

Bocio endotorácico con progresión atípica al mediastino posterior a propósito de dos casos

Endothoracic goiter with atypical progression to the posterior mediastinum: report of two cases

Juan M. Esparza, Gustavo Tomasini, Germán Tomasini, Esteban Salta, Alejandro Ficarra, Marcos Tomasini.

Hospital **RESUMEN**

Correspondencia:
Dr. Juan M. Esparza
E-Mail: Juanmaesparza@gmail.com

Se presentan dos pacientes portadores de bocio endotorácico con crecimiento atípico hacia el mediastino posterior. En uno de ellos se efectuó una hemitiroidectomía con resección del componente mediastínico a través de una cervicotomía; en el restante, a la tiroidectomía total se asoció una toracotomía para permitir la exéresis completa de la tumoración mediastinal.

■ **Palabras clave:** bocio endotorácico, tumor del mediastino posterior, tiroidectomía, toracotomía

ABSTRACT

This paper is focused on two patients who are carriers of endothoracic goiter with atypical growth towards the posterior mediastinum. On the first patient a hemithyroidectomy was performed with a resection of the mediastinum component by a cervicotomy. On the second patient, to the total thyroidectomy, a thoracomy was added to allow for a complete exeresis of the mediastinal tumor.

■ **Key words:** endothoracic goiter, posterior mediastinum tumors, thyroidectomy, thoracotomy

Recibido el
14 de octubre de 2013
Aceptado el
11 de marzo de 2014

Introducción

Aproximadamente en el 1% de los casos, el bocio cervical se extiende hacia el mediastino; se denomina bocio endotorácico cuando el 50% de la masa se halla en dicho compartimento.¹ En un 80% dicha progresión se realiza hacia el mediastino anterosuperior; en el 20% restante, el crecimiento es atípico hacia el mediastino posterior, lo cual puede presentar dificultades en cuanto al diagnóstico, la táctica quirúrgica y el abordaje, tal como ocurrió en 2 pacientes de nuestra experiencia, uno de ellos publicado con anterioridad.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente de 42 años, masculino, que presenta disnea, tos seca progresiva y dolor cervical de cuatro meses de evolución con disfagia sobreagregada a sólidos. Al examen físico se palpa una masa sólida dolorosa retroclavicular derecha de localización profunda, sin agrandamiento de la glándula tiroidea.

Una radiografía de tórax mostró ensanchamiento mediastinal superior con desplazamiento traqueal hacia la izquierda, en tanto un esofagograma presentó masa con compresión y desplazamiento del esófago. La tomografía computarizada (TC) cervicotorácica demostró la presencia de una formación ocupante de espacio de bordes bien definidos y heterogénea de aproximadamente 60 × 45 mm, con componente quístico necrótico extendiéndose a nivel del opérculo torácico hacia mediastino posterior la derecha y desplazando lateralmente la tráquea y esófago. (Fig. 1)

Una punción con aguja fina mostró elementos celulares compatibles con bocio y ausencia de células neoplásicas.

Se efectuó una cervicotomía transversa en collar, se expuso la glándula tiroidea de características normales, se constató tumoración de aproximadamente

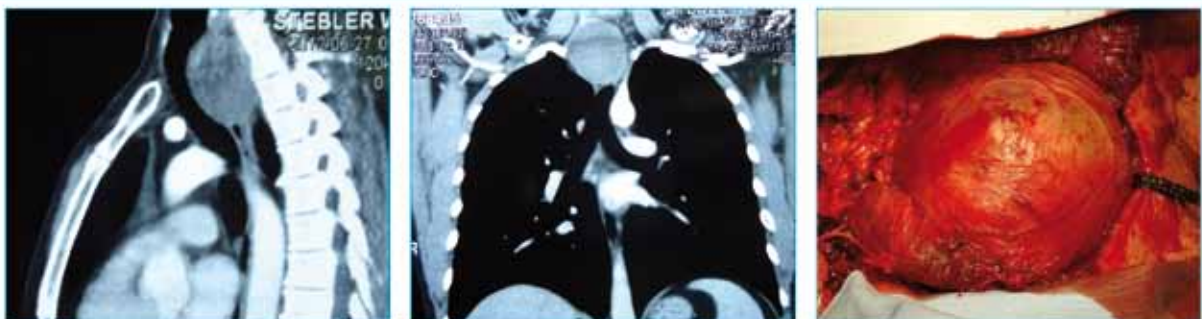
te 6 cm de diámetro en continuidad con el polo inferior del lóbulo tiroideo derecho que se extendía al mediastino posterior prevertebral. Se decidió efectuar hemitiroidectomía derecha, sección del istmo tiroideo, y mediante disección roma y cortante se liberó la tumoración encapsulada de las estructuras contiguas (traquea, esófago y troncos supraaórticos). Buena evolución posoperatoria sin síntomas de disfunción tiroidea. El examen histopatológico confirmó el diagnóstico preoperatorio de bocio coloide benigno.

Caso 2

Paciente masculino de 58 años, portador de un bocio cervical desde hacía varios años; fue admitido en nuestro servicio a raíz de un cuadro clínico caracterizado por tos seca y disfagia de varios meses de evolución. Al examen clínico se palpaba agrandamiento de ambos lóbulos tiroideos con desplazamiento vertical a los movimientos deglutorios compatibles con bocio difuso; el paciente no refería sintomatología de hipotiroidismo o tirotoxicosis; la radiografía de tórax mostraba ensanchamiento mediastinal superior, mientras que la tomografía computarizada demostró aumento de tamaño de glándula tiroidea con calcificaciones en su interior y contigüidad con la porción cervical de la glándula, una tumoración que invadía el mediastino posterosuperior contralateral con desplazamiento de la tráquea y el esófago. (Fig. 2) El centellograma con yodo 131 demostró captación del isótopo en la porción cervical de la glándula y escasa tumoración intratorácica. La broncofibroscopia fue normal.

Con el diagnóstico preoperatorio de bocio endotorácico con progresión atípica, el paciente fue sometido a exéresis quirúrgica: se efectuó una cervicotomía transversa que permitió la resección completa de ambos lóbulos e istmo tiroideo (tiroidectomía total) y se constató una tumoración en contigüidad con la cara posterolateral del lóbulo izquierdo de la tiroidea sin adherir a ella, ocupando el mediastino posterosuperior contralateral por detrás de la tráquea que no fue

FIGURA 1



TC del primer caso presentado, en la cual se observa imagen nodular que desplaza tráquea y esófago y se encuentra a nivel del opérculo torácico; y fotografía intraquirúrgica de la pieza de la hemitiroidectomía con nódulo de aproximadamente 60 mm.

posible reseca a través de la cervicotomía.

Se cerró la incisión y se colocó al paciente en decúbito lateral izquierdo; además se efectuó toracotomía axilar derecha con preservación de los músculos de la pared torácica. Abierta la cavidad pleural, se observó una tumoración mediastinal posterior paravertebral de aproximadamente 9 cm de diámetro con desplazamiento del esófago hacia el lado contralateral y de la tráquea hacia adelante que se extendía hasta la vena ácigos.

Se efectuó apertura de pleura mediastínica y posterior exéresis tumoral, electrocoagulación del lecho y síntesis de toracotomía por planos. El posoperatorio fue satisfactorio, con reexpansión pulmonar completa y función tiroidea compensada por el suministro oral de hormona tiroidea.

Discusión

El bocio endotorácico constituye el 8% de los tumores del mediastino anterosuperior;⁴ en su crecimiento puede producir compresión traqueal, esofágica, sufrir hemorragia intratumoral³ o transformación maligna, razones estas que exigen una extirpación quirúrgica.

En la enorme mayoría de los casos se lleva a cabo a través de una cervicotomía, ocasionalmente agregando una esternotomía parcial.

En un 10-20% de los casos el crecimiento tumoral se realiza hacia el mediastino posterior, lo cual plantea dificultades en su abordaje quirúrgico.⁴ Sweet² propone que tal crecimiento anormal o bien se origina en la pared posterolateral del lóbulo tiroideo más que en su porción inferolateral, progresando hacia el mediastino posterior homolateral, por detrás de los troncos supraaórticos, el nervio recurrente y la arteria tiroidea inferior (caso 1), o bien en ocasiones puede invadir el mediastino posterior contralateral por vía intertraqueoesofágica o retroesofágica (caso 2).

Tal crecimiento anómalo no siempre se acompaña de bocio cervical: en ocasiones puede aparecer y coexistir con una glándula tiroidea normal tras tiroidectomía, o en ocasiones la continuidad con esta puede atrofiarse y a veces constituir un bocio ectópico intratorácico completamente independiente de componente cervical de la glándula.

En cuanto a los métodos diagnósticos, la tomografía computarizada y la resonancia magnética –y sobre todo en la actualidad la TC *multislice*– permiten evaluar la extensión locorregional de la lesión sobre todo en áreas difíciles como el opérculo torácico. El centellograma tiroideo con yodo 131 puede no ser de utilidad pues la masa intratorácica es habitualmente hipocaptante o no captante. La punción de la tumoración bajo TC se utiliza para descartar proceso maligno.

El abordaje quirúrgico está determinado por el



TC de tórax del segundo caso en cual se aprecia la tumoración que invade el tórax, en relación estrecha con tráquea, esófago y grandes vasos.

tamaño y la progresión de la tumoración hacia el mediastino posterior.

En el primer caso se pudo reseca a través de la cervicotomía dado que la glándula tiroidea era de características normales y el crecimiento, hacia el mediastino homolateral; por lo tanto se efectuó una hemitiroidectomía derecha ya que el origen de la tumoración era mediastínica, y se trataba de un paciente eutiroideo que no justificaba la exéresis completa de la glándula.

En el segundo caso,⁵ dado el tamaño de la tumoración y su crecimiento atípico hacia el mediastino posterior contralateral, fue necesario un abordaje combinado cervicotórácico, pues un intento de exéresis a través de la cervicotomía empleada para la resección tiroidea puede producir hemorragia intraoperatoria severa dado que en su crecimiento la tumoración presenta vasos de neoformación y adherencias íntimas a las venas ácigos y cava superior. Un abordaje quirúrgico únicamente torácico también plantea dificultades en cuanto a la hemostasia pues la irrigación de la tiroidea inferior es de difícil acceso a través del tórax.

La videotoracoscopia ha sido empleada selectivamente en pacientes portadores de bocio endotorácico ectópico de pequeño tamaño y sin relación con la glándula cervical.⁶

Conclusiones

En determinados casos, el bocio endotorácico crece atípicamente hacia el mediastino posterior; la tomografía y la resonancia magnética son los estudios complementarios que permiten una precisa evaluación del tamaño de la tumoración y su relación con las estructuras contiguas que, a su vez, dictan la vía de abordaje, cervical o cervicotórácica.

Referencias bibliográficas

1. Sweet RH. Intrathoracic goiter located in the posterior mediastinum. Surg Gynecol Obstet. 1949; 89:57-66.
2. Navarini E, Tomasini M, Ficarra A, Moll F, Pendino D, Tomasini G. Bocio intratorácico posterior, a propósito de un caso. South Ann J Thorac Surg. 2002; 8(1-2):19-22.
3. Shaian D, Rossi R. Posterior mediastinal goiter. Chest. 1998; 94(3):599-602.
4. Vadasz P, Kotsis L. Surgical aspects of 175 mediastinal goiters. Eur J Cardio-Thorac 1998; 14:393-7.
5. González Aguilar O, Simkim D, Pardo H. Bocio cervicotorácico. ¿De qué depende el abordaje torácico? Rev Arg Cirug. 2011;100:23-8.
6. Al-Mufarrej F, Margolis M, Tempesta B, Strother E, Charagozloo F. Novel thoracoscopic approach to posterior mediastinal goiters: report of two cases. J Cardiothor Surg. 2008; 3(55):1-4.