

Parálisis recurrencial en patología tiroidea benigna

Dres. Nora Cefrorella,
Julio López Susviela,
Roberto Perdomo

Se presentan dos situaciones clínicas de procesos tiroideos en los cuales la parálisis recurrencial no implicaba invasión tumoral. Por no tener presente estas excepciones a la regla, se puede cometer un error diagnóstico que induce al error terapéutico. Se realizan comentarios sobre la fisiología y la interpretación fisiopatológica de los síntomas: disfonía, afonía, alteraciones respiratorias, etc. Se destaca la importancia de la reeducación foniatría.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Laryngeal nerves / Wounds and injuries / Thyroid diseases.

SUMMARY: Recurrential paralysis in benign thyroid pathology.

Description of two clinical conditions in thyroid processes in which recurrential paralysis did not involve tumoral invasion. Not taking into account exceptions to the rule may lead to a mistake in diagnosis resulting in therapeutic error. Comments are made about the physiology and physio-pathological interpretation of symptoms: dysphonia, aphonia, respiratory alterations, etc. Stressed is the importance of phoniatric-reeducation.

Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Paralysie récurrentielle dans la pathologie thyroïdienne bénigne.

On présent deux situations cliniques de procès thyroïdiens dans lesquels la paralysie récurrentielle n'implique pas d'invasion tumorale. N'ayant pas toujours présentes ces exceptions à la règle, on peut commettre une erreur diagnostique qui mène à l'erreur thérapeutique. On fait des commentaires sur la physiologie et l'interprétation physio-pathologique des symptômes: dysphonies, aphonies, altérations respiratoires. On souligne l'importance de la rééducation phonlatrique.

INTRODUCCION

Nos interesa discutir la regla generalmente admitida, que la asociación nódulo tiroideo - parálisis recurrencial implica invasión tumoral nerviosa y por consiguiente tumor maligno tiroideo. Hemos tenido ocasión de comprobar que esta regla tiene sus excepciones y consideramos de interés que esta regla tiene sus excepciones y consideramos de interés destacarlas. Ello en virtud de que ignorar estas excepciones implica un doble riesgo de error: 1) *error diagnóstico*, que induce a 2) *error terapéutico*, orientándose la exéresis hacia una radicalidad injustificada y peligrosa.

Relatamos dos observaciones como ejemplo que el recurrente puede experimentar en nódulos tiroideos benignos.

Presentado ante el el 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Postgrado de Cirugía, Asistente Interino y Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Amsterdam 1447/602. Montevideo (Dra. N. Cefrorella).

CASUISTICA

Obs. N° 1: 64 años, portador de tumoración tiroidea con 30 años de evolución lenta pero mantenida, comienza hace dos meses con disfagia permanente pero no progresiva y cambios en la voz. Sin elementos de disfunción tiroidea. Se encuentra al examen un grueso nódulo tiroideo derecho de unos 10 por 10 cm, irregular, de consistencia firme con gran desviación de tráquea a izquierda. En los exámenes paraclínicos se destaca la Rx de cuello corrobora el diagnóstico clínico: gran desplazamiento del tercio superior del esófago hacia el lado izquierdo, sin alteraciones del calibre. *La laringoscopia indirecta presenta una parálisis recurrencial derecha; cuerda vocal derecha en posición mediana*, con cuerda vocal izquierda móvil, vía aérea permeable. Citograma tiroideo, sustancia coloide y placas de células tiroideas medianas, sin atipia. Centellograma: nódulo captante derecho con zona central de mayor captación. Angiocentellografía: hipervascularización del nódulo. La dosificación hormonal confirma el eutiroidismo. En el acto operatorio se realiza tiroidectomía total derecha, istmectomía, se visualiza recurrenente derecho que se encuentra indemne. A izquierda tiroidectomía subtotal, recurrenente izquierdo indemne. La anatomía patológica: informa adenoma folicular encapsulado.

Obs. ° 2: 56 años, sexo femenino, consulta por bocio de 30 años de evolución, presenta empujes con los embarazos, el último con la menopausia. Bocio grado IV a predominio derecho, consistencia firme elástica, polilobulado. En los exámenes paraclínicos se destaca; citograma tiroideo: sustancia coloide y placas de células tiroideas pequeñas y medianas. No se observan signos de quistificación. Gamagrama: bocio multinodular normofuncionante. *Laringoscopia indirecta muestra cuerda vocal izquierda hipomóvil con tendencia a la posición paramediana*, cuerda vocal derecha normal. Ecotomografía: agrandamiento global de la glándula tiroidea, estructura inhomogénea, múltiples nódulos. Angiocentellografía: glándula tiroidea muy aumentada de tamaño. Se interviene quirúrgicamente realizándose tiroidectomía subtotal bilateral, hemostasis. Es reintervenida a las 24 horas por hemorragia practicándose hemostasis y drenaje. A los dos días presenta obstrucción respiratoria aguda por lo que se intuba y posteriormente se realiza traqueostomía. Al realizar la laringoscopia indirecta se observa parálisis recurrencial bilateral con cuerdas en posición mediana. Esta parálisis retrocede totalmente. Se comprueba la presencia de granulomas en la luz traqueal que se resecan. Buena evolución posterior.

DISCUSION

La laringe tiene dos funciones una respiratoria y otra fonatoria. Durante la respiración las cuerdas vocales se separan y la glotis se entreabre, mientras que en la fonación las cuerdas se acercan y vibran, la glotis se cierra. Estos movimientos se deben al juego de los músculos de la laringe, unos constrictores que cierran la laringe, otros dilatadores que la entreabren. En el mismo espesor de las cuerdas vocales existen músculos, tensores, cuyo funcionamiento asegura la voz. Todos los músculos de la laringe, salvo uno, están inervados por los recurrenentes⁽⁶⁾.

El nervio laríngeo inferior nace del neumogástrico en el mediastino superior y asciende hacia la laringe siguiendo un trayecto retrógrado. El tra-

yecto y las relaciones difieren a derecha e izquierda, por su origen distinto en el vago, a pesar de una distribución periférica semejante. A derecha nace sobre la cara anterior de la arteria subclavia la contornea por debajo y atrás, siguiendo un trayecto ascendente hacia la laringe. Aplicado sobre el borde derecho del esófago, entra en relación íntima con el lóbulo tiroideo. Ocupa el espacio esófago traqueal llegando a la región tiroidea sobre la parte posterior de la cara lateral de la tráquea. El punto de referencia anatómico más preciso de su penetración es el cuerno inferior del cartílago tiroideo. A izquierda nace del vago sobre la cara anterior del cayado aórtico, contorneando su cara inferior y posterior inicia su trayecto retrógrado ascendente. Llega a la región cervical aplicado a la cara anterior del esófago y posteriormente ocupa el diedro tráqueo tiroideo, cruzando la arteria tiroidea inferior en un plano más posterior que el derecho. En su terminación las relaciones son similares al recurrenente derecho.⁽¹⁾

Toda afección torácica o cervical que afecte a estos troncos nerviosos determina una parálisis recurrencial típica, aislada, pura, que la inmensa mayoría de los casos es unilateral.⁽⁶⁾ La parálisis unilateral, se manifiesta por la inmovilidad completa de una cuerda vocal previamente sana. Puede ser pura como parálisis recurrencial unilateral o asociada a otra parálisis. La unilateralidad es muy frecuente y se manifiesta sobre todo en el hombre adulto. Puede deberse a traumatismo accidental u operatorio (intervenciones sobre el mediastino superior) o de la región cervical), pueden deberse también a compresiones o propagaciones de vecindad del esófago (cáncer), compresión o dislocación de la glándula tiroidea (igualmente por cáncer) de los grandes vasos (aneurisma de aorta), procesos inflamatorios que lo invaden, afecciones cardíacas, pleurales, bronquiales, pulmonares, ganglionares, mediastinales o cervicales diversas. Pueden finalmente ser primitivas por neuritis infecciosa o tóxica del mismo nervio. Pero siempre debemos descartar alteraciones propias de las cuerdas vocales⁽⁸⁾.

Sintomatología: la disfonía es el síntoma principal y es variable según la posición de la cuerda. Progresivamente va apareciendo compensación por la cuerda sana. Muy raramente existe afonía completa. Por excepción presenta alteraciones respiratorias y si existen son muy ligeras. La disfonía es común a otras patologías por lo que es imprescindible el examen larigoscópico para reconocer la parálisis del recurrenente. En él se aprecia la inmovilidad completa de una cuerda vocal. Para complementar el diagnóstico deben investi-

garse las posibles etiologías de la región cervical y torácica^(2, 3, 5).

El tratamiento es etiológico. Si se trata de una afección benigna, reeducación foniátrica para recuperar la voz normal gracias al movimiento de la otra cuerda^(6, 8, 10).

El nervio recurrente está involucrado inusualmente en el bocio no operado. Es supuestamente por inflamación alrededor de la cápsula tiroidea o el estiramiento del nervio por el rápido crecimiento del nódulo. Los bocios que comprometen el nervio por estos mecanismos son usualmente intratorácicos^(9, 10), donde las condiciones están dadas para practicar su disección. Las observaciones que hemos relatado demuestran la posibilidad de su producción; también en la patología benigna, uni (Obs. N° 1) o multinodular (Obs. N° 2) de la tiroides cervical.

Por ello sin desconocer que una parálisis recurrente acompañando a un tiroides nodular es prioritariamente sospechosa de neoplasia invasora, otras posibilidades deben ser tenidas en cuenta por el cirujano que aborda el proceso e indicarlo a actuar con cautela. Por lo menos hasta

que se compruebe en el campo operatorio la real existencia de un tumor invasor nervioso. A la luz de lo expuesto, tal vez esa sea una forma más adecuada de enfocar el problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAZABAN L.A. — Tiroidectomía: encrucijada posterior neurovasculoglandular. *Rev. Cir. Urug.* 43: 97, 1973.
2. CROTTI A. — Diseases of thyroid, parathyroid, thymus. Philadelphia. Lea Febriger, 1938.
3. CURTIS G.M. — Intrathoracic goiter. *JAMA* 96: 737, 1931.
4. DE WEEESE D.D., SAUNDERS W.H. — Tratado de otorrinolaringología. 3ª ed. México. Interamericana, 1968, p. 96.
5. JOYCE F.M. — Incidence of substernal goiter. *Arch. Surg.* 41: 404, 1940.
6. LAURENS G., AUBRY M. — Otorrinolaringología práctica. Barcelona, Toray Masson, 1966.
7. MEANS J.H. — The thyroid and its diseases. 2ª ed. Philadelphia, Lippincott, 1948.
8. PORTMAN M. — Manual de otorrinolaringología. Barcelona. Toray Masson, 1970.
9. SUIFFET W. — Bocios torácicos. *Cir. Urug.* 51, 16, 1981.
10. WERNER S.C. — The thyroid. USA, Harper Brothers, 1955.