



CASO CLÍNICO

Bocio nodular

Elena García Roselló¹, Jordi Lozano Francés², Isabel Hervellá Durántez¹.

1. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), Centro de Salud de Muchamiel.
2. Residente de MFyC, Centro de Salud San Vicente I (San Vicente del Raspeig).

Contacto: Elena García Roselló, egarciarosello@gmail.com

Citar como: García Roselló E, Lozano Francés J, Hervellá Durántez I. *Bocio nodular*. fml. 2021; 26(1):5p

Resumen

El término bocio define el incremento de volumen de la glándula tiroidea de cualquier etiología. Según sus características, puede ser difuso (Crecimiento global de la glándula) o nodular (Crecimiento focal). Su etiología es múltiple, y su clínica puede variar desde estar sin síntomas hasta tener síntomas por compresión de estructuras vecinas. El diagnóstico se realiza con la clínica, las pruebas de laboratorio y las de imagen (fundamentalmente Ecografía de cuello). El tratamiento varía en función de la sintomatología: Si no hay síntomas, se vigila la evolución; y si hay clínica compresiva, el tratamiento es quirúrgico.

fml. Enero 2021; Volumen 26, número 1.

Publicación oficial SVMFIC.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:

Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

Datos de interés

La patología tiroidea es un trastorno muy común en la consulta de Atención Primaria. Las enfermedades del tiroides tienen una elevada prevalencia en todas las edades, fundamentalmente en el sexo femenino. Las manifestaciones clínicas frecuentemente son inespecíficas y de instauración lenta, por lo que es necesario conocerlas para poder hacer un correcto diagnóstico.

Introducción

El término bocio define el incremento de volumen de la glándula tiroidea de cualquier etiología. Según sus características, puede ser difuso (crecimiento global de la glándula) o nodular (crecimiento focal). Según su producción hormonal, se clasifica en hiperfuncionante, normofuncionante o hipofuncionante. El bocio simple se define como un bocio difuso cuya etiología no es inflamatoria ni tumoral. El bocio multinodular, en cambio, suele ser el resultado de la evolución desde un bocio simple.

Entre sus causas destacan: déficit de yodo (etiología más frecuente), bociógenos, enfermedades inflamatorias, enfermedades infiltrativas, alteraciones congénitas, neoplasias.

Muchas veces el único signo es un bultoma en la zona de la glándula. Cuando el tamaño es importante, puede dar clínica relacionada con la compresión de estructuras vecinas (tráquea-disnea; esófago-disfagia; nervio recurrente disfonía). Por compresión de estructuras vasculares se produce el signo de Pemberton (congestión facial cuando se mantienen los brazos levantados). El diagnóstico se realiza con la historia clínica (anamnesis + exploración física) y se confirma con pruebas de imagen (ecografía tiroidea). La realización de una radiografía de tórax es útil para valorar desplazamiento traqueal. Además, se debe solicitar perfil tiroideo.

Si el bocio es multinodular, el riesgo de cáncer de tiroides de los distintos nódulos es igual que el de un nódulo tiroideo único, por

lo que la necesidad de PAAF se valorará para cada nódulo de forma individual.

El tratamiento varía en función de la sintomatología: si no hay síntomas, se vigila la evolución, y si hay clínica compresiva, el tratamiento es quirúrgico. ^[1]

Descripción del caso clínico

Antecedentes personales: Mujer de 83 años con RAM (Reacción Alérgica Medicamentosa) a betalactámicos. No hábitos tóxicos. Antecedentes médicos de gonartrosis. Apendicectomizada en la infancia.

Motivo de consulta/enfermedad actual: Paciente que consulta con su Médico de Familia por presentar disfagia a sólidos y disnea de moderados esfuerzos de 2 meses de evolución, con pérdida de 3 kg de peso (según refiere, consecuencia de la disfagia). Niega más sintomatología.

Exploración física: A la exploración física lo único que destaca es un discreto incremento de tamaño de la glándula tiroidea. El resto de exploración es normal.

Pruebas complementarias: Dada la clínica de la paciente y los hallazgos exploratorios, su médico le solicita las siguientes pruebas:

- Radiografía de tórax, en la que se percibe una compresión extrínseca sobre la pared lateral izquierda de la tráquea con un discreto desplazamiento de la misma (valorar signos de crecimiento de lóbulo tiroideo izquierdo).
- Interconsulta a medicina digestiva para realización de gastroscopia (esófago normal. Cavidad gástrica con mucosa normal. Píloro permeable y duodeno hasta 2ª porción normal. Se toman biopsias de esófago proximal y distal que no son patológicas).

Tras los resultados de la radiografía, se solicita TAC cervical (bocio tiroideo con extensión endotorácica a expensas del lóbulo tiroideo izquierdo).

Correlacionar con hallazgos de analítica; Ecografía y PAAF).

Se solicita perfil tiroideo (valores normales) y Ecografía: nódulo en lóbulo tiroideo izquierdo predominantemente endotorácico de 5,5 cm con características de baja sospecha. Condiciona desplazamiento traqueal hacia la derecha. Con las mencionadas pruebas complementarias solicitadas, se realiza interconsulta a Endocrinología para valoración de la paciente. Se solicitó PAAF (negativa), y se propuso tratamiento quirúrgico por la sintomatología compresiva.

Diagnóstico diferencial

En este caso hay dos síntomas guía sobre los que realizar un diagnóstico diferencial: la disfagia y la disnea.

El término disfagia se define como la sensación de dificultad para la deglución. Es un síndrome frecuente, cuya prevalencia aumenta con la edad, y que repercute de forma muy negativa sobre la calidad de vida. La orientación diagnóstica realizada por el médico de familia es esencial para un manejo precoz y correcto. En este sentido, se ha indicado que la historia clínica permite conocer la causa en el 80% de los casos. [2] Para su estudio, el primer paso a seguir es realizar una historia clínica detallada, en la que conste:

- Antecedentes médicos y/o quirúrgicos.
- Localización (es necesario diferenciar entre disfagia orofaríngea [dificultad para el inicio de la deglución] y disfagia esofágica [dificultad para el paso del bolo por debajo del hueco supraesternal].
 - Tipo de alimentos (sólidos y/o líquidos).
 - Características (continua o intermitente).
 - Tiempo de evolución.
 - Presencia de síntomas concomitantes.
 - Tratamiento habitual.

Para completar la historia clínica es fundamental realizar una exploración física completa (que incluya exploración neurológica, cutánea, de cabeza y cuello,

tórax, abdomen y valoración del estado nutricional). Una vez realizada la historia clínica, puede ser necesario hacer pruebas complementarias, tales como pruebas de laboratorio y/o gastroscopia (es necesario realizarla en todos los pacientes sin diagnóstico etiológico, siendo de primera elección si se sospecha una neoplasia tras la historia clínica). Según los resultados, se solicitarán más pruebas o no. [3]

Tabla 1. Causas de disfagia orofaríngea y esofágica.

Disfagia orofaríngea
<p><i>Enfermedades orgánicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Divertículo de Zenker. -Neoplasias. -Membranas: síndrome de Plummer-Vinson. -Compresión extrínseca: Osteofitos/Bocio/ Adenomegalias. <p><i>Yatrogenia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Post-cirugía. -Post-radiación. -Fármacos. <p><i>Enfermedades infecciosas.</i></p> <p><i>Enfermedades neurológicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Accidente vascular cerebral. -Enfermedad de Parkinson. -Traumatismo craneoencefálico. -Tumor del tronco del encéfalo. -Demencia. -Esclerosis múltiple. -Esclerosis lateral amiotrófica. -Poliomelitis. <p><i>Enfermedades musculares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Miastenia gravis. -Miositis. -Conectivopatías. -Distrofias musculares. <p><i>Enfermedades metabólicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Amiloidosis. -Hipertiroidismo. -Enfermedad de Wilson. -Síndrome de Cushing. <p><i>Alteraciones funcionales.</i></p>

Disfagia esofágica
<p><i>Enfermedades de la mucosa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad por reflujo gastroesofágico -Anillo esofágico inferior -Esofagitis (Infecciosa, eosinofílica, por fármacos, por radioterapia) -Lesión por cáusticos -Yatrogenia (Tras escleroterapia, ligadura de varices) -Tumores esofágicos <p><i>Enfermedades mediastínicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Compresión vascular -Tumores (linfoma, cáncer de pulmón) -Infecciones <p><i>Trastornos motores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Acalasia -Espasmo esofágico difuso -Esclerodermia

Se entiende por disnea la sensación subjetiva de dificultad respiratoria. Es un síntoma frecuente, y cada paciente lo expresa en función de su condición individual, social, cultural. [5]

En Atención Primaria, las escalas más utilizadas para cuantificar la disfagia son la del Medical Research Council (mMRC, utilizada mayoritariamente en disnea respiratoria) y la de la New York Health Association (NYHA, utilizada en disnea cardíaca). [4]

Tabla 2. Escala mMRC

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea con ejercicio físico intenso.
1	Disnea al caminar rápido o subir una pequeña cuesta.

2	Incapacidad para mantener el paso de otras personas de la misma edad (Caminando en llano) o necesidad de parar a descansar al caminar en llano a su propio paso.
3	Necesidad de parar a descansar al caminar unos 100m o a los pocos minutos de caminar en llano.
4	Imposibilidad de salir de casa, o disnea con actividades como vestirse o desvestirse.

Tabla 3. Escala NYHA

Clase I	Ausencia de síntomas con la actividad normal.
Clase II	Síntomas con la actividad ordinaria.
Clase III	Síntomas con actividad inferior a la ordinaria.
Clase IV	Síntomas al menor esfuerzo o de reposo.

El manejo correcto de este problema exige, por su variabilidad, ser muy sistemático. [5] La realización de una historia clínica completa es fundamental para el diagnóstico. En ésta deben constar:

A parte de las patologías previas e intervenciones quirúrgicas, deben figurar los hábitos tóxicos y la historia laboral.

- Inicio: brusco, progresivo
- Duración
- Tiempo de evolución
- Características (continua o intermitente)
- Factores precipitantes: ejercicio, alérgenos, contaminantes/irritantes, ingesta; traumatismo torácico, inmovilización prolongada o cirugía
- Presencia de síntomas concomitantes: dolor torácico, palpitaciones, tos, fiebre, disfagia
- Tratamiento habitual: anticonceptivos

hormonales pueden predisponer a enfermedad tromboembólica, betabloqueantes, etc.

Para completar la historia clínica es primordial realizar una exploración física completa (debe incluir constantes vitales, exploración de cuello, tórax, abdomen y extremidades).

Una vez realizada la historia clínica, puede ser necesario hacer pruebas complementarias. Las pruebas iniciales son: hemograma, bioquímica y coagulación; electrocardiograma y radiografía de tórax (indicada tanto si se sospecha disnea de etiología cardíaca como respiratoria. Se ha demostrado que cambia la gestión de la patología hasta en el 84% de los casos). La gasometría se solicitará o no en función de las constantes vitales. En un segundo tiempo, una vez realizada la historia clínica y las pruebas iniciales, y en función de la sospecha clínica, pueden ser necesarias pruebas secuenciales^[4], tales como: TAC, broncoscopia, espirometría, ecocardiografía^[5].

3. Souki Kade Y, E. Aular J. Guía clínica de Disfagia [Internet]. Fistera.com. 2017 [cited 15 January 2020]. Available from: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/disfagia/>
4. Irizar Aramburu M, Martínez Eizaguirre J. Guía clínica de Disnea crónica [Internet]. Fistera.com. 2016 [cited 22 January 2020]. Available from: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/disnea-cronica/>
5. Sáez Roca G. Valoración del paciente con disnea. Escalas de medición. [Internet]. Neumosur.net. [cited 27 January 2020]. Available from: <https://www.neumosur.net/files/EB03-23%20disnea.pdf>

Discusión

Ante un paciente con la sintomatología descrita, el primer paso es realizar una correcta historia clínica, que incluya una buena exploración física.

La sospecha clínica de bocio se confirma con pruebas complementarias, tales como perfil tiroideo y ecografía de cuello. La realización de una radiografía de tórax es útil para valorar desplazamiento traqueal.

En este caso, el médico de familia realizó el diagnóstico de bocio nodular, y derivó la paciente a Endocrinología para valorar posibilidades de tratamiento.

Bibliografía

1. Ríos Blanco J. Manual CTO de medicina y cirugía. 10th ed. Madrid: Grupo CTO; 2017.
2. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia [Internet]. [cited 15 January 2020]. Available from https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas_practicas/01_Disfagia_y_odinofagia.pdf