

RESECCIÓN DE BOCIO INTRATORÁCICO CON SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Resection of intrathoracic goiter with superior vena cava syndrome

Eduardo Leyva Moraga¹, Jesús Martín Ibarra Celaya², Francisco Alberto Leyva Moraga¹, Graciano Castillo Ortega³, Fernando Leyva Moraga¹

¹Estudiante de Licenciatura en Medicina de la Universidad de Sonora.

²Médico especialista, Hospital General de Zona no. 2, Departamento de Cirugía. Docente Departamento de Medicina, Universidad de Sonora. Miembro de SMCTG

³Médico Especialista, Hospital General del Estado de Sonora "Dr. Ernesto Ramos Bours", Departamento de Cirugía. Docente Departamento de Medicina, Universidad de Sonora.

RESUMEN

El bocio intratorácico se define como un bocio que tenga más del 50% de su masa debajo del opérculo torácico. El síndrome de vena cava superior asociado a esta patología, es una condición raramente reportada en la literatura. Nosotros presentamos el caso de un masculino de 65 años que acudió a nuestra consulta por la presencia de bocio intratorácico, el cual se presentó con disnea, plétora yugular e ingurgitación de venas superficiales del tórax, datos sugestivos de síndrome de vena cava superior. Ante estos hallazgos se decide realizar resección quirúrgica abordada por cervicotomía y esternotomía parcial. El paciente fue dado de alta al sexto día sin ninguna complicación.

Palabras clave:

Bocio intratorácico, esternotomía parcial, síndrome de vena cava superior.

INTRODUCCIÓN

El bocio intratorácico (BI) o también llamado subesternal, subclavicular o mediastinal es una entidad clínica rara con más de una docena de definiciones, nosotros utilizamos la definición de Katlic et al, como un bocio que tenga más del 50% de su masa debajo del opérculo torácico.¹ Puesto que su definición ha sido controvertida, la incidencia de esta entidad ha variado de forma considerable en varios estudios, sin embargo se ha estimado que corresponde del 6.3% - 11% de todos los bocios.^{2,3} Estos tumores permanecen asintomáticos en el 20% - 30% de los casos, son más frecuentes en mujeres y su evolución es de varios años puesto que el crecimiento de la lesión es lenta.⁴

REPORTE DE CASO

Masculino de 65 años de edad, sin antecedentes de importancia, referido a nuestro centro hospitalario

con el diagnóstico de tumoración mediastinal, el cual se presenta con disfagia progresiva de larga evolución y disnea a medianos esfuerzos.

En la exploración física encontramos una tumoración palpable de grandes dimensiones, plétora yugular y datos de ingurgitación de venas superficiales del tórax (Figura 1), síntomas que coinciden con síndrome de vena cava superior. Al observar un componente cervical en la tomografía (Figura 2), se da el diagnóstico de bocio intratorácico. Cabe destacar que contábamos con el reporte de biopsia por aspirado de aguja fina (BAAF), revelando resultados negativos para malignidad realizado en otro centro hospitalario. En base a los hallazgos anteriores se decide realizar resección quirúrgica por abordaje cervical en posición supina. Se encuentra tumoración con características tiroideas e hipervascularización, se comienza la disección por lado izquierdo en donde se libera de estructuras adyacentes, preservan-





Figura 1: Venas superficiales ingurgitadas en la parte superior del tórax (flechas).

do el nervio laríngeo recurrente e identificando y respetando las glándulas paratiroides superiores, posteriormente continuamos con la disección del lado derecho en la cual fue imposible separar por completo la tumoración del mediastino y por ende se decide realizar esternotomía parcial la cual proveyó visualización completa de las estructuras que rodeaban al bocio y permitió su disección total (Figura 3 y 4). Los niveles de calcio postoperatorio fueron normales, el paciente no presentó disfonía y refirió una mejora muy significativa en la capacidad de respirar y de deglución. Fue dado de alta al sexto día en buenas condiciones.

DISCUSIÓN

La resección del bocio intratorácico, representa un desafío para el cirujano. Se requiere considerar con anticipación que estos tumores son generalmente hipervasculares y están adyacentes a vasos de gran calibre, es prudente tener el personal e instrumental adecuado para prevenir hemorragias mayores durante la cirugía.³ Otra consideración importante para realizar este procedimiento es la compresión de órganos torácicos, la cual puede dificultar la intubación y ventilación del paciente o causar una descompensación cardiorrespiratoria al administrar la anestesia.^{5,6}

Generalmente la vascularización de los BI es predominantemente de origen cervical, por lo tanto la exteriorización de estos tumores por cervicotomía clásica es posible en la gran mayoría de los casos sin tener adversidades en la disección.⁷

La esternotomía es raramente utilizada para la resección de bocio intratorácico, ya que requiere la inversión de más recursos y planeación, además de estar asociado a un mayor riesgo de hemorragia perioperatoria y estancia hospitalaria, no obstante se han descrito resultados satisfactorios cuando se interviene con cirujanos experimentados, no existiendo diferencias significativas en cuanto a las complicaciones a largo plazo con el abordaje cervical.

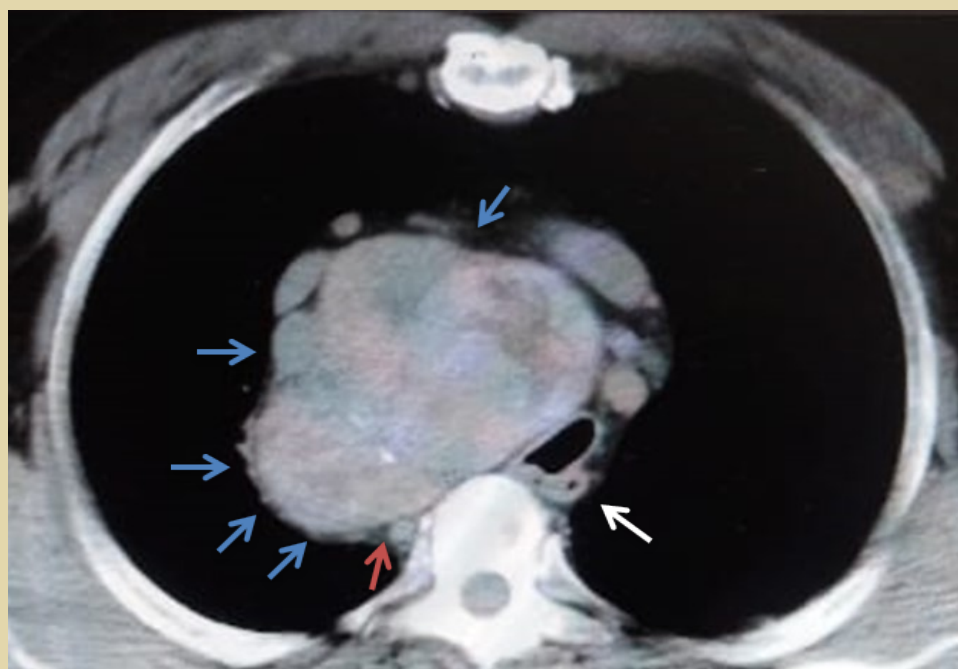


Figura 2: Tomografía computarizada de tórax corte axial, se identifica un crecimiento tiroideo en mediastino superior de aspecto heterogéneo con reforzamiento irregular post-contraste (flechas azules).

Se puede observar como la tumoración comprime la vena cava superior (flecha roja) al igual que tráquea y esófago (flecha blanca).

De hecho la esternotomía puede ser considerada como una variable independiente cuando se trata de riesgo postoperatorio para el hipoparatiroidismo tal como en la serie de N. Tabchouri et al. (OR = 4.48, P = 0.035). Se ha sugerido que la manubriotomía como adyuvante para la incisión cervical comparado con la esternotomía es superior, teniendo como argumento ser de carácter menos invasivo, sin embargo no se ha demostrado con claridad. Aún no se compara la superioridad de la esternotomía parcial contra la total en el abordaje del bocio intratorácico.⁹

La biopsia por aspirado de aguja fina puede carecer de utilidad puesto que el tamaño y localización de la glándula aumenta el riesgo de complicaciones además de una probabilidad disminuida de obtener un diagnóstico preoperatorio.

El Síndrome de vena cava superior es un proceso patológico poco común, el cual se caracteriza por una serie de signos y síntomas derivados de la obstrucción parcial o total de flujo sanguíneo de la vena cava superior a la aurícula derecha⁵. Esta condición es raramente asociada a tumores benignos, en especial con el bocio intratorácico.

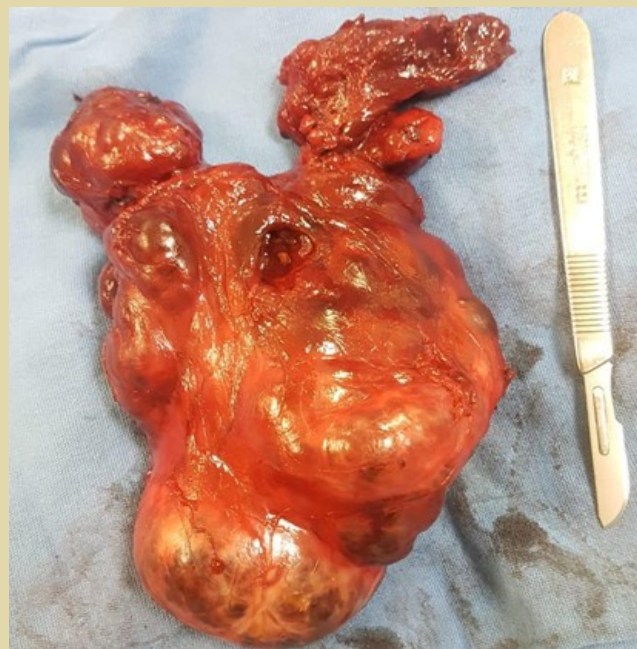


Figura 4: Pieza quirúrgica completa. Bocio tiroideo de grandes dimensiones (21x11x8cm) multinodular con lóbulo derecho predominante.

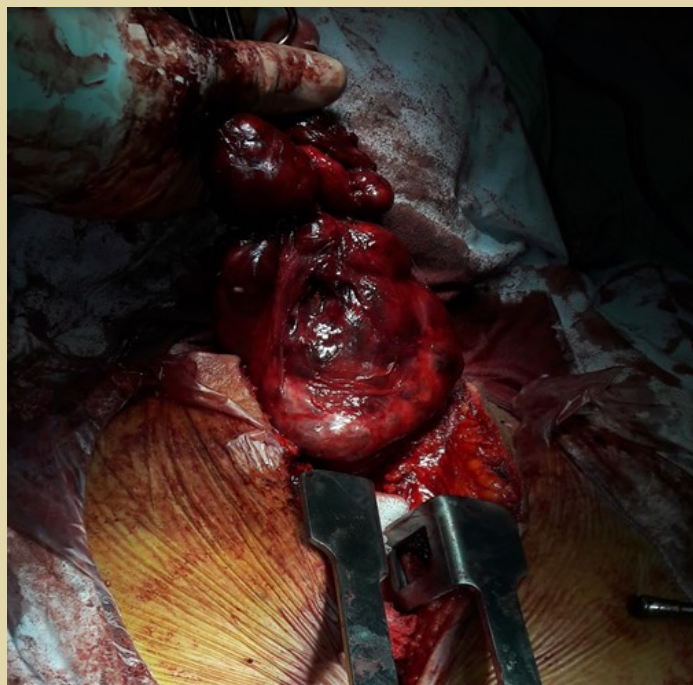


Figura 3: Resección tiroidea por medio de esternotomía parcial. Se rota tiroides hacia la derecha para realizar disección total, respetando estructuras mediastinales.

Tras hacer una búsqueda sistemática en bases de datos médicas Springerlink, Pubmed, Sciencedirect. Con las palabras: “Intrathoracic goiter”, “substernal” “Superior Vena Cava Syndrome” o “SVCS”, se encontraron 35 reportes de caso hasta Diciembre del 2018.

REFERENCIAS

1. Katlic MR, Wang CA, Grillo HC. Substernal goiter. *Ann Thorac Surg* 1985;39:391-9.
2. Ríos A, Rodríguez J, Balsalobre M, Tebar F, Parrilla P. The value of various definitions of intrathoracic goiter for predicting intraoperative and postoperative complications. *Surgery*. 2010;147(2):233-238.
3. Hashemy A, Gallo R, Shah M, Al Faifi A, Al Amir A, Al Shraim M et al. Giant intrathoracic goitre: The challenges. *International Journal of Surgery Open*. 2016;2:6-10.
4. De Aguiar-Quevedo K, Cerón-Navarro J, Jordá-Aragón C, Pastor-Martínez E, Sales-Badía J, García-Zarza Á et al. Bocio intratorácico. Revisión de la literatura médica. *Cirugía Española*. 2010;88(3):142-145.