

RESECCIÓN DE GLÁNDULA TIROIDES INTRATORÁCICA. REPORTE DE CASO.

Jorge Ramón Lucena Olavarrieta, César Useche Izarra.

Cátedra de Técnica Quirúrgica. Instituto Anatómico "José Izquierdo". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Ciudad Universitaria. Caracas. Venezuela. jorge_lucena@yahoo.com

Trabajo subvencionado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela PG-09-00-6197-2006.

Resumen

Los bocios intratorácicos son diagnosticados hoy en día con baja frecuencia. Sin embargo, han de tenerse presente como una posibilidad diagnóstica en presencia de una masa localizada en el compartimiento mediastinal antero-superior o medio. El propósito de este estudio es describir el caso de una paciente que consultó por sintomatología de tos seca, de tres meses de evolución. La imagenología Rx tórax y TAC evidencian una sombra densa homogénea localizada en el compartimiento mediastinal antero-superior sugestiva de tiroides ectópico. Compresión extrínseca. La gammagrafía con Tc 99 muestra nódulo no captante en lóbulo derecho. Los valores totales de tiroxina (T3), y T4, tiroxina libre3 (T3), y T4 y de TSH normales. Debido a la sospecha de malignidad se indica cirugía, realizando tiroidectomía total. El curso postoperatorio fue satisfactorio sin complicaciones. El estudio histopatológico de la pieza resecada confirmó el diagnóstico de adenoma tiroideo benigno.

Palabras clave: Tiroides intratorácicos, Tomografía Axial Computarizada, tiroides ectópico, gammagrafía tiroidea.

Abstract

Resection of intrathoracic thyroid gland. Case report.

The intrathoracic goiter is diagnosed today with low frequency. However, they have to be taken as a diagnostic possibility in the presence of a mass located in the antero-superior mediastinal compartment or medium. The purpose of this study is to describe the case of a patient who presented with symptoms of dry cough of three months of evolution. The chest X-ray imaging and CAT show a dense homogeneous shadow located in the antero-superior mediastinal compartment suggestive of ectopic thyroid. Extrinsic compression. The gammagraphy with 99 Tc shows no nodule in right lobe. The values of total thyroxin (T3) and T4, free thyroxin 3 (T3) and T4 and TSH were normal. Due to suspicion of malignancy, surgery was indicated, with total thyroidectomy. The postoperative course was satisfactory without complications. The histopathological examination of the resected part confirmed the diagnosis of benign thyroid adenoma.

Key words: intrathoracic goiter, mediastinal compartment, CAT, total thyroidectomy

INTRODUCCIÓN.

Los bocios intratorácicos son diagnosticados hoy en día con menor frecuencia que en épocas anteriores. Sin embargo, siempre han de tenerse presente como una posibilidad diagnóstica en presencia de una masa localizada en el mediastino anterior-superior o medio sobre todos en pacientes de nacionalidad europea o asiática (Wakely y Mulvaney 1940). Se ha reportado la presencia de tiroides intratorácicos en un 5,8% de todos los tumores mediastinales (Ignjatovic et al. 2002), estando indicada su remoción ante la presencia de masas de gran tamaño, con síntomas de compresión de las estructuras anatómicas adyacentes principalmente la vía aérea, o cuando existen las posibilidades de malignidad (Sakoorafas et al. 2004). Su extirpación puede ser realizada a través del cuello, por vía torácica o la combinación de ambos abordajes (Hedayati y McHenry 2002). La finalidad de este estudio es describir un caso de tiroides intratorácico.

PACIENTE.

Paciente masculino de 57 años de edad, natural y procedente de San Cristóbal, estado Táchira, que se presenta con tos seca de tres meses de evolución. La radiología del tórax revela "...sombra densa homogénea localizada en el compartimiento mediastinal superior y anterior." La subsecuente tomografía axial computarizada fue sugestiva de "...tiroides ectópico intratorácico..." (figuras 1 y 2). Al examen físico se comprobó un paciente de contextura delgada con déficit pondo estatural, sin signos de hipertiroidismo.

MedULA le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.
Apartado 870. Mérida. Venezuela.
medula@ula.ve

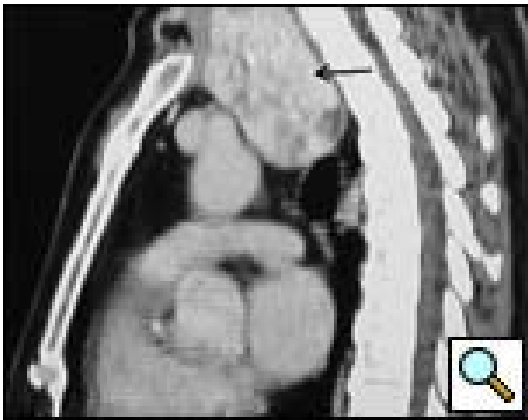


Figura 1. Imagen TAC de tiroides ectópico intratorácico.

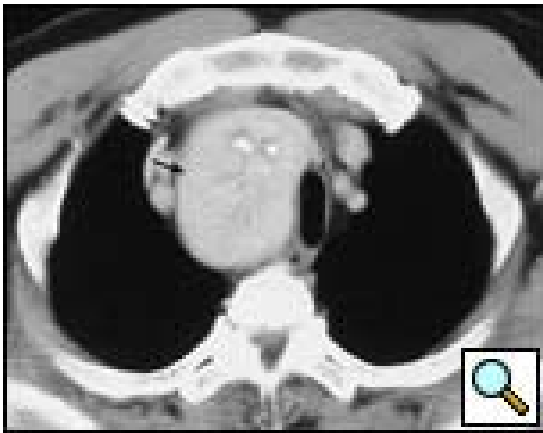


Figura 2. Imagen TAC de tiroides ectópico intratorácico.

La palpación del cuello reveló la presencia de una masa, firme, fija, y no pulsátil de aproximadamente 2 cm en el lóbulo derecho del tiroides. La radiología de tórax penetrada en dos proyecciones (postero anterior y lateral de lado de la lesión) confirmó la presencia de una masa densa homogénea en el mediastino anterior y superior derecho, con márgenes bien precisos, compresión, extrínseca y desviación traqueal (figura 3).

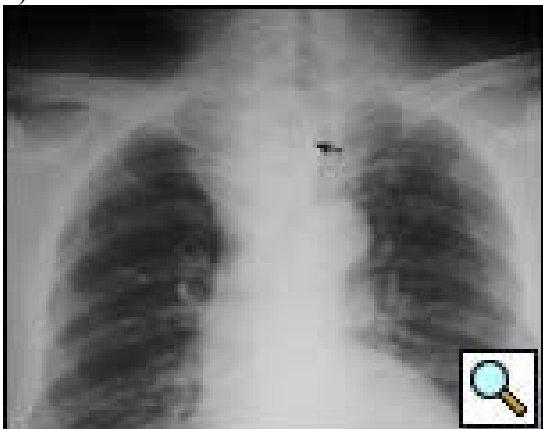


Figura 3. Radiología de tórax muestra ensanchamiento mediastinal.

La gammagrafía tiroidea con Tc 99 dejó ver un nódulo no captante (frío) localizado en el lóbulo derecho extendiéndose hacia abajo al mediastino pasando por detrás del esternón (figura 4).

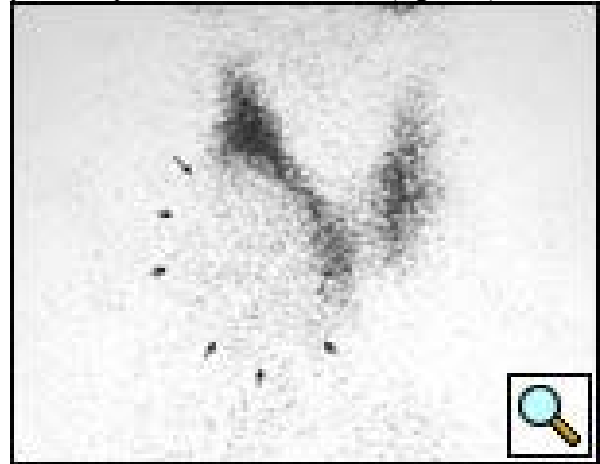


Figura 4. La gammagrafía tiroidea con Tc 99 dejó ver un nódulo no captante (frío).

Los valores totales de tiroxina 3 (T3), y T4, tiroxina libre 3 (T3), y T4, y de la hormona tiroestimulante (TSH) fueron reportados como normales. Debido a la sospecha clínica de malignidad y para evitar el desarrollo de traqueomalasia se indicó la cirugía para remover el tumor.

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

La intervención fue realizada con el paciente colocado en decúbito dorsal, con el cuello en hiperextensión, a través de una cervicotomía en collar de 2 cm por encima del hueco supraesternal, el lóbulo derecho de la glándula fue explorado. La glándula tiroides derecha se extendía dentro del mediastino medio posterior alcanzando el nivel de la vena innominada y lateral con respecto a la tráquea. Macroscópicamente se comprobó que la masa estaba totalmente encapsulada y híper vascularizada. En primer lugar se identificó y ligó la vena tiroidea media, lográndose con esta maniobra el fácil acceso a la masa. El tumor fue expuesto y extraído mediante disección digital roma desde el mediastino (figura 5). La vena y arteria tiroidea inferior fueron identificadas expuestas y ligadas. Las glándulas paratiroides se identificaron sin problema. El tumor fue removido, preservando la porción superior del lóbulo derecho, que midió aproximadamente 18 x 12 x 9 cm.

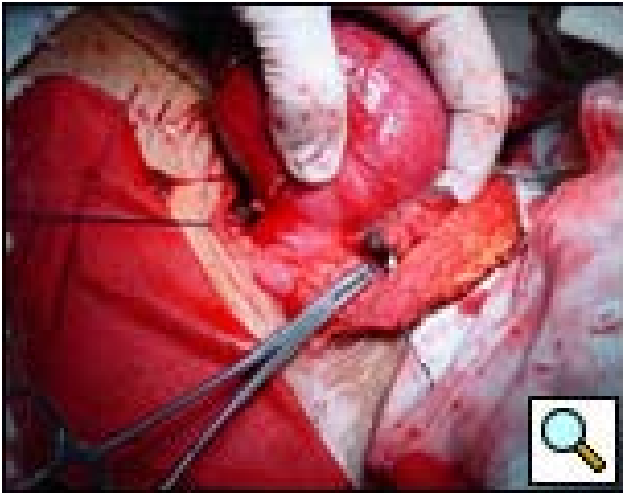


Figura 5. Exposición de la glándula y ligadura y sección pedículo vasculares.



Figura 6. Fotografía de la pieza reseçada adenoma tiroideo benigno.

Los nervios recurrentes y la rama externa del laríngeo superior fueron identificados y protegidos durante toda la intervención. Una vez comprobada la correcta hemostasia irrigando la zona operatoria con solución salina tibia y la indemnidad de las estructuras nerviosas; se procedió a realizar la síntesis de la herida por planos, dejando un drenaje aspirativo para succión continua. El paciente permaneció hemodinámicamente estable sin estridor o compromiso de la vía aérea. El curso postoperatorio fue satisfactorio, sin crisis de disnea ni sofocaciones, ni hipocalcemia. El estudio histopatológico de la pieza operatoria confirmó el diagnóstico de adenoma tiroideo benigno (figura 6).

DISCUSIÓN.

Wakeley y Mulvany (1940) reportan la clasificación del tiroides intratorácico y lo dividen en tres categorías: (a) "extensión subesternal pequeña" o

principalmente un bocio tiroideo cervical; (b) "bocio parcial intratorácico", en el cual la mayor porción del bocio está localizada dentro del tórax; (c) "bocio completamente sumergido", en el cual toda la masa yace dentro del tórax. Con una incidencia total de aproximadamente el 8.7%, la frecuencia de los tres tipos es del 81.9%, 15.3%, y 2.7% respectivamente.

Los tiroides ectópicos intratorácicos se definen como la presencia de tejido tiroideo aumentado de tamaño localizado por debajo del plano del orificio superior del tórax (Creswell 1992); son una rara localización de la patología tiroidea y de todos los tumores mediastinales (Sakorafas et al. 2004). De acuerdo con la clasificación topográfica del mediastino descrita por Shield's (2005), la localización más frecuente es en el mediastino anterior y medio, y raramente en el compartimento mediastinal posterior (Hedayati et al. 2002, Adegbopye et al. 2002). Estando la mayoría ubicados en el mediastino medio, y luego descienden a lo largo de la tráquea hasta el mediastino. Esta es la razón por la cual esta patología comúnmente produce compresión y desviación traqueal (Ignjatovic et al. 2002). Una tercera parte de estos pacientes no presentan síntomas. Comúnmente se pueden presentar síntomas que incluyen la tos, disnea, estridor, y disfagia (Tsukada et al. 1999). Los síntomas son causados por la compresión que produce la masa sobre la tráquea, y por el componente intratorácico o mediastinal y están presentes en más del 75% de los pacientes con compresión. Leuchter et al. (2002) reportan la rara asociación con el síndrome de Horner's. Una masa localizada alrededor de la tráquea en el mediastino medio comprobada a los rayos X, TAC y gammagrafía sugiere el diagnóstico (Ríos et al. 2005).

Los bocios multinodulares con síntomas de compresión traqueal ocurren frecuentemente cuando estos tienen un componente intratorácico, y la cirugía es la única alternativa que ofrece un tratamiento definitivo (Houck 1998). Otras indicaciones para la realizar la cirugía incluyen: resultado de la biopsia por aspiración con aguja fina anormal, progresivo aumento del tiroides, y pacientes con síndrome de la vena cava superior (Houck et al. 1998).

Las enfermedades tiroideas intratorácicas, con raras excepciones, pueden ser resectadas a través de la incisión cervical clásica en collar (Kucharczuck y Shrager 2005). Este abordaje es adecuado en la mayoría de los casos, motivado a que la vascularización de la glándula se origina en el cuello (Shaver y Clark 1995). Los pasos básicos de la tiroidectomía los describieron Shaver y Clark en 1995. La esternotomía total, y parcial, y la toracotomía anterior son frecuentemente necesarias como abordaje para el tratamiento quirúrgico del

carcinoma tiroideo intratorácico, ya que ofrece mayor exposición y acceso para realizar una intervención radical y lograr el control del sangrado intraoperatorio que puede ocurrir en el mediastino (Nervi et al. 1998). Entre las posibles complicaciones postoperatorias se incluyen la hipocalcemia, lesión del nervio recurrente laríngeo, sangramiento, infección de la herida operatoria, y traqueomalacia. Si se considera que la traqueomalacia significa un factor de riesgo intraoperatorio importante, la colocación de un tubo en T, o la realización de la traqueotomía debe ser realizada antes de la extubación en la sala operatoria. Sin embargo, es difícil detectar este tipo de lesión antes de realizar la resección (Massaus y Pearson 2002). Hedayati et al. (2002) reportan que la desvascularización de las paratiroides se produce en mayor frecuencia cuando se realiza la resección por vía subesternal de los bocios y el autotransplante puede prevenir que aparezca el hipoparatiroidismo permanente. El abordaje cervical para la resección definitiva permanece siendo actualmente la principal herramienta en el manejo del tiroides intratorácico.

REFERENCIAS.

Adegboye VO, Ogunseinde OA, Obajimi MO et al. 2002 Pattern of intrathoracic goiter in Ibadan, Nigeria. *Niger Postgrad Med J*; 9:226-232.

Creswell LL, Wells SA. 1999. Mediastinal masses originating in the neck. *Chest Surg Clin N Am*; 2:23-55.

Hedayati N, McHenry CR. 2002. The clinical presentation and operative management of nodular and diffuse substernal thyroid disease. *Am Surg*; 68:245-52.

Houck WV, Kaplan AJ, Reed CE et al. 1998. Intrathoracic aberrant thyroid: identification critical for appropriate operative approach. *Am Surg*; 64:360-362.

Ignjatovic M, Stanic V, Cuk V et al. 2002. Intrathoracic goiter: analysis of 21 cases. *Acta Chir Jugosl*; 49:15-25.

Kucharczuk JC, Shrager JB. 2005. Anterior mediastinal masses. In: Sellke FW, del Nido PJ, Swanson SJ et al. *Sabiston & Spencer Surgery of the Chest*. Vol I. Elsevier. Philadelphia, PA. USA.

Leuchter I, Becker M, Mickel R et al. 2002 Horner's syndrome and thyroid neoplasms. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*; 64:49-52.

Maddaus MA, Pearson FG. 2002. Tracheomalacia. In: Pearson FG et al. (Ed.). *Thoracic Surgery*. 2nd ed. Churchill Livingstone. New York. pp 320-325.

Nervi M, Iacconi P, Spinelli C et al. 1998. Thyroid carcinoma in intrathoracic goiter. *Langenbecks Arch Surg*; 383:337-339.

Rios A, Rodriguez JM, Canteras M et al. 2005. Surgical management of multinodular goiter with compression symptoms. *Arch Surg*; 140: 49-53.

Sakorafas GH, Vlachos A, Tolumis G et al. 2004. Ectopic intrathoracic thyroid: case report. *Mt Sinai J Med*; 71:131-133.

Shaver JK, Clark OH. 1995. Surgery for Neoplasms of the Thyroid gland. In: Bland KI, Karakousis CP, Copeland EM et al. (Eds.). 1995. *Atlas of Surgical Oncology*. W. B. Saunders. Philadelphia. PA. USA. pp 129-144.

Shields TW. 2005. The Mediastinum, Its Compartments, and the Mediastinal Lymph Nodes. In: Shields, TW. (Eds.). *General Thoracic Surgery*. 6th ed. pp 2343-2346; Ectopic intrathoracic goiter. pp 2500-2512.

Tsukada H, Kojima K, Takeuchi S et al. 1999. Intrathoracic retroesophageal goiter causing tracheal stenosis. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*; 47:174-177.

Wakely CPG, Mulvaney JH. 2005. Intrathoracic Goiter. *SGO* 1940; 70: 703.

Recibido: 4 marzo 2008. Aceptado: 15 marzo 2009

MedULA le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.

Apartado 870. Mérida. Venezuela.

medula@ula.ve