

Coloso en el tórax: la historia de un bocio subesternal gigante

Colossus in the thorax: the story of a giant subesternal goiter

Luis Roberto Hernández Mercado[1]
Yolmarc Alberto Martínez Velazco[1]
Jaime Adolfo Arévalo Carrillo[1]
María Fernanda Oviedo Lara[1]
Jorge Mario Carrillo Sáenz[2]
https://doi.org/10.53903/01212095.359

Resumen

El bocio subesternal es un tipo de bocio en el cual la glándula tiroides se extiende hacia el tórax, por debajo de la escotadura esternal protruyendo hacia el mediastino, en ocasiones ejerciendo presión sobre las estructuras adyacentes. Se presenta el caso de una paciente de 70 años de edad que consulta al servicio de urgencias por un cuadro clínico de diez días de evolución, caracterizado por tos seca y odinofagia, sin otros síntomas asociados. Al examen físico se observan telangiectasias en el cuello. Refiere antecedente de hipotiroidismo al momento de la consulta. Se realizaron estudios imagenológicos como radiografía y tomografía de tórax, en los que se evidenciaron hallazgos compatibles con un bocio subesternal.

Palabras clave (DeCS)

Bocio subesternal
Hormonas tiroideas
Tomografía
Disnea
Tráquea

Summary

Substernal goiter is a type of goiter in which the thyroid gland extends into the chest, below the sternal notch, protruding into the mediastinum and sometimes exerting pressure on adjacent structures. We present the case of a 70-year-old female patient who consulted the emergency room for a 10-day history of dry cough and odynophagia, with no other associated symptoms. Physical examination revealed telangiectasias in the neck. She reported a history of hypothyroidism at the time of consultation. Imaging studies such as a chest X-ray and CT scan were performed, which showed findings compatible with a substernal goiter.

Key words (MeSH)

Goiter substernal
Thyroid hormones
Tomography
Dyspnea
Trachea

Introducción

El bocio se caracteriza por un crecimiento anormal del tamaño de la glándula tiroides. Normalmente, esta se encuentra ubicada justo debajo de la laringe, en la porción anterolateral de la tráquea, protegida por los músculos anteriores del cuello, el tejido celular subcutáneo y la piel. Cuando los lóbulos tiroideos aumentan de tamaño, tienden a crecer en diferentes direcciones, más frecuente en dirección superior y anterior hacia donde existe menos resistencia (1). El bocio subesternal, que se define como un crecimiento de tejido tiroideo superior al 50 % por debajo del opérculo torácico, representa cerca del 5 % de los tumores resecados del mediastino (2). Su localización más frecuente es en el mediastino anterior (3). Pueden ser asintomáticos o manifestar síntomas como disnea, masa cervical palpable, odinofagia, alteraciones en la voz y, en casos severos, síndrome de la vena cava superior (4). Los estudios de imagen, como la radiografía de tórax y la tomografía computarizada (TAC), son fundamentales para identificar, localizar, delimitar márgenes de la lesión y realizar una planificación certera del abordaje quirúrgico más adecuado.

Presentación de caso

Paciente femenina de 70 años de edad que acude al servicio de urgencias por un cuadro clínico de diez días de evolución, caracterizado por tos seca y odinofagia, sin otra sintomatología asociada. Refiere antecedente de hipotiroidismo en tratamiento. A la inspección se observan telangiectasias en la región del cuello. A la palpación no se observan anomalías relevantes como masas palpables o dolor ante la presión. Se realizó una radiografía de tórax, la cual reveló una radioopacidad en el hemitórax derecho, acompañada de un ensanchamiento mediastinal (figura 1). Posteriormente, se practicó una TAC de tórax que mostró una masa de gran tamaño en la región anterior del cuello con extensión intratorácica, de densidad no homogénea, algunas áreas de baja densidad y otras de alta densidad, con desplazamiento de esófago y grandes vasos. Estos hallazgos fueron consistentes con bocio tiroideo con extensión intratorácica (figura 2). Se efectuó una biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF), en la cual se observaron coloide, macrófagos y algunos grupos de células foliculares sin atipia formando macrofolículos, lo que resultó en hallazgos compatibles con bocio (Categoría Bethesda II).

La paciente fue sometida a una cirugía para resección del bocio, procedimiento realizado de manera

[1]Médico general, Universidad de Pamplona. Pamplona, Colombia.

[2]Residente de Radiología e Imágenes Diagnosticas, Hospital Nacional Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Institución a la cual se le atribuye el trabajo: Servicio de Hospitalización, Clínica Salud Social. Sincelejo, Colombia.

exitosa por un equipo multidisciplinario de cirugía de tórax y cabeza y cuello. El equipo quirúrgico planificó un enfoque integral para abordar tanto la región cervical como la torácica. Posteriormente, se envió material para estudio histopatológico que mostró folículos tiroideos con variabilidad de tamaño, coloide en su interior, con revestimiento de células epiteliales cuboideas, sin atipia celular; hallazgos congruentes y concordantes con bocio tiroideo (Categoría Bethesda II) (figura 3).

Discusión

El bocio subesternal tuvo su primera descripción por Albrecht van Haller (1749) quien lo definió como la extensión de la glándula tiroides por debajo del nivel del opérculo torácico (5). El bocio subesternal tiene origen cervical y representa aproximadamente el 99 % de los bocios subesternales (6). La incidencia de esta entidad aumenta después de la sexta década de la vida, es mucho más frecuente en el sexo femenino, tiene extensión intratorácica y, generalmente, más de la mitad de la masa tiroidea se encuentra inferior a la fosa supraesternal o la cuarta vértebra torácica (4). Cerca del 80-90 % de los bocios subesternales se ubican en el mediastino anterior y un 10-15 %, en el mediastino posterior. Es más común su expansión unilateral, pero también se encuentran con extensión bilateral (7).

La forma clínica de presentación es muy diversa y amplia, por lo que se requiere el diagnóstico por imágenes. La radiografía de tórax es una ayuda fundamental, ya que evalúa la presencia de una masa mediastinal, así como la compresión o el desplazamiento de estructuras cercanas. Por otro lado, la TAC es mucho más eficaz y precisa para definir los límites de la masa y su cercanía a estructuras del tórax, y juega un papel fundamental en la planificación precisa del abordaje quirúrgico (8).

Un bocio subesternal gigante puede causar sintomatología variada, como dificultad respiratoria, compresión vascular, disfagia e incluso muerte súbita. En algunos pacientes se realiza una resección preventiva para evitar complicaciones a futuro, y cuando hay sospecha de malignidad, la resección se debe realizar en todos los casos. Histopatológicamente, por lo general se observan lesiones benignas características de un bocio y menos del 10 % de los casos son lesiones malignas, que generalmente se presentan en adultos mayores. El abordaje quirúrgico en casos de bocio subesternal se puede hacer mediante esternotomía media, toracotomía posterolateral o toracotomía bilateral, según lo planificado por el equipo multidisciplinario (4).

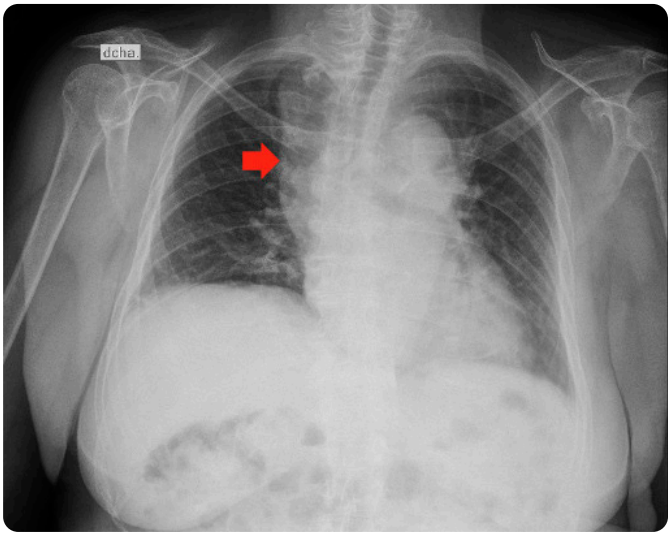


Figura 1. Radiografía de tórax, proyección única anteroposterior, donde se observa ensanchamiento mediastinal superior derecho con desplazamiento traqueal (flecha roja).

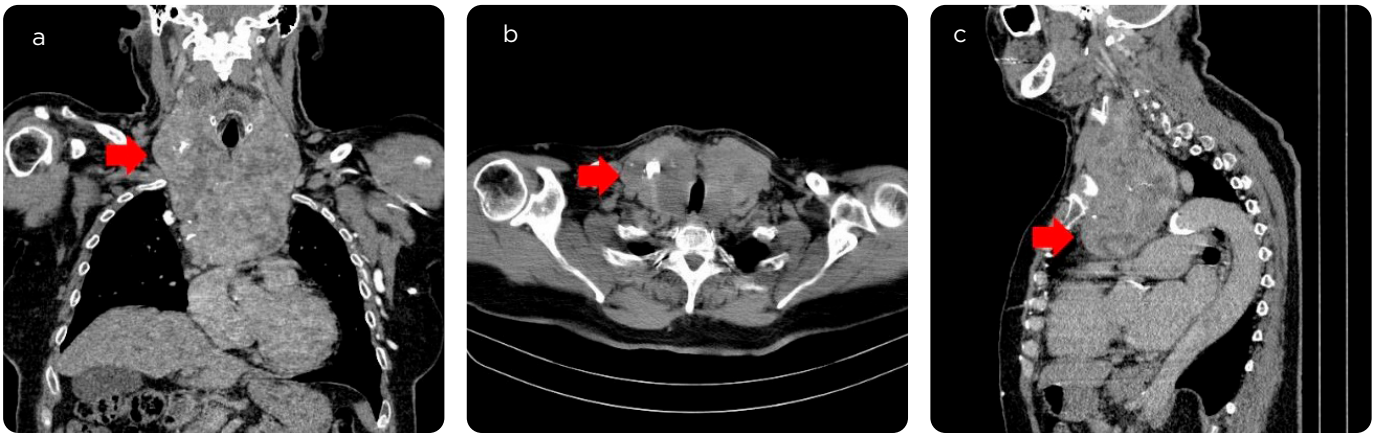


Figura 2. TAC. a) Corte coronal, b) corte axial y c) corte sagital. Se observa una masa de gran tamaño en la región anterior del cuello con extensión intratorácica, con densidad heterogénea incluyendo áreas de baja densidad, densidad intermedia y algunas calcificaciones distróficas. El bocio protruye hacia el mediastino anterior, desplazando la tráquea y las estructuras vasculares.

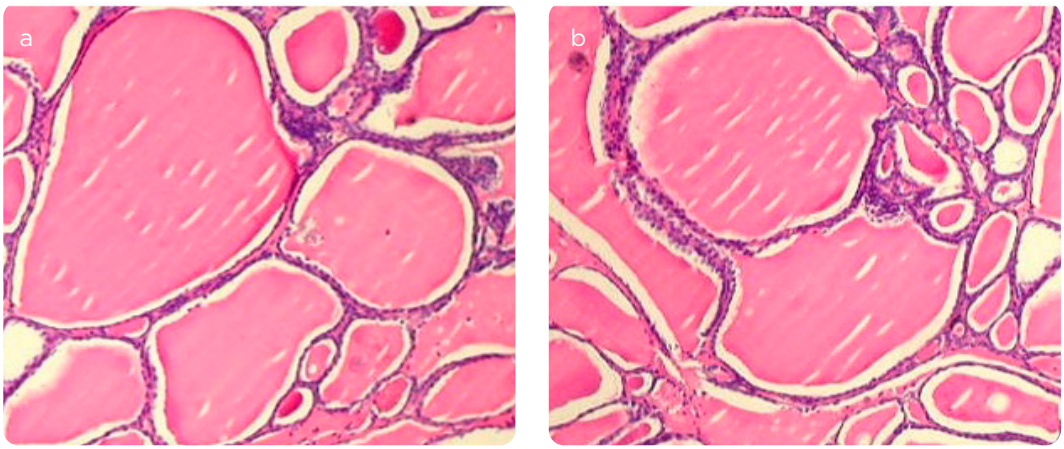


Figura 3. a y b) Imagen histopatológica del bocio: folículos grandes distendidos y otros de menor tamaño con coloide en su interior, con revestimiento de tejido epitelial cuboideo simple.

Las complicaciones quirúrgicas por resección se pueden clasificar en corto, mediano y largo plazo. A corto plazo están documentadas: la hipocalcemia transitoria, la lesión temporal del nervio laríngeo recurrente, hemorragias o infecciones. A mediano y largo plazo, se puede originar hipoparatiroidismo definitivo y daño permanente de los nervios laríngeos recurrentes. No obstante, el éxito quirúrgico se evalúa principalmente por la finalización y la ausencia de la sintomatología del paciente, lo cual mejora su calidad de vida y bienestar biopsicosocial general (1).

Conclusión

En conclusión, el caso de la paciente con bocio subesternal presenta una complejidad significativa debido a la ubicación y las posibles complicaciones asociadas con esta patología. La paciente tuvo éxito en su procedimiento quirúrgico, con buena evolución posoperatoria y sin complicaciones significativas; se destaca la necesidad de un equipo multidisciplinario para optimizar los resultados. Es fundamental el seguimiento estrecho del caso, considerando tanto los riesgos inherentes a la cirugía como las posibilidades de recidiva posoperatoria. Este informe resalta la importancia de un diagnóstico temprano y una planificación quirúrgica adecuada para optimizar los resultados y la recuperación del paciente.

Referencias

1. Huang WC, Huang CH, Hsu HS, et al. Intrathoracic goiter in elderly patients. International J Gerontol. 2013;7(1):8-12. https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.01.027
2. Maloof F, Wang CA, Vickery AL Jr. Nontoxic goiter-diffuse or nodular. Med Clin North Am. 1975;59(5):1221-32. https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)31970-8
3. Unlu MT, Aygun N, Kostek M, et al. Substernal goiter: From definitions to treatment. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2022;56(2):167-76. https://doi.org/10.14744/semb.2022.30806
4. Iriarte MB, Morales EI, Velásquez M, et al. Giant intrathoracic goiter of atypical presentation: a case report. Clin Pathol. 2020;13. https://doi.org/10.1177/2632010X20916741
5. Rugiu MG, Piemonte M. Surgical approach to retrosternal goitre: do we still need sternotomy? Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009;29(6):331-8. PMID: 20463839
6. Mack E. Management of patients with substernal goiters. Surg Clin North Am. 1995;75(3):377-94. https://doi.org/10.1016/s0039-6109(16)46628-4
7. Knobel M. An overview of retrosternal goiter. J Endocrinol Invest. 2021;44(4):679-91. https://doi.org/10.1007/s40618-020-01391-6
8. Mahajan MS, Digamber NS, Rajkumar S. Primary intrathoracic goiter: Incidental diagnosis on 99m-Tc pertechnetate radioisotope thyroid scan. Indian J Endocrinol Metab. 2012;16(6):1063-6. https://doi.org/10.4103/2230-8210.103047

Correspondencia

Luis Roberto Hernández Mercado
Calle 14 # 22b-81
Corozal, Sucre, Colombia
luirrohernandez@gmail.com

Recibido para evaluación: 22 de enero de 2024
Aceptado para publicación: 26 de abril de 2024