Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):19

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1597 - Complicación de un bocio

I. Murua Duque y A. Machín Díez

Médico de Familia. Ambulatorio Olaguibel. Vitoria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años. Leucemia mieloide crónica. Hipotiroidismo. Bocio. Degeneración macular bilateral. Paciente con disnea moderada de varios días de evolución, sin clínica infecciosa, oligoanuria ni dolor torácico. Comenta edemas maleolares. Tratamiento: nicardipino 20, Eutirox 50, imatinib.

Exploración y pruebas complementarias: Habla entrecortada. Tensión arterial 154/64. Frecuencia cardíaca 66. Temperatura 36 ºC. Pulsioximetría 93%. AP: hipofonesis derecha. Crepitantes basales izquierdos. A.C.: rítmica, sin soplos. EEII: edemas con fóvea hasta rodillas. No datos de T.V.P. Gasometría arterial: PO2 55, PCO2 48. Hemograma, bioquímica, coagulación, sistemático y sedimento sin hallazgos. TSH 0,20, hormonas en rango y aumento de antiperoxidasa. RX Tórax: importante derrame pleural derecho que ocupa el 50% del hemitórax. Cardiomegalia. Toracocentesis: 20 ml de líquido pleural denso, lechoso y amarillo claro, con microbiología negativa para auramina, cultivos micobacterias, aerobio y anaerobio. Citología de líquido pleural negativa para células malignas. Estudio de líquido pleural: triglicéridos 40 mg/dl, colesterol 85 mg/dl. TAC toracoabdominopélvico confirma datos. Gran bocio con importante componente endotorácico. Impronta y desviación de tráquea hacia la izquierda. Diámetro transversal de tráquea: 0,75 cm. Ecografía tiroidea: glándula inabarcable, diámetro craneocaudal de 10 cm cada lóbulo y extensión endotorácica de predominio derecho. RNM: caudalmente el tiroides alcanza el origen de troncos supra-aórticos. No se evidencia dilatación significativa de conducto torácico aunque no se puede descartar compresión.

Juicio clínico: Quilotórax, probablemente secundario a compresión extrínseca del conducto torácico, por bocio endotorácico que produce compresión y desplazamiento de vía aérea.

Diagnóstico diferencial: Entre trasudado y exudado pleural. Descartado clínicamente trasudado, se plantea D.D en el exudado con origen tumoral, TEP, derrame asociado a enfermedades reumáticas o quilotórax.

Comentario final: Tratamiento: alimentación exclusiva con fórmula nutricional. Cirugía desestimada. Evolución radiológica al año: derrame pleural que afecta al 25% del hemitórax. Buena calidad de vida.

Bibliografía

1. Pérez Rodríguez E, et al. Aproximación al diagnóstico del derrame pleural. Medicine. 2014;11:4086-02.
2. Pérez Rodríguez E, et al. Protocolo diagnóstico del derrame pleural. Medicine. 2014;11:4097-100.
3. De Pablo Gafas A. Enfermedades de la pleura. Medicine. 2006;9:4303-8

Palabras clave: *Bocio. Compresión. Conducto torácico. Quilotórax.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.