

Bocio endotorácico

Endothoracic goiter

Gabriel González Sosa,^I Julio Díaz Mesa,^{II} Simeón Antonio Collera Rodríguez,^{III} Gabriel Abilio González García,^{IV} Onasis Argüelles Pérez,^V Irving Figueredo Peguero^{VI}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General y Medicina General Integral. Profesor Auxiliar de Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^V Doctor en Medicina. Residente de 4to. año de Cirugía General. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de I Grado en Medicina Interna. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se informa el caso de una paciente de 71 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, que acude a consulta externa pues hace unos 5 años presenta aumento de volumen de la región inferior y lateral del cuello que se acompaña de decaimientos, palpitations y disfagia ocasional. Se realizaron los estudios de laboratorio para la valoración preoperatoria, además de los estudios de la función tiroidea, radiografías de tórax (vista anteroposterior), tomografía de tórax, ecografía de la tiroides y biopsia de aspiración con aguja fina. Se encontró un bocio endotorácico eutiroideo y se realizó tratamiento quirúrgico que consistió en hemitiroidectomía izquierda con istmectomía. El transoperatorio y el posoperatorio transcurrieron sin complicaciones, y el informe anatomopatológico reveló la presencia de un bocio coloide nodular.

Palabras clave: Hemitiroidectomía, istmectomía, BAAF, tratamiento quirúrgico, bocio coloide nodular.

ABSTRACT

This is the case of a female patient aged 71 with a history of high blood pressure seen in external consultation since five years ago she presents a volume increase of lower and lateral region of the neck accompanied of weakness, palpitations and occasional dysphagia. Laboratory studies were conducted to preoperative assessment in addition to thyroid function studies, thorax X-rays (anteroposterior view), thorax tomography, thyroid gland echography and fine needle aspiration biopsy (FNAB). A euthyroid endotheracic goiter was present; surgical treatment was done consisting of left hemithyroidectomy with isthmectomy. In transoperative and postoperative periods there were not complications and the anatomic and pathologic report revealed the presence of nodular colloid goiter.

Key words: Hemithyroidectomy, isthmectomy, FNAB, surgical treatment, nodular colloid goiter.

INTRODUCCIÓN

La glándula tiroidea está situada alrededor de la porción anterior y lateral de la tráquea; la mayor parte del parénquima se localiza en las paredes laterales, formando los lóbulos, y el tejido tiroideo que une ambos lóbulos constituye el istmo.¹ Esta glándula regula el metabolismo del yodo y su peso en el adulto es entre 15 y 30 g.^{2,3} La vascularización depende de las arterias tiroideas, ramas de la carótida externa y de la subclavia, y es inervada por fibras simpáticas y parasimpáticas.⁴

Cuando la glándula aumenta de volumen en esta región del cuello, la tumefacción es llamada *bocio*.⁵ Se calcula que aproximadamente el 3 % de los pobladores del mundo lo tienen, aunque la incidencia del bocio nodular ha disminuido debido a la ingestión en algunos países de sal yodada y alimentos ricos en yodo.

Un bocio se considera endotorácico o intratorácico cuando más de un 50 % de la glándula está en el mediastino o en el tórax, o sea, por debajo del nivel del estrecho torácico superior.⁶ Constituye una entidad poco frecuente, que alcanza alrededor del 10 % de las masas mediastínicas, y aparece con más frecuencia en el mediastino anterior.⁷ En un estudio realizado por Thompson y Al, los autores informaron la presencia de bocios endotorácicos en el 5,6 % (50 pacientes) de 872 tiroidectomías efectuadas entre 1972 y 1982.⁷

Los bocios se clasifican en:

- Cervicotorácicos: penetran en el tórax; son los más frecuentes, alrededor del 85 % de los casos.

- Bocios únicamente mediastínicos: retroesternales, sin bocio cervical.
- Bocios aberrantes: rarísimos y ocupan cualquier parte del mediastino.

Pueden ser además: primarios (bocio ectópico, aberrante o verdadero) y secundarios (bocio falso o cervicomedial). Los primarios se originan de restos tiroideos mediastínicos, reciben irrigación de vasos intratorácicos, no tienen conexión con la glándula cervical que tiene tamaño y posición normal y representan menos del 1 % de los tumores del mediastino. Los secundarios se manifiestan como una extensión hacia abajo del tejido tiroideo localizado normalmente en el cuello y reciben su riego sanguíneo a partir de la arteria tiroidea.^{2,3}

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente del sexo femenino, de 71 años de edad, raza blanca, con antecedentes de hipertensión arterial (ahora compensada) e hipotiroidismo (para lo cual lleva tratamiento con levotiroxina en dosis de 1 tableta diaria), que desde hace unos 5 años presenta aumento de volumen en la región inferior y anterolateral derecha del cuello, acompañado de decaimientos, palpitations y disfagia ocasional.

Al examen físico se constata como dato positivo en la exploración del cuello que aparece una tumoración que ocupa la región anterolateral derecha de éste, movable, no adherida a planos profundos, que se prolonga hacia abajo, hacia la parte superior del tórax. No se precisan adenopatías.

Se realizan los complementarios de laboratorio siguientes:

- Hemoglobina: 13,8 g/L; hematócrito: 0,42; leucocitos: $6,6 \times 10^9$ /L.
- Coagulograma mínimo: plaquetas: 227×10^9 /L, coágulo retráctil.
- Creatinina: 65 U/L; glicemia: 6,13 mmol/L.
- T3: 1,98nmol/L, T4: 150nmol/L, TSH: 0,059UI/mL (todos los valores, normales).
- VIH: negativo; serología: no reactiva.

Otros:

- Radiografía de tórax (vista anteroposterior): Se observa radiopacidad cervicotorácica y ensanchamiento del mediastino.
- Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax: Gran lesión tumoral que mide aproximadamente 5,61 x 8,13 x 6,67 cm y se extiende desde el lóbulo derecho de la tiroides hasta la bifurcación traqueal con calcificaciones en su interior y alteraciones de la densidad que oscila entre 36 y 88 UH y produce compresión traqueal hacia la izquierda así como del esófago. Marcados cambios artrósicos dorsales. No se definen lesiones nodulares, no lesiones líticas ni adenopatías mediastínicas ([figura 1](#)).

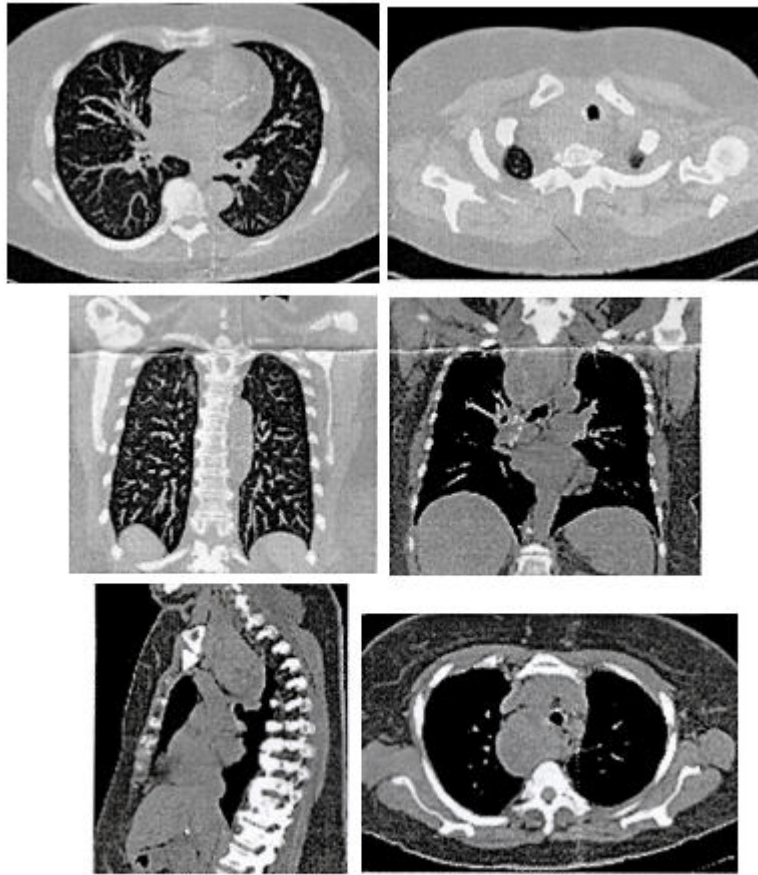


Figura 1. Imágenes de la tomografía axial computarizada de tórax contrastada.

- Ultrasonografía del tiroides: En el lóbulo derecho se constata gran imagen heterogénea que ocupa todo el lóbulo y se prolonga hacia el contorno derecho del mediastino con vascularización periférica. El lóbulo izquierdo es de tamaño normal.
- BAAF: Citología negativa de células neoplásicas.

Tratamiento

Se intervino quirúrgicamente a la paciente, para lo cual se colocó a ésta en decúbito supino, con el cuello en hiperextensión. Se utilizó anestesia general orotraqueal, asepsia y antisepsia de la piel con hibitane hidroalcohólico. Se colocaron los paños de campo y se realizó una incisión de corbata de Kocher. Se abrió la aponeurosis cervical superficial y profunda y se disecaron los músculos pretiroideos.

Se disecó cuidadosamente el lóbulo derecho de la glándula tiroidea, así como la prolongación de éste al mediastino. No es necesario prolongar la incisión inicial, por lo que se realizó finalmente la hemitiroidectomía derecha y la istmectomía, sin complicaciones. Se realizó una hemostasia cuidadosa, se dejó un drenaje de Penrose que se exteriorizó por contraabertura y se cerró por planos la herida quirúrgica ([figura 2](#)).

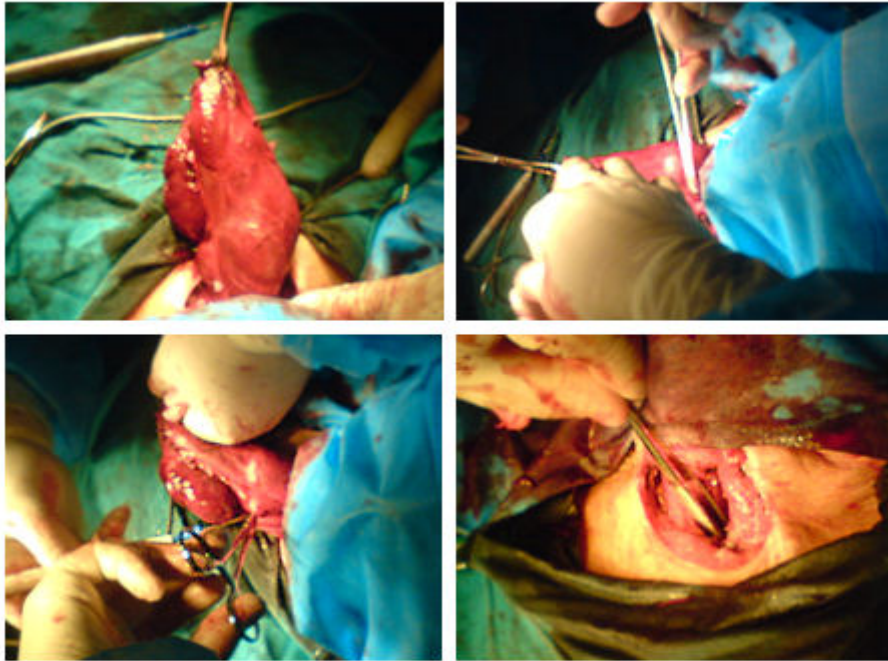


Figura 2. Técnica quirúrgica de hemitiroidectomía derecha para la resección del bocio endotorácico por vía cervical.

Se envió la pieza extraída al Departamento de Anatomía Patológica para la realización de biopsia ([figura 3](#)). Se dio el alta a la paciente al cuarto día del posoperatorio, con evolución satisfactoria, y se continuó su seguimiento por consulta externa.

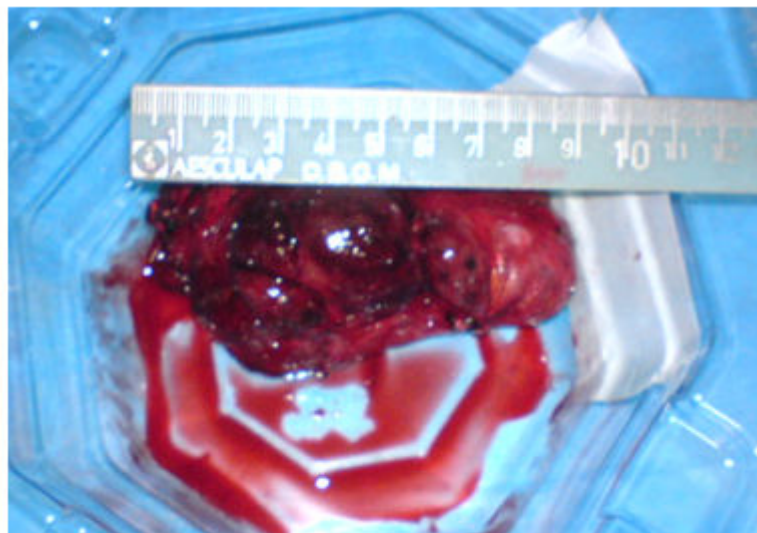


Figura 3. Pieza extraída para biopsia.

DISCUSIÓN

Para la mejor comprensión de esta enfermedad y después analizar sus variadas clasificaciones, consideramos que es más conveniente tener en cuenta la clasificación anatomopatológica,⁸ que la divide en: bocio cervicomedial (prolongación mediastínica de un bocio cervical) y el bocio intratorácico puro.⁹

Como ya se ha comentado, el bocio cervicomedial es el más frecuente de los dos, a pesar de que en general la incidencia es baja, según reflejan variados estudios como los de Allo y Thompson¹⁰ con 5,7 % y Pamberton¹¹ con 13,3 %.

Con respecto al sexo, existe marcada diferencia en cuanto al sexo femenino y al masculino, con predominio del primero en relación de 3:1 y hasta de 5:1, según plantea González Fernández¹² en su trabajo. Todos los trabajos revisados coinciden en que aparece con más frecuencia entre los 20 y 90 años de vida.

A esta paciente se le realizaron inicialmente, para el diagnóstico de la enfermedad, además de una correcta y amplia anamnesis y de un examen físico exhaustivo, los estudios siguientes: radiografía de tórax (vista anteroposterior), ultrasonografía del tiroides y biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y estudio de la función tiroidea, considerados básicos para el diagnóstico de la enfermedad, a pesar de que a muchos pacientes se les realizan estudios más profundos, como por ejemplo la TAC de tórax.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, el utilizado en este caso fue la hemitiroidectomía con exéresis de la prolongación endotorácica a través de una incisión de corbata de Kocher, lo que coincide con lo revisado y planteado por otros autores en sus estudios. El estudio anatomopatológico de la pieza extraída informó que se trataba de un bocio coloide nodular, que histológicamente es una de las variedades más frecuentes.

A pesar de que en la literatura mundial se reportan algunas complicaciones posoperatorias de esta enfermedad, como hematomas de la herida, hipoparatiroidismo, paresia de las cuerdas vocales, entre otras, es oportuno plantear que en este caso no hubo complicación alguna y que la paciente evolucionó satisfactoriamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hil JL, Mayer G, Carini L. Cervicomedial goiter. Analysis of preoperative clinical symptoms. *Minerva Chir.* 1993;48(10):533-7.
2. Houck NV, Kaplan AJ, Reed CE, Cole DJ. Intrathoracic aberrant thyroid: Identification critical for appropriate operative approach. *Am Surg.* 1998;64(4):360-2.
3. Nwafo DC. Heterotopic mediastinal goiter. *Br J Surg.* 1978;65(7):505-6.
4. Adams HD. The surgical management of the large intrathoracic goiter. *Surg Clin North Am.* 1962;42:679-85.
5. Maruotti RA, Zannini P, Viani MP, Voci C, Pezzuali G. Surgical treatment of substernal goiters. *Int Surg.* 1991;76(1):12-7.

6. Noppen M, Meysman M, Dhondt E, Gepts L, Velkeniers B, Vanhaelst L, Vincken W. Upper airway obstruction due to inoperable intrathoracic goiter treated by tracheal endoprosthesis. *Thorax*. 1994;49(10):1034-6.
7. Cougard P, Vanet S, Matet P, Goudet P, Viard H. Endothoracic goiter operated on by cervicosternotomy. Apropos of 18 cases. *Chirurgie* 1994-95;20(6-7):309-13.
8. Duh QY, Clark DH. Growth factors for thyroid neoplastic goiter. *Prog Surg*. 1988;19:20.
9. Katlie MR, Wang CA, Grillo HC. Subesternal goiter. *Ann Thorac Surg*. 1985;39(4):391-9.
10. Allo MD, Thompson NW. Rationale for operative management of substernal goiters. *Surgery*. 1983;94:969.
11. Pemberton J. Surgery of substernal and intrathoracic goiters. *Arch Surg*. 1921;2:1.
12. González Fernández R, Mancebo Corona S. Resultado del tratamiento quirúrgico del bocio endotorácico. *Rev Cubana Cir*. [seriada en Internet] 2007;46(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol46_1_07/cir02107r.htm

Recibido: 13 de febrero de 2009.

Aprobado: 26 de junio de 2009.

Gabriel González Sosa. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ).
Calle 216 y Avenida 11, Reparto Siboney. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: cancer@infomed.sld.cu