



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Revisión de conjunto

Tratamiento quirúrgico del bocio intratorácico

Antonio Ríos^{a,*} y Antonio Sitges-Serra^b

^aUnidad de Cirugía Endocrina, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^bUnidad de Cirugía Endocrina, Hospital del Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de noviembre de 2011

Aceptado el 25 de enero de 2012

On-line el 31 de marzo de 2012

Palabras clave:

Bocio intratorácico

Esternotomía

Complicaciones

Cirugía

Keywords:

Intrathoracic goitre

Sternotomy

Complications

Surgery

R E S U M E N

La definición de Katlic es la que mejor describe el bocio intratorácico, entidad que incluye un pequeño subgrupo (1-4%) de los pacientes con bocio multinodular que generalmente se presentan con síntomas compresivos graves y requieren atención especializada en centros de referencia. El estudio preoperatorio debe incluir técnicas de imagen torácicas para planificar la intervención más adecuada. La cirugía debe ser la tiroidectomía total y en más del 95% de los casos el bocio se puede extraer por vía cervical. Es necesario un abordaje cervical amplio y la identificación del nervio recurrente cerca de la unión cricotiroides lo cual facilita la liberación del tiroides de todas sus fijaciones cervicales antes de traccionar suavemente hacia arriba del componente torácico para su extracción. Los bocios intratorácicos que requieren esternotomía para su extracción son los bocios recidivados, los que presentan cáncer avanzado, algunos de los que alcanzan la carina y los bocios posteriores izquierdos que se extienden hacia la cavidad pleural derecha.

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Surgical treatment of intrathoracic goitre

A B S T R A C T

The definition by Katlic gives the best description of intrathoracic goitre, a condition that includes a small sub-group (1-4%) of patients with multinodular goitre who generally have severe compression symptoms and require specialised care in reference centres. The pre-operative study must include thoracic imaging techniques to plan the most suitable action. Total thyroidectomy is recommended, and in more than 95% of cases the goitre can be removed using a cervical approach. A wide cervical approach and the identification of the recurrent nerve near the cricothyroid joint help to free the thyroid from all its cervical attachments before gently retracting it upwards from the thoracic component for its removal. Intrathoracic goitres that require a sternotomy for its removal are recurrent goitres, those that have advanced cancer, those that reach the carina, and left posterior goitres that extend to the right pleural cavity.

© 2011 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ARZRIOS@teletel.es (A. Ríos).

0009-739X/\$ – see front matter © 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2012.01.003

Introducción

Bajo el término bocio intratorácico (BIT) se incluye a un subgrupo de bocios que plantea problemas específicos en su evaluación preoperatoria y en el tratamiento quirúrgico. Con frecuencia se presenta en pacientes de edad avanzada con enfermedades asociadas, por lo que se requiere un exhaustivo estudio preoperatorio y una planificación quirúrgica cuidadosa. La necesidad ocasional de un abordaje torácico extracervical también exige que el cirujano esté familiarizado con las técnicas quirúrgicas utilizadas para acceder al mediastino y a los espacios pleurales. Además, el BIT se asocia con más complicaciones intra- y postoperatorias que el bocio puramente cervical.

Concepto de bocio intratorácico

Desde su descripción anatómica en 1749 por Haller, el BIT ha recibido diversas denominaciones (retroesternal, subclavicular, etc.) debido a que ha sido definido con criterios poco uniformes, ya que no existe unanimidad en cuanto al volumen de tiroides que debe estar en situación intratorácica ni hasta qué nivel debe descender¹. Se han propuesto múltiples definiciones, algunas recientemente, lo que justifica la incidencia dispar de BIT (entre el 0,2 y el 50%) de unas series a otras, incluso en las mismas áreas geográficas². Así, en una misma serie la incidencia del BIT puede oscilar entre el 45 y el 50%, si utilizamos la clasificación menos restrictiva, y entre el 0,2 y el 2%, si utilizamos la más restrictiva². Esta divergencia no es útil en la práctica clínica, dado que cada autor al aplicar criterios diferentes hace difícil la comparación entre series.

Las definiciones de BIT más utilizadas son²: a) *Definición clínica*: tiroides que a la exploración cervical, sin hiperextensión, permanece en parte, de manera permanente, en posición retroesternal; b) *Definición de Hsu*: tiroides (clínica o radiológicamente) situado por debajo de la unión del manubrio esternal; c) *Definición de Kocher*: tiroides con alguna porción de la glándula situada de manera permanente en posición retroesternal; d) *Definición de Torre*: bocio cuya porción más inferior se encuentra permanentemente bajo la horquilla esternal, a la exploración cervical en hiperextensión; e) *Definición de Eschapase*: bocio localizado total o parcialmente en el mediastino, y que en el acto operatorio, se comprueba que su borde inferior está al menos 3 cm por debajo del manubrio esternal; f) *Definición de Lahey*: bocio al que para su exéresis se ha de acceder al mediastino superior; g) *Definición de Lindskog*: hipertrofia de la glándula tiroides que alcanza hasta el nivel de la cuarta vértebra torácica en el examen radiológico; h) *Definición de Crile*: hipertrofia de la glándula tiroides que desciende hasta el arco aórtico; i) *Definición de Katlic*: bocio en el que al menos el 50% de su masa es retroesternal; y h) *Definición de bocio carinal*: bocio que alcanza o sobrepasa la carina.

Algunos autores han intentado comparar las diferentes definiciones para aclarar su utilidad^{2,3}. En este sentido Huins et al.³, tras la revisión de la literatura existente sobre el tema, indican la necesidad de establecer una definición estandarizada del BIT, y proponen una clasificación del BIT en tres grados según su relación con el arco aórtico y la aurícula

derecha. En otro estudio más reciente, Ríos et al.² establecieron una nueva clasificación del BIT en función de cada una de las clasificaciones, y concluyen que la mayoría podrían suprimirse dado que no tienen relevancia clínica, y que solo con dos clasificaciones se puede realizar una valoración correcta de cualquier BIT. Así, las clasificaciones menos restrictivas son superponibles en cuanto a su capacidad predictiva de la dificultad de intubación durante la anestesia, por lo que debería utilizarse la clasificación clínica, que es la más sencilla de aplicar. Respecto a las clasificaciones más restrictivas, la clasificación más útil como predictora de una posible esternotomía y de complicaciones perioperatorias es la de Katlic².

Patogénesis

El BIT es un bocio multinodular: proliferación benigna de folículos hiperplásicos, nódulos adenomatosos, y quistes, que causan aumento del volumen del tiroides. Desde el punto de vista quirúrgico, es útil distinguir tres tipos de BIT en función de su origen anatómico:

- 1) BIT primario (<1%). Es congénito, a partir de tejido tiroideo ectópico mediastínico, generalmente anterior (solo el 10-15% se localiza en el mediastino posterior o central). No suele tener conexión con la glándula tiroidea cervical, y su aporte sanguíneo proviene principalmente de vasos mediastínicos. Estos bocios requieren para su exéresis un abordaje torácico.
- 2) BIT secundario (80-90%). Corresponde a la extensión endotorácica de un bocio cervical, favorecida por la presión intratorácica negativa y la gravedad. Generalmente reciben su irrigación de las arterias tiroideas superior e inferior.
- 3) Bocio recidivado (10-20%). Se desarrolla a partir de los restos de la glándula tiroides tras una tiroidectomía parcial⁴. Los bocios recidivados tienen a menudo una prolongación mediastínica debido a que la expansión lateral y medial puede estar limitada por la cicatrización previa. Requieren esternotomía para la extirpación del bocio un porcentaje mayor que los BIT sin cirugía previa.

Relación del bocio con estructuras vecinas y valoración traqueal

Todo bocio, intratorácico o no, precisa su valoración estándar encaminada a determinar su estado funcional y descartar un proceso maligno. En el BIT, antes de planificar una intervención quirúrgica, es esencial definir su extensión. La TAC es la técnica de diagnóstico por la imagen más utilizada para evaluar el BIT, ya que proporciona información detallada sobre la extensión intratorácica, su relación con estructuras vecinas, los límites de la lesión y las características del bocio, y el grado de disminución de la luz traqueal y su desplazamiento¹⁻⁶ (fig. 1). Una reciente clasificación de la anatomía radiológica del BIT basada en la afectación mediastínica ha sido propuesta para predecir la necesidad de un acceso torácico⁷, e indica que los bocios con prolongación por debajo del arco aórtico y los que tienen una posición retrotraqueal (fig. 2) tienen más

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252758>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252758>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)