



Bocio ectópico intratorácico, a propósito de tres casos

M. Bardají, R. Rami*, M. Cuesta*, E. Veloso y C. Marco.

Servicio de Cirugía General y Digestiva y * Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona

El bocio ectópico intratorácico es una entidad clínica rara. Presentamos tres casos de esta patología estudiados en nuestro hospital. Dos casos eran mujeres y uno varón, con edades comprendidas entre 32 y 42 años. Dos pacientes presentaron clínica (uno de ellos respiratoria y otro molestias inespecíficas) y el otro estaba asintomático. Los tres pacientes presentaban en la radiografía de tórax ensanchamiento mediastínico y la TAC torácica mostraba una masa bien delimitada, heterogénea y poco captante de contraste. La vía de abordaje en los tres casos fue diferente: toracotomía posterolateral, toracotomía anterolateral y esternotomía media. En los tres casos, la anatomía patológica fue de bocio nodular. La evolución postoperatoria fue satisfactoria en los tres pacientes. Un paciente presentó paresia de la cuerda vocal derecha.

Arch Bronconeumol 1993; 29:239-241

Intrathoracic ectopic goiter. Three cases

Intrathoracic ectopic goiter is a clinically rare entity. Three cases of this disease (two females, one male) with ages ranging between 32-42 years of age reported with two having presented clinical manifestations (one respiratory and the other unspecific disturbances) and the remaining patient being asymptomatic. The three patients presented mediastinic widening of the thorax upon radiography and thoracic CT demonstrated a well delimited, heterogeneous mass which was little enhanced by contrast. The approach in the three cases was different: postlateral thoracotomy, anterolateral thoracotomy and middle sternotomy. The histopathology of the three cases was nodular goiter. Postoperative evolution was satisfactory in the three cases. One presented paresia of the right vocal chord.

Introducción

La mayor parte de bocios endotorácicos o retroesternales es continuación de bocios cervicales, que reciben su principal irrigación de los vasos tiroideos. Es mucho más rara la presencia de verdadero tejido tiroideo ectópico que recibe la irrigación de los vasos torácicos. Presentamos tres casos de esta rara patología estudiados en nuestro hospital.

Casos clínicos

Caso 1: Paciente del sexo femenino de 34 años de edad, intervenida hace 9 años de bocio nodular coloide derecho. Al año de la intervención quirúrgica, presentó recidiva del bocio con expansión endotorácica, que, durante 8 años, fue controlada por el especialista. Ingresó en el Servicio de Cirugía para tratamiento quirúrgico del mismo por presentar sintomatología respiratoria consistente en disnea esporádica. A la exploración física se palpaba bocio de 5 cm de diámetro, de predominio en el lado derecho, blando, no

doloroso, movilizable a la deglución; resto de la exploración, normal. En la radiografía de tórax se observó masa en cuello que comprimía la tráquea en su parte anterior y se introducía en tórax, así como una masa mediastínica anterior retroesternal que parecía independiente. Las hormonas tiroideas tenían valores dentro de la normalidad. En la gammagrafía tiroidea destacaba imagen tiroidea anómala en los 2/3 superiores de ambos lóbulos. Bocio recidivante palpable prácticamente frío. La gammagrafía ampliada a tórax objetivó la persistencia de un núcleo captante en tórax, paramedial izquierdo. La angiografía endovenosa pulmonar por sustracción digital fue normal. TAC torácica: bocio con prolongación endotorácica en mediastino anterior y superior de predominio en el lado izquierdo, sólido, bien definido, de densidad heterogénea. La punción-aspiración de tiroides fue negativa para células malignas. Con un estudio preoperatorio correcto, se intervino quirúrgicamente. Se practicó una incisión de Kocher en corbata, ampliada con una esternotomía media. Se halló un bocio endotorácico y, de manera independiente, un nódulo mediastínico. Se realizó tiroidectomía subtotal y extirpación del nódulo mediastínico, que medía 8 x 7 x 4 cm. El diagnóstico anatomo-patológico fue de bocio nodular. A los 6 días del postoperatorio fue dada de alta, sin ninguna incidencia significativa durante el postoperatorio. La evolución clínica de la paciente es satisfactoria.

Recibido el 30.10.1992 y aceptado el 23.12.1992

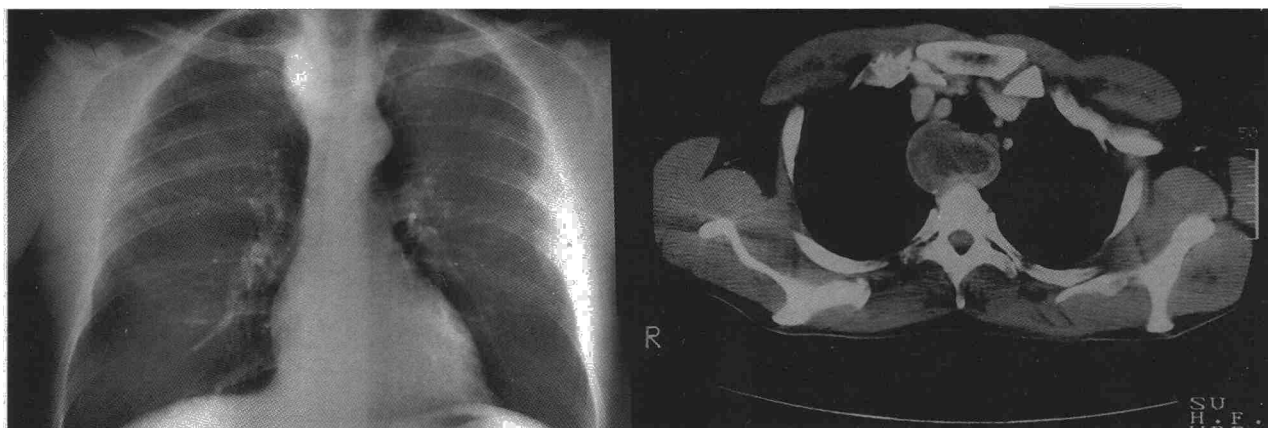


Fig. 1. Rx tórax: Ensanchamiento mediastínico con desplazamiento anterior de la tráquea. TAC torácica: masa torácica, retrotraqueal, de densidad heterogénea y con captación de contraste periférica.

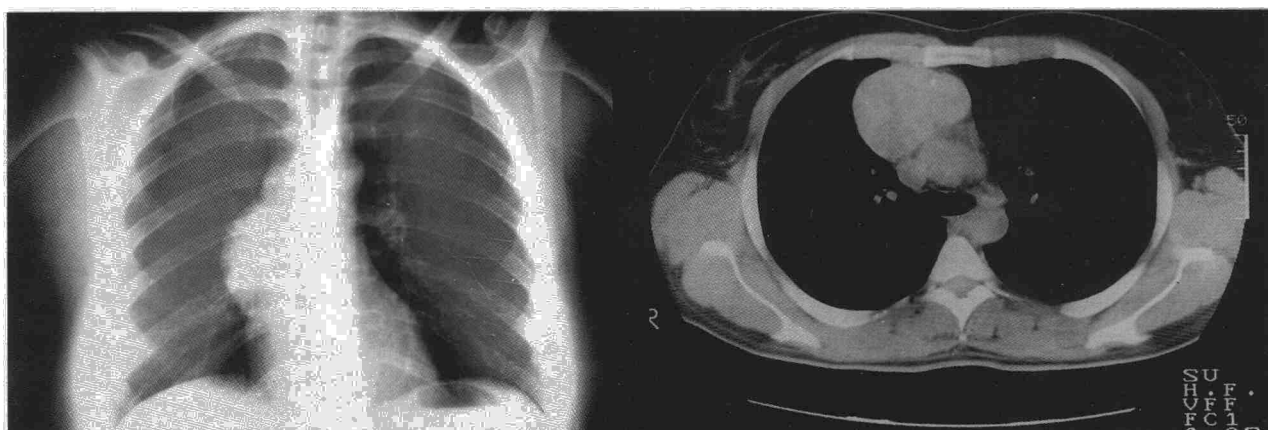
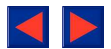


Fig. 2. Rx tórax: masa en mediastino anterior, de bordes bien delimitados y que protuía hacia hemitórax derecho. TAC torácica: masa en mediastino anterior, de densidad heterogénea y una pequeña calcificación en su interior.

Caso 2: Paciente del sexo masculino de 42 años de edad, asintomático y sin antecedentes de interés. En una revisión médica rutinaria se halló en la radiografía de tórax, un ensanchamiento mediastínico con desplazamiento anterior de la tráquea. La exploración física fue normal. En la TAC torácica se visualizó una masa torácica, retrotraqueal, de densidad heterogénea y con captación de contraste predominantemente periférica (fig. 1). El estudio preoperatorio, la gammagrafía tiroidea, la TAC abdominal y las hormonas tiroideas se encontraban dentro de la normalidad. Se intervino quirúrgicamente, practicándose toracotomía posterolateral derecha. Se encontró una tumoración en mediastino superior retrotraqueal, que descendía hasta el cayado de la vena ácigos. Se identificó el pedículo vascular, originado en los vasos subclavios. Se practicó la extirpación de la tumoración, cuyo peso fue de unos 100 gramos y de tamaño de $8 \times 6 \times 4$ cm. El diagnóstico anatomopatológico fue de bocio nodular endotorácico. El curso postoperatorio fue correcto y fue dado de alta al décimo día del postoperatorio sin presentar ninguna complicación excepto paresia de la cuerda vocal derecha. La evolución clínica del paciente es satisfactoria.

Caso 3: Paciente del sexo femenino de 35 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias por notarse molestias en

el cuello. A la exploración física, se objetivó bocio de 3×3 cm. En la radiografía de tórax se observó una masa en mediastino anterior, de bordes bien delimitados y que protuía hacia hemitórax derecho. La TAC torácica reveló la presencia de una masa en mediastino anterior que se extendía desde por debajo del tronco venoso braquiocefálico hasta por encima de la orejuela derecha (fig. 2). La masa era sólida y bien delimitada, de densidad heterogénea, con áreas hipodensas y una pequeña calcificación en su interior y presentaba moderada captación de contraste. En la TAC cervical y la ecografía tiroidea se observó un bocio multinodular. La gammagrafía tiroidea reveló bocio nodular frío ístmico y alteración gammagráfica en el resto de la glándula. La punción-aspiración fue negativa para células malignas. Con un estudio preoperatorio correcto, se intervino quirúrgicamente. Se practicó tiroidectomía subtotal por cervicotomía tipo Kocher y extirpación de la tumoración mediastínica a través de toracotomía anterolateral derecha. El tamaño de la tumoración fue de 12 cm. El resultado del estudio anatomopatológico efectuado fue de tejido tiroideo con hiperplasia nodular. La evolución postoperatoria transcurrió sin problemas dignos de mencionar y al sexto día del postoperatorio fue dada de alta hospitalaria. La evolución clínica no presenta problemas.



Discusión

La frecuencia de bocio endotorácico varía entre un 0,2 % y un 21 % de pacientes con bocio cervical^{1,2}. Mucho más rara es la presencia de tejido tiroideo aberrante o ectópico, que representan menos del 1 % de los bocios tratados quirúrgicamente^{1,3}. En nuestra experiencia representa el 0,4 %: tres casos de entre 595 tratados entre 1985 y 1991. Es aún mucho más infrecuente la presencia de tejido tiroideo ectópico en otras localizaciones como en glándulas salivares, lengua, tráquea, corazón, esófago y ovario⁴⁻⁶. No queda claro si estos bocios sin conexión con el bocio cervical son debidos a un origen embriológico o a una continuada y progresiva atenuación de su conexión cervical. Por esta razón algunos autores prefieren denominarlos bocios mediastínicos aislados en lugar de bocios ectópicos por no conocerse bien su mecanismo etiológico^{3,7}. La clínica es inespecífica. Predomina la sintomatología respiratoria aunque también están descritos cuadros clínicos de disfagia, tos, estridor y disfonía. En un importante número de casos, el paciente no refiere ningún síntoma y es un hallazgo casual en una revisión médica^{2,3,7,8}. En nuestra serie, uno de los casos fue un hallazgo inesperado en una radiografía de tórax; en el último caso presentado, el hallazgo de bocio mediastínico fue también insospechado, como ya describen otras publicaciones. El diagnóstico, actualmente, se debe basar en la radiografía de tórax, la TAC torácica y la gammagrafía tiroidea^{1,2,3,7,9}. La radiografía de tórax es una prueba complementaria sencilla, económica, de fácil interpretación, aunque inespecífica. En un 70 % de los pacientes con bocio intratorácico aporta algún tipo de información. En nuestra serie, los tres pacientes presentaban una imagen patológica, consistente en ensanchamiento mediastínico. La TAC torácica es la prueba complementaria de elección. Como característica principal destacan la heterogeneidad de la masa, que suele ser sólida y bien delimitada. La gammagrafía tiroidea, en muchas ocasiones, como ya refieren diversos autores en la literatura, no aporta la información necesaria para el diagnóstico, ya que el tiroides aberrante puede ser no funcional^{1,9}. En nuestra serie, en dos de los tres pacientes la gammagrafía tiroidea no fue útil para identificar tejido tiroideo, sin embargo, hay autores que aconsejan la gammagrafía tiroidea como prueba de elección, además de ser más barata que la TAC^{3,10}. La TAC torácica proporciona mejor información anatómica de la zona, aunque cada vez más destacará el papel de la resonancia magnética nuclear, que será la prueba de elección en el futuro por la calidad de las imágenes que ofrece, pero que es mucho más costosa². El tratamiento siempre será quirúrgico, ya que el resto de tratamientos alternativos son inefectivos. La extirpación del bocio mediastínico se justifica por diferentes motivos^{2,3}. Además, al tratar la causa primaria, se consigue aliviar los síntomas producidos por dicha patología, eliminar la sintomatología evolutiva y sobre todo, evitar

la posible malignización del tejido tiroideo ectópico. Trabajos publicados en la literatura refieren una prevalencia de malignización no sospechada en bocios intratorácicos de ente 0,9 % y 16 %^{2,7}. La elección de la vía de abordaje debe ser individualizada y estudiada en cada caso. La vía habitual de abordaje, si existe bocio cervical, suele ser cervicotomía, que puede ser ampliada a una esternotomía o a una toracotomía para mejor control de la vascularización originada en vasos torácicos, arteria innominada, arteria mamaria interna. En nuestra serie, a dos de tres pacientes se les practicó una cervicotomía; en uno de ellos, que presentaba un bocio en mediastino anterior, se amplió a una esternotomía media; y en el otro, que presentaba un bocio en mediastino anterior-medio, se practicó una toracotomía anterolateral. El paciente restante presentaba, por el estudio preoperatorio realizado, un tiroides cervical de tamaño y funcionamiento dentro de la normalidad, por lo que se le practicó una toracotomía posterolateral para la exéresis del bocio localizado en mediastino posterior. En nuestra serie la histología fue benigna, bocio nodular en los tres casos. La revisión de la literatura refleja que el porcentaje de carcinomas es el mismo que en bocios cervicales, entre 0,9 % y 16 %¹⁶.

Podemos concluir que los bocios ectópicos intratorácicos suelen presentarse como ensanchamientos mediastínicos, bien delimitados, de densidad heterogénea; pueden asociarse o no a patología del tiroides cervical; y su naturaleza no queda excluida con un estudio gammagráfico negativo. Su extirpación confirma el diagnóstico, elimina la sintomatología, evita la sintomatología de la evolución de la tumoración y previene la posible malignización.

BIBLIOGRAFÍA

- Hall TS, Calsowitz P, Popper C, Smith GW. Substernal goiter versus intrathoracic aberrant thyroid: a critical difference. *Ann Thorac Surg* 1988; 46:684-685.
- Michel LA, Bradpiece HA. Surgical management of substernal goiter. *Br J Surg* 1988; 75:565-569.
- Zapatero J, Baamonde C, González Aragonese F, Orusco E, Pérez Gallardo M, Folqué E. Ectopic goiters of the mediastinum: presentation of two cases and review of the literature. *Jpn J Surg* 1988; 1:105-109.
- Aguirre A, de la Piedra M, Ruiz R, Postillo J. Ectopic thyroid tissue in the submandibular region. *Oral Surg Oral Med Pathol* 1991; 71:73-76.
- Guiliano A. Clínica y terapéutica quirúrgica. Ed. 3.ª ed El Ate-neo: Buenos Aires 1976; 1.059-1.063.
- Odgen CW, Goldstraw P. Intratracheal thyroid tissue presenting with stridor. A case report. *Eur J Cardiothorac Surg* 1991; 5:108-109.
- Shahian DM, Rossi RL. Posterior mediastinal goiter. *Chest* 1988; 94:599-602.
- Shaha AR, Burnett C, Alfonso A, Jaffe BM. Goiter and airway problems. *Am J Surg* 1989; 158:378-381.
- Waldron D, Coffey J, Murphy S, Bresnihan E, Finnegan P, Lynch V. Retrotracheal goiter: A diagnostic and therapeutic problem. *Ann Thorac Surg* 1990; 50:133-135.
- Park HM, Tarver RD, Siddiqui AR, Schauwecker DS, Wellman HN. Efficacy of thyroid scintigraphy in the diagnosis of intrathoracic goiter. *AJR* 1987; 148:527-529.