

Patología Mediastinal: Bocio Intratorácico.

Autores: * Dr. Carlos Marengo B., ** Dr. Juan Gárces, *** Dr. Jorge Jiménez B., **** Dr. L. Aguilar, Dr. Ugarte.

- * Cirujano Oncólogo - Jefe de Dpto. Cirugía.
- ** Médico Patólogo ION SOLCA
- *** Residente Postgrado Cirugía Oncológica
- **** Residente Postgrado Cirugía General

ABSTRACTO

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, 42 años de edad. Sometida a toracotomía exploratoria por tumor localizado en mediastino postero-superior, cuyo informe anatomopatológico reveló un bocio intratorácico. A propósito del caso realizamos una revisión sobre el tema.

Palabras Claves: Bocio intratorácico.

Introducción

Durante los últimos años se produjeron cambios significativos en la presentación clínica, en el diagnóstico convencional y por imágenes y en el manejo terapéutico de los tumores mediastinales.

La predilección que tienen los distintos grupos de tumores por asentar en regiones específicas del mediastino justifica la división del mismo en compartimentos, tal como lo propuso Martínez en 1976.

La proporción de los tumores varía para cada compartimiento, todas las series muestran uniformemente que el mediastino anterior tiene un mayor porcentaje de tumores que alcanzan aproximadamente del 50 al 70%, seguidos del medio y finalmente el posterior.

Los tumores endocrinos del mediastino son fundamentalmente el bocio endotorácico y el tumor paratiroideo, ambos estrechamente relacionados con la migración de esos tejidos al mediastino durante el periodo embriológico. En cuanto se refiere al primero se ubica preferentemente en el compartimiento anterior delante de los grandes vasos y siendo la localización posterior mucho menos frecuente.

El bocio intratorácico verdadero, primario, bocio ectópico o bocio aberrante, recibe irrigación de vasos intratorácicos y no tienen conexión con la glándula cervical y constituyen menos del 2 % de los tumores mediastinales.

Caso Clínico

Correspondencias y Separatas:

Dr. Carlos Marengo B.
 Servicio de Cirugía Oncológica
 ION Solca Guayaquil
 Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)
 Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

ABSTRACT

We present the case of a 42 years old female patient subjected to an exploratory thoracotomy for a postero-superior mediastinic tumor, which its anatomopathological report showed an intrathoracic tumor. In purpose of this case we review this issue.

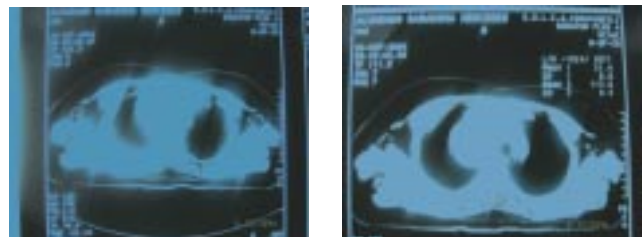
Key Words: Intrathoracic goiter.

Paciente de sexo femenino, 42 años de edad. Sin antecedentes patológicos de importancia. Consulta al instituto por cuadro de aproximadamente seis meses de evolución caracterizado por disnea de medianos esfuerzos, acompañado de dolor y sensación de pesantez de miembro superior derecho. Al examen físico: paciente ambulatorio, buenas condiciones generales. Cuello. Tiroides no visible, no palpable. No adenopatías. Pulmones ventilados, no ruidos patológicos. Se solicitan exámenes complementarios pertinentes al caso; los exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. La radiografía de tórax reveló la presencia de masa a nivel de mediastino superior que desplaza la traquea hacia la izquierda (Fig.1.).



Fig. 1: Rx. De Tórax.

La TAC de tórax mostró una masa de densidad de tejido sólido localizada en mediastino superior que compromete vena cava superior (Fig.2.).



Se práctico PAAF cuyo resultado fue negativo para malignidad. Con este cuadro paciente es programado para toracotomía exploratoria; la misma que se realiza mediante abordaje antero-postero lateral derecho, encontrándose tumoración de mediastino postero-superior de aproximadamente 9 cts., la misma que se encontraba adherida a la VCS (Fig. 3-4-5).



Fig. 3. Abordaje torácico antero postero lateral.

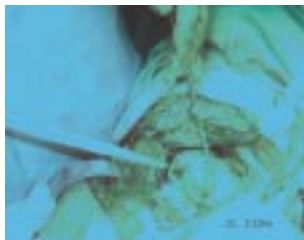


Fig. 4. Tumor de Mediastino.

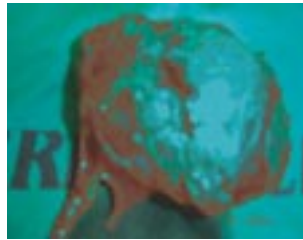
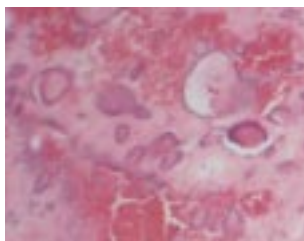


Fig. 5. Pieza Quirúrgica.

El resultado anatomopatológico fue Bocio intratorácico (Fig.6).



A las 72 horas del postoperatorio presento cuadro de quilotórax; el mismo que fue tratado en forma conservadora con dieta con bajo contenido en grasas y rica en proteínas más nutrición parenteral mas tubo torácico por 10 días evolucionando en forma adecuada.

Discusión

El mediastino es sitio frecuente de tumores y masas de diversa índole (1). Durante los últimos años se produjeron cambios significativos en la presentación clínica, diagnóstico convencional y por imágenes en el manejo terapéutico de los tumores del mediastino (2).

La tomografía helicoidal, cirugía videotorascópica, toracoscopia convencional, permiten evaluar la importancia que el mediastino tiene dentro de la cirugía y la necesidad del aporte histológico para un tratamiento adecuado y en más de una oportunidad se requiere de una toracotomía exploratoria para llegar a un diagnóstico (3). El tiroides ectópico es un tejido que no se localiza en su posición anatómica normal(4). En el tracto aerodigestivo superior puede aparecer en cualquier punto del trayecto que surge del descenso embriológico del tejido tiroideo normal desde su punto de origen en la base de la lengua hasta su posición final en la pared anterior de la traquea. Así podría encontrarse a nivel; lingual, sublingual, tirogloso y laringotraqueal (5). No obstante se podría encontrar tejido tiroideo ectópico en otras localizaciones mas raras como son; pericardio, esófago cervical, mediastino superior, diafragma entre otros.

Los tumores endocrinos del mediastino son fundamentalmente el bocio endotorácico y el tumor paratiroideo, ambos estrechamente relacionados con la migración de esos tejidos al mediastino durante el período embriológico (4,6).

El bocio intratorácico verdadero, primario, bocio ectópico o bocio aberrante, se origina de restos tiroideos mediastinales, recibiendo irrigación de vasos intratorácicos, sin conexión con la glándula cervical, la misma que se presenta con un tamaño y posición normal (7). Constituye entre el 1 y 2 % de los tumores mediastinales (8). Se considera a un bocio intratorácico cuando mas de un 50% de la glándula esta en el mediastino o en el tórax, o sea por debajo del nivel del estrecho torácico superior (7). Se ubica preferentemente en el compartimento anterior delante de los grandes vasos y siendo menos frecuente la localización posterior. Se presenta entre la quinta y sexta década de la vida con prevalencia en el sexo femenino (3:1). Su presentación puede ser asintomático, pero en la mayoría de los casos puede presentar dolor o sintomatología de compresión de estructuras anatómicas vecinas (Traquea, esófago, VCS). El bocio endotorácico es una de las escasas etiologías benignas del síndrome mediastinal VCS. (6).

El bocio intratorácico es un desafío diagnostico, muchos están de acuerdo que con un buen examen físico, la radiografía de tórax y el uso de la gammagrafía tiroidea permitirán sospechar en esta patología. Para su localización y su relación con estructuras vecinas la TAC y la RMN son de enorme utilidad (9).

En caso de tumores mediastinales la biopsia por aspiración transtorácica con aguja fina, ayudado por procedimientos de imágenes, es un procedimiento sencillo de gran utilidad para el diagnóstico (1).

En cuanto se refiere al tratamiento, la resección quirúrgica esta indicada en todos los casos, aun en los asintomático, ya que se ha descrito la presencia de carcinomas pequeños desarrollados dentro de grandes bocios endotorácicos. El abordaje debe ser siempre torácico, esternotomía mediana u horizontal en las de ubicación anterior y toracotomía posterolateral para los bocios localizados en el compartimento posterior(1-2).



Bibliografía

1. Ibarra C., García J. Guía Diagnóstico-terapéutica tumores y masas del mediastino. Rev. I. Enf. Resp. México. 2001. Vol 14 N° 3.
2. Saad E. Tumores del mediastino. H. Frances. B. Aires. 2000.
3. Ibarra C., García J. Tumores del mediastino. Oncología del tórax. Méx. 1999: 109-135.
4. Jiménez V., Ruiz R. Tejido tiroideo ectópico. Acta otorrinolaringología Española. 2002;53:54-59.
5. Nyhus L., Baker R. Anatomía quirúrgica de la glándula tiroides. El Dominio de la cirugía. 1996:210-211.
6. Giron J, Fajadet P, Saus N. Diagnostic approach to mediastinal masses. Eur. J. Radiol. 27(1):21-42.
7. Giua R., Quidaciou F. Mediastinal Goiters. A clinical case series Minerva Chir. 1990 Jun 15; 45(11).
8. Janati I., Jakovici R. Value of investigation test in thoracic goiters. J. chir. 127(12):575-579. 1990.
9. Mederos O., Barreras J., Romero C. Bocio intratorácico. http://www.cirugest.com/revista/2003_12-09.
10. Virgo K., Johnson F. Follow-up of patients with thoracic malignancies. Surg. Oncol. Clin. 1999 Apr;8(2): 355.
11. Ríos A., Rodríguez J. Resultados del tratamiento quirúrgico del bocio con componente intratorácico. Rev. Cirugía Esp. 2004. Vol 75. N° 03. 140-145.
12. De Andrade MA. A review of 128 cases of posterior mediastinal goiters. J Surg. 1997. 1:789.
13. Aleo Lujan E. Tratamiento del quilotórax posquirúrgico. Ann. Pediatrics. 2003;58(4):390-2.
14. Delgado C., Martín M. Retroesternal Goiters associated with chylothorax. Chest. 106(6):1924-25. 1994.
15. Nwafu D. Heteropic mediastinal goiter. J Surg. 30:311-332. 1996.

Del Editor

LAS REFERENCIAS

Las referencias constituyen una parte fundamental de un manuscrito científico. las referencias seleccionadas por el autor reflejan su conocimiento del trabajo realizado por otros y que él ha consultado para realizar el suyo. Citar una referencia de una referencia, publicada previamente, sin revisar la publicación original es un mal método de investigación. Una publicación médica nunca debe citarse como referencia si el autor del nuevo manuscrito no la ha leído.

Los manuscritos con demasiadas referencias más que erudición reflejan inseguridad. El hecho de leer una publicación mientras se está elaborando el manuscrito, no significa que deba ser citada como referencia; sólo deben incluirse aquellas que sean necesarias para dar al manuscrito, sustentando la información y los comentarios que se le atribuyen. Así como un buen párrafo no tiene palabras innecesarias, un buen manuscrito no tiene referencias innecesarias. la capacidad que tenga el autor para recolectar información es la clave del éxito de un trabajo científico.

Adaptado de: Am. J. Cardiol 1983; Mayo 1.

