



EL DÍA A DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HARÍA USTED ANTE UN PACIENTE...?

## Bocio intratorácico asociado a vértigo



## Intrathoracic goitre associated with vertigo

J. Morera-Montes, M. Gómez-García\*, A. Muñoz-Núñez y S. de las Heras-Loa

*Medicina Familiar, Centro de Salud Mirasierra, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Área Norte, Madrid, España*

Recibido el 27 de marzo de 2014; aceptado el 22 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 29 de diciembre de 2014

Aunque el bocio intratorácico y el vértigo periférico son enfermedades relativamente frecuentes, no lo es tanto el verlas asociadas. Presentamos un caso de bocio intratorácico, que por sus características clínicas ha podido ser la causa de un síndrome vertiginoso de repetición, lo que hasta ahora no hemos encontrado descrito en la literatura médica.

Se trata de una mujer de 61 años con antecedente de hipoacusia en oído derecho secundaria a sarampión en la infancia y en tratamiento por hipertensión arterial. Diagnosticada desde hace 10 años de bocio multinodular intratorácico con función tiroidea normal.

Comienza hace 6 meses con episodios repetidos de mareo con giro de objetos y náuseas de varias horas de duración. En el primer episodio presentó vómitos. No acúfenos. Los episodios son tan frecuentes que la incapacitan para su actividad habitual. En todas las ocasiones en que se realizan la exploración neurológica y ORL resultan normales. Durante uno de los episodios uno de sus hijos filma con su móvil un claro nistagmo hacia la derecha. Con el diagnóstico de posible vértigo episódico no posicional se le realizan los siguientes estudios complementarios en el hospital de referencia: RM craneal y CAI, TAC de peñascos y Doppler de troncos

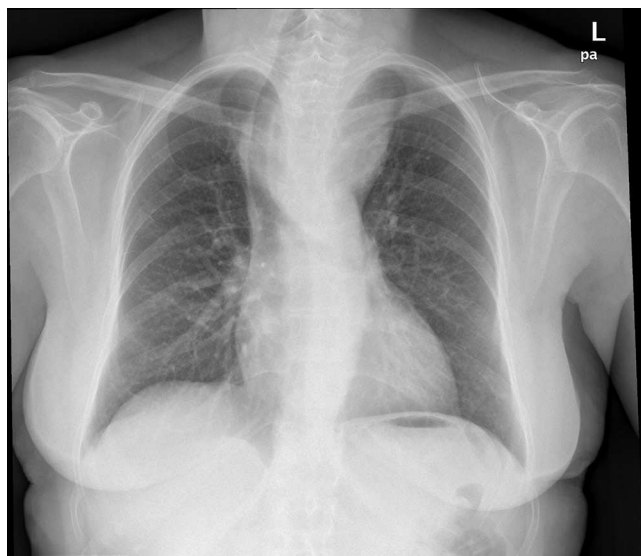
supraaórticos que son normales. Audiometría: oído derecho cofofisis, oído izquierdo umbral en 20 dB con caída en 4.000 Hz. Videonistagmografía: sin alteraciones significativas. No nistagmo de posición en decúbito lateral derecho ni izquierdo. No déficit significativo en pruebas calóricas (realizadas en fase no sintomática). Nasofibroscopia: normal. Con el diagnóstico de síndrome vertiginoso de repetición se pauta tratamiento con betahistina dicloruro que no corrige aunque sí disminuye el número de episodios de vértigo.

Durante todo este periodo la paciente ha notado un aumento significativo de la circulación venosa en hombro izquierdo y en zona anterosuperior izquierda del tórax. Al confirmar con radiografías previas el aumento del bocio intratorácico (*fig. 1*) su médico de familia le plantea la posibilidad de cirugía que finalmente realiza. Tras la intervención quirúrgica desaparecen totalmente tanto la circulación colateral venosa como los episodios de vértigo, hechos que especialmente destaca la paciente.

El bocio intratorácico se ha relacionado con síndromes de compresión de vena cava superior y con circulación colateral torácica<sup>1–3</sup>. Existe la posibilidad de que el bocio intratorácico, como se ve en la imagen desplazado hacia el lado izquierdo, haya ocasionado en este caso la compresión del tronco venoso braquiocefálico izquierdo donde se unen subclavia y yugular interna (esto queda claramente demostrado por la circulación colateral de hombro y tórax). El drenaje linfático del oído interno se realiza, al menos en parte,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mangomezg@telefonica.net](mailto:mangomezg@telefonica.net)  
(M. Gómez-García).



**Figura 1** Radiografía de tórax donde se aprecia aumento mediastínico por bocio intratorácico.

a través de la cadena ganglionar interna, que termina en el cayado del conducto torácico justo en la unión de la vena yugular interna con el tronco braquiocéfálico. Es posible que la compresión por el bocio a este nivel interesara tanto a las estructuras venosas como a las linfáticas, causando un aumento de la presión de la endolinfa en el oído interno.

El aumento de presión endolinfática es una causa reconocida de vértigo<sup>4</sup> y, aunque el mecanismo último fisiopatogénico sigue en discusión (desequilibrio iónico, inflamación, aumento de presión intracraneal, hipoplasia de saco endolinfático, etc.), el tratamiento se ha dirigido en muchas ocasiones a disminuir dicha presión, mediante cirugía<sup>5-7</sup> o con infiltraciones de esteroides en el saco endolinfático<sup>8,9</sup>. Nosotros no podemos demostrarlo, pero el hecho de la total mejoría tras la cirugía nos hace creer posible la teoría de un aumento de presión endolinfática por compresión de los vasos linfáticos y dificultad de drenaje del oído interno como causa de los vértigos en este caso.

Creemos que se debería considerar la posibilidad de que masas a nivel cervical y torácico alto sean la causa de cuadros de vértigo, y tenerlo también presente a la hora de completar nuestra exploración. En este sentido podría haber sido interesante realizar la maniobra de Pemberton. Se utiliza para demostrar compresión del paquete vascular venoso y se considera positiva si al elevar ambos brazos durante un minuto hasta tocar los lados de la cabeza (forzándose así la entrada del tiroides dentro del tórax) aparece congestión o cianosis facial. Si, en nuestro caso, se hubiese desencadenado vértigo con la maniobra podría haber reafirmado nuestra teoría, pero aunque no fuese así habríamos

observado el aumento de la circulación colateral del hombro.

El médico de familia atiende múltiples enfermedades en un mismo paciente a lo largo de su vida. Siempre debemos buscar la posible asociación entre ellas, pero mucho más si coinciden temporalmente porque nos puede facilitar su manejo, el tratamiento y en algunos casos su resolución.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses para ningún autor.

## Bibliografía

1. Moro Álvarez MJ, Sanz Continente MJ, Berrocal Valencia E, Delgado Cicerol V, Sanz Baena S, Pérez Martín G. Disnea y dolor opresivo precordial en mujer de 86 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:54-5.
2. Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Clinical practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med.* 2007;356:1862-9.
3. Ratnarathorn M, Craig E. Cutaneous findings leading to a diagnosis of superior vena cava syndrome: A case report and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2011;17:4.
4. Böhmer A. Hydrostatic pressure in the inner ear fluid compartments and its effects on inner ear function. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1993;507:3-24.
5. Wetmore SJ. Endolymphatic sac surgery for Ménière's disease: Long-term results after primary and revision surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;134:1144-8.
6. Ghossaini SN, Wazen JJ. An update on the surgical treatment of Ménière's diseases. *J Am Acad Audiol.* 2006;17:38-44.
7. Durland WF, Pyle GM, Connor NP. Endolymphatic sac decompression as a treatment for Meniere's disease. *Laryngoscope.* 2005;115:1454-7.
8. Kitahara T, Kubo T, Okumura S, Kitahara M. Effects of endolymphatic sac drainage with steroids for intractable Meniere's disease: A long-term follow-up and randomized controlled study. *Laryngoscope.* 2008;118:854-61.
9. Kitahara T, Fukushima M, Uno A, Imai T, Ohta Y, Morihana T, et al. Long-term results of endolymphatic sac drainage with local steroids for intractable Meniere's disease. *Auris Nasus Larynx.* 2013;40:425-30.