
Bocio Intratorácico.



Rev Guatem Cir Vol. 27 • 2021

Gabriela Michelle Pérez Rodas¹, Erwin Mejicanos Pineda².

¹Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, Residente V de Maestría en Cirugía General del Hospital Roosevelt, Universidad de San Carlos de Guatemala. ²Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala. Máster en Cirugía General, Hospital Roosevelt y Universidad de San Carlos de Guatemala. Alta Especialidad en Cirugía Torácica. Autor correspondiente: Gabriela Perez. Dirección: 7 avenida A 12-14 zona 11, Guatemala. e-mail: michegami@hotmail.com

RESUMEN

El bocio intratorácico se define como aquel bocio que se encuentra parcial o totalmente en el mediastino; su incidencia está en relación con el bocio multinodular.

Es asintomático entre el 20–30%. Su diagnóstico se hace por pruebas de imagen; su Gold estándar es la tomografía axial computarizada.

El tratamiento más efectivo y recomendado es la cirugía, sobre todo para pacientes con síntomas opresivos o con sospecha de malignidad y bocios hiperfuncionantes en quienes el tratamiento farmacológico no fue exitoso.

Se detalla el caso de una paciente de 59 años de edad, quien, con síntomas opresivos esternales, a quien se le diagnostica masa mediastínica, la cual se resuelve con indicación quirúrgica, siendo resolutive para la paciente, con mejoras en la sintomatología y diagnóstico de benignidad.

Palabras clave: Bocio Intratorácico, esternotomía

ABSTRACT

Intrathoracic goiter

Intrathoracic goiter is defined as partially or totally in the mediastinum; its incidence is related to multinodular goiter.

It is asymptomatic in 20-30%. Its diagnosis is made by imaging tests; the gold standard is computerized axial tomography.

Treatment can be pharmacological with risk of recurrence; the most effective and recommended is surgery, especially for patients with oppressive symptoms or with suspected malignancy.

We present the case of a 59-year-old patient with sternal oppressive symptoms, who is diagnosed with a mediastinal mass, which resolved by surgery, with improvements in symptoms and a diagnosis of benignity.

Key words: Intrathoracic goiter, sternotomy

INTRODUCCIÓN

El bocio intratorácico se define como aquel bocio que se encuentra parcial o totalmente en el mediastino y que puede localizarse en el mediastino anterior o posterior; su incidencia está en relación con el bocio multinodular¹.

Ubicado frecuentemente en el mediastino superior; anterior, más común, o en el posterior con componente retrotraqueal (10–15%) o retroesofágico (más infrecuente)³. Se clasifica en primario y secundario.

Es asintomático entre el 20–30%. Frecuentemente encontrado en mujeres, con predominio entre la 5.a–6.a década de la vida². Para su diagnóstico, se basa en imágenes

donde la radiografía cobra importancia, sin embargo, la tomografía computarizada da información precisa sobre tamaños, densidades y relaciones con estructuras.

El tratamiento puede ser farmacológico para los pacientes con bocios hiperfuncionantes, con riesgo de recurrencia al suspenderlo, con yodo radioactivo para pacientes fuera de tratamiento quirúrgico con bocio multinodular toxico. Es importante recordar, para todos los pacientes con bocio, ya sea simples o hiperfuncionantes; que el tratamiento más recomendado es la cirugía, sobre todo para pacientes con síntomas opresivos, con sospecha de malignidad y hiperfuncionantes que no responden al tratamiento farmacológico.

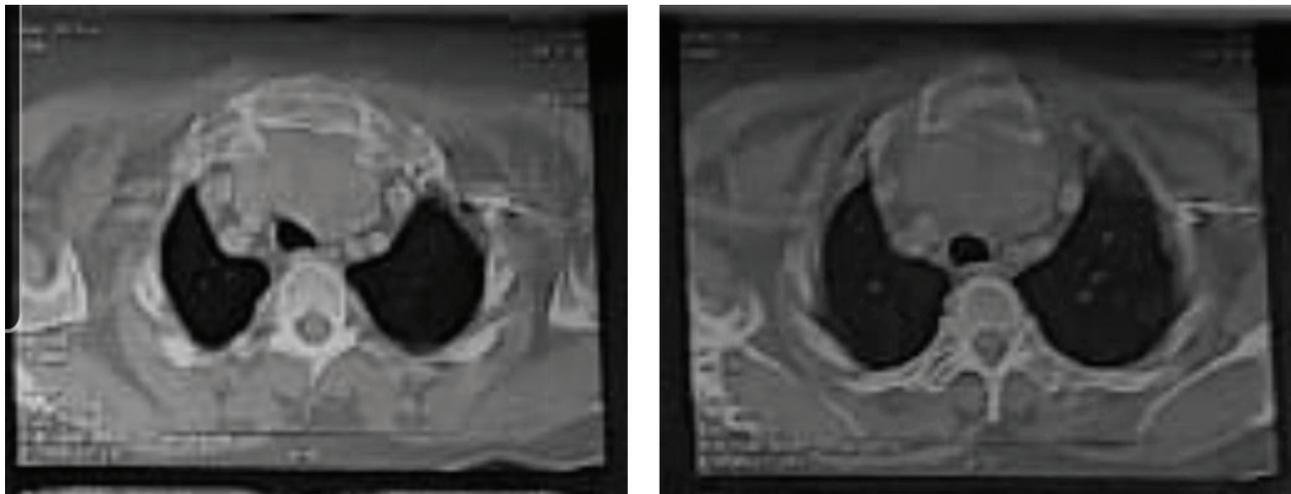


Figura 1. Corte axial de la tomografía torácica.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 59 años, referida por masa intratorácica. Quien en tomografía se evidencia la misma en el mediastino antero-superior (Figura 1), se observa la masa ocasionando compromiso de la tráquea (desviándola y comprimiéndola), la situación tomográfica se encontraba de la base del cuello hasta el arco aórtico con desplazamiento también de grandes vasos circundantes.

A quien de manera extrahospitalaria se le realiza toma de biopsia BAAF donde reportan Tiroides Mediastinal sin descartar malignidad (Categoría Bethesda III).

La paciente es llevada a sala de operaciones donde se le realiza esternotomía media más resección de masa en mediastino antero-superior más tiroidectomía más vaciamiento linfonodal cervicomedial (Figura 2); era

evidente las adenopatías macroscópicas y debido a BAAF previa se indica vaciamiento linfonodal.

La Paciente fue manejada en Unidad de Cuidado Intensivos de Adultos durante dos días posoperatorios, sin presentar hipocalcemia ni lesión recurrencial temporal (Calcio 9 mg/dl, fósforo 3 mg/dl; niveles posoperatorios); presentando adecuada evolución pasando a encamamiento donde cumple del tercero al sexto día posoperatorio, decidiendo su egreso y seguimiento por consulta externa sin complicaciones definitivas.

La pieza quirúrgica reporto en el estudio anatomopatológico: tejido tiroideo heterotópico con presencia de bocio coloide, linfonodos cervicomedial con hiperplasia sinusoidal sin malignidad y bocio coloide de glándula tiroides.

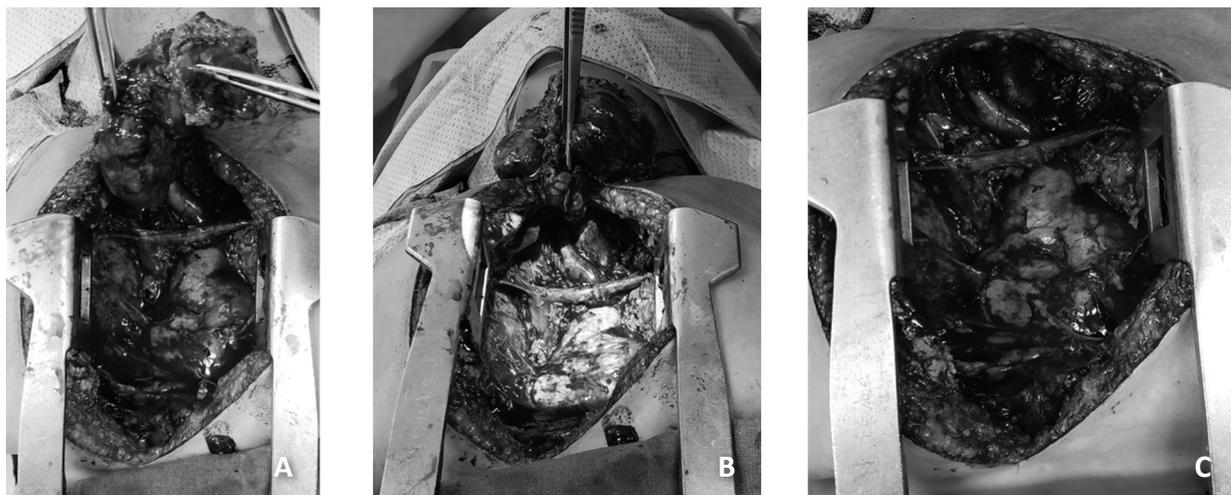


Figura 2. A y B. Imágenes transoperatorias de una masa de 8 por 6 por 3 cms con un peso de 80 gramos, de superficie lisa con abundante tejido graso. C. Finalización de la resección en bloque de la masa, la disección abarca el plano del pericardio, la aorta ascendente, la vena cava superior, el tronco braquiocefálico venoso derecho, la vena innominada, el tronco braquiocefálico izquierdo, la arteria innominada y en la parte posterior la tráquea.

DISCUSIÓN

El bocio intratorácico fue descrito por Haller en 1749 y, desde entonces, recibe diversas denominaciones: retroesternal, subesternal, subclavicular, mediastínico, entre otras. 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 bocio⁴.

El bocio intratorácico se define como aquel bocio que se encuentra parcial o totalmente en el mediastino y que puede localizarse en el mediastino anterior o posterior; su incidencia está en relación con el bocio multinodular; por lo tanto, este es más frecuente en áreas endémicas por deficiencia de yodo¹.

Ubicado frecuentemente en el mediastino superior; anterior, más común, o en el posterior con componente retrotraqueal (10–15%) o retroesofágico (más infrecuente)³. Comúnmente se clasifica en primario y secundario. El bocio mediastinal primario es verdaderamente intratorácico, representa menos del 1% de todos los bocios intratorácicos, no tiene relación con la glándula tiroidea cervical y es congénito. el segundo grupo, representado por el bocio retroesternal adquirido, como el caso de la paciente anteriormente citada en el estudio. El cual surge de la glándula tiroidea cervical, debido al crecimiento y al descenso de este hacia el tórax³.

Es asintomático entre el 20–30%. Frecuentemente encontrado en mujeres, con predominio entre la 5.a–6.a década de la vida². Los pacientes experimentan síntomas después de muchos años de evolución, secundarios a la compresión de las estructuras intratorácicas, dentro de los que destacan la disnea, el estridor o la sensación de ahogo, propios de la compresión de las vías aéreas⁵; de los anteriores citados, con la paciente presentada, refería disnea y sensación de ahogo, los que fueron englobados en los síntomas opresivos.

Para su diagnóstico, se basa en imágenes donde la radiografía cobra importancia, sin embargo, la tomografía computarizada da información precisa sobre tamaños, densidades y relaciones con estructuras; tal fue el caso de la paciente presentada donde se evidenció el bocio intratorácico, evidenciado en tomografía donde se encontraba desde la base del cuello hasta el arco aórtico, razón por la cual se decidió el abordaje quirúrgico. La Biopsia por punción con aguja fina es muy importante en el diagnóstico del bocio cervical, pero no está indicada en el bocio mediastínico por el riesgo de hemorragia, al causar la compresión aguda de las vías aéreas¹.

El tratamiento más efectivo y recomendado es la cirugía, sobre todo para pacientes con síntomas opresivos o con sospecha de malignidad. Se realiza una resección total, por diferentes abordajes cérvico-torácicos; el abordaje por cervicotomía es el más recomendado, sin embargo, el pobre acceso a masas de tamaños más grandes o que se encuentran dentro de la caja torácica obliga la utilización de la esternotomía o toracotomía. El abordaje por esternotomía o toracotomía tiene indicaciones: efectos opresivos, bocios recurrentes, problemas futuros que afecten la vía aérea, obstrucción vascular, procesos malignos, bocio retroesternal, bocios con percance al arco aórtico, necesidad de tracción excesiva para exponer los nervios laríngeos recurrentes y si la porción inferior del bocio no puede ser palpada con facilidad⁶, teniendo en cuenta que el porcentaje de recidiva es de 12-20%.

La esternotomía es la de elección en el bocio de gran tamaño dentro del tórax con flujo sanguíneo derivado de los vasos intratorácicos, en el bocio en el mediastino posterior que desplaza o comprime el arco aórtico asociado a síndrome de la vena cava superior, recurrentes, y en el bocio subesternal maligno con metástasis a ganglios linfáticos. Entre las complicaciones que se pueden tener durante la resección están las de corto plazo como la hipocalcemia transitoria, la lesión del nervio laríngeo recurrente transitoria, hemorragia e infección; mediano y largo plazo como el hipoparatiroidismo definitivo y la lesión de los nervios laríngeos recurrentes bilaterales definitivos. Sin embargo, el éxito de la cirugía se plantea en el momento de la resolución de los síntomas presentados por el paciente, ya que mejoran la calidad de vida del mismo y su bienestar general.

CONCLUSIÓN

En el bocio intratorácico la cirugía es el tratamiento de elección, de preferencia la resección total de la glándula con esternotomía media si así lo requiere las características de la masa y su forma de presentación, como en el caso presentado en el que se abordó con éxito debido a la compresión a estructuras vitales, teniendo en cuenta que también los hallazgos de la biopsia (Categoría Bethesda III) y de las imágenes no eran concluyentes para descartar malignidad, dieron a la necesidad de abarcar mayor espacio para el vaciamiento linfonodal terapéutico. Las complicaciones son < 1% para este abordaje en manos expertas.

REFERENCIAS

1. Aguiar K, Ceron J, Jorda C, et al. Bocio Intratorácico. Revisión de literatura médica. 2010. España. Elsevier. Vol 88. Núm. 3
2. Ríos A, Rodríguez JM, Galindo PJ, Torregrosa NM, Canteras M, Parrilla P. Tratamiento quirúrgico del bocio multinodular en pacientes geriátricos. *Cir Esp*, 75 (2004), pp. 85-90
3. Madjar S, Weissberg D. Retrosternal goiter. *Chest*, 108 (1995), pp. 78-82
4. 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)
5. Foroulis C, Rammos K, Sileli M, Papakonstantinou C. Primary intrathoracic goiter: A rare and potentially serious entity. *Thyroid*, 19 (2009), pp. 213-218 <http://dx.doi.org/10.1089/thy.2008.0222>