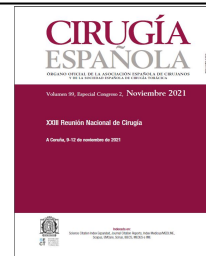




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-101 - QUILOTÓRAX SECUNDARIO A BOCIO INTRATORÁCICO: HEMITIROIDECTOMÍA DE ALTO RIESGO

Nogueira Sixto, Manuel; Pintos Garza, Rodrigo; Recarey Teijeiro, Eva; García Lorenzo, Francisco; Rivo Vázquez, Ángel; Sánchez Santos, Raquel

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo.

Resumen

Introducción y objetivos: El término bocio hace referencia a cualquier crecimiento patológico del tiroides ya sea nodular o difuso. Este crecimiento puede acompañarse o no de una alteración en la función tiroidea. El bocio multinodular es una patología muy prevalente en nuestro país, especialmente a partir de la quinta década de la vida. Las manifestaciones clínicas pueden ser secundarias a la disfunción tiroidea (hiper o hipotiroidismo) o secundarias al crecimiento de la glándula (síntomas compresivos). Los síntomas compresivos más frecuentes son la disnea, la tos, o la disfagia. Tras examinar la bibliografía disponible se han encontrado 8 casos que relacionen el quilotórax recidivante con el bocio multinodular intratorácico. El objetivo de este póster es compartir un infrecuente caso clínico de quilotórax unilateral recidivante secundario a bocio endotorácico en una paciente con parálisis recurrente unilateral previa. Realización de búsqueda sistemática en PubMed de artículos que relacionen el bocio intratorácico con el quilotórax y su manejo. Utilización de las imágenes diagnósticas y terapéuticas más relevantes para ilustrar el caso.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 83 años con una hemitiroidectomía derecha por bocio en su juventud que asoció una parálisis recurrente derecha como secuela. Años después, presenta una ortopnea grave que imposibilita el decúbito, cuya causa es un quilotórax derecho recidivante refractario al tratamiento médico habitual, el drenaje y la dieta. Tras descartar otras causas se establece como etiología un gran bocio endotorácico a expensas del hemitiroides izquierdo que asocia desplazamiento de la tráquea sin condicionar la estenosis de la misma. En su centro de referencia se descarta la hemitiroidectomía por considerar demasiado alto el riesgo quirúrgico. Es derivada a nuestro centro para valorar la realización de una pleurodesis. Tras reevaluar el caso, se decide tratar la causa y completar la tiroidectomía descartando la pleurodesis como primera opción terapéutica dado que el quilotórax está en relación con la compresión del conducto torácico o, más probablemente, con la compresión del tronco broncomediastinal derecho, del tronco yugular derecho y del tronco subclavio derecho o de su confluencia. Tras la tiroidectomía totalizadora la paciente no presenta complicaciones posoperatorias ni signos ni síntomas de lesión recurrente izquierda. La clínica respiratoria de la paciente se resuelve y no presenta nuevos episodios de quilotórax.

Discusión: El quilotórax recurrente unilateral puede derivar de una compresión de los principales elementos de drenaje linfático en el mediastino, siendo el bocio multinodular intratorácico una etiología posible, aunque infrecuente. Estos casos técnicamente complejos se benefician de su derivación a centros de alto volumen con experiencia en el tratamiento de bocios endotorácicos. En todos los casos es necesario ponderar los riesgos y beneficios.