Presentaciones de casos

# Bocio nodular quístico recidivante. A propósito de un caso

# Recurrent Nodular Cystic Goiter. In Regards with a Case

José Alberto Puerto Lorenzo[1] Lidia Torres Aja[1] Eslinda Cabanes Rojas[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

**Cómo citar este artículo:**
Puerto-Lorenzo J, Torres-Aja L, Cabanes-Rojas E. Bocio nodular quístico recidivante. A propósito de un caso. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2019 [citado 2026 Nov 7]; 9(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/687

## Resumen

Los nódulos tiroideos quísticos en la gran mayoría de los casos son benignos, especialmente si son quistes puros. Los pequeños no necesitan tratamiento supresivo con levotiroxina. A los de gran tamaño, se puede realizar punción para extraer su contenido. Su reproducción es muy frecuente, lo que puede implicar punciones repetidas y el peligro de infección. Los quistes grandes se reproducen con facilidad, y es necesaria la cirugía, dado que rara vez responden al tratamiento médico. Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino, de 78 años de edad, con antecedentes de ser fumador inveterado e hipertenso con tratamiento, que refirió haber presentado desde hacía unos meses aumento de volumen del cuello, acompañado de disfonía y disfagia a los alimentos sólidos. Al examen físico se constató tumoración en la región antero-lateral derecha del cuello y parte de la región izquierda de 5 a 6 cm de diámetro, movible con la deglución y de consistencia suave y blanda, sin adenopatías palpables. Se le realizó biopsia por aspiración con aguja fina en 3 ocasiones, presentó recidiva, se le realizó lobectomía derecha. El estudio anatomopatológico informó bocio nodular con degeneración quística. A pesar de ser frecuente esta patología, se considera importante su comunicación con fines docentes.

**Palabras clave:** bocio nodular, nódulo tiroideo, reporte de caso

## Abstract

Cystic thyroid nodules in the vast majority of cases are benign, especially if they are pure cysts. Children do not need suppressive treatment with levothyroxine. Puncture may be performed to large cysts to extract its contents. Their reproduction is very frequent, which may involve repeated punctures and the danger of infection. Large cysts reproduce easily, and surgery is necessary, since they rarely respond to medical treatment. We present the case of a 78 year-old male patient, with a history of being an inveterate smoker and hypertensive with treatment, who reported having presented a few months increase in neck volume accompanied by dysphonia and dysphagia to solid foods. Physical examination showed a 5 to 6 cm in diameter tumor in the right antero-lateral region of the neck and part of the left region. It was movable with swallowing and of soft in consistency, without palpable adenopathies. A fine needle aspiration biopsy was performed 3 times, with recurrence and a right lobectomy was performed. The anatomic-pathological study reported nodular goiter with cystic degeneration. In spite of its frequency, communication with teaching purposes is considered important.

**Key words:** goiter nodular, thyroid nodule, case report

**Recibido: 2019-01-21 11:10:02**
**Aprobado: 2019-03-12 09:25:16**

**Correspondencia:** José Alberto Puerto Lorenzo. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. jose.puerto@gal.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides forma parte del sistema endocrino y ejerce una importante función en el metabolismo, es la primera en aparecer en la vida fetal en el piso del intestino anterior; se sitúa en la región anterior del cuello y está formada por dos lóbulos simétricos adosados a los lados de la tráquea y la laringe, unidos entre sí por el istmo, es inervada por los sistemas adrenérgicos y colinérgicos, con ramas procedentes de los ganglios cervicales y del nervio vago, respectivamente. Entre sus relaciones anatómicas se encuentran los nervios recurrentes y las paratiroides.[1]

En esta glándula pueden presentarse nódulos, palpables o no, lo que se define como enfermedad nodular tiroidea.[2] Su historia se remonta muchos años atrás, el papiro de *Ebers* (500 años a.n.e.) describe el bocio y señala 2 posibles tratamientos: la resección quirúrgica y la ingestión de sales de un sitio particular del Bajo Egipto (presumiblemente ricas en yodo). La primera intervención quirúrgica sobre la glándula es atribuida a Pablo de Egina en el siglo VII, otros se la adjudican a *Albucasis*, en el año 330. En 1884 *Rehn* efectuó la primera tiroidectomía subtotal. Asimismo, Williams Warren de Portland, realizó en 1868 la primera tiroidectomía total exitosa, aunque muchos historiadores la atribuyeron a *Theodor Kocher* de Berna, una década más tarde, quien realizó dicha intervención en más de 5 000 pacientes con una escasísima mortalidad y en reconocimiento le fue concedido el premio Nobel, en 1909.[2]

El bocio nodular tiroideo es una enfermedad benigna, es más frecuente en áreas geográficas con bocio endémico y en pacientes con antecedentes de exposición a radiaciones ionizantes.[3]

Los nódulos tiroideos pueden ser sólidos o quísticos, únicos o múltiples. Los nódulos quísticos en la gran mayoría de los casos son benignos, especialmente si son quistes puros.[4] Si son pequeños no necesitan tratamiento supresivo con levotiroxina. Si el quiste es de gran tamaño, se puede realizar una punción para extraer su contenido líquido. Sin embargo, la reproducción del quiste es muy frecuente, lo que puede implicar punciones repetidas y el peligro de infección. Si el quiste es grande y se reproduce con facilidad, puede ser necesaria su extracción quirúrgica, dado que rara vez responden al tratamiento médico.[5]
La enfermedad nodular tiroidea benigna es uno de los más frecuentes e importantes problemas endocrinos, constituye un reto para cirujanos, endocrinólogos y oncólogos, por lo que se considera de interés científico su publicación.[6,7]
A pesar de ser frecuente esta patología, se considera importante su comunicación con fines docentes.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino, de 78 años de edad, con antecedentes de ser fumador inveterado e hipertenso con tratamiento, que refirió haber presentado desde hacía unos meses aumento de volumen del cuello acompañado de disfonía y disfagia a los alimentos sólidos. Al examen físico se constató la presencia de una tumoración que ocupaba la región antero-lateral derecha del cuello y parte de la región izquierda, de aproximadamente 5 a 6 cm de diámetro, dicha tumoración era movible con la deglución y de consistencia suave y blanda. Este paciente no presentaba adenopatías. (Figuras 1 y 2).



**Figura1.** Vista lateral del cuello donde se observa aumento de volumen



**Figura 2.** Vista frontal del cuello donde se observa aumento de volumen

A este paciente se le realizaron los siguientes complementarios:

Hemoglobina: 12,3g/l. Hematocrito: 0,38. Glucemia 4,8mmo/L. Creatinina: 98mmo/L.

T3: 1,3pmol/L.T4: 122 mmol/L.TSH: 1,5mul/L.

Además se le realizaron:

Ultrasonografía del tiroides: que mostró glándula aumentada de tamaño a expensas del lóbulo derecho, donde se observó imagen hipoecogénica de bordes regulares, con halo completo que media de 51 x 38 mm, que ocupaba la totalidad del lóbulo y parte del istmo a 13 mm de la piel. El lóbulo izquierdo se encontraba de tamaño normal. No se observaron adenopatías en regiones laterales del cuello.
Radiografía de tórax (vista anteroposterior): en la que se observaron signos de enfisema pulmonar dado por aumento de los espacios intercostales y costillas horizontalizadas.

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) dio como resultado: extendido quístico con escasos histiocitos. Citología negativa de células neoplásicas.

El paciente se realizó BAAF en 3 ocasiones, aspirándose aproximadamente 20 a 25 ml en cada procedimiento, pero presentaba recidiva y se mantenía la sintomatología descrita anteriormente, por lo que se decidió la cirugía, se realizó lobectomía derecha. (Figuras 3 y 4).

ISSN 2221-2434



**Figura 3.** Paciente durante el acto operatorio



**Figura 4.** Paciente en el postoperatorio

El paciente egresó con evolución satisfactoria y con seguimiento por consulta externa. Se envió la pieza extraída al departamento de anatomía patológica para la realización de biopsia. (Figura 5).

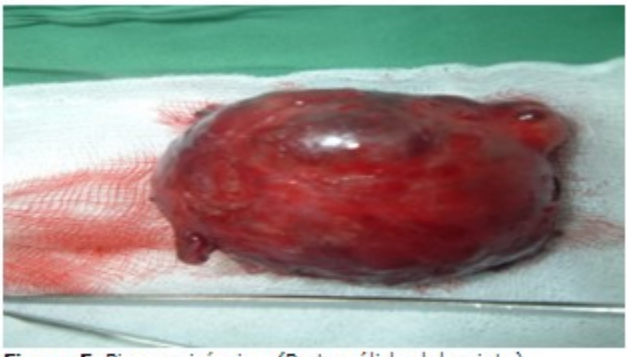


**Figura 5.** Pieza quirúrgica. (Parte sólida del quiste)

El estudio anatomopatológico del caso informó que se trataba de bocio nodular con degeneración quística.

## DISCUSIÓN

La enfermedad nodular tiroidea es una entidad clínica muy frecuente que se incrementa con la edad, como se presenta en este caso. El mayor número de reportes constituyen hallazgos benignos, donde la ultrasonografía convencional es un método muy sensible para su detección, pero no siempre permite diagnosticar su naturaleza.[8]

La presentación de un bocio nodular quístico recidivante se observa con cierta frecuencia, pero lo poco frecuente es que necesite tratamiento quirúrgico, por lo general resuelven con el tratamiento médico con levotiroxina, lo que no ocurrió en este caso, en el que, después de realizar tres BAAF, requirió tratamiento quirúrgico.[9]

En el diagnóstico inicial del bocio nodular será de gran ayuda una adecuada revisión de la historia clínica para precisar la existencia de factores de riesgo y las características del examen físico completo del cuello. Con los datos clínicos identificados, se le realizará al paciente una determinación sérica de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) (por sus siglas en inglés), un ultrasonido de cuello y se definirá si existe criterio de indicación de citología con aguja fina.[5,10]

En la gammagrafía tiroidea habitualmente se observa un nódulo no captante o frío, aunque actualmente es una técnica poco utilizada salvo en los casos en que el bocio puede producir hormonas tiroideas de forma autónoma y causar hipertiroidismo primario (con una incidencia del 4%-5% anual) en la que podrá demostrar la captación del nódulo con inhibición del resto de la glándula.[6]

La citología por aspiración con aguja fina (CAAF) es el método de elección para el estudio de pacientes con afecciones nodulares de esta glándula, sin subestimar el examen clínico y la técnica auxiliar más confiable para indicar el tratamiento quirúrgico. Su efectividad diagnóstica es superior a la gammagrafía y la ecografía, incluso para identificar lesiones pequeñas de hasta 0,7 cm de diámetro, sin embargo, mediante este estudio citológico es muy difícil identificar la invasión de la glándula tiroides ya sea capsular, vascular o ambas. Resultó difícil la definición entre benignidad y malignidad de este bocio nodular tiroideo, solo fue posible el diagnóstico definitivo con la biopsia con aguja fina.[5,7,10]

Entre las opciones de tratamiento de estos pacientes la que en la actualidad ofrece mejores posibilidades, es la hemitiroidectomía, operación que puede efectuarse sin peligro por cirujanos experimentados, sin una morbilidad mayor que la generada por técnicas menos extensas.[11,12]

**Conflicto de intereses:** los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

**Contribución de los autores:**

Idea conceptual: José Alberto Puerto Lorenzo y Lidia Torres Aja.

Análisis estadístico: José Alberto Puerto Lorenzo.

Revisión de la literatura: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja y Eslinda Cabanes Rojas.

Escritura del artículo: José Alberto Puerto Lorenzo y Lidia Torres Aja.

Revisión crítica: Lidia Torres Aja.

**Financiación:** Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández E. Nódulo tiroideo. En: Navarro D, Álvarez E. La glándula tiroidea. La Habana: ECIMED; 2011: p. 66-74

2. Román A, Restrepo L, Alzate C, Vélez A, Gutiérrez J. Nódulo tiroideo, enfoque y manejo. Revisión de la literatura. Iatreia [revista en Internet]. 2013 [citado 11 Jul 2018];26(2):[aprox. 9p]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5003642

3. Pereira OL, Rodríguez Z, Dorimain PCh, Falcón GC, Ochoa G. Diagnóstico de las afecciones nodulares del tiroides. MEDISAN [revista en Internet]. 2015 [citado 12 Jul 2018];19(6):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000600012&lng=es

4. Montaño PG, García LG, Gómez E, Pérez JU. Valor predictivo positivo del ultrasonido en la clasificación TI-RADS. Anales de Radiología México [revista en Internet]. 2014 [citado 28 Jun 2018];13(4):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2014/arm144d.pdf

5. Gil R. Citología. Su utilidad en el diagnóstico de las afecciones del tiroides. Rev Cubana Endocrinol [revista en Internet]. 2004 [citado 5 Jul 2018];15(1):[aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000100007&lng=es

6. Dorimain PCh, Rodríguez Z, Rodríguez LP, Falcón GC, Mustelier HL. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de pacientes con afecciones nodulares de tiroides. MEDISAN [revista en Internet]. 2013 [citado 1 Jul 2018];17(11):[aprox. 12p]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_11_13/san08106.pdf

7. Rodríguez Z, Dorimain PCh, Falcón GC, Mustelier HL. Diagnóstico de los nódulos de tiroides mediante estudio citológico por punción y aspiración con aguja fina. MEDISAN [revista en Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2018];17(1):[aprox. 9p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100001&lng=es

8. Solarana JA, Vera R, Rodríguez Y, Velázquez JI. Comportamiento de la enfermedad nodular del tiroides en el servicio de Cirugía General del Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín. CCM [revista en Internet]. 2013 [citado 16 Jul 2018];17(3):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1185

9. Lozano EE, Lozada CT, Millán T. Consideraciones sobre el uso de las hormonas tiroideas. CCM [revista en Internet]. 2014 [citado 16 Jul 2018];18(3):[aprox. 3p]. Disponible en: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1132/522

10. Brunas OM, González M. Citología intraoperatoria en las afecciones tiroideas. Glan Tir Paratir [revista en Internet]. 2013 [citado 24 Oct 2018];7(1):[aprox. 3p]. Disponible en: https://www.google.com.cu/search?q=10. Brunas OM, González M. Citología intraoperatoria en las afecciones tiroideas.&tbm=isch&source=univ&sa=X&ved=2ahUKEwiz88agiLnhAhVRq1kKHW53B70QsAR6BAgJEAE&biw=1024&bih=611#imgrc=P4tv7HDBAygijM

11. Zerpa Y, Vergel MA, Azkoul J, Gil V. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo. Rev Vene Endocrinol Metab [revista en Internet]. 2013 [citado 12 Jul 2018];11(2):[aprox. 2p]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/354_GPC_NODULO_TIROIDEO/N_tiroideo_evr_cenetec.pdf

12. Grageda T, Sandoval J, Huarachi M, Grageda L, Grageda A. Cirugía en patología tiroidea, 20 años de experiencia en el Hospital Elizabeth Seton. Rev Cient Cienc Méd [revista en Internet]. 2015 [citado 12 Jul 2018];18(1):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/4260/426041256007.pdf