

Caso Radiológico

Espina de Pescado Alojada en Glándula Tiroides

RODRÍGUEZ-ESQUERRA A¹, MORENO-MOLLER ME², RIVERA-MENDOZA JA³, ARCE-SÁNCHEZ HJ⁴

INTRODUCCIÓN

Actualmente la ingesta accidental de distintos cuerpos extraños vía oral predomina sobre los pacientes en edades pediátricas, sin embargo, en el caso de adultos, el que esto suceda durante la alimentación no es tan infrecuente y por lo regular se alojan en orofaringe o pasan al tracto digestivo. Un porcentaje menor de estos son aquellos que se alojan en hipofaringe y el diagnóstico se vuelve más difícil.¹ Los síntomas más comunes cuando esto sucede es el dolor en cuello, odinofagia, tos crónica y disfonía o ronquera.¹ En esta ocasión reportamos el caso de una espina o hueso de pescado, el cual penetró a hipofaringe, migró hacia el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides y ameritó exploración quirúrgica en cuello para su remoción.

RESUMEN CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 62 años de edad, sin antecedentes de importancia, el cual refiere haber iniciado su padecimiento el día 6 de julio de 2011, tras presentar disfonía, dolor en cuello en cara anterior izquierda y odinofagia persistente, esto posterior a la deglución de una espina de pescado, por lo cual, acude a consulta externa de otorrinolaringología, quien realiza laringoscopia directa, donde se observa paresia de cuerda vocal izquierda, edema laríngeo y faringe sin alteraciones. Se solicita valoración al servicio de Gastroenterología para realizar panendoscopia, la cual reporta:

Laringoscopia directa con endoscopio flexible: Epiglotis de características normales, cuerda vocal izquierda parética, el aritenoides y el repliegue aritenoepiglótico ipsilateral con edema, no observó cuerpo extraño, senos piriformes normales.

Ante esto se decide iniciar manejo ambulatorio con diclofenaco 100mg vía oral (VO) cada 12 hrs, levofloxacin 500 mg VO cada 24 hrs y omeprazol 20 mg VO cada 24 hrs. Un día después se realiza tomografía axial computarizada (TAC) simple de cuello la cual reporta:

Imagen hiperdensa, puntiforme en las imágenes transversas (Figura 1), y de morfología lineal en las reconstrucciones sagitales y oblicuas (Figura 2-4), la cual se aloja en región paratraqueal izquierda y lóbulo izquierdo de tiroides, de aproximadamente 3.5 cms.

Se envía a consulta externa de cirugía general a la cual acude 10 días después de haber iniciado su padecimiento, se solicitan



Figura 1. Corte transverso a nivel tiroideo, con presencia de imagen hiperdensa en lóbulo izquierdo



Figura 2. Reconstrucción coronal, siguiendo el eje laríngeo, demostrando imagen hiperdensa en el lóbulo tiroideo izquierdo.

¹Residente de cuarto año de la especialidad de Cirugía General, ²Médico adscrito del Servicio de Cirugía, ³Residente de tercer año de la especialidad de Cirugía, ⁴Jefe de servicio de Radiología e Imagen del Hospital General de Culiacán, "Dr. Bernardo J. Gastélum".

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Antonio Rodríguez Esquerra, a calle Santa Inés 2229, Fraccionamiento Providencia, C.P. 80290, Culiacán, Sinaloa. Teléfono: (667) 751-9943, correo electrónico: surgeondrguez@hotmail.com

Artículo recibido el 28 de octubre de 2011

Artículo aceptado para publicación el 14 de noviembre de 2011

Este artículo podrá ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacan.com

exámenes preoperatorios los cuales reportan:

Biometría Hemática: Leucocitos 8500/uL, Neutrófilos 48.2%, Linfocitos 40.1%, Hemoglobina 13.1gr/dL, Hematocrito 39.3%, Plaquetas 240000/uL; grupo sanguíneo y factor Rh: "O" Positivo; tiempos de coagulación: Tp 12.1 segundos, TpT26.4 segundos, INR 1.01; HIV: negativo; química sanguínea: Glucosa 86mg/dL, Creatinina 1.0 mg/dL, Urea 35 mg/dL, BUN 17 mg/dL.

Se realiza exploración quirúrgica de cuello el día 20 de julio de 2011, donde los hallazgos quirúrgicos fueron: proceso inflamatorio a nivel de músculos pretiroideos, lóbulo tiroideo izquierdo aumentado de tamaño (**Figura 5**), de aproximadamente 6x3cms, con presencia de cuerpo extraño (espina de pescado) el cual perfora dicho lóbulo tiroideo de aproximadamente 5 cms. de longitud y 2mm de diámetro (**Figura 6 y 7**), la cual únicamente amerita retiro del mismo, sin evidencia de sangrado o absceso alguno.

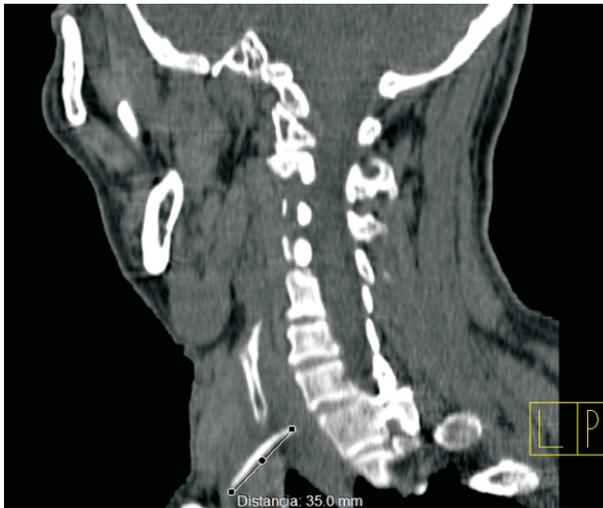


Figura 3. Reconstrucción parasagital oblicua, sobre el eje del cuerpo extraño alojado en la tiroides.



Figura 4. Reconstrucción oblicua transversa que demuestra la relación entre el cuerpo extraño, tiroides y vía aérea.

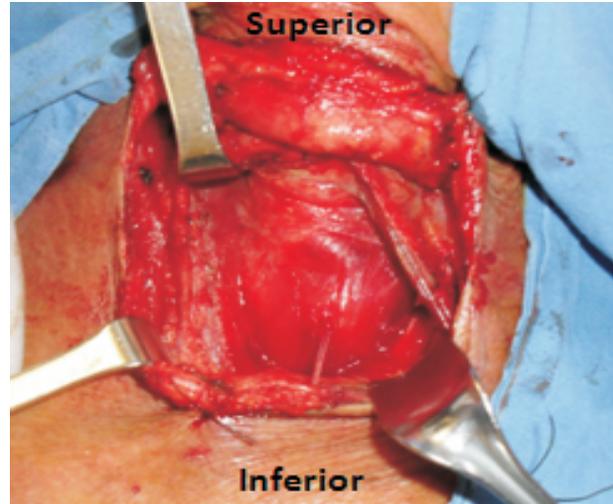


Figura 5. Campo quirúrgico durante la exploración de cuello

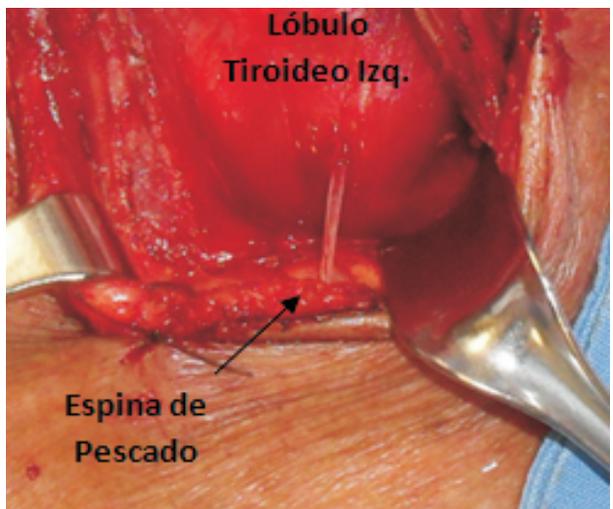


Figura 6. Extracción quirúrgica de espina de pescado incrustada en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.



Figura 7. Espina de pescado extraída

Permanece bajo vigilancia intrahospitalaria durante 24 hrs, en las cuales presenta evolución satisfactoria por lo cual se decide su egreso.

Se da seguimiento por consulta externa, donde el paciente presenta evolución satisfactoria, sin presentar dolor y odinofagia, se retira drenaje y puntos de sutura colocados en evento quirúrgico sin complicaciones, sin embargo con leve disfonía.

DISCUSIÓN

Los huesos de pescado como cuerpos extraños son hallazgos comunes, la mayor parte de estos se encuentran alojados en el paladar, lengua o hipofaringe, sin embargo cuando estos se alojan en sitios por fuera de la faringe son relativamente raros, en especial uno alojado sobre la glándula tiroides y dentro de las posibles complicaciones se encuentra la formación de un absceso en el sitio donde se aloja el cuerpo extraño, donde los agentes causales más frecuentes son bacterias del grupo *Estafilococo* y *Streptococo*,² así mismo pueden llegar a causar una mediastinitis,³ fistula arterio-esofágica fatal y tamponade cardiaco.⁴ En el caso de nuestro paciente creemos que la espina de pescado tuvo paso a través de la hipofaringe, donde presentó una perforación y penetración del mismo en dirección hacia el lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea, posteriormente migró de esta hasta alojarse por completo fuera de la hipofaringe, permitiendo que la mucosa sanara, lo cual explicaría los cambios inflamatorios identificados en la laringoscopia y sin evidencia de un cuerpo extraño.

Existen reportes en la literatura sobre disfonía o ronquera en casos donde el cuerpo extraño se aloja sobre la cuerda vocal o bien sobre el nervio laríngeo recurrente, lo cual condiciona parálisis de la cuerda vocal ipsilateral.¹ En el caso de nuestro paciente consideramos que la parálisis de la cuerda vocal izquierda fue condicionada por el proceso inflamatorio en tejidos vecinos al nervio laríngeo recurrente izquierdo, lo cual condicionó la disfonía.

El primer caso reportado en la literatura en el cual una espina de pescado se alojó en la glándula tiroides fue descrito por Al Muhanna, quien identificó este después de una

hemitiroidectomía, se desconocen las causas por las cuales se tomó esta conducta, ya que no existía evidencia de absceso.³ Cuando esta condición es presente, está indicada la remoción del cuerpo extraño, aseo y drenaje del mismo, lo cual no fue el caso del primero reportado o el de nuestro paciente.

Cuando los cuerpos extraños ingeridos accidentalmente, sobre todo las espinas de pescado que pasan al tracto gastrointestinal se cree que menos del 1% son capaces de provocar una perforación intestinal. Dentro de los factores de riesgo incluyen prótesis dentales, alteraciones psiquiátricas, tratamientos anti-inflamatorios, abuso de alcohol o drogas, la ingestión de líquidos muy fríos, la falta de agudeza visual y comer rápidamente.⁵

Existen otros sitios del cuerpo donde es posible que se alojen las espinas de pescado donde de igual forma existió una perforación del tracto gastrointestinal, como sería en vesícula biliar posterior a una perforación gástrica, donde puede incluso condicionar un cuadro de colecistitis.⁶

Actualmente el diagnóstico de la ingesta de cuerpos extraños y sobre todo de espinas de pescado requiere de un alto índice de sospecha y donde el estudio inicial más frecuente a realizar es una radiografía simple de cuello, donde tal vez es posible identificar el cuerpo extraño, pero requiere experiencia del médico para interpretar dicho estudio ya que puede confundirse con estructuras del cuello calcificadas, por lo cual un estudio de gabinete más específico para realizar el diagnóstico es la tomografía computada.²

CONCLUSIONES

Actualmente los cuerpos extraños alojados en tiroides son infrecuentes, por lo cual para realizar el diagnóstico adecuado es necesario un alto índice de sospecha basado en una adecuada historia clínica, lo cual orienta a solicitar un TAC de cuello, el cual es considerado el estudio más específico para determinar la localización exacta del hueso de pescado, así como establecer la presencia de complicaciones y orienta a realizar un manejo más adecuado de las mismas, en estos casos la gran mayoría de los pacientes amerita exploración quirúrgica, donde la tiroidectomía no siempre es necesaria.

Referencias

1. Honda K, Tanaka S, Tamura Y, Asato R, Hirano S, Ito J. Vocal cord fixation caused by an impacted fish bone in hypopharynx: report of a rare case. *Am J Otolaryngol.* 2007; 28(4):257-9.
2. Chen CY, Peng JP. Esophageal fish bone migration induced thyroid abscess: case report and review of the literature. *Am J Otolaryngol.* 2011;32(3):253-5.
3. Masuda M, Honda T, Hayashida M, Samejima Y, Yumoto E. A case of migratory fish bone in the thyroid gland. *Auris Nasus Larynx.* 2006; 33:113-116
4. Cheng YC, Lee WC, Kuo LC, Chen CW, Lin HL. Protrusion of a migrated fish bone in the neck. *Am J Otolaryngol.* 2009;30(3):203-5.
5. Fuentes M, Morales M, Brime M, Díaz-Flores L, Sabatel R. Fish bone within an inguinal hernia. *Eur J Radiol.* 2006;59:115-118.
6. Kunizaki M, Kusano H, Azuma K, Fukuoka H, Araki M, Hidaka S, Nanashima A, Sawai T, Yasutake T, Nagayasu T. Cholecystitis caused by a fish bone. *Am J Surg.* 2009; 198(2):20-2