

# Bocio gigante como causa de disnea aguda asociado a parálisis recurrencial bilateral

## Giant goiter as a cause of acute dyspnea associated with bilateral recurrential palsy

Vicente Pino Rivero · Mónica Marcos García · Alicia González Palomino · M<sup>a</sup> Elena Mora Santos · Alfonso Ambel Albarrán · Eladio Rejas Ugena

### RESUMO

Presentamos el caso clínico de una mujer de 57 años con Bocio Multinodular (BMN) grado IV-V gigante que provocó una parálisis recurrencial bilateral por compresión y estenosis glótica casi total. La disnea aguda que presentaba la paciente obligó a una traqueotomía y posteriormente realizamos una tiroidectomía total con diagnóstico AP de hiperplasia nodular. No se registraron complicaciones postoperatorias.

Los bocios de gran tamaño pueden comprometer seriamente la vía aérea. La clínica y las pruebas de imagen son útiles para el diagnóstico y el tratamiento de elección en estos casos es la cirugía.

Palabras Clave: Bocio multinodular; disnea aguda.

### ABSTRACT

We report the clinical case of a 57 years-old female with Multinodular Goiter (BMN) grade IV-V and giant that had produced a bilateral recurrential palsy by compression and a near total glottic stenosis. The acute dyspnea of the patient required a tracheostomy and later we performed a total thyroidectomy with AP diagnosis of nodular hyperplasia. There were not complications after the surgery.

The giant goiters can affect the airway seriously. Symptoms and imaging tests are usefull for diagnosis and the first treatment is surgery in these cases.

Keywords: Multinodular goiter; acute dyspnea.

### INTRODUÇÃO

Los bocios multinodulares gigantes, grados IV y V, debido a su gran tamaño, pueden comprometer gravemente la vía aérea, comprimir y desplazar estructuras adyacentes. Presentamos el caso clínico de una mujer de mediana edad que presentaba un bocio gigante con clínica de hipertiroidismo de años de evolución.

Aportamos las imágenes de la radiografía simple de tórax y de la TAC cervical que demuestran la existencia del citado bocio que desplazaba y comprimía la vía aérea. Además provocó una parálisis recurrencial bilateral con disnea aguda que obligó a la realización de una traqueotomía de urgencia. Posteriormente el tratamiento de elección fue una tiroidectomía total remitiendo la pieza para estudio anatomopatológico.

Realizamos una revisión bibliográfica en la que ponemos de manifiesto otras posibles consecuencias de los bocios gigantes como la compresión mediastínica, el síndrome de vena cava superior y el síndrome de Horner. Siempre que sea posible se debe extirpar el bocio por vía cervical procurando evitar una parálisis recurrencial en el postoperatorio y una hipocalcemia definitiva. El seguimiento posterior de la paciente tras la primera revisión en nuestras consultas fue llevado a cabo por el Servicio de Endocrinología.

**VICENTE PINO RIVERO**  
Facultativo Especialista de O.R.L.

**MÓNICA MARCOS GARCÍA**  
Facultativo Especialista de O.R.L.

**ALICIA GONZÁLEZ PALOMINO**  
Facultativo Especialista de O.R.L.

**M<sup>a</sup> ELENA MORA SANTOS**  
Médico Residente de O.R.L.

**ALFONSO AMBEL ALBARRÁN**  
Facultativo Especialista de O.R.L.

**ELADIO REJAS UGENA**  
Jefe de Servicio de O.R.L.

Instituição:  
Complejo Hospitalario Infanta Cristina  
Avda. de Elvas 5/N  
06080 Badajoz (Espanha)

Correspondência:  
Dr. Vicente Pino Rivero  
Avda. Antonio Masa 3, 5ºG  
06005 Badajoz (Espanha)  
vicentepinorivero@terra.com

Apresentado no 55º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

## CASO CLÍNICO

Mujer de 57 años con antecedentes personales de meningitis, HTA, EPOC y bocio multinodular con hipertiroidismo de años de evolución. La paciente ingresó en nuestro hospital por hemorragia subaracnoidea que evolucionó favorablemente pero luego pasó a UCI por deterioro cognitivo y mala mecánica ventilatoria con mejoría pasajera, motivo por el cual se realizó traqueotomía.

Practicamos fibroscopia nasolaríngea apreciando una parálisis recurrencial bilateral y estenosis glótica casi completa. A nivel cervical constatábamos la presencia de un bocio gigante grado IV-V. La Rx simple de tórax mostraba un desplazamiento traqueal evidente y en la TAC de Tórax (Figuras 1 y 2) se apreciaba un bocio gigante que comprimía y estrechaba la luz glótica.



**Figura 1 |** Corte axial de TAC que muestra un bocio multinodular grado IV (gigante) compresivo.



**Figura 2 |** TAC cervical que muestra el desplazamiento de la vía aérea y el estrechamiento de la luz glótica.

Procedimos a tiroidectomía total y remitimos el bocio para estudio AP que fue informado como hiperplasia nodular. La pieza quirúrgica pesaba 250 gramos y sus dimensiones eran de 13 por 9 por 8 cm. No registramos complicaciones postoperatorias. La estancia hospitalaria fue de 7 días con retirada de los drenajes tipo redon a las 48 horas y puntos a la semana de la intervención. A su alta la paciente fue inicialmente controlada en nuestras Consultas Externas de ORL y posteriormente en las de Endocrinología con tratamiento sustitutivo de hormonas tiroideas.

Una de las cuerdas recuperó parcialmente su movilidad después de 6 semanas y la luz glótica mejoró significativamente tras la extirpación del bocio. Esperamos en un futuro próximo poder decanular a la paciente pero de momento pensamos que debe seguir con su traqueotomía reglada.

## DISCUSIÓN

Los bocios multinodulares eutiroideos e hipertiroideos pueden adquirir grandes dimensiones y son más frecuentes en mujeres (7:1 respecto a varones) en la quinta y sexta décadas de la vida.<sup>1,2</sup> En su evolución pueden dar lugar a compresión de estructuras adyacentes con compromiso de la vía aerodigestiva. En la literatura son bien detallados los síndromes de vena cava superior<sup>3-5</sup>, de Horner<sup>6</sup>, compresión mediastínica<sup>7</sup> y crecimiento intratorácico<sup>8</sup>.

La afectación de la vía aérea puede dar lugar a un cuadro clínico agudo de disnea y estridor inspiratorio. En nuestra paciente el bocio gigante provocaba una parálisis recurrencial con escasa luz glótica que requirió una traqueotomía.

El diagnóstico se basa en una buena historia clínica y exploración física complementada por pruebas de imagen siendo muy útil solicitar en estos casos un TAC cervicotorácico amén de una analítica preoperatoria con una determinación de hormonas tiroideas recientes.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica (tiroidectomía total) que casi siempre puede llevarse a cabo por vía cervical. Pueden existir dificultades para la intubación por las propias características anatómicas y por el desplazamiento traqueal producido por el bocio. Técnicamente puede resultar dificultoso localizar, respetar y seguir el trayecto de los nervios recurrentes que pueden encontrarse elongados o desplazados de su localización habitual. Siempre que sea posible deben visualizarse y conservar la vascularización de las cuatro glándulas paratiroides<sup>(8,9)</sup>.

Nuestro Servicio de O.R.L. es el que realiza habitualmente la cirugía del tiroides y paratiroides en nuestro hospital. En caso de bocios muy intratorácicos, con más

del 50% de la glándula en tórax o mediastino, podemos solicitar la cooperación de otros especialistas (cirujanos generales, torácicos, etc). A su alta los pacientes son revisados por nosotros y por el Servicio de Endocrinología como parte de un abordaje multidisciplinar de esta patología.

## BIBLIOGRAFIA

1. LARENA-AVELLANEDA A, GOTH B, IMIG H. THE GIANT, PENDULANT GOITER. A CASE REPORT. ZENTRALBL CHIR 2001; 126 : 627-9
2. ALOSCO T, EISENBERG B, KELLER SM. RETROTRACHEAL GOITER. SOUTH MED J. 1990; 83 : 239-40
3. MCKELLAR DP, VERAZIN GT, LIM KM, SPIEGEL JC, BLOCK BL. SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME AND TRACHEAL OBSTRUCTION DUE TO MULTINODULAR GOITER. HEAD NECK 1994; 16 : 72-4
4. KESSLER SAIZ P, OLMEDO MORENO M, JARENO CHAUMEL J, PASCUAL CUESTA T. THE SUPERIOR VENA CAVA SÍNDROME IN RETROESTERNAL GOITER. AN MED INTERNA. 1989; 6 : 479-80
5. CICHON S, BARCZYNSKI M, ROGULA T. INTRATHORACIC GOITER AS A CAUSE OF SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME. PRZEGL LEK. 1998; 55 : 626-8
6. CENGIZ K, AYKIN A, DEMIREI A, DIREN B. INTRATHORACIC GOITER WITH HYPERTHYROIDISM, TRACHEAL COMPRESSION, SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME, AND HORNER'S SYNDROME. CHEST. 1990; 97 : 1005-6
7. STEENERSON RL, BARTON RT. MEDIASTINAL GOITER AND SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME. LARYNGOSCOPE 1978; 88 : 1688-90
8. MORON JC, SINGER JA, SARDI A. RETROESTERNAL GOITER: A SIX-YEAR INSTITUTIONAL REVIEW. AM SURG. 1998; 64 : 889-93
9. CHEREN'KO MP, CHEREN'KO SM, IGNATOVSKII IU V. CHARACTERISTICS AND SURGICAL TREATMENT OF NODULAR GOITER IN MIDDLE-AGED AND AGED PATIENTS. KLIN KHIR. 1989; 3-6