



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 424/453 - BOCIO INTRATORÁDICO COMPRESIVO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

D. González Armas<sup>1</sup>, C. Gómez Vildosola<sup>2</sup>, D. Santana Castillo<sup>3</sup> y S. Tapia Concha<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Médico de Familia. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Adjunto Radiodiagnóstico. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos conocidos, hábitos tóxicos: Fumadora (3 paquetes/año). Acude a consulta de atención primaria por cuadro de 7 meses de evolución de Disnea que ha aumentado de forma progresiva hasta moderados esfuerzos. Niega otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Examen físico: saturación de O<sub>2</sub> 97%, estridor inspiratorio. Resto anodino. Rx de tórax: masa paratraqueal derecha que desplaza tráquea. Pruebas funcionales Respiratoria: Obstrucción leve (FEV<sub>1</sub>: 73%; FEV<sub>1</sub>/CVF: 66%) Análisis clínicos: hipotiroidismo subclínico (TSH: 6,4 mUI/l; T<sub>4</sub> libre: 1,20 NG/L), resto de parámetros dentro de normalidad. TC tórax: bocio que ocupa mediastino superior (desplazando tráquea y esófago) y mediastino medio de aproximada 5,8 × 8,9 × 5,4 cm. En vista de hallazgos, se solicita valoración por Cirugía torácica (quienes realizan tiroidectomía parcial) y Endocrinología para seguimiento. Anatomía patológica: Hiperplasia nodular.

**Orientación diagnóstica:** Bocio intratorácico compresivo.

**Diagnóstico diferencial:** Tumores nerogénicos. Timoma, linfoma; y teratomas.

**Comentario final:** El crecimiento anormal de la glándula tiroides se define como bocio. Pueden ser primarios (originándose de restos tiroideos mediastínicos) o secundarios, más frecuentes, (como prolongación de la glándula tiroidea hacia el tórax). El bocio multinodular es la forma de presentación más frecuente, en relación con la deficiencia de yodo, actualmente en descenso debido a programas de yodación. No se dispone de datos concretos sobre su prevalencia en España, pero se ha informado que alrededor de un 37% de los bocios multinodulares presentan un componente intratorácico. Tiene predominio femenino (3:1), entre la cuarta y quinta década de vida. Son sintomáticos en el 70-80% de los casos, y dependerá de la función tiroidea (generalmente eutiroidea) y del tamaño de la glándula: como una masa cervical, disnea, disfagia, disfonía, y otros menos frecuentes (síndrome vena cava superior). El tratamiento de elección es quirúrgico. La importancia de este caso radica en conocer el diagnóstico diferencial de masas mediastínicas. Teniendo en cuenta la patología tiroidea como una de ellas. Se trata de una entidad poco frecuente en la actualidad, por lo que se considera de interés su publicación.

## **Bibliografía**

1. Ross D, Cooper D, Mulder J. Clinical presentation and evaluation of goiter in adults. En S. Lee (Ed.), UpToDate. 25 julio 2017. Disponible en:  
<https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-evaluation-of-goiter-in-adults>

**Palabras clave:** Bocio. Compresivo.