

Bocio endotorácico remanente a seis años de posttiroidectomía total

Unusual endothoracic goiter after six year of total post-thyroidectomy

Leonel Hernández Torres, Raysy Sardiñas Ponce, Obel Alcides Guerra Leal

Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El bocio endotorácico remanente se define como el hallazgo de tejido tiroideo mediastinal después de una tiroidectomía total. Es una entidad infrecuente y generalmente el tumor se encuentra en el mediastino anterior, en posición retroesternal. Se presenta el caso de un paciente con bocio endotorácico remanente posttiroidectomía total diagnosticado 6 años después. Se le realizó una exéresis a la enferma de la lesión sin complicaciones intra ni posoperatorias.

Palabras clave: bocio endotorácico; neoplasias de la glándula tiroides; cirugía.

ABSTRACT

Unusual endothoracic goiter is defined as the finding of mediastinal thyroid tissue after total thyroidectomy. It is uncommon and generally the tumor is located in the anterior mediastinum at retrosternal position. This was a patient with unusual endothoracic goiter after total thyroidectomy and diagnosed six years later. The lesion was excised with no intraoperative or postoperative complications.

Keywords: endothoracic goiter; thyroid gland neoplasias; surgery.

INTRODUCCIÓN

El bocio endotorácico se diagnostica en 0,02 % de la población mundial. También es conocido como subesternal o intratorácico en la literatura. Es una entidad rara, que se presenta como tejido tiroideo ectópico que recibe su irrigación de los vasos mediastinales sin conexión con la glándula tiroidea normotópica.¹

El bocio endotorácico remanente se define como una masa tiroidea mediastinal encontrada después de una tiroidectomía.² El bocio endotorácico fue definido por *Haller* (1749), se clasifica en primario y secundario, este último es el más frecuente. Muchos de ellos se sitúan en el compartimiento del mediastinal anterior por delante de la arteria y la vena innominada, pero según la literatura, se localizan 10-15 % en el mediastino posterior.³

Aquellos localizados en el mediastino posterior usualmente comprimen importantes estructuras intratorácicas. Esto impone un alto riesgo quirúrgico y demanda una cirugía técnicamente difícil, que puede estar asociada al riesgo de lesión de dichas estructuras. Para su diagnóstico y evaluar el grado de compresión de los órganos intratorácicos deben realizarse estudios imagineológicos con mayor importancia la tomografía axial computadorizada (TAC). La elección de la vía de acceso depende del tamaño, localización, relación con los grandes vasos y naturaleza de la lesión (benigna o maligna).⁴

Las vías de acceso incluyen la esternotomía media, toracotomía, toracoscopia o incisión de *hemi-clamshell*.⁴ Muchos de estos tumores pueden ser resecados por la vía de acceso transcervical. Aquellos que se extienden al mediastino posterior son mejor tratados por esternotomía o una toracotomía lateral.³ La mortalidad posoperatoria asociada a la resección es rara, se reportan entre 0,7 y 2,8 %. Las complicaciones posoperatorias incluyen hemorragia, hipocalcemia transitoria y parálisis recurrencial permanente. Esta última se reporta entre 6 y 10 %.⁴

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 70 años, femenina, con antecedentes de bocio multinodular con prolongación endotorácica, por lo que se realizó tiroidectomía total con exéresis de la prolongación, que requirió realizar esternotomía media el 20 de enero de 2006. Se inició un tratamiento sustitutivo con levotiroxina sódica oral, luego se decidió suspender en seguimiento posoperatorio en consulta de Endocrinología. La paciente se mantuvo con niveles normales de hormonas tiroideas. A los 6 años de operada se realizó un estudio por presentar disfagia leve y mantener hormonas tiroideas normales.

Nada ha señalar en el examen físico.

DATOS POSITIVOS A LOS EXÁMENES IMAGINOLÓGICOS

Esofagograma contrastado: compresión extrínseca del esófago,
Ultrasonido torácico: masa tumoral de aproximadamente 10 cm en mediastino medio o posterior,
Gammagrafía: restos celulares en mediastino superior que captan I-131,
TAC de tórax: masa tumoral compleja con calcificaciones en mediastino posterior que desplaza tráquea y esófago hacia delante, que mide 95*49 mm, con áreas de necrosis más evidentes hacia la derecha de la línea media,
Ultrasonido de cuello: no se observan restos de tiroides.

Se decide intervenir quirúrgicamente el 23 de abril de 2012 realizándose toracotomía posterolateral derecha, siendo los hallazgos: tumor de 12*14 cm detrás de la tráquea y desplazando el esófago, bordes lisos, muy vascularizado, irrigado por ramas gruesas provenientes del arco aórtico. Se realiza exéresis completa de la lesión (Fig. 1 y 2).

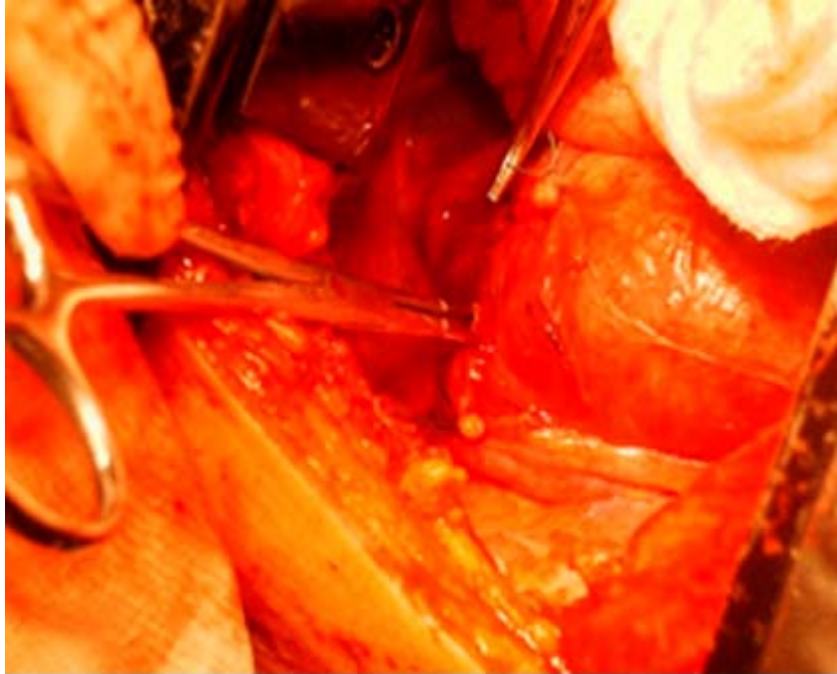


Fig. 1. Toracotomía posterolateral derecha donde se observa tumor de mediastino posterior.



Fig. 2. Pieza quirúrgica correspondiente a bocio endotorácico en mediastino posterior.

Se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos donde permaneció 4 días. Fue tratada con antibioticoterapia endovenosa y se retiró la sonda torácica a las 72 horas. Egresó a los 8 días con evolución favorable y sin complicaciones.

Biopsia posquirúrgica: bocio endotorácico en lo muestreado.

Actualmente se encuentra asintomática, con tratamiento con levotiroxina oral y seguimiento en consultas de Endocrinología.

DISCUSIÓN

El bocio endotorácico remanente posttiroidectomía es una entidad rara. *Calò*² reportó siete pacientes con esta enfermedad, seis de ellos fueron mujeres con edad media de 56 años y rango de hasta 70 años, similar a la paciente presentada. Asimismo, cinco de ellos mantuvieron función tiroidea normal posttiroidectomía, mientras que una de ellas presentó síntomas de hipertiroidismo, y solo dos manifestaron síntomas compresivos. Al igual que dicha paciente, la histología posoperatoria demostró enfermedad tiroidea benigna.

*Sahbaz*⁵ también presentó un paciente masculino que fue diagnosticado siete años después de la tiroidectomía total. Este fue operado por enfermedad de *Graves-Basedow* y mantuvo los síntomas de hipertiroidismo en el posoperatorio, se encontró un tumor de más de 10 cm, similar al de la paciente presentada. *Aziret*³ reportó el caso de una mujer posmenopáusica con bocio intratorácico bilateral remanente posttiroidectomía diagnosticada 10 años después que mantuvo función tiroidea normal. Esta requirió una esternotomía media para el acceso bilateral, ambos tumores fueron mayores de 8 cm.

Concluimos que el bocio endotorácico remanente es una entidad poco frecuente, generalmente benigna, cuya presentación suele ser la presencia de niveles normales de hormonas tiroideas posoperatorias. Se trata de un tumor de evolución lenta, diagnosticado por los síntomas compresivos a estructuras torácicas debido al gran tamaño que llegan a alcanzar.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fountoulakis S. The Role of Imaging in the Diagnosis and Surgical Approach of Substernal Goitre. *Hellenic Journal of Surgery*. 2015;87(1):11-3.
2. Calò PG, Tatti A, Medas F, Petruzzo P, Pisano G, Nicolosi A. Forgotten goiter. Our experience and a review of the literature. *Ann Ital Chir*. 2012;83(6):487-90.

3. Aziret M, Topçuoğlu MS, Özçelik C, Özkayad M. An unusual recurrent bilateral posterior mediastinal goiter after subtotal thyroidectomy: Case report. Int J Surg Case Rep. 2014;5(8):465-8.

4. Kanzaki R, Higashiyama M, Oda K, Okami J, Maeda J, Takenaka D, et al. Surgical management of primary intrathoracic goiters. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2012;60:171-4.

5. Sahbaz A, Aksakal N, Ozcinar B, Onuray F, Caglayan F. The "forgotten" goiter after total thyroidectomy. Int J Surg Case Rep. 2013;4(3):269-71.

Recibido: 7 de febrero de 2017.

Aprobado: 9 de marzo de 2017.

Leonel Hernández Torres. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: leoht@infomed.sld.cu raysyponce@infomed.sld.cu