

Tiroides ectópico o aberrante lateral del cuello

Dres. Bolívar Delgado¹, Juan Rossi², Isabel Fernández³

Resumen

Se presenta un caso de tiroides ectópico o aberrante lateral del cuello. A propósito de él se hacen consideraciones acerca de las posibles explicaciones patogénicas de este tipo de hallazgo.

Palabras clave: Tiroides
cuello

Summary

A case of ectopic thyroid or lateral aberrant of the neck is presented. Considerations are made on the possible pathogenical explanations for this type of finding.

Introducción

La existencia de tejido tiroideo fuera de la glándula tiroides plantea una serie de interrogantes que si no son aclarados debidamente pueden conducir a conductas quirúrgicas erróneas y tal vez excesivas.

Si bien este hallazgo en la región lateral del cuello debe orientar en primer término al diagnóstico de metástasis ganglionar de un carcinoma tiroideo oculto o inaparente, no siempre es así y el caso que relataremos es un ejemplo característico de ello.

A.E.M.B. Sexo femenino, 46 años. H. Policial N° 006490.

Sin antecedentes patológicos. Consulta por tumoración de unos 2 cm de tamaño ubicada en la parte media de la región esternocleidomastoidea izquierda asintomática. Adenopatía. Tiroides clínicamente normal.

O.R.L.: adenopatía carotídea de caracteres banales. Orofaringe y laringe normales.

Punción citológica: citograma constituido por células tiroideas de caracteres normales.

Ecografía: glándula tiroides de tamaño normal. La ecogenicidad de todo el parénquima es homogénea no visualizándose nodulaciones ni áreas quísticas. A nivel de la cara lateral izquierda del cuello se observa una tumoración de 12 mm de diámetro mayor e hipogénica, sólida, bien delimitada, situada entre el plano cutáneo y el vascular.

Gamagrama: tiroides morfológicamente normal.

Se plantea la exéresis de la tumoración para estudio histológico.

Operación: 17 de abril de 1991: anestesia local. Incisión sobre el borde anterior del músculo ECM. Se repera un nódulo que parece un sector hipertrofiado muscular (?). Exéresis. Se explora la logia ganglionar carotídea no comprobándose adenopatías.

Anatomía Patológica: tumoración ligeramente ovoidea de 20 x 15 mm encapsulada. Superficie externa lisa con pequeña área pseudolobulada. Al corte superficie parduzca, firme (impresiona como parénquima tiroideo). Microscopía: los fragmentos muestran los caracteres del parénquima tiroideo constituido por vesículas tapizadas por epitelio cúbico o aplanado con abundante coloide. Algunas zonas presentan vesículas de reabsorción. Está rodeada por una delgada cápsula conjuntivo-vascular. En suma: nódulo constituido por parénquima tiroideo dentro de los límites normales (tiroides ectópica).

Visto el resultado de los estudios realizados se decide solamente control clínico que hasta el momento es normal (julio/92).

Discusión

La glándula tiroides (GT) se desarrolla a partir de un esbozo mediano y de dos laterales.

El mediano se origina en el foramen cecum lingual y ulteriormente desciende manteniéndose uni-

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «F» y del Hospital Policial.

1 Profesor Director de Clínica Quirúrgica. 2 Cirujano del Hospital Policial. 3 Patólogo del Hospital Policial.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 28 de octubre de 1992.

Correspondencia: Dr. Bolívar Delgado.
Brito del Pino 1554 (602). Montevideo. CP 11300

Tabla 1. Tejido tiroideo ectópico o aberrante

Topografía	Matást. gangl.	Restos embrion.	Lobulillo fugado	Implante	Metást. partes blandas
Extraganglionar	—	+	?	?	?
			BMN—Tiroiditis?	Antec.?	Ca. tiroideo?
Línea media	+	?	—	—	—
intraganglionar lateral	*	—	—	—	—

do a la lengua mediante el tracto tirogloso el que posteriormente se atrofia y desaparece. Esto explica la posibilidad de la existencia de remanentes tiroideos en el adulto desde la base de la lengua hasta el mediastino anterior ⁽¹⁾, posibilidad de baja incidencia pero no rara.

Es así por ejemplo que es posible encontrar con cierta frecuencia tejido tiroideo en la pared de un quiste tirogloso ⁽²⁾ o en la base de la lengua (tiroides lingual) ⁽³⁾.

Las partes laterales de la GT se originan en la 4ª o 5ª bolsa faríngea o del último arco branquial y se unen ulteriormente al esbozo mediano ⁽¹⁾.

La íntima relación del desarrollo embriológico de la GT con las estructuras mesodérmicas del cuello puede conducir al hallazgo de tejido tiroideo en las partes blandas del mismo (músculo, grasa, etc.) pero a diferencia de lo que ocurre con el esbozo mediano es excepcional que este remanente tiroideo lateral represente la totalidad del tejido tiroideo del adulto ⁽¹⁾.

Durante muchos años se consideró que los tumores laterales del cuello con tejido tiroideo representaban anomalías del desarrollo embriológico con o sin alteraciones patológicas ulteriores. A partir de la década del 40 numerosas publicaciones ^(2,4-10) parecieron demostrar que tales tumores si no en su totalidad pero sí en su gran mayoría correspondían a metástasis ganglionares de un carcinoma tiroideo, habitualmente papilar y no detectado clínicamente por ser de pequeño tamaño. Esta presentación clínica del carcinoma tiroideo oculto o inaparente no es una rareza ^(4,11,12).

En las GT portadores de procesos patológicos sobre todo bocio multinodular o tiroiditis crónica, lobulaciones o nodulaciones glandulares pueden separarse o «fugar» de la glándula ^(1,7), aunque habitualmente se mantienen en su vecindad. Suiffet ⁽¹³⁾ ha señalado sin embargo la existencia de tales nódulos alejados incluso hasta la zona del ángulo del maxilar.

En los pacientes sometidos a resecciones tiroideas ⁽¹⁴⁾ e incluso en traumatizados cervicales ⁽¹⁾ es posible la existencia de implantes tiroideos en la ve-

cinidad de la logia tiroidea y sin relación directa con la glándula.

Un hecho de particular importancia que es necesario destacar es que este tejido tiroideo tanto sea ectópico o aberrante, implantado o fugado, puede sufrir las mismas alternativas patológicas que el tejido tiroideo ectópico ^(1,15,16).

Ya hemos publicado un caso excepcional de cancerización simultánea de un lóbulo tiroideo remanente después de una tiroidectomía subtotal por bocio multinodular y de un implante subcutáneo en la cicatriz operatoria ⁽¹⁷⁾.

Por todo lo expuesto es claro de entender que el hallazgo de células tiroideas (punción citológica) o de tejido tiroideo en un nódulo lateral del cuello no es sinónimo de metástasis ganglionar de un carcinoma tiroideo inaparente y por tanto con indicación de realizar una resección glandular y extensa asociada a un vaciamiento ganglionar.

En primer lugar es necesario distinguir si ese tejido tiroideo se encuentra o no dentro de un ganglio para lo cual no es suficiente que se encuentre asociado a tejido linfóide ⁽²⁾ pues es bien conocido el hecho de la infiltración linfóide que puede acompañar al carcinoma tiroideo ⁽¹⁾. Es imprescindible demostrar la existencia de estructuras ganglionares, sobre todo cápsula y seno subcapsular ^(4,7) y además la ubicación subcapsular del tejido tiroideo ⁽¹⁶⁾ para poder afirmar que se trata de una metástasis ganglionar.

Sin embargo es de señalar que algunos autores ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ sostienen que es posible la existencia de folículos tiroideos de aspecto normal en la cápsula de ganglios cervicales de la línea media como expresión de inclusiones embrionarias ⁽¹⁾ mientras que esta posibilidad es negada terminantemente por otros ⁽⁷⁾. De no reconocerse estructura ganglionar puede tratarse de: 1) ganglio sustituido totalmente por una metástasis (hecho poco frecuente); 2) metástasis en partes blandas de un carcinoma tiroideo diferenciado; 3) tejido tiroideo separado o fugado; 4) implante tiroideo postraumático (antecedentes); 5) tiroides lateral aberrante o ectópico (tabla 1).

El tejido tiroideo lateral puede aparecer normal en caso de serlo o en caso de un carcinoma folicular

bien diferenciado, presentar las alteraciones propias del carcinoma papilar (papilas, cuerpos de psamoma, núcleos en vidrio esmerilado etc.) o de otra patología tiroidea sobre todo nodular.

De gran importancia es demostrar la existencia de una GT ectópica y si se trata de una glándula normal o patológica y en ese sentido deberá ayudarse fundamentalmente con la ecografía que puede reconocer nódulos de hasta pocos milímetros ⁽²¹⁾.

En nuestro caso el tejido tiroideo lateral era de aspecto histológico normal, sin relación ganglionar, en una paciente sin antecedentes traumáticos del cuello y con una GT ectópica clínica, ecográfica y gamagráficamente normal por lo cual la situación fue catalogada de tejido tiroideo ectópico o aberrante lateral y el tratamiento consistió solamente en la exéresis del nódulo.

Bibliografía

1. Li Volsi VA. Surgical pathology of the thyroid. Ed Saunders Co 1990.
2. Warren S, Feldman JD. The nature of lateral «aberrant» thyroid tumors. Surg Gynecol Obstet 1949; 80: 31–44.
3. Pittamiglio HP, Blasiak J, Jorge AM. Tratamiento quirúrgico del bocio lingual. Cir Uruguay 1985; 55: 286–95.
4. Latourrette F, Paseyro P, Cassinelli JF. Diagnóstico de carcinoma tiroideo clínicamente inaparente por el examen inmunológico de su metástasis cervicolateral. Cir Uruguay 1966; 36: 233–7.
5. Grosso DF, Paseyro P. El problema de los llamados tumores tiroideos laterales aberrantes. La punción citodiagnóstica. Am Fac Med Montevideo 1954; 39: 267–70.
6. Karlen MAJ, Mateo AL, Paseyro P. Los llamados tumores tiroideos aberrantes. Bol Soc Cir Uruguay 1951; 22: 3–5.
7. Buthler JJ, Tulinus H, Ibáñez ML et al. Significance of thyroid tissue in lymph nodes Associated with carcinoma of the head, neck and lung. Cancer 1967; 20: 103–12.
8. Lahey HF, Ficarra BJ. The lateral aberrant thyroid. Surg Gynecol Obstet 1946; 82: 705–11.
9. Crile G. Papillary carcinoma of the thyroid and lateral cervical region so called «lateral aberrant thyroid». Surg Gynecol Obstet 1947; 85: 757–66.
10. King WLM, Penberton J. So called aberrant thyroid tumors. Surg Gynecol Obstet 1942; 74: 991–1001.
11. Delgado B. Carcinoma diferenciado del tiroides. Actual Cir (primera parte) 1992; 11: 5–76.
12. Delgado B. Adenopatía neoplásica 2ª del cuello. Primitivo tiroides. Cir Uruguay. Ponencia a MR Congreso Uruguayo de Cirugía, 40º Piriápolis 1989 (inédito).
13. Suiffet W. En discusión de 4. Cir Uruguay 1966; 36: 237–8.
14. Perdomo R, Tchekmedjian V, Ponaso H et al. Nódulos cervicales posoperatorios por implantes tiroideos espontáneos. Cir Uruguay 1977; 47: 175–82.
15. Robbin SL. Patología estructural y funcional. México: Interamericana, 1975.
16. Del Campo JC. En discusión de 4. Cir Uruguay 1966; 36: 238.
17. Delgado B, Estapé G, Toledo N, Iraola ML. Transformación neoplásica de un implante tiroideo bocioso a nivel de una cicatriz de tiroidectomía. Cir Uruguay 1990; 60 (1–3): 15–6.
18. Gerard-Marchant R. Thyroid follicle inclusions in cervical lymph nodes. Arch Path 1964; 77: 633–7.
19. Roth LM. Inclusions of non-neoplastic thyroid tissue within cervical lymph nodes. Cancer 1965; 18: 105–11.
20. Meyer JS, Steimberg LS. Microscopically benign thyroid follicles in cervical lymph nodes. Cancer 1969; 24: 302–11.
21. Delgado B, Yametti L, Iraola ML. Nódulo tiroideo. Su planteo quirúrgico. Actual Cir 1986; 1: 117–70.