

Disnea y estridor en paciente obesa por bocio multinodular

CARMEN ARAGÓN VALERA^a, TERESA ANTÓN BRAVO^b, RAÚL SANCHÓN RODRÍGUEZ^a, ELENA MARTÍNEZ BERMEJO^a, AMALIA PANIAGUA RUIZ^a Y ROSA ÁLVAREZ SANTIRSO^a

DYSPNEA AND STRIDOR DUE TO MULTINODULAR GOITER IN AN OBESE WOMAN

Substernal multinodular goiter is a common entity that may cause life-threatening pressure symptoms. We report the case of a patient with tracheal stenosis due to multinodular goiter and discuss various treatment options.

Key words: Multinodular goiter. Substernal goiter. Tracheal stenosis.

^aServicio de Endocrinología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

^bUnidad de Endocrinología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

El bocio multinodular intratorácico es una enfermedad frecuente que puede originar síntomas compresivos con riesgo vital para el paciente. A continuación se presenta el caso de una paciente con estenosis traqueal por bocio multinodular y se discuten las diferentes posibilidades terapéuticas.

Palabras clave: Bocio multinodular. Bocio intratorácico. Estenosis traqueal.

INTRODUCCIÓN

El bocio es una de las afecciones endocrinas más frecuentes en España. Los últimos datos de la OMS, del año 2004, cifran su prevalencia en el 19,4%¹. El desarrollo de bocio resulta de la interacción compleja entre factores ambientales (tabaco, déficit de yodo), genéticos (defectos en los genes implicados en la síntesis hormonal, el crecimiento o la función de la glándula) y endógenos (sexo femenino)². Con el envejecimiento, el bocio difuso tiende a convertirse en nodular. La mayoría de sus portadores se encuentran asintomáticos o sólo presentan problemas estéticos, aunque es habitual el desarrollo de autonomía. En ocasiones puede causar síntomas derivados de la compresión de estructuras vecinas, sobre todo cuando se prolonga hacia la cavidad torácica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años que fue ingresada desde el servicio de urgencias por descompensación hiperglucémica hiperosmolar, secundaria a infección respiratoria con insuficiencia respiratoria asociada.

La paciente tenía una diabetes mellitus tipo 2 de más de 20 años de evolución, estaba en tratamiento con Minodiab[®] (glipizida) 15 mg al día y seguimiento por su médico de atención primaria. Además, recibía medicación antipsicótica, Modecate[®] (flufenazina) y Akineton[®] (biperideno), por una enfermedad psiquiátrica de la que no informaba la historia

Correspondencia: Dra. C. Aragón Valera.
Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
Ctra. de Colmenar Viejo, Km 9,100. 28034 Madrid. España.
Correo electrónico: carmen.arval@gmail.com

Manuscrito recibido el 22-8-2007 y aceptado para su publicación el 28-1-2008.

clínica. No se le conocían enfermedades cardiopulmonares previas ni tenía otros antecedentes personales ni familiares destacables.

En el interrogatorio refirió aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos de 24-36 h de evolución. Asociaba tos sin expectoración, y no había tenido sensación distérmica ni había termometrado fiebre. Coincidiendo con este cuadro, el control metabólico de su diabetes mellitus había empeorado y se objetivaban en los controles de glucemia capilar cifras > 500 mg/dl.

La exploración física mostró a una paciente consciente y orientada, con obesidad generalizada, taquipnea y estridor inspiratorio. Su presión arterial era de 120/80 mmHg; la frecuencia cardíaca, 80 lat/min; la temperatura axilar, 36,8 °C, y la saturación de oxígeno basal, el 86%. Las carótidas latían rítmicas y simétricas. El cuello corto y la obesidad (índice de masa corporal = 37) de la paciente impedían valorar bocio o adenopatías. La auscultación cardíaca era rítmica y sin soplos, y en la auscultación pulmonar se objetivaban crepitantes en ambas bases, más marcados en la base derecha. La exploración de abdomen y extremidades resultó normal.

Los datos más destacados de las pruebas complementarias realizadas en el servicio de urgencias fueron: glucemia, 536 mg/dl; creatinina, 1,28 mg/dl; sodio, 131 mEq/ml; leucocitos, 17.000, con un 92% de neutrófilos; pO_2 , 43 mmHg; pH 7,38; pCO_2 , 38,3 mmHg; bicarbonato, 22,9 mmol/l. En la radiografía de tórax se observaron signos de redistribución vascular y elevación del hemidiafragma derecho, sin otras alteraciones.

Ante el cuadro de estridor, se solicitó una interconsulta al servicio de otorrinolaringología. Se realizó fibroscopia, en la que se objetivó: abundante secreción mucosanguinolenta proveniente de la tráquea, con cuerdas vocales normales, móviles y con buen paso aéreo. Los senos piriformes estaban libres, pero no se pudo valorar la tráquea por intolerancia de la paciente.

La paciente recibió fluidoterapia, insulino terapia, antibioterapia, oxigenoterapia y glucocorticoides, con lo que se obtuvo mejoría inicialmente. Luego se produjeron nuevos episodios de disnea brusca con estridor y disminución de la saturación de oxígeno. Se solicitó una angiotomografía computarizada torácica para descartar una tromboembolia pulmonar como causa de la insuficiencia respiratoria. En dicha prueba no se identificaron defectos de repleción de contraste en las arterias pulmonares, pero llamaba la atención el mediastino anterior y superior ocupado por una masa, compatible con bocio multinodular, que disminuía el diámetro anteroposterior de la tráquea (fig. 1). Ante estos hallazgos, se solicitó una broncoscopia urgente, que mostró disminución importante del calibre traqueal, más del 90%, por colapso y protrusión de la pared posterior en la zona subglótica y en el comienzo de su mitad superior (fig. 2). Se solicitó determinación de hormonas tiroideas, que objetivó hipertiroidismo primario (TSH, 0,101 μ U/ml; T4 libre, 1,61 η g/ml, y T3 libre, 2,29 ρ g/ml), y se realizó una ecografía tiroidea, que puso de manifiesto un gran nódulo en el istmo tiroideo, de 6 cm de diámetro en su eje mayor, de contorno regular y contenido no homogéneo, con áreas de secuencia quística.

Previa normalización de la función tiroidea con fármacos antitiroideos, la paciente fue derivada al servicio de cirugía general, donde se le practicó una ismectomía. En el estudio anatomopatológico, la pieza de ismectomía medía 5 \times 3,5 \times 2,5 cm, estaba parcialmente recubierta por una cápsula y al corte estaba constituida por varios nódulos encapsulados intensamente hemorrágicos, con zonas de aspecto coloide.

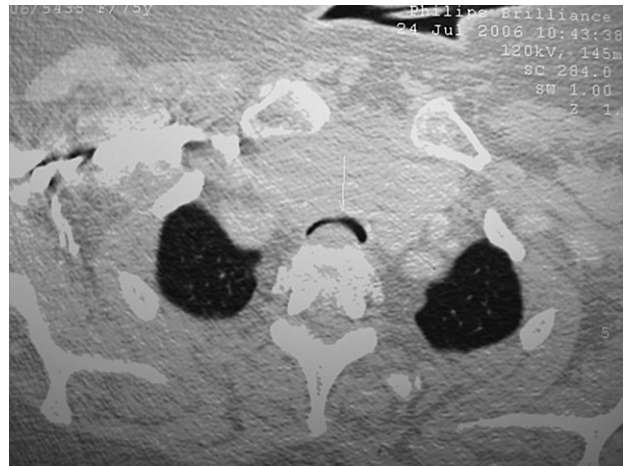


Fig. 1. Compresión traqueal por el bocio multinodular vista a la angiotomografía computarizada de tórax.

El diagnóstico microscópico fue hiperplasia nodular tiroidea ístmica.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. La paciente se mantuvo eutiroides sin necesidad de tratamiento sustitutivo. Desde el punto de vista respiratorio, no se produjeron nuevos episodios de estridor, y la paciente no precisó oxigenoterapia.

DISCUSIÓN

El bocio multinodular (BMN) intratorácico es una enfermedad que se relaciona con la edad avanzada (superior a 60 años) y con bocios de larga evolución. Su prevalencia oscila entre el 0,2 y el 45% según las



Fig. 2. Broncoscopia: disminución de la luz traqueal.

series y los criterios utilizados para definir el bocio intratorácico³. La frecuencia de aparición de traqueomalacia por compresión oscila entre el 0,001 y el 1,5% de los bocios subesternales⁴. Entre los síntomas derivados de la compresión, el más frecuente es la disnea de esfuerzo, con estridor y sibilancias cuando el diámetro traqueal disminuye a menos de 5 mm. Esta clínica se puede exacerbar si concurre una infección respiratoria. En el caso que se presenta, el bocio había pasado inadvertido por la fisonomía de la paciente y la manifestación inicial fue una insuficiencia respiratoria derivada de la estenosis traqueal.

Las pruebas de imagen que mejor definen los efectos del bocio en las estructuras vecinas son la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Para establecer la anatomía tiroidea, la prueba de elección es la ecografía⁵. En el caso que se presenta, la primera prueba de imagen fue una tomografía computarizada torácica, en la que el bocio fue un hallazgo casual; después se realizó la ecografía tiroidea como paso previo a la cirugía. Todo paciente debe ser sometido a pruebas de función tiroidea para descartar autonomía. Existen varias alternativas para el tratamiento del BMN. La administración de yodo radiactivo⁶, con o sin la administración de TSHr⁷ concomitante, la colocación de prótesis metálicas expansibles⁸ y la cirugía. Esta última es la considerada de elección, incluso en ausencia de síntomas compresivos, porque el crecimiento del BMN continúa, y conforme aumenta la edad, el riesgo quirúrgico también se incrementa. En el caso expuesto, la gravedad de la estenosis (> 90% del diámetro traqueal) hizo que se optara por la cirugía. Se valoró la posibilidad de colocar endoprótesis

traqueal, pero se desechó por las secuelas derivadas de la acumulación de secreciones respiratorias en la tráquea proximal.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Vitamin and nutrition information system. WHO global data base of iodine deficiency [actualizado 28 Dic 2006, citado 14 Ago 2007]. Disponible en: http://who.int/vmnis/iodine/data/database/countries/esp_idd.pdf
2. Hegedüs L, Bonnema ST, Bennedbaek FN. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. *Endocr Rev.* 2003;24:102-32.
3. Antonio Ríos A, Rodríguez González JM, Balsalobre MD, Soria T, Canteras M, Parrilla P. Resultados del tratamiento quirúrgico en 247 pacientes con bocio multinodular con componente intratorácico. *Cir Esp.* 2004;75:140-5.
4. Agarwal A, Mishra AK, Gupta SK, Arshad F, Agarwal A, Tripathi M, et al. High incidence of tracheomalacia in longstanding goiters: experience from an endemic goiter region. *World J Surg.* 2007;31:832-7.
5. Bonnema SJ, Bennedbaek FN, Wiersinga WM, Hegedüs L. Management of the nontoxic multinodular goitre: A European questionnaire study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2000;53:5-12.
6. Weetman AP. Radioiodine treatment for benign thyroid diseases. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2007;66:757-64.
7. Silva MN, Rubió IG, Romão R, Gebrin EM, Buchpiguel C, Tomimori E, et al. Administration of a single dose of recombinant human thyrotrophin enhances the efficacy of radioiodine treatment of large compressive multinodular goitres. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2004;60:300-8.
8. Noppen M, Poppe K, D'Haese J, Meysman M, Velkeniers Binciken W. Interventional bronchoscopy for treatment of tracheal obstruction secondary to benign or malignant thyroid disease. *Chest.* 2004;125:723-30.