



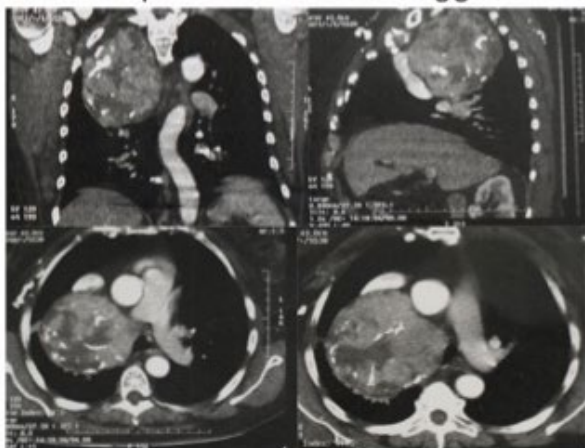
## Bocio Intratorácico Gigante de Presentación Atípica: Reporte de Caso

María B. Iriarte<sup>1</sup>, Eliana I Morales<sup>2,1</sup>, Juliana Lores<sup>3</sup>, Marisol Aguirre<sup>3,1</sup>,  
Mauricio Velásquez<sup>4,1</sup>, Luz F. Sua<sup>5,1</sup>, Liliana Fernández-Trujillo<sup>2,1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Icesi. <sup>2</sup>Depto de Medicina Interna, Servicio de Neumología. <sup>3</sup>Centro de Investigaciones Clínicas, <sup>4</sup>Depto de Cirugía, Servicio de Cirugía de Tórax. <sup>5</sup>Depto de Patología y Medicina de Laboratorio, Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia

### Introducción

El Bocio multinodular es una enfermedad común que aumenta a partir de los 50A. El Bocio intratorácico(BI): 5% de tumores mediastinales resecados, el 50% del tejido tiroideo esta por debajo de la fosa supraesternal o de 4 vértebra torácica. Puede ser ectópico o adquirido, según el origen del tejido aberrante, más común el segundo. Síntomas compresivos en vía aérea y grandes vasos, su abordaje Qx frecuentemente es difícil. Reportamos un caso de BI gigante.



TAC de tórax donde se aprecia la gran lesión mediastinal que comprime el pulmón y los vasos sin invasión, con áreas quísticas y con calcificaciones en su interior

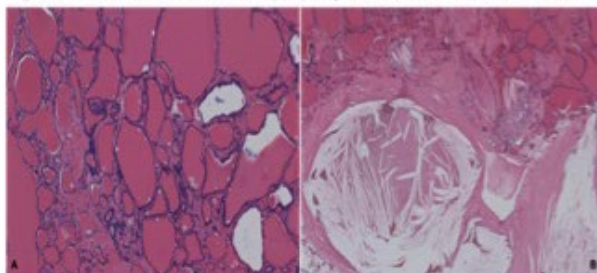


Figura 2 A. Coloración de H&E glándula tiroidea, con dilatación que contienen material coloidal. B. Bocio con área de inflamación crónica y presencia de histiocitos espumosos.

### Material y métodos

Revisión Historia/Clinica

### Caso Clínico

Mujer, 66A, antecedente de tiroidectomía subtotal hace 33A, por nódulo tiroideo. 7m de disnea y tos seca. EF: no masas en cuello, no edema en cara, no estridor, no circulación colateral. Rx/TAC de tórax: Gran masa paratraqueal derecha(11cm) que comprime sin infiltrar cava superior, subclavia derecha y tráquea con calcificaciones en su interior. Gamagrafía tiroidea con captación infraesternal sugestiva de tiroides supranumeraria; Bx/TAC(-) para malignidad, Iistoquímica:TTF-1(+) para tejido tiroideo. Toracotomía bilateral. Masa 16cm, contenido quístico con reacción desmoplásica, sin otras lesiones intratorácicas. El Dx patológico: bocio multinodular sin signos de malignidad, dilataciones quísticas, material coloidal, Inf. crónica y presencia de histiocitos espumosos. Evolución postoperatoria adecuada con controles ambulatorios periódicos.

### Conclusiones

El BI debe tener tto Qx o ablativo siempre que presente síntomas compresivos de VA y vasos cervicales o torácicos. Lesiones benignas, 10% son malignas. El gran tamaño junto con la presentación post tiroidectomía hace llamativo este caso particular.

### Bibliografía

Hashemy AA et al. Giant intrathoracic goitre: The challenges. International Journal of Surgery Open 2 2016: 6-10.