

Tiroides ectópica: Presentación de tres casos y revisión de la literatura

Katty E. Maguiña¹, Víctor Chara², Cintya Andia³, Claudia Ibarcena⁴.

1 - Médico Residente de Medicina Nuclear, Hospital Nacional Guillermo Almenara..

2 - Médico Residente de Endocrinología, Hospital Nacional Guillermo Almenara..

3 - Médico Residente de Endocrinología, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati..

4 - Médico Residente de Endocrinología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú..

Resumen

La tiroides ectópica es una disgenesia tiroidea que se caracteriza por una localización ectópica de la glándula tiroides, la cual tiene una prevalencia en promedio de 1 cada 200.000 personas, a predominio del sexo femenino, siendo la tiroides lingual la más común forma de presentación. Esto ocurre cuando se produce un error en el proceso de descenso o migración de la glándula tiroides, la que puede situarse en cualquier localización del trayecto embriológico. Presentamos tres casos de ectopia tiroidea: una paciente pediátrica asintomática con tumoración cervical alta que correspondía a su única glándula tiroidea, una mujer adulta con doble ectopia tiroidea que presenta disfagia como único síntoma, y un paciente varón con glándula tiroidea de ubicación normal y tejido tiroideo ectópico en la región cervical media.

Palabras clave: Tiroides ectópica, Gammagrafía tiroidea con 99mTc-pertecnetato.

Abstract

Ectopic thyroid is a thyroid dysgenesis with an average prevalence of 1 in 200,000 people, female predominance, and lingual thyroid being the most common presentation of the ectopic tissue. This happens as a consequence of an error in the process of migration of the thyroid gland, which can be positioned at any location across the embryological pathway. We present three cases of ectopic thyroid: an asymptomatic pediatric patient with high cervical tumor corresponding to its unique thyroid gland, an adult female with dual ectopic thyroid glands with dysphagia as the only symptom, and a male patient with a normal thyroid gland and ectopic thyroid tissue in the middle cervical region.

Keywords: Ectopic thyroid, 99mTc-pertechnetate thyroid scintigraphy.

Introducción

Se denomina tiroides ectópica (TE) a la presencia de tejido tiroideo en una localización diferente a su posición normal pretraqueal⁽¹⁾. Es la disgenesia tiroidea más frecuente, aunque su prevalencia en la población general es de 1/100.000-300.000 personas, con predominio en el sexo femenino^(2,3) en especial en población asiática. Dados los escasos síntomas que les acompañan, las ectopias tiroideas frecuentemente pasan inadvertidas y se objetivan en el 7% a 10% de los estudios post mortem⁽⁸⁾. Dentro del desarrollo normal, la glándula tiroides aparece como una proliferación epitelial (agujero ciego) en el suelo de la faringe. Posteriormente, desciende por delante de los cartílagos laríngeos, dejando atrás el agujero ciego, hasta alcanzar su situación definitiva pretraqueal en la séptima semana de gestación. Durante ese periodo de migración, la glándula se mantiene unida a la base de la lengua por medio del conducto tirogloso, que posteriormente desaparece⁽⁵⁾. Cuando se producen alteraciones en dicho proceso de migración, la glándula se desarrolla en una localización anómala, lo que da lugar a la ectopia tiroidea. Si el descenso tiroideo no llega a iniciarse, la glándula se mantendrá en su posición de origen en la base de la lengua, que es la localización más frecuente de las ectopias representando más del 90% de todos los casos⁽³⁾. La tiroides ectópica puede situarse en cualquier localización del trayecto embriológico, como: lingual, cervical, prelaríngea y en ocasiones puede hasta aparecer en ubicación intratraqueal, subesternal o mediastínica. Incluso se ha descrito presencia de tejido tiroideo ectópico en áreas alejadas del cuello (corazón, hígado, vesícula biliar, páncreas, entre otras)⁽²⁻⁴⁾.

El tejido tiroideo ectópico puede constituir el único tejido funcional en el 70% de los casos⁽⁶⁾. La mayoría de los pacientes con tiroides ectópica son asintomáticos; sin embargo, cualquier patología tiroidea puede asociarse, siendo la más común el hipotiroidismo. Los carcinomas tiroideos primarios derivados de tejido tiroideo ectópico son poco frecuentes y se han reportado

en casos de tiroides lingual, quiste del conducto tirogloso, tejido tiroideo aberrante lateral, mediastinal, y estruma ovárico^(1,17,18). Estas neoplasias son diagnosticadas generalmente después de la extirpación quirúrgica y la variedad más frecuente es el carcinoma papilar⁽¹⁸⁾.

Se han reportado raros casos de doble⁽⁷⁾ y triple ectopia de la glándula tiroides⁽⁴⁾. En las ectopias dobles, se halló como primer foco ectópico el lingual o sublingual y el segundsubhioideo (más frecuente), infrahioideo o suprahioideo⁽⁹⁾. El 50% de estos pacientes son hipotiroides, mientras el carcinoma tiroideo puede presentarse en alguno de los focos ectópicos^(17,18).

Una de las herramientas más importantes para el diagnóstico de tiroides ectópica es la gammagrafía, ya sea con ^{99m}Tc , ^{131}I o ^{123}I , ya que es sensible y específica para diferenciar tejido tiroideo ectópico de otras causas de masa cervical y además permite identificar otros lugares de ectopía tiroidea. En la literatura se ha resaltado la importancia de realizar una gammagrafía en todo paciente con masa cervical en la que se sospeche la existencia de tejido tiroideo ectópico⁽¹⁹⁾. Estudios de imagen complementarios como la ecografía o la tomografía computada pueden ayudar a definir el tamaño, la localización y la extensión del tejido ectópico en casos de evaluación prequirúrgica^(10,11).

El tratamiento debe individualizarse según la presentación. En los casos de tiroides lingual asintomática y de tamaño pequeño, la conducta es conservadora y sólo requiere vigilancia periódica con pruebas de función tiroidea. En los casos de tiroides lingual de tamaño moderado, está descrito un tratamiento a base de supresión con T3 y T4, con lo cual la glándula disminuirá de tamaño paulatinamente. Todos los casos que generan obstrucción severa, sospecha de malignidad, ulceración o sangrado que no responden a tratamiento médico, son tributarios de cirugía⁽¹²⁾. Para la mejora de síntomas y disminución del volumen de tejido se puede considerar tratamiento con I-131⁽¹³⁾, con el cual la ablación de tiroides lingual es segura y se ha reportado resolución de los síntomas dos meses después del tratamiento, sin comprobarse recurrencia de enfermedad durante el seguimiento^(13,14).

Presentación de casos

Se presentan tres casos de tiroides ectópica de diferente ubicación, a los que se les realizó gammagrafía tiroidea con ^{99m}Tc .

Caso 1: Corresponde a una niña de 3 años con tumoración cervical alta, evidenciada desde el año de edad, que hace 2 meses presenta incremento de tamaño sin síntomas asociados. Al examen clínico se evidencia tumoración cervical alta, móvil a la deglución, de aproximadamente 3 cm (fig. 1). En el estudio gammagráfico (fig. 2) se observa captación a nivel de la tumoración cervical, con ausencia de captación habitual en el lecho tiroideo. Se obtuvieron imágenes con referencia anatómica y blindaje de la tumoración cervical, concluyéndose que dicha tumoración correspondía a la glándula tiroidea de ubicación ectópica.



Figura 1. Tumoración en línea media de región cervical alta.

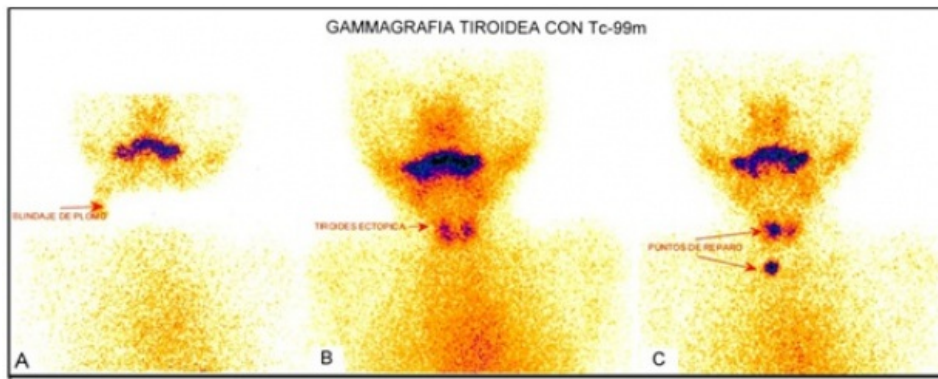


Figura 2. A) Ausencia de tiroides tras el blindaje de la tumoración cervical. B) Imagen tiroidea con presencia de ambos lóbulos, en correlación a tumoración palpable. C) Puntos de referencia en tumoración palpable y horquilla esternal.

Caso 2: Paciente de sexo femenino de 41 año, con antecedente de tumoración cervical y lingual desde los 5 años, que cursa con disfagia, motivo por el cual se le realiza una gammagrafía tiroidea. Al examen se comprueba tumoración cervical alta palpable de 1,5 cm de diámetro aproximadamente, móvil con la deglución, no visible a la inspección simple; en base de lengua se evidencia otra tumoración (fig. 3A). En el estudio gammagráfico se identifican dos áreas hipercaptantes (fig. 3B) que se correlacionan con tumoraciones observadas al examen clínico. Se trató de un caso de tiroides ectópica doble.

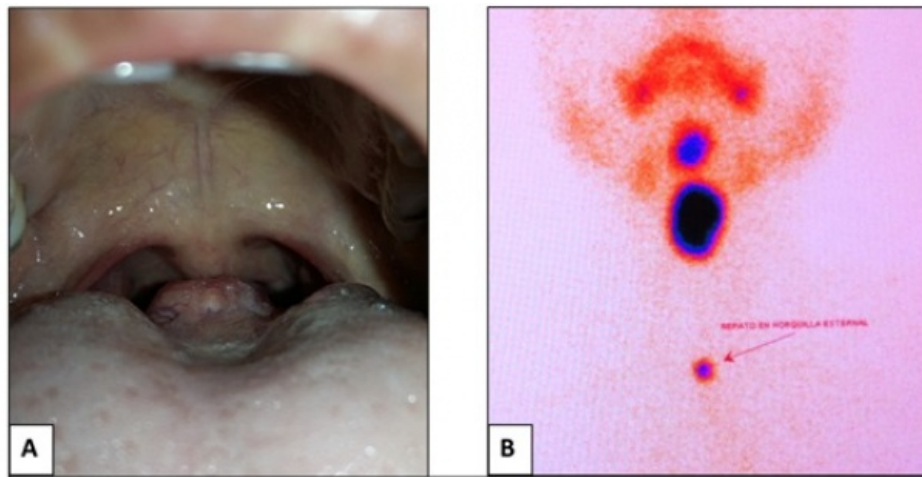


Figura 3. A) Tumoración en base del dorso de la lengua. B) Áreas hipercaptantes en la gammagrafía que se correlacionan con tumoraciones clínicamente evidentes en base de lengua y cuello (flecha: referencia anatómica en horquilla esternal).

Caso 3: Paciente varón de 47 años, a quien incidentalmente se le encuentra en una tomografía cervical presencia de tejido captador de contraste sobre la línea media, con intensidad similar al tejido tiroideo (fig. 4A). Se le realiza una gammagrafía para detección de posible tejido tiroideo ectópico, que confirma el hallazgo (fig. 4B).

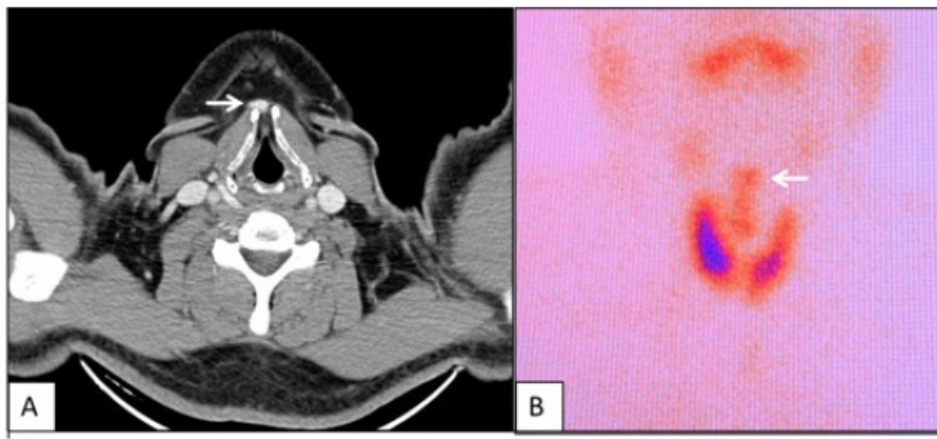


Figura 4. Tomografía con contraste donde se evidencia tejido ectópico en línea media cervical, anterior al cartílago tiroides. B) Gammagrafía con ^{99m}Tc que muestra área captante en línea media, en congruencia con el hallazgo tomográfico.

Discusión

La presentación de tiroides ectópica es la disgenesia tiroidea más frecuente (alrededor del 50% de los casos) aunque con una presentación rara, siendo la más frecuente la de ubicación lingual. Sin embargo, debe considerarse el diagnóstico diferencial de cualquier tumoración cervical, en especial en niños (como en el primer caso), ya que se ha reportado que 1 al 2% de las tumoraciones cervicales en las que se sospechó quiste del conducto tirogloso se trataba de la única glándula tiroidea del paciente⁽¹⁵⁾. Se estima que hasta en un 70% de los casos la ectopia contiene el único tejido tiroideo funcional, por lo tanto debe procederse con cautela y tratar de evitar la extirpación quirúrgica⁽¹⁶⁾.

La presentación de ectopía tiroidea doble en el mismo paciente es muy rara, ya que de acuerdo a la revisión de Nasirue Idowu⁽²⁾ en el año 2011 sólo figuraban en la literatura inglesa 27 casos, mientras que Meng y cols.⁽¹⁹⁾ reportan 42 casos en 2014, siendo más frecuente en la edad adolescente. Dado que la ectopia doble es una entidad rara, la mayoría da lugar a reportes aislados como en nuestro paciente, donde el primer foco ectópico se encontró a nivel lingual y el segundo a nivel cervical subhioides, acorde a la frecuencia de otras publicaciones^(9,19).

En el tercer caso tenemos un hallazgo incidental de tejido tiroideo ectópico en la región cervical media con presencia de glándula tiroides normal. Posiblemente, la incidencia de tiroides ectópica con tejido tiroideo normal se encuentre subdiagnosticado, incrementando su incidencia aparente debido al uso creciente de estudios de imagen por otra patología. Se debe tener como diagnóstico diferencial al lóbulo piramidal prolongado, cuya prevalencia es variable (15% a 75%) de acuerdo al estudio y técnica diagnóstica utilizada^(20, 21, 22). El hallazgo en tomografía de un lóbulo piramidal alargado se caracteriza por la ubicación en la línea media del cuello infrahioides, morfología alargada, que se continúa inferiormente con el istmo tiroideo y de una densidad alta, similar a la de la glándula tiroides⁽²³⁾. En nuestro caso, en el seguimiento tomográfico de las imágenes no se observó una clara continuidad del tejido con el istmo de la glándula, motivo por el cual se consideró como tejido ectópico que se asentó en el trayecto del conducto tirogloso por falta de involución del tejido tiroideo embrionario⁽¹³⁾.

En todos los casos presentados se debe vigilar la función tiroidea y recordar que cualquier patología que afecta el tejido tiroideo puede involucrar al tejido ectópico, de forma especial el hipotiroidismo.

Conclusiones

- La tiroides ectópica constituye una rara entidad la cual es subdiagnosticada ya que suele cursar en la mayor parte de los casos de manera asintomática. La ubicación más frecuente suele ser la de tipo lingual.
- Cualquier patología tiroidea del tejido ortotópico puede presentarse en el tejido ectópico. Se suele asociar hipotiroidismo, siendo más rara la presencia de hipertiroidismo.
- La ectopia tiroidea se debe sospechar en pacientes ante masas en la línea media del cuello y dorso de la lengua. El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a los síntomas que genera, pudiendo ser desde una actitud conservadora con vigilancia, tratamiento supresor hormonal o conducta quirúrgica.

Referencias

01. Noussios G, Anagnostis P, Goulis DG, et al. Ectopic thyroid tissue: anatomical, clinical, and surgical

implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol* 2011; 165:375-82.

02. Nasiru I, Idowu F. Ectopic thyroid: etiology, pathology and management. *Hormones* 2011; 10:261-9.
03. Prada M, Beltrá R, Quinteiro S, et al. Tiroides ectópico: causa rara de tumoración cervical en el niño. *Acta PediatrEsp* 2008;66:241-4.
04. Vahit M. Ectopic thyroid tissue in submandibular and infrahyoidregion. *Eurasian J Med* 2014; 46:216-9.
05. De Felice M, Di Lauro R. Thyroid development and its disorders: Genetics and molecular mechanisms. *EndocrRev* 2004; 25:722-46.
06. Babazade F, Mortazavi H, Jalalian H, et al. Thyroid tissue as a submandibular mass: a case report. *J Oral Sci* 2009; 51:655-7.
07. Yıldırım, Şule et al. Radionuclide imaging of dual ectopic thyroid in a preadolescent girl. *Mol Imaging RadionuclTher* 2014; 23:101-3.
08. Adelchi C, Mara P, Melissa L, et al. Ectopic thyroid tissue in the head and neck: a case series. *BMC Research Notes* 2014; 7:790.
09. Chawla M, Kumar R, Malhotra A. Dual ectopic thyroid: case series and review of the literature. *ClinNucl Med* 2007; 32:1-5.
10. Bersaneti JA, Silva RD, Ramos RR, et al. Ectopic thyroid presenting as a submandibular mass. *Head Neck Pathol* 2011; 5:63-6.
11. Toso A, Colombani F, Averono G, et al. Lingual thyroid causing dysphagia and dyspnoea. Case reports and review of the literature. *Acta OtorhinolaryngolItal* 2009; 29:213-7.
12. Yangali R, et al. Tiroides lingual a propósito de un caso. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Vol 64, N° 2-2003. Pág. 141-4.
13. Iglesias P, Olmos-García R, Riva B, Díez JJ. Iodine 131 and lingual thyroid. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:198-9.
14. Danner C, Bodenner D, Breau R. Lingual thyroid: iodine 131: a viable treatment modality revisited. *Am J Otolaryngol* 2001; 22:276-81.
15. Hanmayyagari B, Guntaka M, Kumar V. Ectopic thyroid in presumed thyroglossal duct cyst. *Indian Pediatrics*. Vol 50-April 16, 2013.
16. Tunkel DE, Domenech EE. Radioisotope scanning of the thyroid gland prior to thyroglossal duct cyst excision. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124:597-9.
17. Klubo-Gwiedzinska J, Manes RP, Chia SH, et al. Clinical review: Ectopic cervical thyroid carcinoma--review of the literature with illustrative case series. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96:2684-91.
18. Ballehaninna UK. Carcinoma of dual ectopic thyroid gland in a patient with cyanotic congenital heart disease--a case report and review of literature. *J Pediatr Surg* 2013; 48:E1-4.
19. Meng Z, Lou S, Tan J, et al. Scintigraphic detection of dual ectopic thyroid tissue: Experience of a Chinese tertiary hospital. *PLoS ONE* 2014; 9(4): e95686. doi:10.1371/journal.pone.0095686
20. Braun EM, Windisch G, Wolf G, et al. The pyramidal lobe: clinical anatomy and its importance in thyroid surgery. *Surg Radiol Anat* 2007; 29:21-7.
21. Sultana S, Mannan S, Ahmed M, et al. An anatomical study on pyramidal lobe of thyroid gland in Bangladeshi people. *Mymensingh Med J* 2008; 17:8-13.
22. Joshi SD, Joshi SS, Daimi SR, Athavale SA. The thyroid gland and its variations: a cadaveric study. *Folia Morphol (Warsz)* 2010; 69:47-5.
23. Wook Kim D, Lyung Jung S, Kim J, et al. Comparison between ultrasonography and computed tomography for detecting the pyramidal lobe of the thyroid gland: A prospective multicenter study. *Korean J Radiol* 2015; 16:402-9.