

Discusión diagnóstica

Autor: Leonardo Sande Escobal
Tutor: Prof. Luis Quintana López
Universidad Hospital Calixto García

Bocio Endotorácico

Motivo de ingreso: Voz ronca

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 75 años de edad, color de piel negra, con antecedentes de ser fumador de 12 cigarros por día desde hace 58 años. Refiere que hace tres meses presentó un cuadro con tos y expectoración a predominio matinal, de color amarillento y posteriormente de color blanquecino, en abundante cantidad, acompañada de ligera falta de aire, la cual mejoraba con la expectoración. No presentó fiebre, ni escalofríos. El paciente no concurreó al médico por el anterior cuadro, del cual mejoró a los 15 días aproximadamente. Desde ese momento el paciente comenzó a presentar disfonía la cual fue aumentando en intensidad, la misma es permanente, no mejora al reposo vocal, el tono es grave, el timbre rasposo, el volumen de la voz está disminuido, no se acompaña de molestias, sensación de cuerpo extraño, ni algún otro síntoma.

Datos positivos al interrogatorio:

- Sistema respiratorio: disfonía referida en la historia de la enfermedad
- Otros: ligera disminución de peso de aproximadamente 6 libras en 2 meses

Datos positivos al examen físico:

- Peso: 56 Kg, Talla: 172 cm, IMC: 18,9 Kg/m² bajo peso
- Uñas de las manos: configuración, aspecto en vidrio de reloj
- Panículo adiposo: ligeramente disminuido
- Tiroides: no visible. Se palpa por maniobra de Quervain, Lassegue y Lahey discreto aumento de volumen en lóbulo derecho, porción inferior de consistencia elástica, difuso, no dolorosa a la palpación. Maniobra de Marañón negativa
- Interconsulta con otorrinolaringología: Epiglotis lateralizada hacia la izquierda. Cuerda vocales izquierda de aspecto y movilidad normal, no se visualiza comisura anterior. Cuerda vocales derecha paralizada.
- ID: parálisis del nervio recurrente derecho.

Exámenes complementarios de interés:

- Rx simple de tórax PA: Opacidad no homogénea paratraqueal derecha.
- Ultrasonido de tiroides: Imagen nodular en el lóbulo derecho, de 38 por 62 mm, la cual continúa con crecimiento intratorácico. Imagen nodular en lóbulo izquierdo.
- TAC simple de tórax: Imagen nodular paratraqueal que impresiona crecimiento intratorácico, que mide 38 por 42 mm. Sugieren TAC de tórax contrastado.
- TAC de tórax contrastado: La imagen observada en la TAC simple realza su densidad con el contraste. Se ubica en región paratraqueal derecha, la misma se continúa con la cara posterolateral derecha, del lóbulo derecho de la glándula tiroides.
- Hormonas tiroideas: normales.

Evolución en sala: El paciente se mantuvo estable, sin modificación de la sintomatología.

Conclusión anatomopatológica:

- Bocio coloide.

Discusión:

Se considera bocio tiroideo al aumento de la glándula tiroides, no importando cual sea su etiología y si es hiperfuncional o hipofuncional (1). El aumento de la glándula tiroides puede evidenciarse al examen físico en la región anteroinferior del cuello, en ocasiones el crecimiento del bocio puede exceder los límites de esta región y extenderse a otras, una de ellas es el tórax. Esta forma de presentación se denomina bocio endotorácico (2). Estos se caracterizan clínicamente por molestias locales, disfagia, hasta signo de Pemberton. No se caracterizan por signos de hiperfunción o hipofunción tiroidea y la disfonía por parálisis del nervio recurrente no es frecuente (1,2).

El 95 % del aumento de la glándula tiroides se debe a causas propias de la glándula y el 5% restante es ocasionado por alteraciones de las glándulas hipófisis y suprarrenal (3). Dentro de las causas tiroideas, el bocio endémico constituye la primera causa de bocio en los países subdesarrollados, principalmente el continente africano. En los países desarrollados las causas no endémicas son la mayoría (4). En Cuba las medidas de prevención primaria, como la estimulación del consumo de sal yodada han eliminado los bocios por déficit de yodo.

El bocio simple o no tóxico es una enfermedad caracterizada por un aumento difuso de la glándula tiroides, con función tiroidea normal, los niveles de T3 y T4 y los de TSH normal. Son varias las causas que pueden originar el aumento de la glándula, entre ellos esta el déficit de yodo, la presencia de bociógenos, sustancias antitiroideas, litio, o compuestos yodados (1). Enfermedades inflamatorias e infiltrativas como son las tiroiditis, las cuales puede ser

infecciosas o no infecciosas, entre las que se encuentran, la Tiroiditis de Hashimoto, Tiroiditis granulomatosa subaguda, Tiroiditis linfocitaria subaguda y la Tiroiditis de Riedel (5,6). También existen alteraciones congénitas como el quiste tirogloso, y nódulos neoplásicos.

Todas estas entidades provocan hiperplasia e hipertrofia de las células epiteliales simple de los folículos tiroideos, histológicamente se denomina bocio simple. El aumento de la glándula provoca acumulación de coloide en el centro de los acinos, a esta forma histológica se denomina bocio coloide. Si la glándula continua aumentando de tamaño, por causas aún no conocidas adquiere una arquitectura nodular. Las formas bocio simple, bocio coloide y bocio multinodular son estadios de una misma enfermedad y todas ellas pueden adquirir una forma nodular, denominadas nódulos no neoplásicos (7).

Los nódulos tiroideos pueden presentarse en forma única, lo que se denomina nódulo tiroideo solitario, o ser múltiples nódulos, denominándose bocio multinódular. La incidencia de los nódulos tiroideos tiene un comportamiento similar a nivel mundial, los mismo se encuentran en la exploración física entre un 3 y 7% en la población adulta, se descubren por técnicas imagenológicas en un 25% en la misma población y son encontrados en autopsias en un 50% en mayores de 50 años, siendo más frecuentes en mujeres. La incidencia de los mismos aumenta con la edad (3,4,8).

Los tumores solitarios tiroideos pueden ser benignos o malignos, la incidencia de estos últimos es del 5-6,5% y son mas frecuentes en hombres. Los tumores pueden ser funcionales o no funcionales, los segundos constituyen la mayoría (8). La mayoría de los tumores benignos son los adenomas en cualquiera de sus formas, embrionaria, fetal, simple y coloide. Existen otras formas más raras como el cistoadenoma papilar y adenoma de células de Hurthle y en mucho menor porcentaje los teratomas, los lipomas y los hemangiomas. El adenoma se encuentra aproximadamente en el 20% de los estudios necróticos, estos pueden encontrarse en forma única, la cual es la forma de presentación mas frecuente, o estar en una glándula con bocio multinódular. Desde el punto de vista histológico pueden presentar patrones microfolicular o macrofolicular (7) Los tumores malignos mas frecuentes son el carcinoma papilar en un 70%, el carcinoma folicular en un 15 al 20%, el carcinoma medular en un 5% y el carcinoma indiferenciado en un 10-15%(9).

La observación por ultrasonido resulta muy útil en la orientación diagnostica de estos nódulos, los cuales se pueden observar ecogénicos (sólidos) o ecolúcidos (quísticos), los nódulos hiperecogénico con micro calcificaciones y halo irregular son sugestivos de malignidad (10,11,12).

En algunos adenomas se ha identificado la presencia del oncogen GSP, el cual ocasiona la activación de la proteína Gs de membrana y el oncogen RAS, también se han encontrados aumentos de los oncogenes MYC y FOS, estos han sido descritos en los nódulos malignos, por lo que se plantea la presencia de mecanismos fisiopatológicos comunes en el desarrollo de estos procesos (13,14).

El bocio Endotorácico, específicamente el bocio simple no endémico. no es frecuente en hombres, y la forma de presentación mas común tampoco lo es la disfonía. El signo de Pemberton aunque es patognomónico del bocio endotorácico, la no existencia del mismo no excluye la entidad. En el sexo masculino y con antecedentes de fumador, como es el caso del paciente se puede confundir clínicamente con un tumor de vértice de pulmón, u otras patologías.

El tratamiento de elección para este tipo de nódulos con BAAF negativo de células malignas, pero con un crecimiento que comprometes estructuras adyacentes, como ocurre en ese caso es la cirugía. Esta puede ser hemitiroidectomía con istmodectomía, o tiroidectomía total, proceder quirúrgico que pone en riesgo la integridad del nervio recurrente ya afectado en el paciente (15,16).



Imagen obtenida por TAC en donde se observa aumento del lóbulo derecho de la glándula tiroides y desplazamiento dela tráquea.

Bibliografía:

1-Harrison's Principles of Internal Medicine 16th Edition. by Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson. Publisher: McGraw-Hill Professional; 16 edition (July 23, 2004).

2-J.Guardio Manssó, Medicina interna formato digital, www.manssón.es (2007), parte XVII, cap. 4, pág. 2522-2528.

3-MIR, Manual de Medicina Interna CTO, edición 6ta (2006), capítulo 5, pag. 20-27.

4-Delange F et al: Iodine deficiency in the world: Where do we stand at the turn of the century? Thyroid 11:5, 2009.

5-Rapoport B, McLachlan SM: Thyroid autoimmunity. J Clín. Invest 108:1253, 2009

[PMID: 11696565.

6-Bretz JD, Baker JR: Apoptosis and autoimmune thyroid disease: Following a TRAIL to thyroid destruction? Clin. Endocrinology 55:1, 2008 [PMID: 11453945].

7-Stanley L. Robbins, Patología estructural y funcional, 5ta edición, LILL interamericana (1995), cap.25, pag. 1225-1237.

8-Kunreuther E, Orcutt J, Benson CB, et al. Prevalence and distribution of carcinoma in the uninodular and multinodular goiter. Presented at the 76th Annual Meeting of the American **Thyroid** Association, Vancouver, British Columbia, Canada, September 29–October 3, 2004.

9-Misukami Y, Michigishi T, Nomomura A, Nogushi M, Nakamura HG. Thyroid carcinoma. Clinical pathologic correlations. Clin Rev in Oncology/Hematology 1995;18 :67-70.

10-Won-Jin M, So Lyung J, Jeong Hyun L, Dong Gyu N, Jung-Hwan B. Benign and Malignant Thyroid Nodules: US Differentiation-Multicenter Retrospective Study. *Radiology* 2008; 247(1):762-770.

11-Alexander EK, Marqusee E, Orcutt J. Thyroid nodule Shape and prediction of malignancy. *Thyroid* 2004;14:953-8.

12- Iannuccilli JD, Cronan JJ, Monchik JM. Risk for malignancy of thyroid nodules as assessed by sonographic criteria: the need for biopsy. *J Ultrasound Med* 2004;23(11):1455–1464.

13-Kroll TG et al: PAX8-PPAR 1 fusion oncogene in human thyroid carcinoma. *Science* 289:1357, 2008 [PMID: 10958784].

14-Mazzaferri EL et al: A concensus report of the role of serum thyroglobulin as a monitoring method for low-risk patients with papillary thyroid carcinoma. *J Clin. Endocrinology Metab* 88:1433, 2006 [PMID: 12679418]

15-Hospital Hermanos Almejeida, Protocolo de diagnóstico y tratamiento de enfermedades nodular tiroidea no tóxica, artículo (2008).

16- Alejandro García Gutiérrez, Gilberto Pardo Gómez, Cirugía, editorial Ciencias Medicas (2006) cap. 6 enfermedades quirúrgicas de la cara y el cuello, pág. 751.