

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Bocio endotorácico

### Endothoracic goiter

**Elisy Fernández Hidalgo<sup>1</sup>, Daimara Zaldívar Ramírez<sup>1</sup>, Félix García Rodríguez<sup>3</sup>**

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Policlínico Universitario Máximo Gómez Báez. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Residente tercer año Radiología. Hospital Militar. Holguín. Cuba

---

### RESUMEN

Paciente masculino de 64 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y alergia al yodo, tratado con enalapril, que acudió a Consulta de Medicina Interna del Policlínico Máximo Gómez Báez de Holguín en enero de 2016 por presentar decaimiento, cansancio fácil, tos seca frecuente, palpitaciones, disfagia y cambios de la voz (ronquera), cuadro que comenzó hacía aproximadamente dos meses, y fue aumentando en intensidad sin otras complicaciones. Se realizaron los estudios de laboratorio para la valoración preoperatoria, además de los estudios de la función tiroidea, radiografías de tórax (vista antero posterior y lateral), tomografía de tórax, ecografía de la tiroides y biopsia de aspiración con aguja fina en el Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez de Holguín. Se encontró un bocio endotorácico y se realizó tratamiento quirúrgico que consistió en hemitiroidectomía derecha. El transoperatorio y el posoperatorio transcurrieron sin complicaciones, y el informe anatomopatológico reveló la presencia de un bocio coloide adenomatoso.

**Palabras clave:** bocio endotorácico, hemitiroidectomía, tratamiento quirúrgico, bocio coloide adenomatoso.

---

## ABSTRACT

A 64-year-old male patient with a history of hypertension and iodine allergy, treated with enalapril, who came to the Internal Medicine Consultation of Máximo Gómez Báez Polyclinic in Holguín in January 2016 due to decay, easy fatigue, frequent dry cough, Palpitations, dysphagia and voice changes (hoarseness), a condition that began about two months ago, and increased in intensity without other complications. Laboratory studies were performed for preoperative assessment, in addition to studies of thyroid function, chest X-rays (anteroposterior and lateral view), chest x-ray, thyroid ultrasound, and fine needle aspiration biopsy at Lucía Íñiguez Clinical I Surgical Hospital of Holguín. An endothoracic goiter was found and surgical treatment consisted of right hemithyroidectomy. The transoperative and the postoperative period passed without complications, and the anatomopathological report revealed the presence of an adenomatous colloid goiter.

**Keywords:** endothoracic goiter, hemithyroidectomy, surgical treatment, adenomatous colloid goitre.

---

## 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<sup>1</sup>.

Se considera bocio tiroideo al aumento de la glándula tiroides, no importando cual sea su etiología y si es hiperfuncional o hipofuncional <sup>2</sup>. El aumento de la glándula tiroides puede evidenciarse al examen físico en la región anteroinferior del cuello, en ocasiones el crecimiento del bocio puede exceder los límites de esta región y extenderse a otras, una de ellas es el tórax. Esta forma de presentación se denomina bocio endotorácico<sup>3</sup>.

Un bocio se considera endotorácico o intratorácico cuando más del 50% de la glándula está en el mediastino o en el tórax, o sea, por debajo del nivel del estrecho torácico superior<sup>4</sup>. Constituye una enfermedad poco frecuente, que alcanza alrededor del 10% de las masas mediastínicas, y aparece con más frecuencia en el mediastino superior, puede localizarse en el anterior, esta es la

ubicación más común, o en el posterior con componente retrotraqueal (10–15%) o retroesofágico (más infrecuente)<sup>5-7</sup>.

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; además, en su mayoría presentan un flujo sanguíneo proveniente de los vasos intratorácicos. Este se origina de células embrionarias tiroideas ectópicas que descienden al tórax con el arco aórtico<sup>5-7</sup>.

Más común es el segundo grupo, representado por el bocio retroesternal adquirido. Surge de la glándula tiroidea cervical, debido al crecimiento y al descenso de este hacia el tórax. Se describen algunos factores anatómicos que favorecen este descenso, como son el hecho de que la glándula está limitada por estructuras rígidas (vértebras, fascia cervical, cartílago tiroideos y cricoides, etc.), excepto en su límite inferior, que, por lo tanto, es la parte de menor resistencia. Además, esta menor resistencia se ve favorecida por la presión intratorácica negativa, la tracción descendente producida por la deglución y el peso de la glándula<sup>5, 6, 8,9</sup>.

Se calcula que aproximadamente el 3% de los pobladores del mundo lo tienen, aunque la incidencia del bocio a nivel internacional disminuye con el consumo sistemático de la sal yodada y la ingestión de alimentos ricos en yodo. Sin embargo, autores como Newman describen en su artículo una prevalencia entre el 0,02–0,5% en la población de EE.UU.<sup>9,10</sup>. Diferentes literaturas médicas describen una incidencia de este tipo de bocio en pacientes a los que se les ha realizado cirugía tiroidea en un rango entre el 1–20%, y que este constituye entre el 3–12% de todas las masas mediastinales<sup>9,10</sup>. Alrededor del mundo, 665 millones de personas padecen bocio y 4 de cada 1 000 nacidos vivos en Bolivia nacen con esta afección<sup>10</sup>.

Según la mayoría de los autores, entre el 20–30% es asintomático. Se presenta más frecuentemente en mujeres, con una relación de 3:1 y, generalmente, entre la 5 a 6 década de la vida. En la mayoría de los casos los pacientes, que presentan bocio endotorácico, no evidencian sintomatología hasta que la glándula tiene un peso tres veces o más que el de la glándula normal, este hecho hace que la afección sea detectada tardíamente, convirtiéndola en un reto, tanto en su diagnóstico, como en el tratamiento, puesto que su abordaje quirúrgico es dificultoso<sup>10</sup>.

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente del sexo masculino de 64 años de edad, raza blanca, con antecedentes de hipertensión arterial para lo cual lleva tratamiento con enalapril en dosis de 20 mg diario y alergia al yodo. Que

acudió a Consulta de Medicina Interna del Policlínico Máximo Gómez en enero de 2016 por presentar decaimiento, cansancio fácil, tos seca, frecuentes palpitaciones, disfagia y cambios de la voz (ronquera), cuadro que comenzó hacía aproximadamente dos meses, y fue aumentando en intensidad, sin otras complicaciones. Al examen físico se constató como dato positivo en la exploración del cuello tiroides no visible, palpable a predominio del lóbulo derecho; no se precisaron adenopatías.

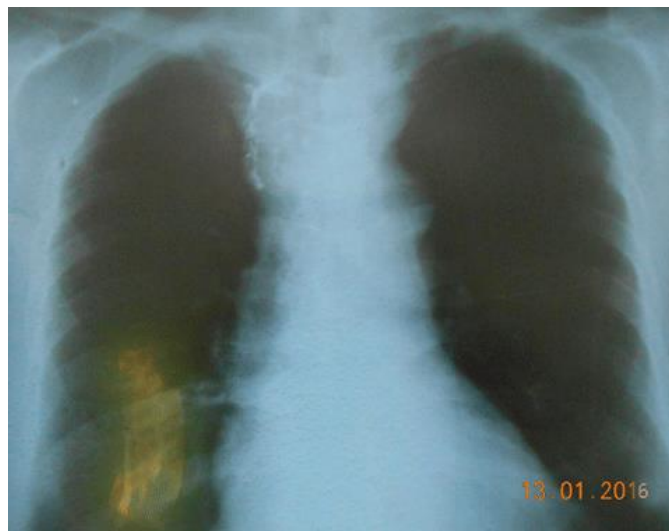
Se realizaron los complementarios de laboratorio siguientes:

- Hemoglobina: 155 g/l; hematocrito: 0,47; leucocitos:  $6,6 \times 10^9$  /l
- Grupo y factor: A+
- Coagulograma mínimo: plaquetas:  $250 \times 10^9$ /L, coágulo retráctil
- Creatinina: 65  $\mu$ mol/l
- Glicemia: 5,13 mmol/l
- Colesterol: 3,2 mmol/l
- Ácido úrico: 278  $\mu$ mol/l
- TGP: 4 UI
- T4: 17,0 mmol/l, TSH: 0,30 UI/ml (todos los valores normales)
- VIH: negativo
- Serología: no reactiva

Otros:

- Radiografía de tórax (vista anteroposterior y lateral): se observó ensanchamiento del mediastino superior derecho de 40 x 60 mm, de contornos regulares, bien definidos que en vista lateral se proyecta en un plano medio con compresión de la tráquea y desplazamiento de la misma hacia delante ([fig. 1](#)).

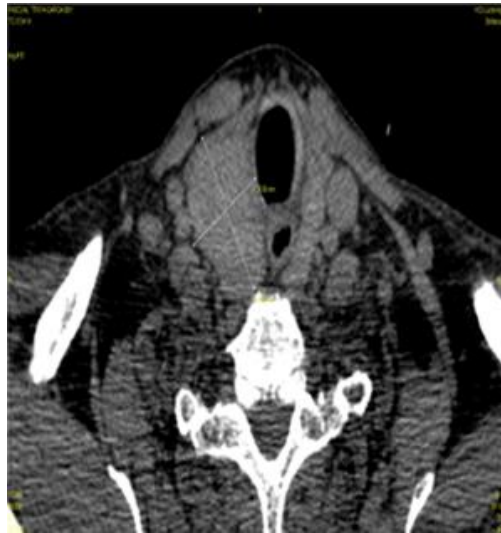
- Ultrasonido de tiroides: el lóbulo derecho midió 30 x 40 x 60 mm, heterogéneo, con zonas sonolucetas por hemorragias y disminución de su ecogenicidad, mientras el lóbulo izquierdo que midió 10 x 13 x 33 mm con disminución de su ecogenicidad. Istmo de 33 mm.
- Biopsia de tiroides: bocio coloide adenomatoso.
- Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax: ensanchamiento del mediastino medio y superior en su porción posterior por paquetes ganglionares peri y retrotraqueales que desplazan hacia delante la tráquea y el esófago. Presencia de ligera reacción pleural bilateral de localización posterior sin derrame, masa en mediastino superior, hiperdensa (80 UH) a la derecha de la tráquea, midiendo 42 x 31 mm que puede estar en relación con el lóbulo derecho del tiroides.



**Fig.1.** La radiografía simple de tórax vista posteroanterior

La radiografía simple de tórax vista posteroanterior (PA) muestra una masa mediastinal o un ensanchamiento del contorno derecho del mediastino superior que mide 40 x 60 mm, borde externo regulares, bien delimitado y lobulado que provocó desviación de la tráquea hacia la izquierda de la línea media ([fig. 1](#)). La radiografía simple de tórax con masa mediastinal o engrosamiento del mediastino superior y desviación de la tráquea de la línea media.

Se realizó TAC de tórax simple con espesor de cortes de 10 mm, explorándose las ventanas alveolar, mediastinal y ósea. Observándose imagen hiperdensa de bordes regulares y bien delimitados, densidad variable que mide 42 x 31 mm que puede estar en relación con el lóbulo derecho de la glándula tiroidea ([fig. 2](#). Corte No. 6).



**Fig. 2.** TAC de tórax simple

## DISCUSIÓN

Se considera bocio intratorácico aquel que se encuentra parcial o totalmente en el mediastino y que puede localizarse en el mediastino anterior o posterior y su incidencia está en relación con el bocio multinodular. El diagnóstico se realiza con cierta facilidad, en su mayoría con pruebas de imagen y el tratamiento es variado, pero como responde poco al tratamiento con tiroxina, la cirugía es el tratamiento de elección, y es de preferencia la resección total de la glándula, la que pueden, en su mayoría, removerse por abordaje cervical, aunque el abordaje torácico puede usarse en bocios ectópicos de localización posterior. En pacientes de alto riesgo puede realizarse tratamiento con yodo radioactivo.

A este 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 y lateral), ultrasonografía del tiroides y biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y estudio de la función tiroidea, TAC de tórax.

Se coincidió con la bibliografía consultada en que pueden presentarse síntomas secundarios a la compresión de estructuras intratorácicas dentro de las que se destacan la disnea, el estridor o la sensación de ahogo, propios de la compresión de las vías aéreas; en algunas series se informa que hasta el 50% de los pacientes presenta estos síntomas. Otros síntomas compresivos son la disfagia, que se presenta en alrededor del 30–40% (más frecuentemente en el bocio del mediastino posterior) y la ronquera en el 13%<sup>5, 7, 8</sup>. En el caso de este paciente la disfagia y

cambios de la voz (ronquera), unidos al decaimiento, cansancio fácil, tos seca persistente y palpitaciones fueron los síntomas más relevantes.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, el utilizado en este caso fue la hemitiroidectomía derecha con exéresis de la prolongación endotorácica. Lo que coincidió con lo revisado y planteado por otros autores en sus estudios. El estudio anatomopatológico de la pieza extraída se informó que se trataba de un bocio coloide adenomatoso, 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 complicaciones transoperatorias, ni postoperatorias, el paciente evolucionó satisfactoriamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hil JL, Mayer G, Carini L, Cantelli G, Modigliani U. Cervicomediastinal goiter. Analysis of preoperative clinical symptoms. *Minerva Chir.* 1993[citado 22 feb 2015]; 48(10):533-537. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8367067>
2. Kasper DL, Harrison TR. *Harrison's principles of internal medicine.* 16 Ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
3. González Sosa G, Díaz Mesa J, Collera Rodríguez SA, González García GA, Argüelles Pérez O, Figueredo Peguero I. Bocio endotorácico. *Rev Cubana Cir.* 2010 [citado 19 ene 2016]; 49(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932010000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000300008&lng=es).
4. González Fernández R, Corona Mancebo S, Salinas Graham JR, López Soto MV, Infante Amorós A. Resultado del tratamiento quirúrgico del bocio endotorácico. *Rev Cubana Cir.* 2007 [citado 19 ene 2016]; 46(1). Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932007000100002&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000100002&lng=es).
5. González Rivero L, Turcios Tristán SE, Velasco Mirabal M. Aplicaciones clínicas del radioyodo 131 (I<sup>131</sup>) en las enfermedades del tiroides. *Rev Cubana Endocrinol.* 2012 [citado 19 ene 2016]; 23(3):256-263. Disponible en:

[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532012000300011&lng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000300011&lng=es)

6. Iglesias Díaz G. Bocio intratorácico. Rev Cien Méd. 2014[citado 19 ene 2016]; 18(6):1101-1109. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000600016&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600016&lng=es)

7. Foroulis CN, Rammos KS, Sileli MN, Papakonstantinou C. Primary Intrathoracic goiter: A rare and potentially serious entity. Thyroid. 2009[citado 23 ene 2005]; 19(3):213–218. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19207008>

8. Ríos A, Rodríguez González JM, Balsalobre MD, Soria T, Canteras M, Parrilla P. Resultados del tratamiento quirúrgico en 247 pacientes con bocio multinodular con componente intratorácico. Cir Española. 2004[citado 29 ene 2015]; 75(3):140–145. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-resultados-del-tratamiento-quirurgico-247-S0009739X04789435>

9. Newman E, Shaha AR. Substernal goiter. J Surg Oncol. 1995[citado 26 ene 2015]; 60(3):207–212. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jso.2930600313/abstract>

10. Becker WF. Presidential address: Pioneers in thyroid surgery. Ann Surg. 1977[citado 26 ene 2015]; 185(5):493–504. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1396170/>

Recibido: 20 de octubre de 2016

Aprobado: 8 de noviembre de 2016

Dra. *Elisy Fernández Hidalgo*. Policlínico Universitario Máximo Gómez Báez. Holguín. Cuba.  
Correo electrónico: [opupo@infomed.sld.cu](mailto:opupo@infomed.sld.cu)