

**Caso n. 2** (ottobre 2003)

maschio – aa. 66

**Anamnesi patologica remota:** assenza di importanti precedenti patologici

**Esordio della malattia attuale:** da alcuni mesi.

Cefalea, dispnea, cardiopalmo, aritmie cardiache, comparsa di circoli venosi superficiali sulla parete toracica, turgore delle giugulari e arrossamento del viso.

**Esame obiettivo**

Regione anteriore del collo: a fronte di scarsa evidenza all'ispezione (fig. 1 ), si palpa struma tiroideo appena debordante in alto al di sopra del giugulo. Con la manovra di Valsalva, la tosse e la deglutizione si ottiene modesta estrinsecazione dello struma senza rilievi di margine inferiore. Si confermano i circoli collaterali venosi sul torace (fig.2)



Fig. 1



Fig. 2

Alla percussione si rileva smorzamento del suono plessico lateralmente allo sterno su entrambi i lati. La manovra di abduzione e sollevamento degli arti superiori induce cianosi del volto ed estremo turgore delle giugulari.

**Diagnosi clinica:** Struma cervico-mediastinica con “ sindrome mediastinica”.

La diagnostica per immagini (Rx e TC) conferma tale diagnosi, rilevando inoltre il cospicuo volume delle porzioni immerse in mediastino e il disassamento e compressione della trachea, della biforcazione bronchiale e dell'esofago (fig. 3-4)

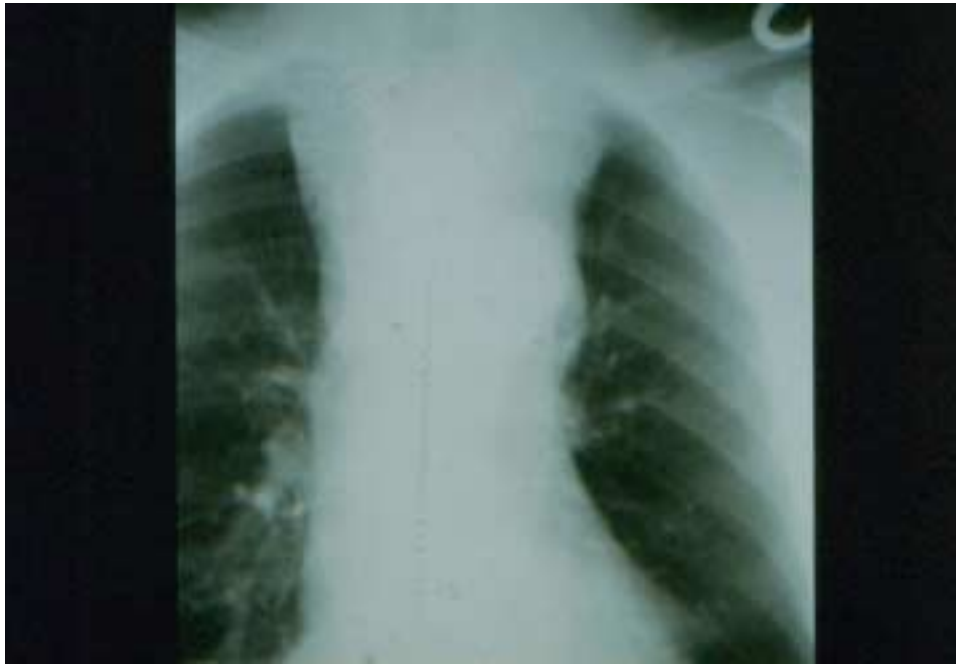


Fig. 3



Fig. 4

I dati ecotomografici e di laboratorio non aggiungono altri elementi alla surriferita diagnosi, configurando tuttavia il quadro del gozzo multinodulare eucrinico.

### **L'intervento chirurgico**

Previa anestesia generale con intubazione orotracheale, incisione alla base del collo e sezione trasversa dei muscoli pretiroidei. Si reperta notevole congestione venosa (sindrome mediastinica). Bilateralmente emergono dal torace i due poli superiori dei lobi tiroidei, mentre tutto il restante struma è completamente immerso in torace. L'istmo emerge con il suo margine superiore a livello del giugulo. Preparazione del margine superiore della ghiandola ed interruzione dei peduncoli superiori. Il gozzo non più trattenuto scivola ulteriormente in torace. Tentativi di estrinsecazione di almeno uno dei due lati risultano vani ed estremamente pericolosi per il rischio emorragico, tanto più che non si riesce ad apprezzare un margine inferiore, perché da esso parte una propaggine intratoracica retrosternale, mentre le propaggini dei lobi hanno bilateralmente sviluppo retrovascolare e retrotracheale con compressione e dislocazione dell'esofago. Si decide pertanto l'accesso toracico. Sternotomia previa asportazione di ampia apofisi ensiforme. Si chiarisce l'anatomia dello sviluppo endotoracico del gozzo (fig. 5-6). L'istmo invia una propaggine di diametro massimo di 15 cm e lunghezza di 20 cm, che si affonda nel mediastino anteriore fino a raggiungere il livello cardiaco. Tale grande struma presenta numerose calcificazioni in corrispondenza delle quali aderiscono lembi di pleura mediastinica. Una piccola breccia nella pleura del cavo di destra è suturata. Questa propaggine istmica riceve vasi direttamente dall'arco dell'aorta (arterie ime). Le espansioni endotoraciche laterali sono entrambe retrovascolari e bilateralmente abbracciano a sciarpa la trachea, comprimendo e spostando l'esofago. Mobilizzazione della propaggine istmica. Mobilizzazione dell'espansione di sinistra maggiore e di quella destra minore. Con qualche difficoltà si riescono a preservare paratiroidi e ricorrenti. La strumectomia corrisponde

ad una tiroidectomia totale con residui. Il peso dello struma (Fig. 7) è di gr 700. Controllo dell'emostasi. Drenaggio tubulare immerso del mediastino e su Rédon delle logge tiroidee residue. Emostasi con cera della trancia sternale, che è accostata con due punti metallici. Sutura del piano aponevrotico e della cervicotomia.

.L'esame istologico conferma trattarsi di "Gozzo plurinodulare colloide".

Decorso postoperatorio regolare. Dimissioni in VIII giornata. Risultati a distanza molto soddisfacenti anche dal punto di vista endocrinologico.

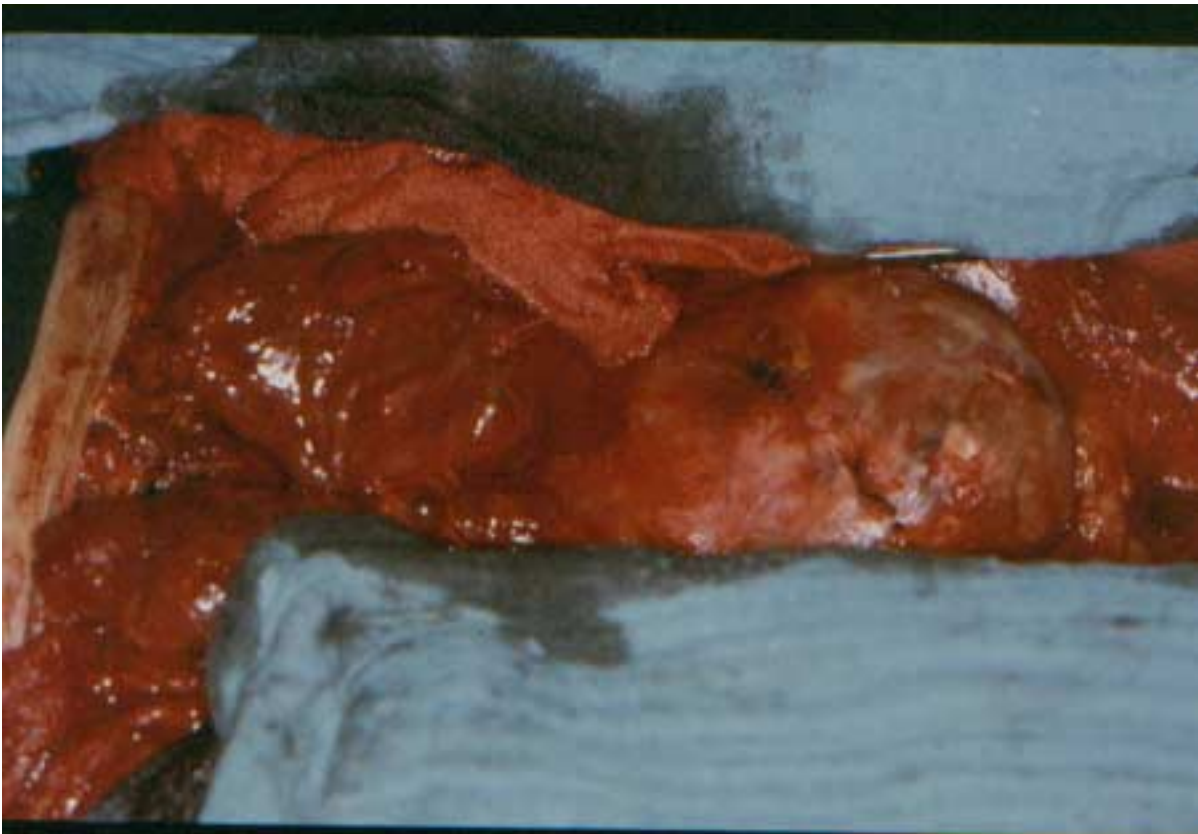


Fig. 5 – A sinistra l'estremità cefalica. Si noti la piccola porzione di struma in posizione cervicale confronto alla voluminosa massa mediastinica emergente dall' apertura sternotomica.



Fig. 6 – A sinistra l'estremità cefalica. Estrinsecazione dello struma dal torace.

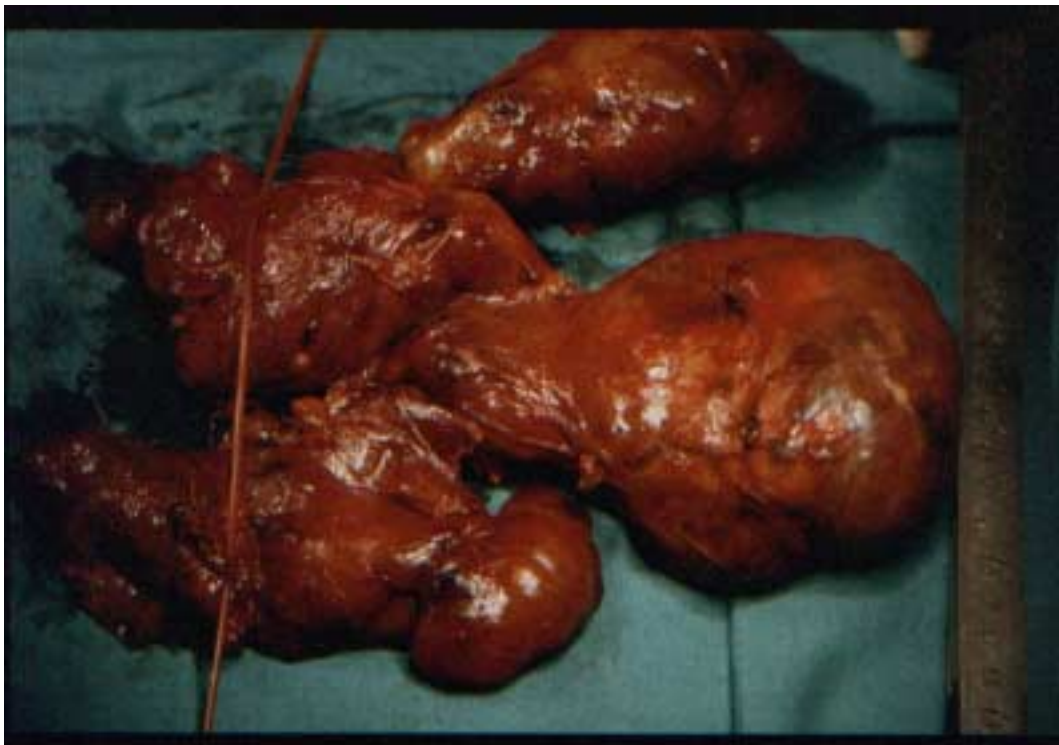


Fig.7 - Il liga-loop indica il livello giugulare; a sinistra di questo si vede la piccola porzione di ghiandola ortotopica.

**Commento.**

Si definisce *cervico-mediastinico* lo struma tiroideo che per i suoi tre quarti è al di sotto del giugulo. Su 425 casi operati dal nostro gruppo su poco più di 7000 interventi per patologia tiroidea, soltanto in 12 si è reso necessario l'accesso toracico, come in questo caso. Infatti nella stragrande maggioranza dei casi è possibile eseguire la strumectomia esclusivamente per via cervicale. Soltanto quando la componente toracica dello struma contrae rapporti tenaci con le strutture mediastiniche, non essendovi piani di clivaggio che permettano lo scivolamento della massa tiroidea verso il collo, si è costretti all'approccio diretto endotoracico. Fortunatamente, come si è detto, questa evenienza è abbastanza rara. Essa infatti trasforma un intervento agevole, anche se non facile, in un intervento aggressivo ed impegnativo.

Alcune particolarità del caso presentato:

- la sindrome da compressione mediastinica ben rappresentata
- l'importante traslocazione mediastinica con scarsa porzione parenchimale ortotopica
- il peggioramento di tale traslocazione dopo interruzione dei peduncoli tiroidei superiori (manovra necessaria per diminuire preliminarmente l'apporto ematico alla ghiandola)
- le tenaci aderenze dello struma alle strutture mediastiniche
- il volume del gozzo (700 gr)
- la profondità in mediastino dello struma (livello cardiaco)
- l'accrescimento retrovascolare e "a sciarpa" intorno alla trachea con spostamento dell'esofago
- gli ottimi risultati immediati e a distanza, malgrado la complessità dell'intervento

-----