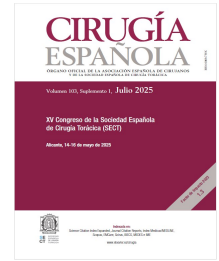




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-30 - BOCIO MULTINODULAR CON EXTENSIÓN INTRATORÁCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Eugenia Solís Serván, Mario Aláez Gómez, Marco Matute Núñez, José María González González, María Congregado González, Daniel Andrades Sardiña, Francisco García González, José Luis López Villalobos, Rafael Barroso Peñalver y Ana Blanco Orozco

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El bocio endotorácico constituye una causa poco frecuente de masa mediastínica anterior. Su diagnóstico suele ser incidental en estudios de imagen por otros motivos. Es fundamental diferenciarlo de otras tumoraciones mediastínicas debido a sus implicaciones quirúrgicas y a la posibilidad de compresión de estructuras vasculares. Presentamos el caso de una paciente con hallazgo incidental de una gran masa mediastínica anterior, cuyo diagnóstico definitivo fue bocio multinodular con extensión torácica.

Caso clínico: Mujer de 62 años sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias tras una caída accidental en diciembre de 2024. La radiografía de tórax realizada como parte del estudio de la caída revela una tumoración en mediastino anterior. Se solicita una tomografía computarizada (TAC) torácica para completar el estudio. El informe de la TAC describe una gran masa de densidad heterogénea con áreas hipodensas y calcificaciones groseras en mediastino anterior. Los troncos venosos y arteriales mediastínicos se encuentran bien delimitados, sin evidencia de infiltración tumoral. Destaca un desplazamiento caudal del cayado de la vena ácigos, con dilatación de la vena intercostal superior izquierda y de la hemiácigos, debido a la oclusión completa del trayecto venoso innominado izquierdo. La vena cava superior y la vena innominada derecha permanecen permeables. El informe concluye como diagnóstico más probable un bocio multinodular con extensión intratorácica, asociado a compresión venosa mediastínica. Para confirmar el origen tiroideo de la masa, se realiza una biopsia con aguja gruesa (BAG), cuyo resultado es compatible con "lesión tiroidea". Se programa una intervención quirúrgica coordinada con el equipo de Cirugía Endocrina. Se realiza una cervicoesternotomía media mediante dos incisiones. Durante la cirugía se identifica una gran masa dependiente del tiroides que se extiende prevascularmente hasta el mediastino anterior, alcanzando las cavidades cardíacas y ambas cavidades torácicas. La técnica quirúrgica consistió en la ligadura de los pedículos tiroideos superiores con un dispositivo de sellado vascular, la liberación del componente mediastínico y la resección completa del componente intratorácico. Se identificaron ambos nervios laríngeos recurrentes, que se respetaron en todo su trayecto. La tiroidectomía total se completó sin incidencias. Se dejó un drenaje aspirativo sobre el lecho quirúrgico. El posoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, con retirada del drenaje al cuarto día y alta hospitalaria el mismo día. El informe de anatomía patológica confirmó la presencia de una masa bien encapsulada de aspecto coloide dependiente del polo inferior del tiroides.

Discusión: El bocio endotorácico es una entidad poco frecuente que puede simular otras tumoraciones mediastínicas. El hallazgo incidental en estudios de imagen es común, y el TAC es fundamental para definir sus características y su relación con estructuras vecinas. La cirugía constituye el tratamiento de elección, especialmente en casos con compresión vascular o sintomatología. En nuestro caso, la tiroidectomía total con resección del componente intratorácico permitió una resolución exitosa sin complicaciones posoperatorias significativas. Este caso resalta la importancia de un abordaje multidisciplinar en el manejo de masas mediastínicas complejas de origen tiroideo.