

CIRUGIA

BOCIO MULTINODULAR CON EXTENSION INTRATORACICA (Reporte caso clínico)

Mariana Arias Méndez *

SUMMARY

The present case, is about a patient who was diagnosed with multinodular goiter when she was 47, she was treated with levotiroxine for 10 years and finally she was operated, and the postoperative diagnostic was intrathoracic multinodular goiter. Actually the use of levotiroxine for multinodular goiter has been controverted for the risk of autonomy's nodules, and this is one of the reasons why the total thyroidectomy is actually the best therapeutic option for multinodular goiter and the intrathoracic goiter.

INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides está situada en la región anteroinferior del

cuello. Su peso oscila alrededor de 25 g, ligeramente mayor en mujeres (15) Cualquier tumefacción tiroidea es conocida como bocio. La degeneración multinodular parece ser una enfermedad evolutiva, (4) En las fases iniciales de la enfermedad, el bocio es difuso y de consistencia firme. En las fases más avanzadas, tras ciclos sucesivos de hiperplasia e involución de los folículos se produce la evolución hacia la nodularidad y la autonomía, con zonas más o menos duras. El bocio multinodular es la fase final, una patología que frecuentemente requiere cirugía. (4) En su evolución, puede alcanzar un tamaño extraordinario y ocasionar molestias locales. El crecimiento intratorácico es relativamente frecuente y puede causar, a

veces signos y síntomas de compresión. Se reporta que 1 % de los bocios contiene cáncer, cuya incidencia aumenta hasta el 10 % en bocios intratorácicos.(13) de ahí la importancia del tratamiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 64 años, conocida hipertensa desde hace 24 años, a quien se le diagnosticó bocio multinodular en 1986 (Clínica de Palmares), con historia previa de sensación de masa a nivel de cuello que producía dificultad respiratoria en posición supina, por lo cual se refirió a tercer nivel de atención médica. La paciente recibió levotiroxina 0.1mg cada día durante diez años, posterior a lo cual se contrarefirió a primer nivel

*Médico Asistente General. Área de Salud de Atenas

para continuar con el tratamiento indicado. No obstante la paciente continuaba con la sintomatología, por lo cual se refirió a cirugía para descartar bocio intratorácico. En marzo de 1996 se decidió operar, realizándosele tiroidectomía total con diagnóstico postoperatorio de bocio multinodular intratorácico. El reporte de patología indicó: tiroides de 130 g de peso, de 14 x 5 x 4.5 cm con crecimiento importante de ambos lóbulos con aspecto multinodular, al corte aspecto de coloide con focos de calcificación de hasta 2.2 x 2 cm. Folicúlos muy dilatados llenos de material coloide con focos de fibrosis y calcificación. Diagnóstico: bocio multinodular con cambios involutivos. En la actualidad la paciente refiere resolución completa de la sintomatología.

DISCUSIÓN

Con respecto al abordaje terapéutico de esta paciente podemos darnos cuenta que en nuestro medio es frecuente dar levotiroxina en dosis supresivas a todos los bocios eutiroideos, (6) a pesar de que la paciente es hipertensa y al momento del diagnóstico del bocio estaba a una edad próxima a los 50 años se le inició tratamiento con levotiroxina, medicamento conocido por su efecto pro-hipertensivo en pacientes predisuestos (3). Si bien la supresión de TSH con levotiroxina es una forma de tratar los bocios, incluyendo el bocio en

démico, (12) se debe recordar que las dosis supresivas en un grupo no despreciable de mujeres pre y postmenopáusicas, produce disminución en la densidad ósea, sin olvidar el riesgo de hipertiroidismo, problemas cardiovasculares, embolismos cerebrales y problemas psiquiátricos, sobre todo en personas de edad. (14). Este tratamiento no modifica la historia natural de los nódulos tiroideos. Por ello, sólo se recomienda en las fases tempranas del proceso, cuando no se ha establecido todavía la transformación nodular. (4). Además la administración de levotiroxina en el bocio multinodular es de eficacia dudosa y se corre el riesgo de provocar una tirotoxicosis, ya que algunos de los nódulos pueden producir hormonas tiroideas de forma autónoma (7). Numerosos estudios (8,10,9,4) han publicado que la tiroidectomía total es un tratamiento seguro y efectivo para el bocio multinodular benigno bilateral, y ahora se ha transformado en procedimiento de rutina. (8)

Además el bocio del presente caso tenía prolongación intratorácica el cual es una indicación más de tiroidectomía total (13) por su riesgo de malignidad y sintomatología compresiva.

RESUMEN

El presente caso, es de una paciente quien se le diagnosticó bocio multinodular a los 47 años el

cual fue tratado con levotiroxina por 10 años y finalmente fue operado con diagnóstico postoperatorio de bocio multinodular intratorácico. Actualmente el uso de levotiroxina para tratamiento del bocio multinodular es cuestionado por el riesgo de autonomía de alguno de los nódulos, esta es una de las razones por las que la tiroidectomía total se ha convertido en la opción preferida tanto para bocio multinodular como para bocio intratorácico.

BIBLIOGRAFIA

1. Bahn R. S Diseases of the Thyroid: Pathophysiology and management N Engl J Med 1995; 332:67, Jan 5, 1995.
2. Bondy, P. et al. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. Océano/ Centrum. España. 9na edición. 1992.
3. Carey, C. et al. Manual Washington de terapéutica médica. Masson. España. 10ma edición. 1999.
4. De Toma G, Tedesco M, Gabriele R. Total thyroidectomy in the treatment of multinodular toxic goiter. G Chir 1995; 16: 373-376.
5. Fauci, A. et al. Harrison: Principios de medicina interna. Mc Graw Hill. España. 14va edición. 1998.
6. Fernández M, Rodríguez S., Alfaro Th, Ascencio. Bocio en la provincia de Cartago M Act.Méd.Costarr.2001;43
7. Flórez, J. Farmacología humana. Masson. España. 3ra edición. 1998
8. Leigh Delbridge, MD; Ana I. Guinea, BSc(Psych); Tom S. Reeve, MD Tiroidectomía total para el bocio multinodular benigno bilateral. Arch Surg. 1999; 134: 1389-1393
9. Marchessi M, Biffoni M, Tartaglia F, Biancari F, Campana FP. Total versus subtotal thyroidectomy in the management of multinodular goiter. Int Surg 1998; 83: 202-204.
10. Prinz R, Rossi H, Kim A. Difficult problems in thyroid surgery. CUIT Probl Surg. 2002; 39(1): 5-91.
11. Roti E, Minelli R, Gardini E. The use and misuse of thyroid hormone. Endocrine Reviews 1993; 14 (4): 377-99.
12. Sawin CT. Subclinical hypothyroidism in older persons Clin Geriatr Med 1995; 11 (2): 231-238.
13. Schwartz S. et al. Principios de Cirugía. 7ª ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F. México. 2000. 1767-1822.
14. Toft A. Thyroxine therapy. New Eng J Jour Med 1994; 331 (3): 175-180.
15. Willams P et al. Anatomía de Gray. 38ª ed Editorial Harcourt Brace Madrid España 1998: 1891-1897.