



Autores: Senra de la Fuente EM (1), Miguens Uriel A (1), Marín del Tiempo MD (1), Regla Marín, R (2), Gil Orna P(3), Avellana Gallán M (1).

Centro de Trabajo: (1) Médico residente de MF y C, C.S. San José Norte, Zaragoza. (2) Médico residente MF y C.S.San José Centro, Zaragoza. (3) Médico residente de MF y C, C.S. Torrero, Zaragoza

INTRODUCCIÓN:

El bocio es una patología frecuente, consistente en el aumento de tamaño de la glándula tiroidea, que puede darse en el contexto de diversas alteraciones de la misma. En ocasiones debido a su tamaño puede dar síntomas compresivos que pueden comprometer la vía aérea y que deben ser vigilados.

DESCRIPCIÓN:

Mujer de 72 años que consulta por **disnea de 2 meses** de evolución que aumenta en decúbito supino y sensación de masa cervical.

Exploración: a la palpación destaca **masa en región anterocervical**, con auscultación pulmonar normal.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardíaca, neoplasia, bocio.

En análisis sanguíneo destaca: **TSH 0.02 μ U/ml, T4L 1.08ng/dl** y en **radiografía de tórax** ensanchamiento mediastínico, desplazando la tráquea.

Se remite a Endocrinología donde inician tratamiento con **Iodo 131** y **Tiamazol**, solicitando **TAC** informado como masa en mediastino anterior dependiente de tiroides, con **bocio endotorácico** de 93x76x34mm que comprime y desplaza tráquea hacia la izquierda.

Tras tres días de tratamiento inicia cuadro de **tiroiditis** secundario a I131, tratándose con prednisona e ibuprofeno.

Pese al tratamiento continúa con disnea e inicia cambios en la voz, por lo que se decide realizar **tiroidectomía total**.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

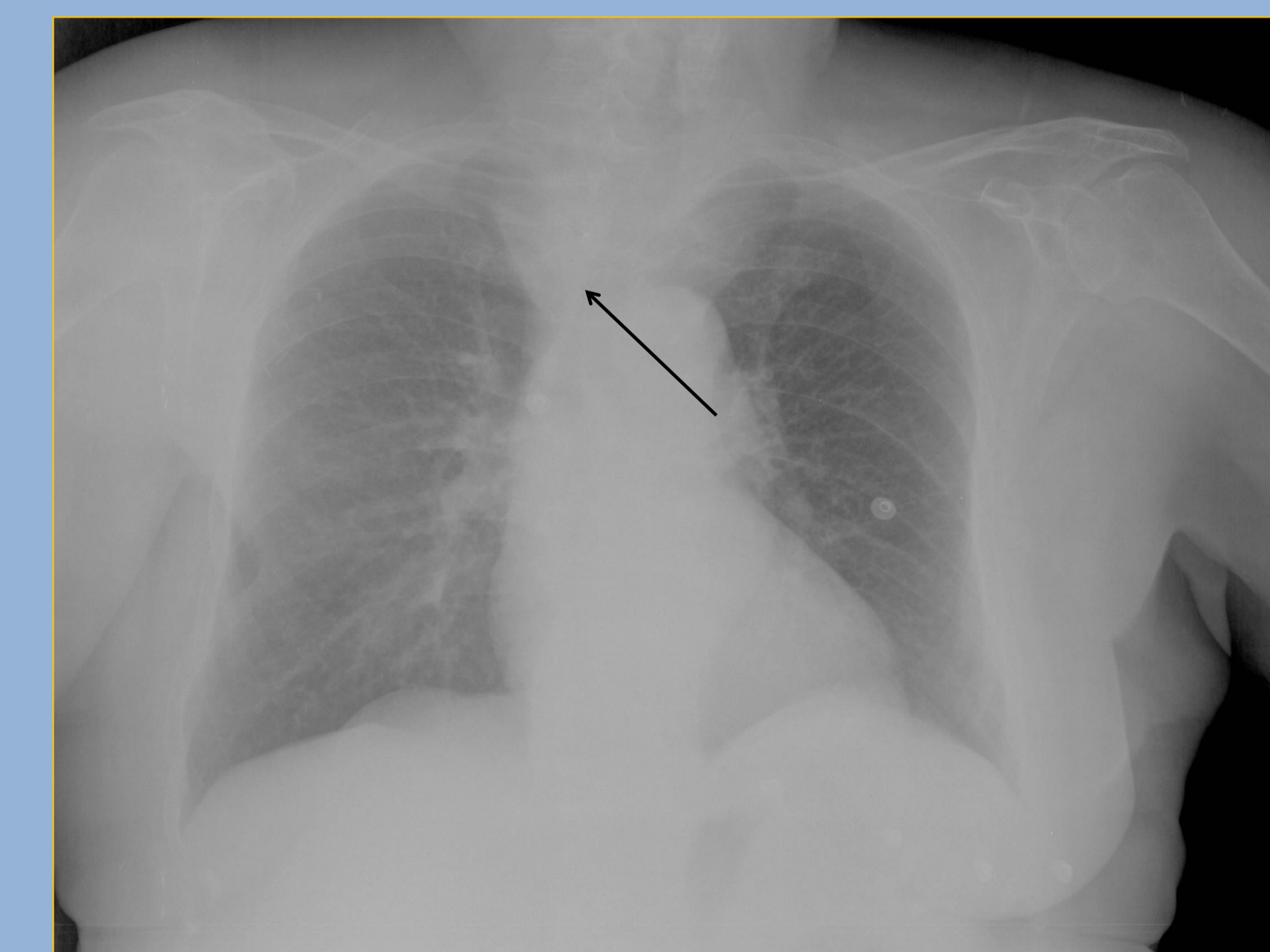
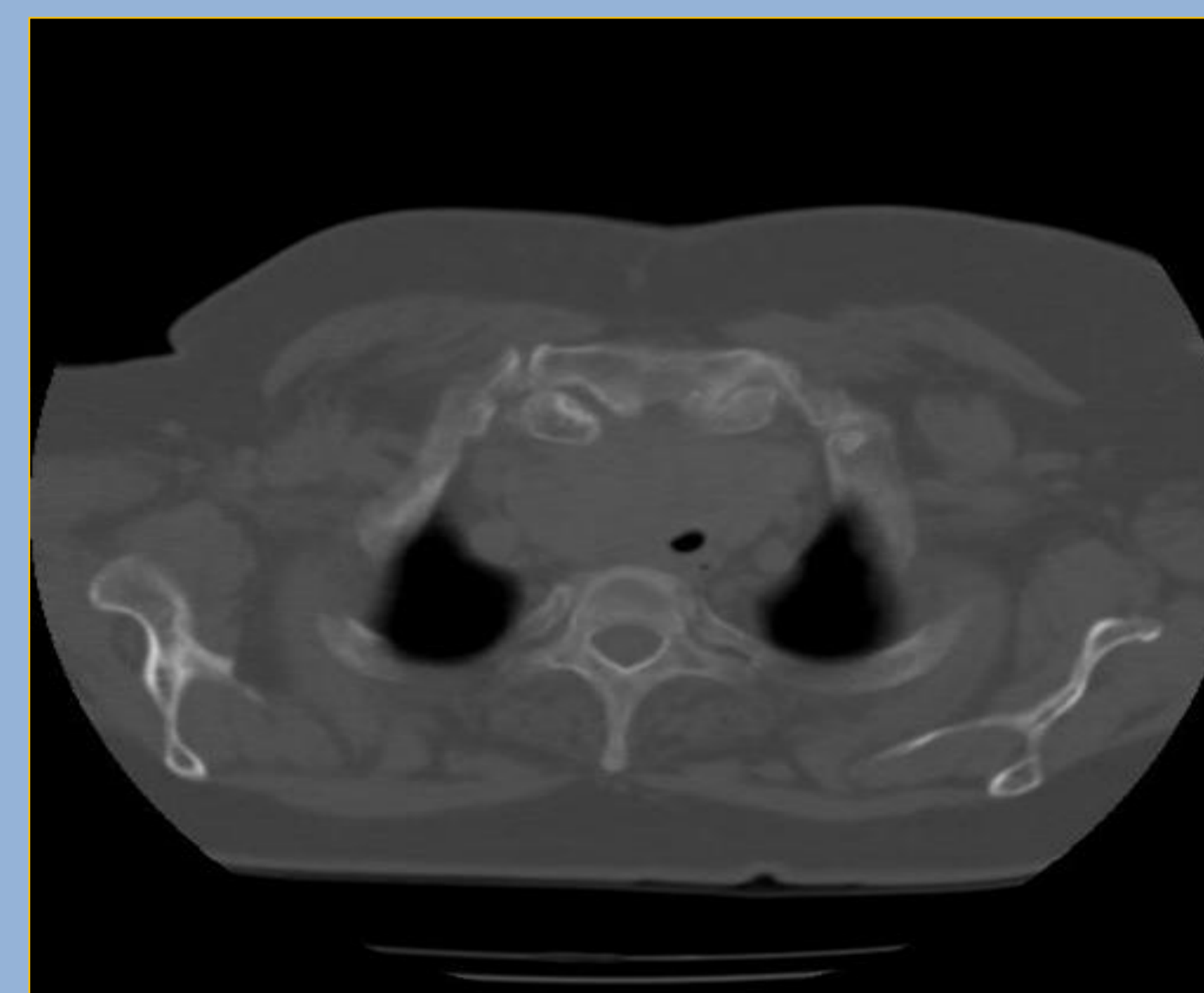
El bocio suele ser más prevalente en mujeres y la causa más frecuente es el déficit de iodo.

La clínica es consecuencia del tamaño glandular. Puede haber compresión y desplazamiento de estructuras vecinas y con ello: disnea, disfagia, disfonía o molestias locales.

Se diagnostica mediante el examen físico y con pruebas complementarias: análisis sanguíneo, radiografía de tórax, ecografía y TAC.

Si existen síntomas compresivos, el tratamiento es quirúrgico. En caso contrario, pueden valorarse las siguientes opciones: vigilancia, sal yodada, levotiroxina oral en dosis supresoras o Iodo 131.

En ocasiones el tratamiento con Iodo 131, puede ocasionar una tiroiditis, debiendo tenerlo presente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Hegedüs L, Bonnema SJ. Approach to Management of the Patient with Primary or Secondary Intrathoracic Goiter. J Clin Endocrinol Metab. December 2010; 95(12):5155–5162.
2. Bula G, Paliga M, Koziolok H, Mucha R, Gawrychowski J. Acute respiratory failure in goitre patients qualified for operative treatment. Endokrynol Pol. 2013;64(3):215-9.
3. Ridal M, Alami MN. Giant goiter associated with dyspnea. Pan Afr Med J. 2013 Mar 5;14:82.