

Bocio intratorácico

Intra-thoracic goiter

Gladys Iglesias Díaz

Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: gladys_iglesias@yahoo.es

Recibido: 25 de febrero de 2014.

Aprobado: 24 de octubre de 2014.

RESUMEN

Introducción: el bocio constituye la afección de la glándula tiroides que más es tratado en los servicios quirúrgicos, sin embargo, su posición anómala no es frecuente.

Presentación de caso: paciente de 51 años de edad, con antecedentes de asma bronquial. Hace 3 años presentó un aumento de volumen de la región lateral izquierda del cuello y presencia de decaimiento, palpitations y disfagia ocasional, para lo cual llevó el tratamiento con levotiropsina sódica. Se indicaron estudios de la función tiroidea, radiografías de tórax (vista anteroposterior), ecografía de la tiroides y biopsia por aspiración con aguja fina. A través de la vía cervical se le realizó la tiroidectomía total corroborando que más del 50% de la glándula estaba en posición intratorácica, nódulos en ambos lóbulos y sin complicaciones; resultó ser un bocio coloide multinodular.

Conclusiones: el bocio intratorácico responde poco al tratamiento médico, de preferencia se utiliza la tiroidectomía total por vía cervical ante síntomas de compresión siempre que sea posible.

DeCS: Tiroidectomía, Bocio, Bocio subesternal/terapia, Asma.

ABSTRACT

Introduction: goiter constitutes the most treated condition of thyroid gland in surgical services, even though its anomalous position is not frequent.

Case report: a 51 year-old patient with history of bronchial asthma. Three years ago the patient presented growth of volume of the lateral-left region of neck and presence of weakness, palpitations and occasional dysphagia, being treated with levothyroxine sodium. Studies of thyroidal function, thoracic radiographies (anteroposterior view), thyroid echography and fine needle aspiration biopsy were performed. Through the cervical line, total thyroidectomy was performed, confirming that more than 50% of the gland was in intra-thoracic position, there were nodules in both lobules without complications; it was a multinodular colloid goiter.

Conclusions: intra-thoracic goiter has not a good response to medical treatment; when symptoms of compression are present, total thyroidectomy by cervical line is preferred whenever possible.

DeCS: Thyroidectomy, Goiter, Substernal goiter/therapy, Asthma.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento inadecuado de la glándula tiroidea a causa de su incapacidad para sintetizar hormona tiroidea en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades corporales es a lo que se llama bocio.¹ Normalmente la glándula está situada en la parte inferior y antero lateral del cuello, pero en ocasiones (3%-12%) se prolongan o se encuentran en su mayor volumen hacia la cavidad torácica²; según (Katlic y cols)³ que lo considera como tal si más del 50% del bocio se encuentra en el tórax. Bajo esta definición se puede subdividir en cérvico-mediastínico (una parte es cervical pero más del 50% es torácico) o mediastínico propiamente tal (cuando se encuentra completamente torácico).

Los síntomas y signos se presentan en el 70-80% de los casos y dependen del grado de compresión de las estructuras vecinas dada por su crecimiento desproporcionado, entre ellos, se pueden observar disfagia, disnea progresiva, tos, ronquera, estridor y el síndrome de vena cava superior.⁴⁻⁶

Es raro encontrar alteración de la dosificación de la hormona tiroidea y en su mayoría el resultado de anatomía patológica corresponde a lesiones benignas aunque entre el 3%-16% son lesiones malignas y su frecuencia aumenta con la edad.⁶⁻⁹

El número de intervenciones por afecciones de la glándula tiroidea en el servicio de cirugía del hospital provincial "León Cuervo Rubio" de Pinar del Río; está representado en su mayoría por bocio y en ocasiones se encontraron casos con una prolongación endotorácica pero es rara la presencia de bocio intratorácico,¹⁰ lo cual motivó a reportar este caso a la literatura.

El tratamiento puede ser farmacológico, yodo radiactivo o quirúrgico; este último en su mayoría por vía cervical a través de incisión de Kocher siempre y cuando sea posible y en casos sintomáticos o por sospecha de malignidad.¹²⁻¹³

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de una paciente del sexo femenino de 51 años de edad, raza blanca, con antecedentes de asma bronquial, que acude a la consulta de afecciones quirúrgicas de la glándula tiroides en el Hospital Provincial "León Cuervo Rubio" de la provincia Pinar del Río, que desde hace unos 3 años presenta aumento de volumen en la región lateral izquierda del cuello, acompañado de decaimiento, palpitations y disfagia ocasional, para lo cual ha llevado tratamiento con levotiroxina sódica en dosis de una tableta diaria, sin notar mejoría de su enfermedad.

En el examen físico se detecta una tumoración en región lateral izquierda, no adherida a planos profundos, que se prolonga hacia la parte superior del tórax. No se precisan adenopatías.

Se realizan los complementarios de laboratorio siguientes:

- Hemoglobina: 12,0 g/L.
- Coagulograma mínimo: plaquetas: 200x10⁹/L, coágulo retráctil.
- Creatinina: 60 U/L; glicemia: 5,5 mmol/L.
- T3:1,95nmol/L, T4:144nmol/L, TSH: 0,059UI/mL (todos los valores, normales).
- VIH: negativo; serología: no reactiva.

Otros:

- Radiografía de tórax (vista antero posterior): se observa radiopacidad cervicotorácica y ensanchamiento del mediastino. (Figura 1)
- Ultrasonido de cuello: lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea aumentado de tamaño de crecimiento intratorácico arquitectura distorsionada heterogénea con tendencia multinodular. A nivel de polo inferior del lóbulo derecho hay pequeño nódulo hipoecoico de 8 mm.No otras alteraciones
- BAAF: Bocio coloide multinodular.



Fig. 1. Radiografía de tórax anteroposterior con bocio intratorácico.

Tratamiento

Se intervino quirúrgicamente a la paciente, para lo cual se colocó a esta en decúbito supino, con el cuello en hiperextensión, incisión en corbata de Kocher.

Se disecó cuidadosamente el lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea en donde se observó un nódulo de unos 1.5 cm, así como la prolongación de éste al mediastino de unos 15 cm de largo. En el lóbulo derecho se encontró un pequeño nódulo de unos 0.8 cm. No es necesario prolongar la incisión inicial. Se realizó finalmente la tiroidectomía total, sin complicaciones, hemostasia cuidadosa, y se dejó el drenaje tubular que se exteriorizó a través de la herida. (Figura 2)

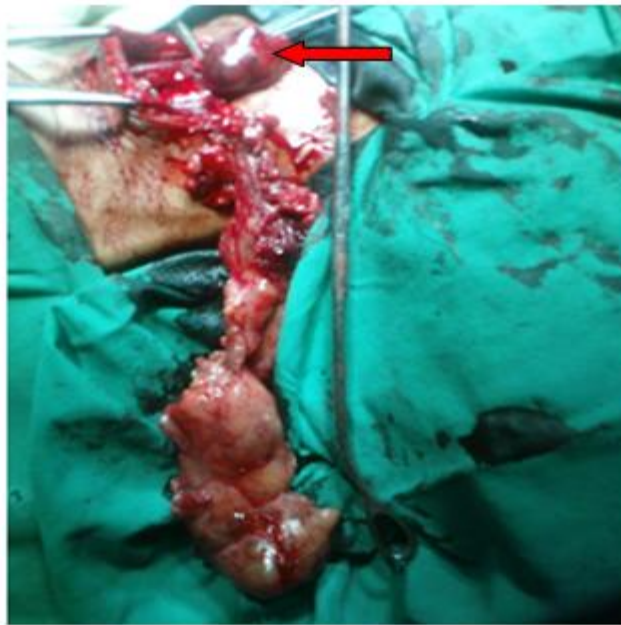


Fig. 2. Tiroidectomía total con bocio intratorácica de unos 15 cm, nódulo en lóbulo izquierdo, de aspecto quístico.

En la pieza extraída se observa que más del 50% (unos 15 cm de largo en la "prolongación") de la glándula se encontraba intratorácica, es enviada al departamento de Anatomía Patológica para la realización de biopsia. (Figura 3 y Figura 4)



Fig. 3. Glándula tiroides parte superior y bocio intratorácica parte inferior (pieza enviada a anatomía patológica).



Fig. 4. Glándula tiroides a la derecha con bocio intratorácica a la izquierda.

El posoperatorio transcurrió normal, al siguiente día fue egresada, con evolución satisfactoria, continuando su seguimiento por consulta externa.

DISCUSIÓN

El bocio intratorácico fue descrito por Haller en 1749 y, desde entonces, recibe diversas denominaciones: retroesternal, subesternal, subclavicular, mediastínico, entre otras.¹⁻³

Es más frecuente en el sexo femenino, con un predominio en pacientes en la quinta década de la vida con función tiroidea normal 2-4,6, lo cual coincide con la paciente.

La historia natural del bocio multinodular se caracteriza por el lento y progresivo crecimiento del volumen tiroideo, primero en forma de hiperplasia parenquimatosa, luego con una degeneración coloide y, por último, con la formación de estructuras nodulares adenomatosas.¹³ Los síntomas (disnea, signos de «irritación traqueo-bronquial», síndrome de vena cava superior, disfonía, estridor y disfagia)²⁻¹² dependen del tamaño que alcanza la glándula y el grado de compresión sobre las estructuras vecinas.

El diagnóstico por imágenes se basa en la radiografía de tórax postero-anterior y lateral (en que se observa un engrosamiento del mediastino antero-superior) y principalmente en la tomografía computada que permite determinar tamaño, densidades y relaciones de estructuras cervicales y mediastínicas,^{2-3,14} en este caso la radiografía de tórax y el ultrasonido constituyeron los principales medios de diagnóstico.

El tratamiento del bocio intratorácico,^{3,13} puede ser:

- Farmacológico: (tiroxina) que reduce el tamaño y volumen del bocio entre 20%-30% al año pero al suspenderlo recupera su tamaño. Realmente más bien retrasa la indicación quirúrgica.
- Yodo radiactivo: poco recomendable y más bien su uso es para enfermos con contraindicaciones quirúrgicas.
- Cirugía: es el tratamiento de elección en estos casos.

La tiroidectomía total se recomienda como primera elección en los bocio intratorácicos, especialmente en pacientes con expectativa de vida larga (mayor a 10 años) y en lesiones malignas. En el 90% de los bocios intratorácicos es posible la resección por cervicotomía; en bocios cérvico-mediastínicos de gran tamaño se recomienda el abordaje cérvico-torácicos; el abordaje torácico (esternotomía o toracotomía) es aconsejable en bocios mediastínicos, especialmente por los vasos que irrigan el bocio desde el mediastino y su relación con órganos intratorácicos,^{3,8,13} en este caso se realizó por medio de la cervicotomía, sin complicaciones.

Los resultados de anatomía patológica sobre biopsias en bocio intratorácico en su mayoría coincide con bocio coloide multinodular.^{6-9,13} La paciente y la técnica realizada fue la tiroidectomía total por la presencia de nódulos en ambos lóbulos además de bocio intratorácico que dependía del lóbulo izquierdo, dicha técnica es sugerida por varios autores.^{2-4,8,13}

Por ser poco frecuente esta forma de presentación del bocio entre los operados de tiroides en el hospital, donde con mucha frecuencia son más frecuentes los afectos de la glándula tiroides, consideramos útil la publicación de este caso.

CONCLUSIÓN

El bocio intratorácico responde muy poco a el tratamiento médico por lo que la cirugía es el tratamiento de elección sobre todo en pacientes con síntomas dados por compresión. De preferencia se utiliza la vía cervical exclusiva, aunque en ocasiones es necesario el abordaje por vía torácica o esternotomía, y la técnica de preferencia la tiroidectomía total a pesar de que en la mayoría de los casos la histología es benigna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos A, Rodríguez JM, Balsalobre MD, Tebar FJ, Parrilla P. The value of various definitions of intrathoracic goiter for predicting intra-operative and postoperative complications. *Surgery*. 2010; 147(2).
2. Hegedüs L, Bonnema SJ. Approach to management of the patient with primary or secondary intrathoracic goiter. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010; 95(12).
3. González R, Cifuentes C, Jadue A, Prats R, Santolaya R, Rodríguez P. Caracterización y resultados inmediatos en pacientes con tratamiento quirúrgico de bocio intratorácico. *Rev Chil Cir*. oct. 2012; 64(5).
4. Sandoval Zurita S, Sanz Barriga HA, Saravia Poma J. Bocio endotorácico. *Rev Cient Cienc Méd*. 2010 Dic; 13(2).
5. Marcelino M, Nobre EL. Bocio mergulhante e síndrome da veia cava superior. *Acta Med Port*. 2009; 22(3).
6. Puerto-Lorenzo J, Torres-Ajá L. Bocio endotorácico. Presentación de un caso. *Revista Finlay*. 2013; 3(2).
7. Pace-Asciak P, Higgins K. Management of intrathoracic goitre. *Can J Surg*. 2008; 51(5).
8. Bento A, Gonçalves AP. Falsa asma. A propósito de um caso clínico. *Rev Port Pneumol*. nov. 2009; 15(6).
9. Hardy RG, Bliss RD, Lennard TW, Balasubramanian SP, Harrison BJ. Management of retrosternal goitres. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009; 91(1).
10. Iglesias Díaz G, Lau López AE, García García I. Incidencia del cáncer de tiroides en la consulta central de tiroides, últimos nueve años en Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas*, Jun 2008; 12(1): 163-171.
11. Machado NO, Grant CS, Sharma AK, Al Sabti HA, Ko-lidyan SV. Large posterior mediastinal retrosternal goiter managed by a transcervical and lateral thoracotomy approach. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2011; 59.
12. Casella C, Pata G, Cappelli C, Salerni B. Preoperative predictors of sternotomy need in mediastinal goiter management. *Head Neck*. 2010; 32(9).

13. González Aguilar O, Simkin DO, Pardo HA, Seva R, Delgado Marín D, Dávila Quijano S. Bocio cervicotorácico ¿De qué depende el abordaje torácico? Rev. Argent. Cirug. 2011; 100(1-2).

14. Moschetta M, Ianora AA, Testini M, Vacca M, Scardapane A, Angelelli G. Multidetector computed tomography in the preoperative evaluation of retrosternal goiters: a useful procedure for patients for whom magnetic resonance imaging is contraindicated. Thyroid. 2009; 20(2).

Dra. Gladys Iglesias Díaz. Especialista de Segundo Grado en Cirugía General.
Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. Máster en Longevidad Satisfactoria.
Correo electrónico: gladys_iglesias@yahoo.es