



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-056 - A PROPÓSITO DE UN CASO: QUISTE TIROIDEO GIGANTE

Grao Torrente, Irene; Maté Mate, Paloma; Vaquero Pérez, María Antonia; Sánchez- Cabezudo Noguera, Fátima; García Virosta, Mariana; Balsa Barro, Jose Antonio; Picardo Nieto, Antonio Luis

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Resumen

Introducción: Los nódulos tiroideos con componente quístico son una patología relativamente frecuente. En la gran mayoría de casos son asintomáticos. Sin embargo, su cercanía a la vía aérea los convierte en patología potencialmente letal si alcanzan un gran tamaño o sufren hemorragias agudas.

Caso clínico: Varón de 22 años que acude al servicio de urgencias por odinofagia y aumento del perímetro cervical de 3 días de evolución. En la exploración física se evidencia tumoración cervical (fig. 1). El TC cervical urgente evidencia una lesión quística dependiente del lóbulo tiroideo izquierdo de 7,6 cm que produce desplazamiento de estructuras vasculares y disminución del diámetro traqueal hasta 6 mm (fig. 2). Ese mismo día, con el fin de aliviar la sintomatología, se lleva a cabo una punción guiada por ecografía obteniendo 150 cc de líquido de aspecto coloide. Posteriormente se cursa ingreso para estudio y cirugía electiva preferente. Las cuerdas vocales eran móviles en la laringoscopia indirecta, no había lesiones en lóbulo tiroideo derecho y analíticamente estaba eutiroideo. Por reaparición de la sintomatología, a los 4 días del ingreso, es necesaria una segunda punción. Finalmente, en 48 horas, se realiza una hemitiroidectomía izquierda (fig. 3), con NIM y sin complicaciones posoperatorias. Buena evolución clínica posoperatoria con alta a las 24h. La anatomía patológica definitiva muestra una hiperplasia nodular con transformación quística parcial.

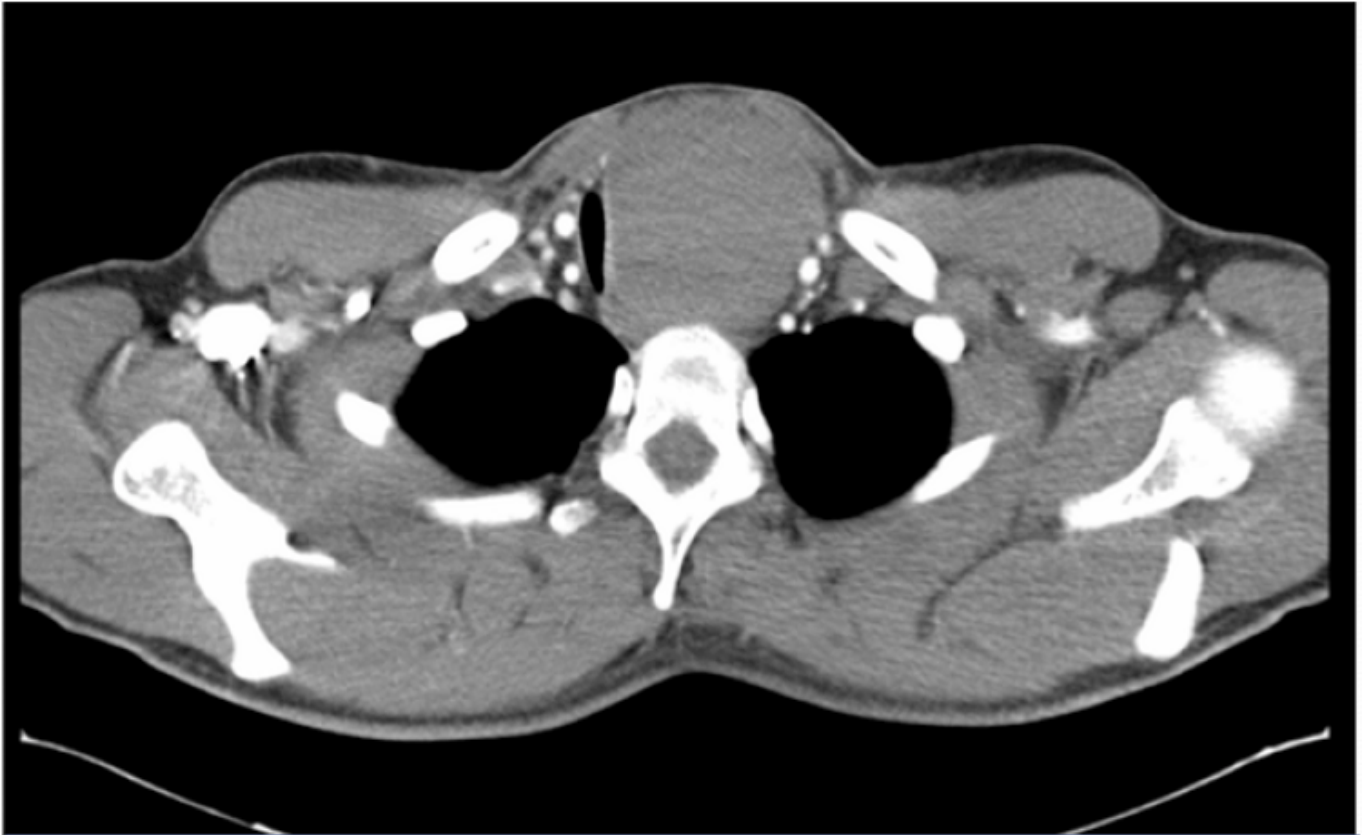


IMAGEN 2: Corte axial en TC de quiste tiroideo

Discusión: Los nódulos tiroideos con componente quístico en raras ocasiones ponen en riesgo la vida del paciente. En el caso expuesto, a pesar de la importante compresión traqueal, el paciente no presentaba disnea o insuficiencia respiratoria. Para el abordaje de estas lesiones se han descrito múltiples tratamientos como la aspiración, la alcoholización, o la radiofrecuencia. En nuestro caso, realizamos el aspirado como tratamiento sintomático, pero no planteamos otros tratamientos intervencionistas debido al tamaño de la lesión, al rápido relleno de la misma y la edad del paciente. Consideramos, que teniendo en cuenta el riesgo de recidiva en un paciente joven con un quiste de gran tamaño, la cirugía es la opción terapéutica más resolutive.