

Tiroides Ectópica. Presentación Inusual de Masa Mediastinal Posterior. Reporte de caso.



Rev Guatem Cir Vol. 26 · 2020

Servio Tulio Torres Rodríguez MD, MACG, FCCP,¹ Danilo Herrera Cruz MD, MACG,² Onam Esaú España Morales MD,³ Roberto Gordillo Castillo MD,⁴ Orlando Rodas Pernillo MD⁵

Cirujano Torácico,¹ Cirujano General,² Internista y Neumólogo,³ Anestesiólogo,⁴ Patólogo.⁵ Autor correspondiente: Servio Tulio Torres Rodríguez. 6 avenida 7-66 zona 10, Edificio Condominio Médico, Oficina C-2. Cel. 53068216. Correo: stuliotr@gmail.com.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 66 años de edad con diagnóstico de masa mediastinal posterior por tomografía axial computarizada. Se realizó la resección completa del tumor a través de toracotomía posterolateral derecha. El diagnóstico posoperatorio reporta tiroides ectópica con cambios de bocio coloide sin atipias. La tiroides ectópica se define como tejido tiroideo que no está localizado anteriormente entre el segundo y cuarto anillo traqueal. En el 90% de los casos el tejido ectópico tiroideo se encuentra en la base de la lengua (tiroides sublingual) mientras que en mediastino es muy raro, contando menos del 1%.

Palabras clave: Tiroides ectópica, masa, mediastino posterior.

ABSTRACT

Ectopic thyroid. Unusual presentation of a posterior mediastinal mass. Case report

Case report of a 66-year-old female patient with a posterior mediastinal mass diagnosed by computed tomography. Complete tumor resection was performed by right posterolateral thoracotomy. Pathology reported an ectopic thyroid with colloid goiter changes without atypia. Ectopic thyroid is defined as thyroid tissue not localized anterior to the second and fourth tracheal ring. In 90% of cases the ectopic thyroid tissue is at the base of the tongue (sublingual thyroid) while localization in the mediastinum it is very rare, reported in less than 1% of the cases.

Keywords: Ectopic thyroid, mass, posterior mediastinum.

INTRODUCCIÓN

La presencia de opacidades del mediastino posterior orienta a tumores de origen neurogénico como primera opción diagnóstica. La observación expectante de las masas mediastinales rara vez se justifica porque las lesiones tanto benignas como malignas pueden ser asintomáticas; para las masas sintomáticas, el alivio de los síntomas provocados por el efecto de masa juega un papel primordial¹ en el tratamiento. La tiroides ectópica se define como tejido tiroideo que no está localizado anteriormente entre el segundo y cuarto anillo traqueal.² En el 90% de los casos el tejido ectópico tiroideo se encuentra en la base de la lengua (tiroides sublingual) mientras que en mediastino es muy raro, contando menos del 1% o solo reportes de algunos casos.^{3,4,5} En el 70-90% de los casos es el único tejido tiroideo. Su prevalencia es de aproximadamente 1 por 100 000-300 000 personas, aumentando a 1 por 4000-8000 pacientes con enfermedad de la tiroides.⁵

Se presenta el caso de una paciente con masa mediastinal posterior cuyo diagnóstico final fue de tiroides ectópica, reseca por toracotomía posterolateral derecha.

REPORTE DE CASO

Femenina de 66 años de edad con historia de tos seca intermitente, disfagia y disnea leve e informe de tomografía axial computarizada (TAC) interpretada como masa retrotraqueal a considerar conglomerado ganglionar que provoca compresión extrínseca, siendo tratada conservadoramente durante dos años. Por mala evolución clínica decide consultarnos. Antecedentes, hipertensión arterial y bronquitis crónica. Sometida a histerectomía abdominal sin ooforectomía por fibroma uterino y meniscectomía en rodilla derecha. Al examen, paciente en buenas condiciones generales, sin estridor laríngeo, P/A 160/90. Cuello, no se palpan masas ni adenopatía y la evaluación cardiopulmonar no muestran alteraciones evidentes

Última TAC reporta masa hipodensa sólida paratraqueal derecha que crece por debajo de ella hacia el nacimiento del bronquio principal derecho con densidad de 129 UH. Mide 55x40 mm con pequeñas calcificaciones en su interior. Además, múltiples granulomas menores de 2 mm en ambos campos pulmonares, así como ganglios hiliares calcificados, sugieren investigar: Histoplasmosis. Síndrome de Kaplan. Conclusión: Masa mediastinal como descrita. (Figuras 1A, B, C).

Ingresó con impresión clínica de masa mediastinal posterior a descartar, enfermedad de Castleman, Schwannoma o conglomerado ganglionar. Se abordó a través de toracotomía lateral derecha, encontrando masa de bordes regulares de consistencia dura localizada entre cava superior y grandes vasos, por arriba de la ácigos de 10x7x6 cms, ubicada detrás de la tráquea con pedículo vascular posterior de 2-3 mm. Se reseca la masa en su totalidad (Figuras 2A-2B). Se cierra pleura parietal posterior y se coloca drenaje intercostal por 48 horas. Egresó en buenas condiciones generales. Histopatología informa tiroides ectópica con cambios de bocio coloide sin atipias (Figuras 3A-3B).

En post operatorio se solicita ultrasonido tiroideo informando ambos lóbulos de tamaño, forma y situación normal, con bordes regulares y tejido homogéneo sin calcificaciones ni colecciones. Las pruebas tiroideas TSH 1.08 μ U/ml, T3 total 0.90 ng/ml, T4 libre 1.07ng/dl, T4 total 7.5 μ g/dl.

DISCUSION

Los tejidos ectópicos de la tiroides se producen debido a la migración embriológica anormal de la glándula tiroides a lo largo de la trayectoria de su descenso desde el intestino anterior primitivo a la posición prevertebral.⁶ Las principales características de diagnóstico de las masas tiroideas ectópicas son, que su suministro sanguíneo proviene de los vasos torácicos, la tiroides cervical es normal y las masas no tienen conexión con la glándula cervical.⁷ La localización más frecuente es sublingual; pero se le encuentra, en situación submandibular, cervical, tráquea, laringe, esófago, mediastino, corazón, diafragma, carotídea, gástrica, duodenal, mesentérica y pre-esternal, entre otras.^{5,7,8,9,10,11} En el presente caso se trata de una paciente de la séptima década de la vida y aunque su edad es mayor de lo que se reporta, ésta puede ocurrir a cualquier edad, de 5 meses a 40 años, siendo más común en edades más tempranas.⁵

En la paciente no se trató de un hallazgo incidental ya que dos años previos había consultado por disnea y disfagia leve con un estudio de tomografía que reportaba masa mediastinal. La sintomatología se manifiesta dependiendo de la localización anatómica pudiendo provocar efecto de ocupación, donde la disnea, la disfagia, tos seca, sensación de cuerpo extraño, e incluso hemoptisis o síntomas de apnea de sueño pueden presentarse.⁵

Por la localización de la masa y las características reportadas en la tomografía como masa sólida, retrotraqueal, y la morfología clasificada según los criterios de Huins et al, la cual categoriza los bocios intratorácicos en retroclavicular, borde superior del arco aórtico o por debajo del arco aórtico y por su forma, en "iceberg" o cónica, tubular u oval, se puede definir dentro de la variedad

de tiroides ectópica en forma tubular.¹² El diagnóstico de tiroides ectópica no se contempló en el pre operatorio, inclinándose más por las patologías frecuentes del mediastino posterior y su diagnóstico fue inesperado. La utilidad de la TAC se fundamenta en proporcionar información transversal sobre la arquitectura de la glándula tiroides y la diseminación de malignidad. La principal desventaja es que requiere la administración de un agente de contraste yodado para diferenciar el ganglio linfático.^{13,14} La resonancia magnética convencional del cuello no se usa comúnmente en la práctica diaria porque pueden producirse artefactos de susceptibilidad en las secuencias de supresión de grasa en la cara anterior del cuello. Las imágenes centellográficas con yodo-131 (I-131) y / o tecnecio-99 (Tc-99) proporcionan imágenes altamente sensibles en pacientes con tejido tiroideo ectópico.^{13,14} Un falso negativo de la centellografía puede ocurrir en carcinoma tiroideo o necrosis.¹⁵ El ultrasonido con biopsia aspiración por aguja fina (FNAC) está indicado y se considera el gold estándar en nódulos tiroideos¹⁶; pero cuando no es palpable o demasiado inaccesible, no debe realizarse.¹² La Biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) confirma el tejido ectópico tiroideo mediastinal.^{3,17}

La cirugía es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos (disnea, disfagia o síndrome de cava superior). Algunos autores argumentan la necesidad de cirugía en pacientes asintomáticos con diagnóstico incidental, por el alto riesgo de compresión de los órganos mediastinales y el carcinoma primario de tiroides que surgen del tejido ectópico^{1,4,5,9,18} por otro lado, si el 70-90% de los casos es el único tejido tiroideo, deberá efectuarse estudios de función tiroidea; ya que la cirugía de resección en la ectopia sin patología asociada, por sí sola, no está indicada. El abordaje para la resección del tumor fue a través de toracotomía posterolateral derecha porque permite acceso directo al espacio paratraqueal derecho, proporciona un campo operatorio amplio y permite control y visualización vascular; aunque sea asociado a dolor postoperatorio mayor en relación a técnicas de mínima invasión como la videotoracoscopia asistida (VATS) que ha demostrado su utilidad tanto en el diagnóstico como en la resección^{10,19,20} o la esternostomía media generalmente aceptada para remover tiroides ectópica en el mediastino anterior.²¹ En el abordaje extracervical para el bocio mediastinal y/o masa tiroidea ectópica con más del 50% intramediastínico, la presencia del cirujano de tórax debe ser una constante en caso de realizar esternostomía, toracotomía o VATS.²²

CONCLUSIONES

La ectopia de tejido tiroideo puede llevar a la formación de tumores de considerable tamaño en el mediastino posterior, silentes o sintomáticos y debe ser considerado

en el diagnóstico diferencial de estas masas. La indicación quirúrgica es la compresión por efecto de masa o el riesgo de degeneración neoplásica. El abordaje quirúrgico de-

penderá de la localización, el tamaño y de la experiencia del equipo quirúrgico.

REFERENCIAS

- Bendfeldt MAP. Bocio Intramediastínico. In: Servio Tulio Torres Rodríguez, ed. Masas Mediastinales. Decisiones Estratégicas. Primera ed. Guatemala: Editorial Académica Española; 2017:87-96.
- Roh E, Hong ES, Ahn HY, et al. A case of mediastinal ectopic thyroid presenting with a paratracheal mass. *Korean J Inter Med.* 2013;28:361-364.
- Hardy J, Jeyabalan A, Bhatt N. An unusual mediastinal mass. *J R Coll Physicians Edimb.* 2016;46:93-95.
- Metere A, Giacomo T De, Vergine M, Biffoni M, Giacomelli L. Diagnosis and management of a mediastinal ectopic thyroid laying on the right bronchus : case report and review of literature. *BMC Surg.* 2018;18(19):1-5.
- Noussios G, Anagnostis P, Goulis DG, Lappas D, Natsis K. Ectopic thyroid tissue : anatomical , clinical , and surgical implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol.* 2011;165:375-382. doi:10.1530/EJE-11-0461
- Chaudhry IU, Cheema AI, Alshamasi Z, Mutairi H. Hoarseness of voice , respiratory distress and dysphagia due to giant primary posterior mediastinal ectopic goitre : a rare clinical entity. *BMJ Case Rep.* 2016. doi:10.1136/bcr-2016-215132
- Kesici U, Koral Ö, Karyagař S, et al. Missed retrosternal ectopic thyroid tissue in a patient operated for multinodular goiter. *Ulus Cerrahi Derg.* 2016;32:67-70. doi:10.5152/UCD.2015.2916
- Düzer S, Akyiđit A, Sakalliođlu Ö, Öa S, Polat C. Ectopic thyroid tissue localized in submandibular region . *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2016;26(3):172-175. doi:10.5606/kbbihtisas.2016.84666
- Drábek J, Luká Ď, Zemanová I, Rulseh A. Ectopic thyroid with benign and malignant findings : A case series. *Int J Surg Case Rep.* 2020;66:33-38. doi:10.1016/j.ijscr.2019.11.011
- Wang J, Fang J. Ectopic thyroid mass in the left lateral neck and anterior mediastinum : a case report. *J Med Case Rep.* 2014;8(1):351. doi:10.1186/1752-1947-8-351
- Bains L, Bhatia S, Kaushik R, Jain SK, Singh CB. Pre-sternal thyroid swellings : a case of rare aberrant site recurrence and review of literature. *Thyroid Res.* 2019;12(12):1-7. doi:https://doi.org/10.1186/s13044-019-0073-1
- Tikka T, Nixon IJ, Simo R. Predictors of the need for an extracervical approach to intrathoracic goitre. *BJS Open.* 2019;3:174-179. doi:10.1002/bjs5.50123
- Altay C, Mete B, Oyar O. CT and MRI findings of developmental abnormalities and ectopia varieties of the thyroid gland Canan. *Diagn Interv Radiol.* 2012;18(July 2011):335-343. doi:10.4261/1305-3825.DIR.4913-11.2
- Guerra G, Cinelli M, Mesolella M, et al. Morphological , diagnostic and surgical features of ectopic thyroid gland : a review of literature . *Int J Surg.* 2014;Suppl 1(S):3-11. doi:10.1016/j.ijssu.2014.05.076. Epub 2014 Jun 2.
- Robitaille C, Frçp C, Auger M, Frçp C, Presentation C. Off the beaten path : A case of mediastinal ectopic thyroid tissue. *Diagn Cytopathol.* 2017;00(May):1-3. doi:https://doi.org/10.1002/dc. 23813
- Crescenzo PV Di, Vitale M, Valvano L, et al. Surgical management of cervico-mediastinal goiters: OUR experience and REVIEW of the literature. *Int J Surg.* 2016. doi:10.1016/j.ijssu.2015.12.048.
- Ozturk A, Cicek T, Aktas Z, Demirag F YA. Mediastinal ectopic thyroid diagnosed by endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration : Report of three cases. *J Clin Ultrasound.* 2017;00:1-3. doi:https://doi.org/ 10.1002/jcu.22530.
- Simó R, Nixon IJ, Vander V, et al. Surgical management of intrathoracic goitres. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology.* 2018;0(0):0. doi:10.1007/s00405-018-5213-z.
- Gupta P, Lau KKW, Rizvi I, Rathinam S, Waller DA. Video assisted thoracoscopic thyroidectomy for retrosternal goitre. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014;96:606-608. doi:10.1308/003588414X14055925058634
- Ojanguren A, Antonio J, Fustegueras B, Ros S. Abordaje del bocio endotorácico en mediastino posterior: incisión transcervical y toracotomía lateral. *Arch Bronconeumol.* 2013;(xx):9-11. doi:10.1016/j.arbres.2013.09.009
- Scognamiglio F, Attene F, Paliogiannis P, Mw R, Cossu A, Trignano M. Is sternotomy always necessary for the treatment of mediastinal ectopic thyroid goiter ? *Ann Ital Chir.* 2014;85(3):304-307.
- Tsilimigras DI, Patrini D, Antonopoulou A, Velissaris D, Lawrence D, Panagiotopoulos N. Retrosternal goitre : the role of the thoracic surgeon. *J Thorac Dis.* 2017;9(3):860-863. doi:10.21037/jtd.2017.02.56

ANEXOS

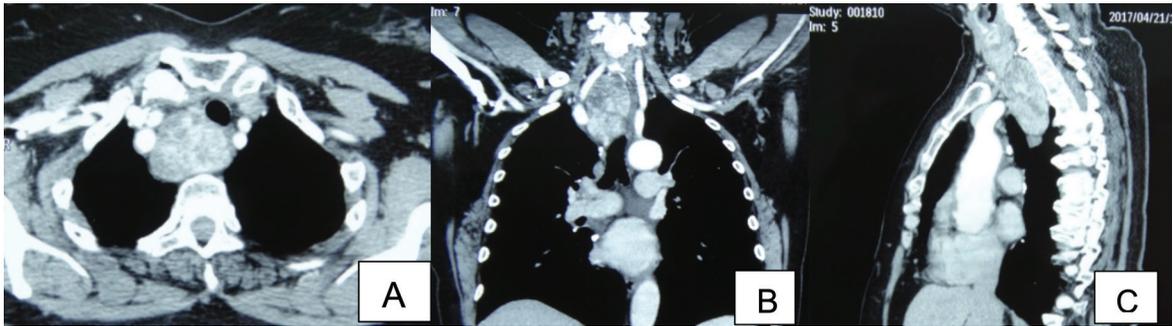


Figura 1: A-B-C. Muestra la ubicación de la masa y sus relaciones con estructuras mediastinales. A. Corte axial, B. Corte coronal, C. Corte sagital

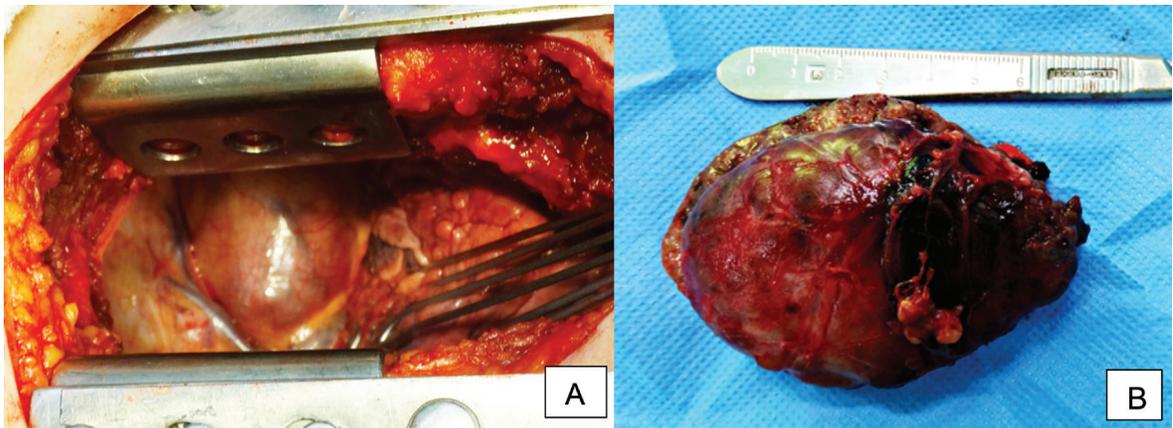


Figura 2: A-B. A. Toracotomía posterolateral derecha muestra la masa y sus relaciones. B. Masa resecada en su totalidad mide 10x7x6 cms

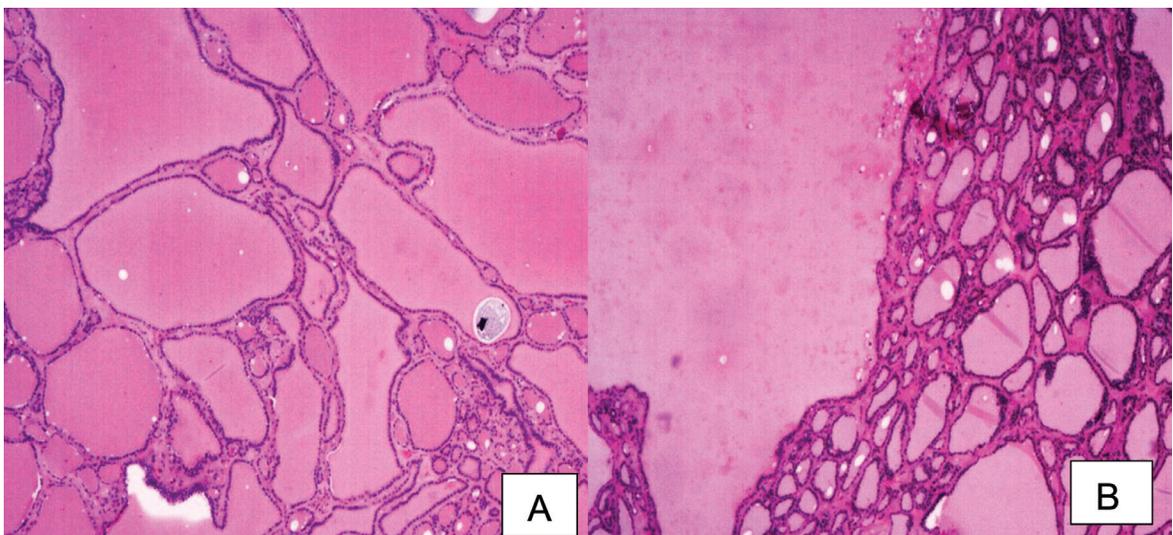


Figura 3: A-B. Abundantes estructuras foliculares con variación en el tamaño que contienen abundante cantidad de material colóide