PRESENTACIÓN DE CASO

Bocio multinodular gigante. Presentación de un caso

Giant Multinodular Goiter. A Case Presentation

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

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

Cómo citar este artículo:
Puerto-Lorenzo J, Olivera-Fajardo D, Torres-Aja L, Cabanes-Rojas E. Bocio multinodular gigante. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2025 [citado 2025 Oct 3]; 23(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53086

Resumen

El bocio multinodular gigante es un agrandamiento significativo de la glándula tiroides, caracterizado por la presencia de múltiples nódulos, que pueden provocar diversas complicaciones clínicas. Es prevalente entre los adultos mayores, particularmente entre las mujeres de mediana edad y se asocia con factores subyacentes como la deficiencia de yodo, trastornos autoinmunes, cambios hormonales e influencias ambientales. Se presenta el caso de una paciente de 65 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus, quien acudió a la consulta multidisciplinaria de tiroides del Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos. Refirió gran aumento de volumen del cuello en la región anterior, acompañado de decaimiento y en ocasiones disfagia, tanto a los alimentos líquidos como a los sólidos; además, las actividades de la vida diaria le producían ligera disnea que toleraba adecuadamente. Al examen físico se constató la presencia de una tumoración en la región anterior del cuello que tomaba ambos lóbulos, movible, con discreta prolongación hacia el tórax. En el ultrasonido se observó la glándula difusamente aumentada de tamaño, ecopatrón heterogéneo, multinodular a predominio hipoecogénico, el lóbulo izquierdo de mayor tamaño. La tomografía axial computarizada mostró gran lesión tumoral en todo el lóbulo izquierdo hasta cerca de la bifurcación de la tráquea, con calcificaciones en su interior. La biopsia por aspiración con aguja fina fue negativa de células neoplásicas. Se realizó tiroidectomía total, con evolución favorable a mediano plazo. Por ser esta entidad poco frecuente, se considera de interés científico para los profesionales dedicados al estudio y tratamiento de las afecciones tiroideas.

Palabras clave: enfermedades de la toroides, glándula tiroides, nódulo tiroideo, cirugía

Abstract

Giant multinodular goiter is a significant enlargement of the thyroid gland, characterized by the presence of multiple nodules, which can cause various clinical complications. It prevail among older adults, particularly middle-aged women, and is associated with underlying factors such as iodine deficiency, autoimmune disorders, hormonal changes, and environmental influences. The case of a 65-years-old patient with a history of high blood pressure and diabetes mellitus who attended the multidisciplinary thyroid clinic at Dr. Gustavo Aldereguía Lima Provincial Hospital in Cienfuegos is presentes. She reported a significant increase in anterior neck volume, accompanied by weakness and sometimes dysphagia, both in the intake of liquid and solid foods. Furthermore, activities of daily living caused mild dyspnea, which she tolerated adequately. Physical examination revealed a movable mass in the anterior neck involving both lobes, with slight extension into the thorax. Ultrasound revealed a diffusely enlarged gland with a heterogeneous, multinodular, predominantly hypoechoic echo pattern, and a larger left lobe. Computed tomography showed a large tumor throughout the left lobe up to near the tracheal bifurcation, with calcifications within. Fine-needle aspiration biopsy was negative for neoplastic cells. A total thyroidectomy was performed, with favorable medium-term outcome. Because this condition is rare, it is considered of scientific interest to professionals dedicated to the study and treatment of thyroid disorders.

Key words: thyroid diseases, thyroid gland, thyroid nodule, surgery

Aprobado: 2025-06-27 17:03:57

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

INTRODUCCIÓN

El bocio multinodular se caracteriza por múltiples nódulos, que pueden exhibir heterogeneidad funcional. Algunos pueden estar hiperfuncionantes (calientes) y otros hipofuncionantes (fríos).[1] Esta afección también puede albergar focos malignos o premalignos dentro de uno o más nódulos. La presencia de un bocio gigante, de más de 500 gramos de peso, puede provocar síntomas de compresión importantes que afecten a estructuras cercanas como la tráquea y el esófago. Se presenta con más frecuencia en el sexo femenino, con una relación de 3/1 con respecto al sexo masculino y en la quinta o sexta década de la vida.[2]

El agrandamiento visible del cuello es un síntoma común, que puede desarrollarse gradualmente con el tiempo. En casos graves, el bocio llega a comprimir el esófago, provocando disfagia; o la tráquea, provocando dificultades respiratorias. Además, el nervio laríngeo recurrente puede verse afectado, y ocasionar ronquera o cambios en la voz. Probablemente ocurran molestias y dolor en la zona del cuello, aunque no son comunes.[1, 3]

El desarrollo de esta afección se puede atribuir a factores tanto primarios como secundarios. Los primarios incluyen predisposiciones genéticas y heterogeneidad funcional de las células foliculares normales, a menudo exacerbadas por estímulos crónicos de bajo grado. Las influencias ambientales, como la deficiencia de yodo y la exposición a ciertas sustancias químicas también influyen. Los cambios hormonales, particularmente en las mujeres durante la pubertad, el embarazo y la menopausia, pueden afectar aún más la función tiroidea y contribuir a la formación de nódulos.[4, 5]

Su diagnóstico implica una evaluación integral que combina evaluación clínica, pruebas de laboratorio y estudios de imagen.[6] El ultrasonido juega un papel esencial en la evaluación adicional del estado de la glándula, lo que ayuda a evaluar el tamaño, la forma y la presencia de nódulos. La gammagrafía tiroidea consiste en administrar una pastilla de yodo radiactivo, seguida de imágenes para evaluar el estado funcional de los nódulos tiroideos, identificando áreas de hiperfuncionalidad o inactividad.[1, 3]

La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) se puede realizar si los nódulos son sospechosos o miden más de un centímetro, lo que ayuda a descartar malignidad.[7]

Aquellos casos donde no se puede lograr un diagnóstico definitivo mediante las pruebas iniciales, son útiles las imágenes adicionales, como las que aporta la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), para evaluar el grado de agrandamiento de la tiroides y la posible compresión de las estructuras circundantes.[8]

Las pruebas de función tiroidea son cruciales en el diagnóstico, pues ayudan a evaluar los niveles de hormonas tiroideas y de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) en el torrente sanguíneo.[9]

El bocio multinodular responde poco al tratamiento con tiroxina, por lo tanto, la cirugía es el tratamiento de elección, con preferencia de la resección total de la glándula, que generalmente puede removerse por abordaje cervical, aunque el abordaje torácico puede usarse en bocios ectópicos de localización posterior. En pacientes de alto riesgo es posible realizar tratamiento con yodo radiactivo.[10]

El bocio multinodular gigante puede provocar diversas complicaciones, particularmente cuando el tamaño del bocio aumenta y comienza a ejercer presión sobre las estructuras circundantes. Las complicaciones más comunes que se pueden observar incluyen dificultades respiratorias, disfagia y disfunción tiroidea.[11]

El objetivo de este trabajo es describir un caso de bocio multinodular gigante, entidad poco frecuente en el medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se describe el caso clínico de una paciente de 65 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus, para lo cual llevaba tratamiento médico. Acudió a la consulta de multidisciplinaria de tiroides del Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, puesto que, desde hacía unos meses, presentaba gran aumento de volumen en la región anterior del cuello, acompañado de decaimiento y en ocasiones disfagia, tanto a los alimentos líquidos como a los sólidos; además, las actividades de la vida diaria le producían ligera disnea que toleraba adecuadamente.

Al examen físico se constató la presencia de una tumoración en la región anterior del cuello, la

 ISSN 1727-897X

cual tomaba ambos lóbulos, movible, con discreta prolongación hacia el tórax, sin adenopatías palpables. (Fig. 1).

Fig. 1- Vista lateral del cuello donde se observa aumento de volumen.

Se indicaron exámenes complementarios: hemoglobina 13,8g/L; hematocrito 046; glucemia 4,2mmo/L; creatinina: 86mmo/L; T3 1,2 nmol/L; T4: 106 nmol/L; hormona estimulante de la tiroide (TSH) 2,89 mol/L. Además, se realizaron estudios de imágenes:

- Ultrasonografía de la tiroides: se observó la glándula difusamente aumentada de tamaño, ecopatrón heterogéneo, multinodular a predominio hipoecogénico, con fino halo de seguridad; el mayor se observa en el lóbulo izquierdo que mide 48 x 31 mm. El lóbulo derecho está ocupado por varios nódulos; el mayor mide 19 x 27 mm. Sin adenopatías.

- Radiografía de tórax (vista anteroposterior): nada positivo a señalar.

- Tomografía axial computarizada: mostró gran lesión tumoral que medía 5,8 por 8, 1 por 6,6 cm y se extendía en todo el lóbulo izquierdo de la tiroides hasta cerca de la bifurcación de la tráquea con calcificaciones en su interior, así como alteraciones de la densidad entre 45 y 82 UH, que producían compresión traqueal y del esófago. En el lóbulo derecho, la lesión tumoral fue de menor tamaño y con características similares.

- Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF): citología negativa de células neoplásicas.

Según el informe del Departamento de Anatomía Patológica la paciente presentaba un bocio multinodular, sin signos de malignidad en la muestra examinada.

Se procedió a la intervención quirúrgica mediante la tiroidectomía total, observándose la tráquea libre y la glándula completamente resecada. (Fig. 2).

Fig. 2- Exéresis total de la glándula tiroides.

A seis meses de la intervención quirúrgica, la paciente mostró una evolución favorable.

DISCUSIÓN

El bocio multinodular es una entidad que puede tener diferentes formas de presentación: 1) la forma asintomática, presente en la mayoría de los casos, en la cual se desarrollan sin síntomas característicos que puedan ser atribuibles a la enfermedad. Suele cursar con un perfil tiroideo normal, por lo que el paciente con bocio no debería notar alteraciones de tipo metabólico; 2) el síndrome compresivo, dado por compresión de la tráquea y el esófago; en este las maniobrsa de Kocher y Marañón son positivas; 3) hipertiroidismo, caracterizado por pérdida de peso, aumento del apetito, palpitaciones, taquicardia, intolerancia al calor y sudoración excesiva; 4) cáncer, que puede aparecer en el contexto de un bocio multinodular después de años de evolución, que ha crecido de forma más evidente en los últimos meses, o en el que han aparecido de forma reciente síntomas compresivos evidentes.[1]

En la paciente estudiada predominó la forma de presentación compresiva, dada por la disfagia tanto a los alimentos líquidos como a los sólidos; además, las actividades de la vida diaria le producían ligera disnea que toleraba adecuadamente.

En pacientes que presentan agrandamiento de la glándula tiroides, particularmente cuando se detectan múltiples nódulos durante el examen y en presencia de síntomas asociados con hipertiroidismo, el diagnóstico requiere de un examen físico exhaustivo y una revisión del historial médico.[3] En el caso estudiado solo se observó aumento de volumen del cuello, con síntomas compresivos.

El examen físico a menudo revela una gran masa multinodular en el cuello, que puede medir varios centímetros de diámetro. A la palpación, la masa puede ser firme y moverse al tragar.[5] Las evaluaciones clínicas adicionales generalmente incluyen pruebas de función tiroidea para evaluar los niveles de TSH, T3 y T4, junto con estudios de imágenes como ultrasonido o tomografías computarizadas para evaluar las posibles relaciones entre los órganos intratorácicos y el bocio, de mucha utilidad para el cirujano a la hora de planificar el abordaje quirúrgico.[8]

En la paciente estudiada se constató la presencia de una tumoración en la región anterior del cuello que tomaba ambos lóbulos, movible, con discreta prolongación hacia el tórax o adenopatías palpables. Las pruebas funcionales tiroideas se encontraban en parámetros normales. Además, se realizó ultrasonido donde se observó la lesión y se corroboró mediante tomografía axial computarizada.

El diagnóstico y tratamiento tempranos son cruciales, pues la compresión prolongada de la tráquea y el esófago puede provocar una morbilidad significativa.[1, 10]

Las opciones de tratamiento para el bocio multinodular gigante incluyen principalmente intervención quirúrgica, terapia con yodo radiactivo y manejo farmacológico. La elección del tratamiento depende de factores como el tamaño del bocio, la presencia de síntomas y la salud general del paciente.[12]

Para aquellos pacientes en que el bocio haya sido descubierto de manera casual en el contexto del

estudio de otra enfermedad, el tratamiento es necesario individualizarlo, teniendo en cuenta el contexto del paciente; el cual puede ser conservador que incluye el uso de levotiroxina en dosis bajas y aumentando gradualmente, vigilando la TSH para evitar una supresión excesiva y el uso de yodo radiactivo,[13] lo cual no corresponde con el tratamiento de la paciente presentada.

La existencia de un crecimiento rápido de la glándula, la aparición de síntomas compresivos, el hipertiroidismo o la sospecha de malignidad son indicaciones bien establecidas para el manejo quirúrgico de esta enfermedad;[1] en este caso, la cirugía exerética estaba indicada.

En el posoperatorio existe la probabilidad de complicaciones, entre ellas la hemorragia, que puede requerir una intervención quirúrgica adicional; el hipoparatiroidismo transitorio, debido al posible daño a las glándulas paratiroides durante la cirugía; la parálisis de las cuerdas vocales, transitoria o permanente; la traqueomalacia y la necesidad de terapia de reemplazo de levotiroxina de por vida, debido al hipotiroidismo postoperatorio.[11] En la paciente estudiada no aparecieron complicaciones postoperatorias, tuvo una evolución favorable.

El bocio multinodular es una afección de baja incidencia, que afecta mayormente a las mujeres. El tratamiento de elección es la resección total de la glándula, el cual fue realizado en el caso presentado.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

Conceptualización: José Alberto Puerto Lorenzo, Daniel Olivera Fajardo, Lidia Torres Aja

Curación de datos: José Alberto Puerto Lorenzo

Análisis formal: José Alberto Puerto Lorenzo

Investigación: José Alberto Puerto Lorenzo, Daniel Olivera Fajardo, Lidia Torres Aja, Eslinda Cabanes Rojas

Redacción - borrador original: José Alberto Puerto Lorenzo, Daniel Olivera Fajardo, Lidia Torres Aja, Eslinda Cabanes Rojas

Redacción - revisión y edición: Eslinda Cabanes Rojas

Financiación:

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Misa C, Perna R. Bocio y nódulo tiroideo. Clin Quir Fac Med Udela R[Internet]. 2019[citado 19/04/2025];48(1):[aprox. 12p]. Disponible en: https://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/CQBmateriales/33_Bocios_y_ndulo_tiroideo_CQFM.pdf

2- Tornaco R, Benítez A, Villalba M, Rojas J, Mena C. Bocio gigante con proyección endotorácica. Discover Medicine[Internet]. 2021[citado 23/04/2025];5(2):[aprox. 6p]. Disponible en: https://revistascientificas.una.py/index.php/DM/article/view/2987

3. Garnica X, Pérez B, Borges A, Vivas JF. Bocio intratorácico como diagnóstico diferencial en los tumores del mediastino anterior. Rev Venez Oncol[Internet]. 2024[citado 24/04/2025];36(4):[aprox. 8p]. Disponible en: https://revista.oncologia.org.ve/wp-content/uploads/2024/06/06.-Garnica-X-252-255.pdf

4. Aria ML. Nódulo tiroideo: un enfoque integral. Sinergia[Internet]. 2022[citado 26/04/2025];7(5):[aprox. 20p]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8859977.pdf

5. Causa RJ, Causa JR, González YA. Bocio multinodular gigante. Revisión de la literatura a propósito de un caso. Rev Colomb Cir[Internet]. 2020[citado 28/04/2025];35(3):[aprox. 18p]. Disponible en: https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/469/523

6. Pereira OL, Rodríguez Z, Dorimain PC, Falcón GC, Ochoa G. Diagnóstico de las afecciones nodulares del tiroides. MEDISAN[Internet]. 2015[citado 29/04/2025];19(6):[aprox. 16p]. Disponible en: http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/351/pdf_96

7. Osorio C, Fernández A, Ensuncho C, Redondo K, Herrera F. Comparación entre la citología por

aspiración con aguja fina y la biopsia por congelación en el diagnóstico de las neoplasias malignas de la glándula tiroides: un estudio prospectivo. Rev Colomb Cir[Internet]. 2016[citado 01/05/2025];31(1):[aprox. 13p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000100003&lng=en

8. Boers T, Braak SJ, Rikken NET, Versluis M, Manohar S. Ultrasound imaging in thyroid nodule diagnosis, therapy, and follow-up: Current status and future trends. J Clin Ultrasound. 2023;51(6):1087-1100.

9- Lorda L, Navas JO, Hidalgo M, Rodríguez Y. Consideraciones actuales sobre las opciones de tratamiento para pacientes con bocio multinodular no tóxico benigno. Rev Cubana Med Mil[Internet]. 2023[citado 01/05/2025];52(3):[aprox. 12p]. Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2751/2082

10- Lorda L, Navas JO, Licea M, Hidalgo M. Comportamiento del bocio multinodular benigno y opciones para su tratamiento. Rev Cubana Med Mil[Internet]. 2024[citado 02/05/2025];53(3):[aprox. 14p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572024000300021

11- Sosa MG, Ernand RS. Complicaciones derivadas de la tiroidectomía en el Hospital General “Calixto García”. Rev Cubana Cir[Internet]. 2016[citado 02/05/2025];55:[aprox. 9p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000400001

12- Lorda L, Navas JO, Licea M, Hidalgo M. Comportamiento del bocio multinodular benigno y opciones para su tratamiento. Rev Cubana Med Milit[Internet]. 2024[citado 26/08/2025];53(3):[aprox. 32p]. Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/43949/2659

13- Machado JE, Medina DA, Valladales LF, Loaiza D, Paredes M. Patrones de prescripción de medicamentos antitiroideos en una población de Colombia. Acta Med Col[Internet]. 2018[citado 01/05/20251];43(3):[aprox. 8p]. Disponible en: https://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/983/1656

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS