales del cuello y constituidos por tejido tiroideo normal, tanto en recién nacidos portadores de bocio, como en otros con tiroides normal.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Los síntomas producidos por el bocio congénito derivan del mayor tamaño de la glándula y de trastornos secretorios funcionales.

1º *Síntomas derivados del tamaño glandular*: Los bocios pequeños, llamados larvados, producen a lo sumo un ligero estridor respiratorio³. Los grandes bocios se acompañan de signos manifiestos y ostensiblemente graves desde el nacimiento⁴. Por su volumen pueden ser causa de distocia durante el parto; por impedir la deflexión de la cabeza, son responsables de presentación de cara. Al nacer, el niño tiene la cabeza en extensión forzada, presenta, taquipnea y estridor inspiratorio y espiratorio de tipo traqueal, cianosis de la cara por compresión de los grandes vasos y accesos de sofocación, a veces tan intensos, que obligan a una intervención operatoria de urgencia con sección del istmo del tiroides. En ocasiones estos accesos alcanzan un grado tal, que producen la muerte a las pocas horas después del nacimiento. Por la dificultad respiratoria y por la compresión del esófago, se observa dificultad para la succión y la deglución.

2º *Síntomas derivados de trastornos secretorios funcionales*: Los trastornos funcionales secretorios que acompañan al bocio son poco marcados y tienen escasa importancia en las primeras semanas de la vida, debido a la rápida involución que experimenta la glándula hipertrofiada después del nacimiento.

En edades posteriores, pueden no dar sintomatología alguna o presentarse signos de hipotiroidismo.

Es interesante recalcar que en las regiones en que hay bocio endémico, se presenta también cretinismo endémico. Estos cretinos, en contraposición con los cretinos atireósicos, nacen con una glándula tiroidea hipertrofiada, este bocio es pobre en coloide, las células son grandes y están amontonadas y los vasos sanguíneos distendidos y llenos de sangre.

En raras ocasiones el bocio congénito puede acompañarse de signos de hipertiroidismo como lo señala Aballí¹. Los síntomas más constantes son: irritabilidad marcada, taquicardia y exoftalmia. Este autor revisando la literatura, encuentra 14 casos de hipertiroidismo congénito, todos en niños hijos de madres hipertiroideas, las cuales habían sido sometidas durante el embarazo a tratamiento con drogas derivadas del thiouracilo. Se sabe que la hormona tirotrópica, estimula al tiroides a producir tiroxina y ésta, a su vez, inhibe al lóbulo anterior a la hipófisis en lo referente a la producción de hormona tirotrópica. Al dar drogas anti-tiroideas a madres hipertiroideas, se reduce la producción de tiroxina a nivel del tiroides materno, lo que estimula la hiperproducción del factor tirotrópico hipofisiario materno, el que atravesando la barrera placentaria, estimularía al tiroides fetal produciendo un hipertiroidismo transitorio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el momento del nacimiento es difícil diferenciar en forma categórica los tumores de las malformaciones congénitas del cuello.

Revisando la literatura, sólo encontramos descripciones macroscópicas y microscópicas de los tumores congénitos del cuello; pero ningún autor, fuera de recalcar su rareza, da cifras sobre su incidencia. Así Potter⁹ basada en la observación de 50.000 niños recién nacidos examinados en el "Chicago Lying-in Hospital" y 9.000 protocolos de autopsia sólo recalca su rareza, sin dar cifras.

Entre los tumores más frecuentes del cuello tenemos:

1º *Linfangiomas quísticos o higromas*. Se presentan como masas blandas, mal delimitadas, localizadas en un lado del

cuello o en ambos lados, pudiendo alcanzar gran tamaño. Microscópicamente están constituidas por cavidades quísticas llenas de líquido claro de color amarillento, tapizadas por células planas endoteliales limitadas por tejido conjuntivo.

2º *Linfangiomias cavernosos*. Que pueden alcanzar gran tamaño y tienen consistencia blanda. Están compuestos por innumerables espacios quísticos de pocos milímetros de diámetro, pero que, en los tumores grandes, pueden alcanzar varios centímetros. Los espacios quísticos están tapizados por células endoteliales planas separadas por tejido conectivo. Crecen a expensas del desarrollo de nuevas fibras de las paredes de los espacios quísticos primitivos. Estas fibras secretan líquido que se acumula y produce la distensión del tumor. Cuando las paredes de estas cavidades llegan a ser delgadas y fibróticas, el tumor aparece como constituido por espacios endoteliales separados por tejido conectivo. No tienen cápsula, siendo su extirpación imposible.

3º *Quistes epidermoides*. Sobresalen enormemente en la parte anterior del cuello, y pueden alcanzar el tamaño de una cabeza de feto. Los niños mueren en general precozmente in útero o nacen antes de tiempo y mueren en los primeros días de la vida a consecuencia del parto. Los que sobreviven a las primeras horas, presentan signos de compresión de la tráquea, vasos y esófago. Como el tumor crece rápidamente, el niño muere a consecuencia de la compresión, debido a su crecimiento. No dan metástasis. Son tumores esféricos de consistencia firme, están formados por restos ectodérmicos congénitos y no son verdaderas neoplasias. Histológicamente están constituidos por formaciones quísticas revestidas de epitelio escamoso estratificado, con restos queratinizados en su interior.

4º *Teratomas*. De tamaño y constitución variables pueden derivar del tiroide o ser independientes de esta glándula. Macroscópicamente están constituidos por zonas macizas y zonas quísticas. Histológicamente contienen diversos tejidos bien diferenciados.

5º *Formas más raras*. Se describen además quistes del conducto tireogloso, quistes de la hendidura branquial, lipomas, fibromas y aún linfosarcomas, que son excepcionalmente raros.

TRATAMIENTO

Debe ir dirigido a combatir inmediatamente los trastornos funcionales derivados de la compresión local. Generalmente de modo espontáneo se reduce el bocio en el curso de los primeros días o semanas de la vida, pero es en los primeros momentos en los que existe el peligro de una crisis de sofocación y asfixia. La muerte ocurre en los dos primeros días de la vida por anoxia, atelectasia pulmonar o bronconeumonía (60% de mortalidad). En tales casos se recomienda oxigenoterapia, estimulantes de la respiración y de la circulación y empleo de antibióticos.

En los grandes bocios, acompañados de crisis de sofocación y cianosis repetidas y frecuentes, será necesario recurrir a la intubación traqueal y sección del istmo tiroideo o a la traqueotomía. La traqueotomía es rechazada por muchos autores porque suele no dar resultados, al estar ubicada la compresión traqueal causada por el bocio, en un sitio más bajo que el punto clásico en que ésta se efectúa de ordinario. Finkelstein³ desaconseja la traqueotomía por complicarse frecuentemente de bronconeumonía.

Arce² recomienda la exotiropexia, que consiste en liberar la glándula de las partes blandas y de la tráquea, con el objeto de hacer desaparecer la dificultad respiratoria.

En situaciones desesperadas aconsejan tiroidectomía parcial o total, como último recurso para salvar la vida del paciente⁴.

Fuera de todas estas medidas, debe procederse a dar desde el nacimiento extracto tiroideo (15 mgr. diarios), con lo que se logra reducir el volumen del tumor.

Otros autores aconsejan la solución de lugol (1 gota cada 3 a 5 días) con el mismo objeto, o fricciones cutáneas con pomadas a base de yodo y yoduro de potasio (0,10 gr. diarios o día por medio), observando la reacción del pequeño paciente, que es individual.

CASOS CLÍNICOS

Pasamos ahora a describir brevemente los 3 casos clínicos motivo de esta publicación. En el primero de ellos, se trata de

un bocio congénito familiar de evolución benigna, en un niño hijo de una madre portadora de bocio y con otros 2 hijos también con bocio. En los otros 2 casos se trata de bocio congénito esporádico, ambos mortales, pero de diferente evolución. En uno de ellos, el bocio fué causa de presentación de cara y parto distócico, falleciendo el niño al 4^o día de la vida por hemorragia suprarrenal y en el otro, el bocio produjo dificultad respiratoria tardía (20^o día de la vida) y bronconeumonía secundaria, que fué la causa del deceso. Los 2 últimos casos fueron sometidos a autopsia, demostrándose en ambos un bocio parenquimatoso.

CASO Nº 1: L. N. G. (Observación Nº 216642).

Antecedentes Familiares. Padre aparentemente sano, de 41 años. Madre de 34 años, padece de un bocio grande desde hace muchos años, que no le causa molestias subjetivas (Figura 1). Procede de Rengo, zona donde se observan frecuentes casos de bocio endémico. Tienen 4 hijos vivos, 2 de los cuales también presentan bocio, 1 hijo fallecido por bronconeumonía a los 4 meses de edad. La madre no recibió tratamiento antitiroideo durante este embarazo último.

Figura Nº 1. — Fotografía de la madre del Caso Nº 1, portadora de un gran bocio endémico. Procede de la zona de Rengo.

Figura Nº 2. — Fotografía del recién nacido del Caso Nº 1, a los 12 días de edad. Obsérvese el gran aumento de volumen de la glándula tiroides.

Antecedentes Personales. Nacido en parto normal, con un peso de 3.300 gr. Al nacer tuvo una asfíxia leve. Posteriormente evolucionó sin inconvenientes. Alimentado al pecho exclusivo. La matrona del Hospital de Rengo, que atendió el parto, comprobó al nacer un aumento de volumen del cuello.

Enfermedad Actual. Consulta a los 12 días de edad por estridor respiratorio y aumento del volumen del cuello. Ha tenido dificultad para alimentarse, por lo que ha enflaquecido mucho.

Examen Físico. Niño con estado nutritivo deficiente. Peso 2.850 gr. Piel sana, húmeda, con buen turgor y elasticidad. Facies normal. No presenta cianosis. A ambos lados de la parte media anterior del cuello se apretía un aumento de volumen de la glándula tiroides, de consistencia blanda, de límites precisos. (Figura 2). Se oye un ligero estridor traqueal inspiratorio. El tiroides asciende con los movimientos de deglución. Tórax bien conformado, no hay retracción de los espacios intercostales, supraclaviculares, ni infraesternales. Corazón: tonos regulares, ligera taquicardia. Examen pulmonar: negativo. Abdomen depresible. Cordon umbilical momificado, semi-desprendido. Hígado: a 1 cm. del reborde costal. Bazo: se palpa el polo inferior. Extremidades: nada de especial. Genitales: normales.

Se le practicó una radiografía de extremidades que resultó normal y una colesteroemia que dió 1.65 gr. por mil.

Se hace el diagnóstico de Bocio Congénito.

Evolución y Tratamiento. Considerando que el aumento del volumen del tiroides le producía dificultad

para alimentarse y que el niño había bajado 450 gr. de peso, se le indica como tratamiento solución de lugol (1 gota cada 5 días) y volver a control dentro de un mes. Vuelve a consultar a la edad de 43 días, apreciándose una disminución notable del tiroi-des. El estridor traqueal había desaparecido y el niño se alimentaba sin dificultad. Continúa alimentado al pecho exclusivo y ha subido de peso a 3.400 gr. Presenta buen estado general y el resto del examen clínico es totalmente negativo. Se le indica continuar igual tratamiento.

Es visto por tercera vez a los 3 meses de edad. La madre ha cumplido las indicaciones de tratamiento en forma regular. Ha subido de peso a 5.100 gr. Ya no se aprecia aumento de volumen del tiroide y el niño no presenta ningún signo de hipotiroidismo al examen. Se le suspende el tratamiento con lugol.

A los 5 y medio meses es visto por última vez. Ha seguido normal. No se aprecia bocio. Pesa 6.400 gr.

Comentario. Se trata de un niño nacido de término en parto normal, hijo de madre portadora de un bocio, procedente de una zona bociógena. La afección evoluciona sin causar más molestias que un discreto estridor traqueal y dificultad para la alimentación. Se trató con solución de lugol, desapareciendo el bocio a los 3 meses de tratamiento y persistiendo la mejoría hasta el último control, a los 6 meses de edad. No presentó ningún síntoma de disfunción tiroidea.

CASO Nº 2: G. F. G. (Observación Nº 211775).

Antecedentes Familiares. Padre de 20 años, madre de 19 años. Ambos sanos. Han tenido otro hijo vivo, que es sano. No hay antecedentes familiares de bocio, ni de ingestión de sustancias bociógenas por la madre durante la gestación.

Antecedentes Personales. Parto al noveno mes de embarazo, mediante versión interna, por tratarse de una presentación de cara. Nació con un peso de 3.800 gr. y una talla de 52 cm. Al nacer tuvo asfixia moderada, que pasó con inhalación de oxígeno. (Maternidad del Hospital "San Francisco de Borja". Boletín Nº 2502).

Examen Físico (realizado a las pocas horas del nacimiento). Muestra un niño quejumbroso, muy llorón, con facies de dolor, en buenas condiciones generales. Piel rosada, con buen turgor y elasticidad. Cabeza en posición de extensión forzada. La cara aparece ligeramente edematosa y algo tumefacta por la correspondiente bolsa serosa. Se aprecian hemorragias subconjuntivales en ambos ojos. El cuello aparece abultado en la cara anterior, dando la impresión de que la piel que lo recubre estuviera infiltrada y laxa. A la palpación se aprecia, a ambos lados de la tráquea, discreto aumento de volumen de consistencia blanda, de límites difíciles de precisar (Figura 3). El tórax se aprecia simétrico, sin retracción de los espacios intercostales, ni infracostales. Al examen pul-

Figura Nº 3. — Fotografía del recién nacido del Caso Nº 2, a las 48 horas de vida. Aumento difuso del cuello producido por el bocio.

monar se auscultan estertores húmedos escasos. Corazón: tonos cardíacos bien timbrados, de frecuencia normal. Abdomen depresible, cordón umbilical en buenas condiciones. No se palpan vísceras. Extremidades: miembro superior derecho en posición pasiva, con el hombro caído; en el 1/3 medio del brazo se aprecia acentuada deformidad, con acortamiento de este segmento, equimosis y crepitación ósea. Se hace el diagnóstico en la Maternidad de Tumor congénito del cuello y Fractura del 1/3 medio del húmero derecho.

Evolución y Tratamiento. En la Maternidad se le practica la inmovilización del miembro superior derecho. Por tratarse de una versión interna, con signos claros de aspiración de líquido amniótico, desde el nacimiento se inicia tratamiento profiláctico con penicilina (200.000 U. cada 12 horas) y se inyecta Vitamina K (5 mgr. una vez). Al segundo día de vida se procede a su traslado al Servicio de Recién Nacidos del Hospital "Roberto del Río".

A su ingreso al Servicio, el niño sigue llorón y quejumbroso: presenta buen estado general, no tiene cianosis. Al examen se comprueba el tumor del cuello con los caracteres ya descritos. Previo estudio radiográfico, se procede a la correcta reducción de la fractura humeral, con lo que el niño se tranquiliza. Estando en buenas condiciones, bruscamente, a las 48 horas de su ingreso (4º día de vida), presenta alza febril de 39º, cianosis, disnea intensa, cornaje y tiraje de los últimos espacios intercostales e infraesternal. Tiene abundante secreción faríngea y al examen pulmonar se aprecian escasos estertores catarrales. Se procede a aspirar las secreciones, a colocarlo en am-

biente húmedo con oxígeno y en posición semi-sentada: se inyecta coramina, se sigue con penicilina y se agrega estreptomina y terramicina intramuscular, nebulizaciones con Alevaire para fluidificar las secreciones y prednisolona (media tableta de 5 mgr. cada 6 horas).

El niño se agrava, tiene disnea, cornaje y titaje. Cianosis de la cara y extremidades. Palidez y angustia. Intensa taquicardia. Al examen pulmonar llama la atención la escasa sintomatología. A las 24 horas de iniciado este cuadro, fallece.

Autopsia (Protocolo 205/58). Cadáver de un recién nacido con cianosis generalizada. En el brazo derecho presenta una fractura del húmero en su parte media. Encéfalo: Intensamente congestivo, edematoso, aumento del líquido cefalorraquídeo el que presenta un tono ligeramente rosado. En el cuello se encuentra una gran glándula tiroidea, intensamente hiperémica que rodea la tráquea, aplanándola: pesó 25 gr. Timo de tamaño grande, cianótico, pesó 15 gr. Corazón: pesó 45 gr. foramen oval abierto, ductus en vías de obliteración. Tráquea y bronquios: con escasa secreción mucopurulenta. Ambos pulmones se presentan muy congestivos, con manchas hemorrágicas subpleurales, al corte con numerosos focos hemorrágicos. Estómago: con abundante contenido mucohemático. Intestino: contraído, mucosa cianótica, ligeramente congestiva. Hígado: muy hiperhémico, disminuido de consistencia: pesó 195 gr. Bazo: pesó 15 gr., consistencia firme. Suprarrenales: izquierda pesó 20 gr. y está recubierta de una masa esférica del tamaño de una nuez, de color rojo vinoso. Derecha pesó 6 gr.

Figura N° 4. — Microfotografía de un corte de tiroides del Caso N° 2. Tinción Van Gieson. Aumento $\times 64$. El tejido tiroideo se ve constituido por grandes islotes de elementos glandulares, sin apreciarse sustancia coloidal en el lumen.

El examen histológico revela que esta masa esférica corresponde a colección hemática. Riñones: congestivos, con infartos úricos papilares, pesaron 20 gr. cada uno.

Conclusión: Hemorragia Suprarrenal. Asfixia por compresión traqueal. Bocio Congénito. Fractura del húmero.

Biopsia del tiroideo (Figura 4). El tejido tiroideo aparece representado en forma homogénea en todas las preparaciones, constituido por grandes islotes de elementos glandulares. Dichas glándulas presentan un epitelio cilíndrico alto, con núcleo basal, estando su lumen deformado por la gran cantidad de elementos similares. Los contornos de esta glándula son bastante nítidos. No se aprecia sustancia coloidal en el lumen. Estroma poco denso y regular. Diagnóstico: Bocio Congénito parenquimatoso.

Comentario. Recién Nacido hijo de padres jóvenes y aparentemente sanos. Sin antecedentes familiares de bocio. Nacido de término en parto distócico, por presentación de cara. Tuvo asfixia moderada al nacer y una fractura del húmero. En los días siguientes presentó graves crisis de asfixia y falleció por Hemorragia Suprarrenal. El estudio histológico del tiroideo permitió comprobar un bocio parenquimatoso.

CASO N° 3: L. T. P. (Observación N° 227096).

Antecedentes Familiares. Padre de 30 años y madre de 25 años, ambos son aparentemente sanos. Tienen 5 hijos sanos; no acusan muertos, ni abortos. No hay antecedentes de bocio en la familia.

Antecedentes Personales. Nacido de parto de 8 meses, normal. Peso de nacimiento 2,500 gr. En la Maternidad del Salvador se le mantuvo 4 días en incubadora. Como presentara buena vitalidad, se le envió al domicilio con indicación de alimentación materna cada 3 horas.

Enfermedad Actual. Consulta al Servicio de Recién Nacidos del Hospital "Roberto del Río", a los 22 días de edad, por tener dificultad respiratoria desde 2 días antes, que consistía en estridor inspiratorio, tos seca y crisis de cianosis.

Examen Físico. Se comprueba un niño pequeño. Peso: 2,650 gr. Enfriamiento (35° rectal). Piel sana, pániculo escaso, turgor y elasticidad disminuidos. Quejumbroso. Estridor traqueal. Cianosis leve de la cara. Algorra bucal. Macroglosia. Aumento del volumen del cuello, con empastamiento de la piel que recubre esa región. Hay tiraje intercostal e infraesternal. Al examen pulmonar se oyen estertores húmedos diseminados en ambos campos. Corazón: tonos apagados, regulares. Abdomen algo meteorizado. Ombligo sano. No se palpan visceras. Extremidades frías y cianóticas.

Se hace el diagnóstico de Prematurez y Bronquitis y se le indica tratamiento con penicilina y estreptomina a las dosis habituales, calefacción, coramina y alimentación con leche humana cada 2 horas.

Evolución y Tratamiento. Consulta nuevamente 2 días más tarde. El estado general ha empeorado. Tiene dificultad para alimentarse. El tiraje y el estridor respiratorio se han acentuado. Hay cianosis marcada de la cara. Al examen pulmonar se oyen abundantes estertores finos crepitantes en ambos campos pulmonares, en especial en las bases y regiones paravertebrales. Hay deshidratación evidente de la piel, aun cuando el peso se mantiene (2.700 gr.). Corazón: gran taquicardia. Abdomen globuloso. Hígado a 1 1/2 cm. Bazo: se palpa.

Se hospitaliza en el Servicio de Recién Nacidos con indicación de antibióticos, aspiración de secreciones, oxigenoterapia y nebulizaciones de Aleaire. En la tarde de ese mismo día se agrava considerablemente, presentando repetidas crisis de cianosis. El médico de turno comprueba gran dificultad respiratoria, con acentuado tiraje intercostal, supraesternal e infraesternal. Estridor laringo-traqueal intenso. Taquicardia. Al examen pulmonar: abundantes estertores húmedos finos y sibilantes en ambos campos. Abdomen meteorizado. Hépato-megalia. Dada la gravedad del enfermo y la acentuada dificultad respiratoria, se avisa al cirujano de turno para practicarle una traqueotomía de urgencia, pero éste no es partidario de intervenir quirúrgicamente por la gravedad del paciente. Fallece en la noche.

Autopsia. (Protocolo 741/58). Cadáver de un niño en malas condiciones nutritivas, sin pániculo adiposo abdominal. Encéfalo: pesó 400 gr., intensamente congestivo, medianamente edematoso. Timo: pesó 10 gr., cianótico. Tiroides: muy aumentado de volumen, comprime la tráquea (Figura 5). Corazón:

Figura Nº 5. — Fotografía de la autopsia del Caso Nº 3. Se puede apreciar el notable aumento de volumen del tiroides, que comprime la tráquea.

Figura Nº 6. Microfotografía de un corte del tiroides del Caso Nº 3. Tinción Hematoxilina-Eosina. Aumento X 320. Con mayor aumento pueden verse los elementos glandulares constituidos por epitelio cilíndrico alto, con núcleo basal y el estroma poco denso.

bien conformado, en diástole, repleto de coágulos: pesó 25 gr.; miocardio cianótico. Tráquea y bronquios: mucosa enrojecida. Pulmones: presentan zonas densas de color rojo oscuro, cuyos trocitos se van al fondo del agua, en todos sus lóbulos. Esófago: mucosa cianótica. Estómago: mucosa congestiva. Intestino: mucosa bien conservada. Hígado: pesó 130 gr., cianótico. Bazo: pesó 5 gr. firme. Páncreas: pesó 5 gr., bien conservado. Suprarrenales: pesaron 7 gr., hiperhémicas. Riñones: pesaron 20 gr. cada uno, cianóticos.

Conclusión. Bronconeumonía bilateral. Bocio Congénito.

Biopsia del tiroides. (Figura 6). El tejido tiroideo aparece constituido por vesículas de células altas, con escaso lumen y muy poco contenido de coloides. Se observa también una evidente hiperhemia con vasos de neoformación. Diagnóstico: Bocio Congénito parenquimatoso.

Comentario. Niño nacido en parto prematuro con 2.500 gr., sin antecedentes de bocio en los familiares. En los primeros días de su vida evolucionó sin molestias y el bocio no fué diagnosticado en la Maternidad. A los 20 días aparece dificultad respiratoria y crisis de cianosis. El niño fallece a los 25 días de vida por bronconeumonía bilateral. La Autopsia comprobó un bocio parenquimatoso.

RESUMEN

Se describen 3 casos de Bocio Congénito observados durante el año 1958 en el Hospital de Niños "Roberto del Río".

A propósito de ellos, se hace una revisión bibliográfica sobre esta afección poco frecuente en la patología del recién nacido.

SUMMARY

CONGENITAL GOITER.

A description is made on 3 cases of Congenital Goiter observed during the year 1958 in the "Roberto del Río" Children's Hospital. A review of literature is done about this uncommon condition in the newborn infant.

ZUSAMMENFASSUNG

ANGEBORENEM KROPF.

Drei Fälle von angeborenem Kropf, die während des Jahres 1958 im Roberto del Río-Kinderkrankenhaus beobachtet wurden, werden beschrieben.

Bei dieser Gelegenheit wird eine Literatur - Uebersicht über diese in der Pathologie des Neugeborenen wenig häufige affektion gegeben.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—ABALLI, A. — "Hipertiroidismo en el recién nacido". Rev. Cubana de Ped. 28:339, 1956.
- 2.—ARCE, G. — "Bocio Congénito" en "Patología del Recién Nacido". Vol. 11, Ed. Aldus, Santander, 1948.
- 3.—CABALLERO, A. — "Bocio Congénito familiar". Rev. Chil. de Ped. 15:156, 1944.
- 4.—DAVIES, J. R. — "Sporadic Congenital obstructive goiter with recovery following operation in a thirteen-day old infant". J. Pediat. 22:370, 1943.
- 5.—FINKELSTEIN, H. — "Tratado de Enfermedades del Lactante". Ed. Labor, Barcelona, 1941.
- 6.—HODGES, R. E. y col. — "Accumulation of I-131 by human fetal thyroids". J. Clin. Endocrinol. and Metabolism. 15:661, 1955.
- 7.—KUNSTADTER, R. H. — "Congenital goiter causing death of a newborn infant". J. Pediat. 32:712, 1948.
- 8.—MITCHELL-NELSON, — "Tratado de Pediatría". Vol. II, Ed. Salvat, Barcelona, 1951.
- 9.—POTTER, E. L. — "Pathology of the Fetus and the Newborn". The Year Book Publ. Chicago, 1952.
- 10.—SMITH, C. A. — "Fisiología del Recién Nacido". Ed. Vergara, Buenos Aires, 1953.
- 11.—WILKINS, L. — "Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Endocrinos en la Infancia y Adolescencia". Ed. Médico-Quirúrgica, Buenos Aires, 1953.
- 12.—WOLF, W. — "Endocrinología en la Práctica Moderna". Ed. Salvat, Barcelona, 1943.

*
* *
*