

## Presentaciones de casos

Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras», Servicio de Cirugía General

### Bocio retrotraqueal: presentación de un caso

Dr. Edelberto Fuentes Valdés,<sup>1</sup> Dr. Sixto B Corona Mancebo<sup>2</sup> y Dr. Miguel A Martín González<sup>3</sup>

---

#### RESUMEN

Los pacientes con bocio localizado en el mediastino posterior deben ser sometidos a resección quirúrgica por la posibilidad de compromiso de los órganos vecinos o de malignidad. Se presenta el caso de un paciente previamente operado por un bocio con probable prolongación endotorácica que fue intervenido pero continuó con manifestaciones de compresión traqueal. Tras una segunda operación fallida, ahora por vía transesternal, fue remitido a nuestro servicio por una estenosis traqueal isquémica. En el estudio preoperatorio se demostró que se mantenía una masa tumoral aproximadamente de 10 cm, retrotraqueal, que comprimía y deformaba la tráquea. Además presentaba osteomielitis del esternón. Fue intervenido mediante toracotomía derecha y se logró extirpar alrededor de 95 % de la masa tumoral. El estudio radiofarmacológico posoperatorio no demostró captación del isótopo en el mediastino. Se hacen consideraciones sobre la indicación de la cirugía y las vías de abordaje utilizadas. Al momento de preparar este manuscrito (6 meses después de la operación) el paciente se encuentra bien, en espera del tratamiento definitivo de la estenosis traqueal isquémica.

*Palabras clave:* Bocio retrotraqueal, estenosis traqueal isquémica.

---

La extensión retrotraqueal de un bocio, aunque rara, usualmente causa compromiso respiratorio, disfagia y obstrucción vascular.<sup>1</sup> Los nódulos tiroideos retrotraqueales se

pueden localizar en el cuello<sup>2</sup> o en el mediastino.<sup>3</sup> Según *Komoda* y cols.,<sup>4</sup> en Japón solo se habían descrito 2 casos con bocio retrotraqueal mediastínico antes de 1998.

*Shahian* y *Rossi*<sup>5</sup> consideran que los bocios intratorácicos deben ser resecados quirúrgicamente debido a la tendencia al crecimiento progresivo con compresión de estructuras adyacentes y a la posibilidad de malignidad, aunque esta es pequeña.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años de edad, del sexo masculino, que 9 meses antes de su ingreso en otro centro (octubre de 2005) refería disnea moderada, a veces intensa, y tos seca y persistente. También presentaba edema de miembros inferiores y tensión arterial elevada. Lo interpretan como un *cor pulmonale* crónico y neumonía a repetición y le recomiendan el tratamiento de acuerdo a estos diagnósticos.

El estudio radiográfico del tórax demostró ensanchamiento mediastínico y la tomografía axial computadorizada (TAC), que existía un tumor que rechazaba la tráquea hacia la derecha y hacia adelante. La citología aspirativa mediante aguja fina informó que se trataba de un «bocio endotorácico».

El 30 de octubre de 2005 fue llevado al salón de operaciones «para realizarle exéresis de la lesión debido a que se agudizaron los síntomas compresivos como la tos y la disnea, así como por la imposibilidad de guardar decúbito». A las 24 horas de la intervención presentó edema torácico, facial y de miembros superiores, así como cuadro de asfixia, motivo por el cual fue intubado y enviado al servicio de Cuidados Intensivos, donde le realizaron traqueostomía.

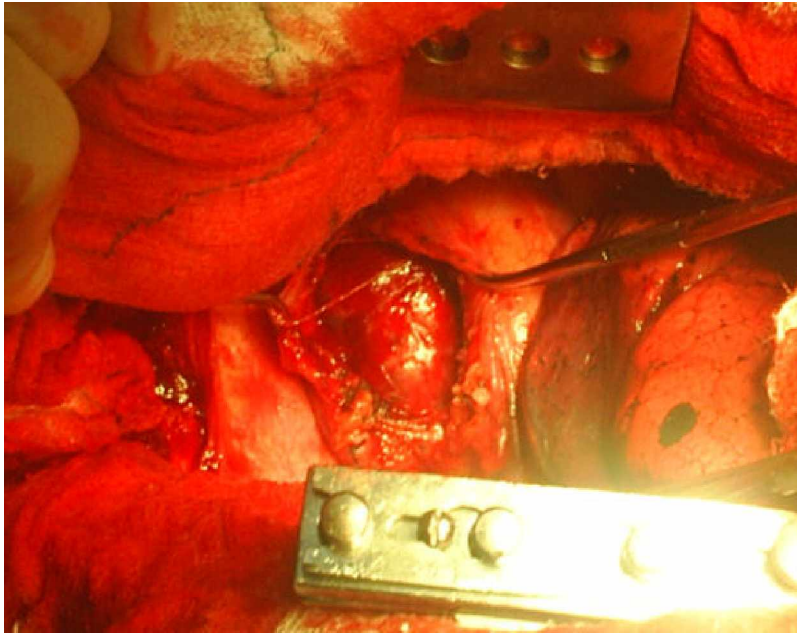
Un nuevo estudio radiográfico simple del tórax demostró la persistencia de la lesión tumoral mediastínica, por lo que fue llevado nuevamente al salón de operaciones y le realizaron esternotomía media. Por los hallazgos posteriores suponemos que no fue posible la extirpación de la lesión tumoral mediastínica. Se complicó con osteomielitis esternal y permaneció intubado 21 días. Le practicaron nueva traqueostomía que fue retirada varias semanas después. Quince días más tarde presentó disnea intensa que llevó a la tercera traqueostomía. Mediante estudio endoscópico le fue diagnosticada una estenosis traqueal.

Se recibió en nuestro centro, donde se constató, además, parálisis recurrente izquierda y la TAC demostró la presencia de una masa retrotraqueal con mayor componente a la izquierda, por lo que el órgano estaba desviado hacia la derecha y adelante. El esófago aparecía también rechazado hacia la derecha (figura 1).



**Figura 1.** *Obsérvese la gruesa masa tumoral que deforma y desplaza a la tráquea. El esófago también aparece rechazado y comprimido. Asimismo, se observa la disgregación del cuerpo del esternón resultante de osteomielitis.*

El paciente fue nuevamente intervenido, ahora mediante toracotomía derecha. Se disecó la masa retrotraqueal (figura 2) y se separó de la cara traqueal posterior. Como el mayor componente se encontraba a la izquierda se cerró el tórax con la intención de extraer el tumor a través del cuello, pero no fue posible la entrada al mediastino por esa vía a causa la fibrosis existente. Se abrió nuevamente el tórax y tras separar la tráquea hacia delante (figura 3) se extirpó alrededor de 95 % de la masa tumoral.



**Figura 2.** *En el ángulo superior del mediastino se puede observar la masa tumoral que crece por detrás de la tráquea. El separador metálico retrae la tráquea hacia delante.*



**Figura 3.** *Obsérvese la pieza quirúrgica, que presentaba áreas sólidas y quísticas.*

En el período posoperatorio presentó infección de la herida de la toracotomía. El resultado definitivo fue un bocio coloide. Comoquiera que no fue posible extirpar todo el tejido tiroideo a la izquierda de la tráquea, se decidió seguimiento por consulta externa con

estudio tomográfico a los 6 meses, 1 año y después anualmente hasta los 5 años. En caso de que reapareciera el bocio, se evaluaría el tratamiento con <sup>131</sup>I.

Seis meses después de la última intervención quirúrgica el paciente se encuentra en muy buen estado general, con aumento de peso y sin disnea, y el estudio tomográfico no demostró crecimiento tumoral en el mediastino. Mantiene la cánula de traqueostomía para en un segundo tiempo tratar la estenosis traqueal isquémica.

## COMENTARIOS

*Grigoletto* y cols.<sup>6</sup> describen lo que llaman «bocio olvidado». Consideran como tal la extirpación incompleta de un bocio «sumergido», aunque reconocen que a veces puede ser atribuido a un bocio mediastínico concomitante, no reconocido, que no está conectado con la glándula tiroides. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras masas mediastínicas y con recaídas de un bocio previamente operado. En este caso consideramos que se trata de una porción de la prolongación endotorácica, retrotraqueal del tiroides, que no fue reconocida, es decir, un bocio olvidado.

Los estudios radiológicos que demuestran la persistencia de un tumor mediastínico antes e inmediatamente después de la cirugía son los únicos medios decisivos para el diagnóstico, por lo que el uso de la TAC o la resonancia magnética nuclear (RMN) pueden ayudar a reducir el riesgo de residuos glandulares olvidados en el mediastino.<sup>6</sup>

Los bocios endotorácicos deben ser extirpados porque producen síntomas por compresión de los órganos adyacentes, fundamentalmente tráquea y esófago, y porque tienen un potencial de malignidad.<sup>2,3</sup> Dependiendo del tipo de lesión se han utilizado diferentes vías de abordaje.<sup>1,4,7</sup> *Shajian* y cols.<sup>5</sup> describieron la experiencia de la Clínica Lahey con tres pacientes con bocio mediastínico posterior. Opinan estos autores que la mayoría de los bocios subesternales, y algunos homolaterales posteriores, pueden ser resecaos con seguridad a través de una incisión cervical. Sin embargo, los grandes bocios mediastínicos posteriores, los contralaterales retrotraqueales o retroesofágicos y los mediastínicos aislados sin conexión cervical se deben extirpar a través de un acceso combinado cervical y torácico.<sup>5</sup> Otros autores coinciden con esta apreciación.<sup>8</sup>

Por su parte *Anuda* y cols.<sup>9</sup> utilizaron la toracotomía derecha, mientras que *Salame* y cols.<sup>10</sup> emplearon la cervicotomía en un paciente con una prolongación endotorácica retrotraqueal. Por último, *Chong* y cols.,<sup>11</sup> del Departamento de Cirugía Cardíaca, Torácica y Vascular del Hospital de la Universidad Nacional de Singapur, describieron un enfermo a quien se le practicó cervicotomía, estereotomía parcial y toracotomía derecha para la extirpación de un bocio de mediastino posterior y superior.

*Sadler* y colaboradores<sup>3</sup> consideran que las indicaciones para estereotomía son: a) operación previa del tiroides, b) algunos tumores malignos invasivos y, c) pacientes sin tejido tiroideo en el cuello. En el caso presentado esto no fue posible, porque el bocio estaba fijo en el mediastino posterior por adherencias a los tejidos vecinos, casi seguro

debido a la fibrosis causada por las dos operaciones previas y a la infección esternal y con algún probable componente mediastínico. Como ya se comentó, fue imposible acceder al mediastino a través del cuello.

Se acepta que los bocios mediastínicos posteriores, retrotraqueales o retroesofágicos son raros.<sup>11</sup> Por ello, ante tumores en esa localización, se deben agotar los recursos que permitan establecer el diagnóstico diferencial, incluyendo, si fuera posible, la práctica de una biopsia o citología para planificar la vía de acceso más sencilla y segura.

Las complicaciones suelen ser las mismas de cualquier tumor de mediastino posterior, sobre todo lesión vascular, esofágica, traqueal o nerviosa. Estas se evitarán con la práctica de la intervención por un equipo quirúrgico con el debido entrenamiento en cirugía del mediastino. En el caso que se presenta, apareció infección de la herida torácica, la que debe estar relacionada con la presencia de la infección esternal preexistente.

En resumen, los pacientes que presentan un bocio retrotraqueal deben ser intervenidos quirúrgicamente por las posibles afectaciones a órganos vecinos y malignidad. El acceso a través de toracotomía es seguro cuando no es posible la extirpación por incisión cervical o por estereotomía.

---

## SUMMARY

Patients with posterior mediastinal goiter should be subjected to surgical resection because of the possibility of affecting neighbouring organs or developing malignancy. This paper presented the case of a patient that had been previously operated from a goiter with possible endothoracic prolongation but continued suffering tracheal compression. After a second failed transternal surgery, he was referred to our service with ischemic tracheal stenosis. The preoperative study showed a 10cm retrotracheal tumoral mass that pressed and distorted the trachea. He also had sternal osteomyelitis. Then, he underwent right thoracotomy and roughly 95% of the mass was removed. The post-surgical radiopharmacological study did not reveal isotope uptake in the mediastinum. Surgery indications and the ways of approach used in this case were considered. At the time of preparing this manuscript (6 months after surgery), the patient was in good condition and just waiting for definitive treatment of his ischemic tracheal stenosis.

*Key words:* retrotracheal goiter, ischemic tracheal stenosis.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alosco T, Eisenberg B, Keller SM. Retrotracheal goiter. *South Med J*. 1990;83(2):239-40.
2. Salvatori M, Rufini V, Corsello SM, Saletnich I, Rota CA, Barbarino A, *et al*. Thyrotoxicosis due to ectopic retrotracheal adenoma treated with radioiodine. *J Nucl Biol Med*. 1993;37(2):69-72.
3. Sadler GP, Clarh OH, nan Heerden JA, and Farley DR. Thyroid and Parathyroid. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC (eds): *Principles of Surgery*. Chapter. 20th ed. New York: McGRAW-Hill; 1999. pp. 1661-1713.
4. Komoda K, Minagawa Y, Fujii Y, Ishibashi K, Ono S, Saso S, *et al*. A case of complete mediastinal goiter located in the retrotracheal region: review on reported cases from 1986 to 1997 in Japan. *Kyobu Geka*. 1998;51(5):432-5.
5. Shahian DM, Rossi RL. Posterior mediastinal goiter. *Chest*. 1988;94(3):599-602.
6. Grigoletto R, Toniato A, Piotto A, Bernante P, Bernardi C, Pagetta C, *et al*. A case of forgotten giant goiter. *Minerva Chir*. 1997;52(7-8):943-8.
7. Gulmez I, Oguzkaya F, Bilgin M, Oymak S, Demir R, Ozesmi M. Posterior mediastinal goiter. *Monaldi Arch Chest Dis*. 1999;54(5):402-3.
8. Michel LA, Bradpiece HA. Surgical management of substernal goitre. *Br J Surg*. 1988;75(6):565-9.
9. Haniuda M, Morimoto M, Kobayashi O, Nishimura H, Yamanda T, Ali K, *et al*. Aberrant retrotracheal goiter: report of a case. *Surg Today*. 1993;23(2):149-52.
10. Salame N, Winiszewski P, Rossier S, Picard A. Intrathoracic retrotracheal goiter: excision through a cervical approach. *J Chir (Paris)*. 1997;134(7-8):311-3.
11. Chong CF, Cheah WK, Sin FL, Wong PS. Posterior mediastinal goiter. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 200;12(3):263-5.

Recibido: 8 de noviembre de 2006. Aprobado: 12 de enero de 2007.

Dr. Edelberto Fuentes Valdés. San Lázaro núm. 701, Centro Habana. La Habana.

Correo electrónico: [cirgen@hha.sld.cu](mailto:cirgen@hha.sld.cu)

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General.