

CASO CLÍNICO

## **BOCIO GIGANTE COMPRESIVO CON DISNEA AGUDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **GIANT COMPRESSING GOITER WITH ACUTE DYSPNEA. REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE**

Vicente Pino Rivero\*, Carlos Montero García\*, Alicia González Palomino\*\*, Gabriel Trinidad Ruíz\*\*, Tamara Keituqwa Yáñez\*,  
Guillermo Pardo Romero\*\* y Antonio Blasco Huelva\*\*\*

**RESUMEN:**

Presentamos el caso clínico de una mujer de 83 años con insuficiencia respiratoria debida a un bocio gigante parcialmente intratorácico, que fue remitida para tratamiento quirúrgico de su patología tiroidea. Durante la estancia hospitalaria fue necesario realizar una traqueotomía de urgencia por disnea aguda y posteriormente se practicó una tiroidectomía total con resultado anatomopatológico de bocio multinodular. La evolución fue satisfactoria sin aparición de hipocalcemia sintomática ni parálisis recurrential.

Más del 90% de los bocios intratorácicos, incluidos los de gran tamaño, pueden extirparse mediante un abordaje exclusivamente cervical como ponemos de manifiesto en la revisión bibliográfica.

**PALABRAS CLAVE:**

Bocio Gigante. Disnea Aguda. Bocio Multinodular.

**SUMMARY:**

We report the clinical case of a 83 years-old female with respiratory insufficiency due to a partially intrathoracic giant goiter, who was sent for surgical treatment of her thyroid pathology. During the hospitalary stay it was necessary to perform an urgent tracheostomy because of acute dyspnea and later we made a total thyroidectomy with anatomopathological result of multinodular goiter. The evolution was satisfactory without appearance of symptomatic hypocalcemia or recurrential palsy.

More than 90% of intrathoracic goiters, including the big size ones, can be removed exclusively by a cervical approach as we reveal in the bibliographic review.

**KEY WORDS:**

Giant Goiter. Acute Dyspnea. Multinodular Goiter.

**Dr. Vicente Pino Rivero (O.R.L.)**

Avda. Antonio Masa Campos 3, 5ºG  
06005 Badajoz (Espanha)  
vicentepinorivero@terra.com

## **INTRODUCCIÓN**

Los bocios multinodulares (BMN) de gran tamaño o intratorácicos pueden crear un compromiso más o menos agudo de la vía aérea y del estrecho torácico superior ocasionando a veces una disnea aguda que puede comprometer seriamente la vida del paciente.

Los bocios asociados con problemas respiratorios tienen mayor riesgo de albergar en su interior un carcinoma que debe descartarse previamente mediante punción aspiración con aguja fina (P.A.A.F.).

Las indicaciones quirúrgicas de los BMN son variables pues influyen criterios endocrinológicos, estéticos, preferencia del paciente frente al tratamiento médico y sintomatología clínica.

\* Facultativo Especialista de Otorrinolaringología

\*\* Médico Residente de O.R.L.

\*\*\* Jefe de Servicio de O.R.L. - Badajoz (Espanha).

Se presenta un caso de bocio gigante de varios años de evolución en una mujer hipertiroidea que cuando consultó ya presentaba síntomas evidentes de insuficiencia respiratoria debidos a la compresión glandular producida.

Las dificultades en la intubación orotraqueal y el componente intratorácico pueden comprometer el éxito de la intervención siendo necesario el estudio histológico o AP de la pieza extirpada.

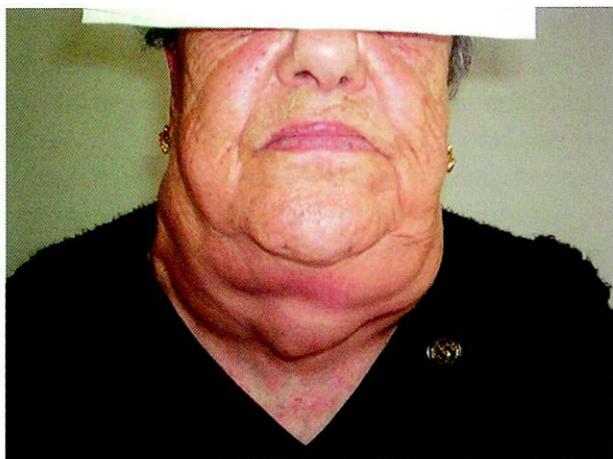
A pesar de dicho componente intratorácico la mayoría de las veces es posible la extirpación completa del bocio mediante un abordaje cervical sin necesidad de abrir el mediastino mediante esternotomía media.

## CASO CLÍNICO

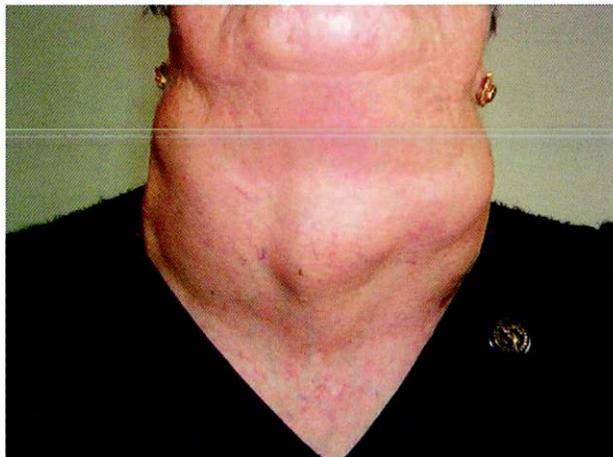
Paciente de 83 años remitida desde otro Hospital de nuestra región por presentar un bocio multinodular grado IV de muchos años de evolución que le producía insuficiencia respiratoria por compresión.

Entre los antecedentes personales destacamos hipertiroidismo, HTA, bloque aurículoventricular (con marcapasos) e intervención previa por un prolapso uterino.

A la exploración (**Figuras I y II**) se apreciaba un bocio gigante con aumento global de



**FIGURA I: IMAGEN FRONTAL DEL BOCIO GIGANTE COMPRESIVO QUE PRESENTABA LA PACIENTE.**



**FIGURA II: IMAGEN EN EXTENSIÓN CERVICAL. DESARROLLO DE CIRCULACIÓN COLATERAL.**

ambos lóbulos tiroideos y desarrollo de circulación colateral cérvico-torácica.

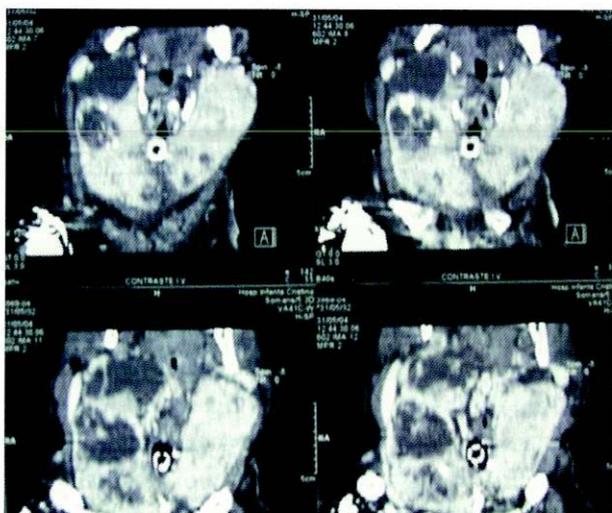
Los estudios previos por parte de Endocrinología, incluida P.A.A.F., no informaban o descartaban preoperatoriamente la presencia de un posible carcinoma tiroideo asociado u oculto siempre a expensas obviamente del resultado AP final.

6 días después de su llegada a nuestro Hospital y a la espera de cirugía por nuestro Servicio la paciente fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos por hipoxemia franca con hipercapnia precisando intubación orotraqueal y apoyo ventilatorio.

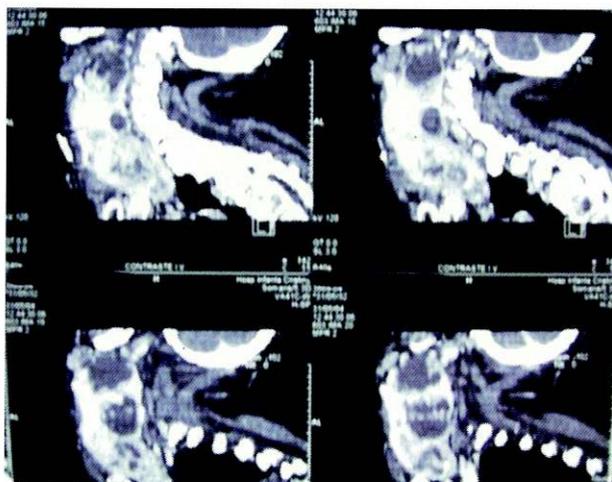
En las radiografías de tórax se constató un derrame pleural bilateral mientras que en el TAC cérvicotorácico (**Figuras III y IV**) se apreciaba el gran tamaño que había alcanzado la glándula tiroidea con componente parcial intratorácico.

El lóbulo tiroideo derecho (LTD) medía 14x7 cm mientras que el izquierdo (LTI) alcanzaba los 10 x 4 cm.

Por fibroscopia se objetivó una compresión extrínseca que ocluía parcialmente la luz glótica y no llegábamos a identificar las cuerdas vocales.



**FIGURA III: CORTE AXIAL DE TAC CERVICAL EN EL QUE SE APRECIA EL ENORME TAMAÑO DE AMBOS LÓBULOS TIROIDEOS CON MÚLTIPLES NÓDULOS EN SU INTERIOR.**



**FIGURA IV: RECONSTRUCCIÓN SAGITAL EN LA QUE SE APRECIA EL COMPONENTE O PROLONGACIÓN INTRATORÁCICA DEL BOCIO.**

Una vez en planta, a pesar del tratamiento médico (incluida oxigenoterapia mediante gafas nasales) y a la espera de cirugía inminente, la paciente presentó una disnea aguda que requirió una traqueotomía urgente bajo anestesia general e IOT.

Esta intervención para garantizar la vía aérea se llevó a cabo por el ORL de guardia a nivel del primer-segundo anillo traqueales, con muchas dificultades debido al grueso tamaño del istmo glandular y las características del cuello.

A la semana siguiente realizamos una tiroidectomía total por vía cervical remitiendo la pieza para estudio AP siendo informada como bocio multinodular-hiperplasia nodular sin atipias.

El peso del mismo superaba los 350 g.

Tres semanas después procedimos al cierre del traqueostoma y 5 días después al alta hospitalaria de la mujer con cifras normales de calcio y movilidad conservada de ambas cuerdas vocales por fibroscopia.

## DISCUSIÓN

El caso presentado aconteció en una mujer de edad avanzada con un bocio multinodular de muchos años de evolución que no había consultado anteriormente por este motivo, y cuyo crecimiento paulatino había dado lugar a síntomas compresivos evidentes<sup>1,2</sup> que desembocaron inicialmente en una disnea de pequeños esfuerzos y posteriormente en una disnea aguda franca que obligó a la realización de una traqueotomía urgente.

En las pruebas de función respiratoria se hubieran obtenido anomalías inspiratorias y espiratorias sugestivas de obstrucción alta al flujo aéreo<sup>3</sup>.

En situaciones de bocio de gran tamaño o gigantes, especialmente si el crecimiento ha sido rápido o la sintomatología obstructiva es florida, debemos descartar la posible presencia de un carcinoma tiroideo oculto asociado<sup>4</sup>.

Para ello, la mayoría de los autores recomiendan la realización de una P.A.A.F. a diferentes niveles de la glándula<sup>5</sup>.

Aunque la punción-aspiración sea negativa para malignidad citológica es el estudio histológico del bocio una vez extirpado el que nos dará el diagnóstico definitivo<sup>6</sup>.

La frecuencia media de malignidad en el BMN alcanza incluso más del 10% en algunas series consultadas<sup>7,8</sup>.

Los bocios gigantes con extensión intratorácica evidente deben estudiarse preoperatoriamente, aparte de la ecografía y gammagrafía, mediante pruebas de imagen como la TAC y la RMN<sup>9</sup> que nos delimitarán mejor la prolongación endotorácica, la relación con los grandes vasos y el grado de penetración entre otras características<sup>10</sup>.

El tratamiento de elección fue quirúrgico fundamentalmente por la sintomatología compresiva de la paciente, la cual fue informada de los posibles riesgos y complicaciones en general y en su caso en particular.

Otras indicaciones de tiroidectomía total establecidas en los BMN son la sospecha de malignidad y el hipertiroidismo clínico o subclínico (enfermedad de Plummer)<sup>11</sup>.

En casos de contraindicación formal para la cirugía existe un tratamiento no completamente resolutivo mediante yodo radiactivo que puede mejorar la sintomatología compresiva en más de un tercio de los enfermos<sup>12</sup>.

Más del 90% de los bocios de gran tamaño con componente intratorácico pueden extirparse mediante abordaje cervical sin necesidad de recurrir a esternotomía media con apertura del mediastino cuyo riesgo operatorio sería mucho más elevado a pesar de una buena y esencial planificación previa.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Moumen M, Mehhane M, Kadiri B, Mawfik H, el Fares F. Compressive goiters. Apropos of 80 cases. *J Chir (Paris)*. 1989 Oct;126(10):521-6.
- 2 Nobre EL, Aragues JM, Galvao-Telles A. A giant goiter in the 21st century. *Thyroid*. 2003 Apr;13(4):405.
- 3 Mellièrè D, Saada F, Etienne G, Bequemin JP, Bonnet F. Goiter with severe respiratory compromise: evaluation and treatment. *Surgery* 1988; 103: 367-373.
- 4 Rios A, Rodriguez JM, Canteras M, Galindo PJ, Balsalobre MD, Parrilla P. Risk factors for malignancy in multinodular goiters. *Eur J Surg Oncol*. 2004 Feb;30(1):58-62.
- 5 Irizar ML, Spitale LS, Godoy G, Canga C. Eco-guided fine needle aspiration of the thyroid. Algorithm diagnosis. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2001; 58(1):77-86.
- 6 Zambudio AR, Gonzalez JM, Perez JS, Cogollos TS, Fernandez PJ, Paricio PP. Utility of frozen-section examination for diagnosis of malignancy associated with multinodular goiter. *Thyroid*. 2004 Aug; 14(8): 600-4.
- 7 Pelizzo MR, Bernante P, Toniato A, Fassina A. Frequency of thyroid carcinoma in a recent series of 539 consecutive thyroidectomies for multinodular goiter. *Tumori*. 1997 May-Jun;83(3):653-5.
- 8 Prades JM, Dumollard JM, Timoshenko A, Chelikh L, Michel F, Estour B, Martin C. Multinodular goiter: surgical management and histopathological findings. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2002 Apr;259(4):217-21.
- 9 Carnaille B. What examinations should be performed in the case of retrosternal or compressive goiter?. *Ann Chir*. 1999; 53(1): 75-7.
- 10 Day TA, Chu A, Hoang KG. Multinodular goiter. *Otolaryngol Clin North Am*. 2003 Feb; 36(1): 35-54.
- 11 Reeve TS, Delbridge L, Cohen A, Crummer P. Total thyroidectomy. The preferred option for multinodular goiter. *Ann Surg*. 1987 Dec;206(6):782-6.
- 12 Huysmans DA, Hermus AR, Corstens FH, Barentsz JO, Kloppenborg PW. Large, compressive goiters treated with radioiodine. *Ann Intern Med*. 1994 Nov 15; 121(10): 757-62.