

NEOPLASIA MALIGNA PRIMARIA DE TEJIDO TIROIDEO ECTÓPICO. UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

XAVIER GARNICA, ÁNGEL BORGES, JOSÉ FÉLIX VIVAS

HOSPITAL GENERAL DEL ESTE "DR. DOMINGO LUCIANI", SERVICIO DE CIRUGÍA 2. CARACAS, VENEZUELA.

RESUMEN

La presencia de tejido ectópico tiroideo surge por una alteración en el desarrollo embriológico de dicha glándula, pudiendo tener ubicaciones aberrantes en toda la economía humana. La posibilidad de desarrollar cáncer en dicho tejido es altamente infrecuente, sin embargo, está descrito en la literatura. Se presenta el caso de un paciente femenino quien debuta con síntomas respiratorios en relación con lesión ocupante en mediastino medio y presencia de adenomegalia cervical, a la cual se toma biopsia y resulta positivo para carcinoma papilar metastásico tiroideo, en estudios preoperatorios la tiroides se encuentra sin alteraciones; luego presenta tumor en región sacra cuya histología es cónsona con el mencionado anteriormente, motivo por el cual se planifica para tiroidectomía total siendo el espécimen quirúrgico negativo para malignidad. Ante la presencia de un carcinoma papilar de tejido ectópico tiroideo de localización mediastinal no operable, se remite a medicina nuclear para valoración y conducta.

PALABRAS CLAVE: Tiroides, carcinoma papilar, tejido tiroideo ectópico, tiroidectomía.

SUMMARY

The presence of thyroid ectopic tissue arises from an alteration in the embryological development of said gland, and may have aberrant locations throughout the human economy. The possibility of developing cancer in that tissue is highly infrequent; however, it is described in the literature. Present case of female patient who debuted with respiratory symptoms in relation to occupying lesion in the middle mediastinum and the presence of cervical adenomegaly, from which biopsy was taken and its positive for metastatic papillary carcinoma of the thyroid; however, in the preoperative studies the thyroid was found without alterations. She presented tumor in the sacral region whose histology is consistent with that mentioned above, which is why a total thyroidectomy was planned, the surgical specimen being negative for malignancy. In the presence of an inoperable papillary carcinoma of thyroid ectopic tissue in the mediastinal location, she was referred to nuclear medicine for assessment and management.

KEY WORDS: Thyroid, papillary carcinoma, ectopic thyroid tissue, thyroidectomy.

Recibido: 12/06/2023 Revisado:14/07/2023

Aceptado para publicación:18/08/2023

Correspondencia: Dr. Xavier Garnica. Hospital "Dr. Domingo Luciani". Tel: 0414-1095079.

E-mail: tioxavi55@gmail.com

Esta obra está bajo una Licencia *Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International* Licens

INTRODUCCIÓN

El tejido tiroideo ectópico es el tipo de disgenesia más común que sucede en relación con la glándula tiroidea y suele encontrarse a lo largo del vestigio del conducto tirogloso obliterado, usualmente desde la base de la lengua hasta el mediastino⁽¹⁾, sin embargo, en la literatura existen numerosos reportes de localizaciones foráneas bastante particulares. Su riesgo de malignización es menor al 1 %, siendo una entidad nosológica verdaderamente infrecuente, motivo por el cual se trae a colación el presente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 52 años quien inicia enfermedad actual en abril de 2020 cuando presenta pirosis intermitente asociada a llenura posprandial, tos seca no productiva y disfonía progresiva motivo por el cual acude a facultativo para valoración. Antecedentes personales no contributorios. El examen físico se encuentra dentro de límites normales. Realizan nasofibrolaringoscopia reportando como hallazgo parálisis para-mediana de cuerda vocal izquierda; posteriormente consigna estudio tomográfico evidenciando lesión ocupante de espacio de 7 cm

x 5 cm en mediastino medio en íntima relación con los grandes vasos torácicos y generando oclusión extrínseca de la arteria pulmonar izquierda y del bronquio principal izquierdo en un 80 % (Figura 1), a su vez, se visualiza adenopatía en nivel IV cervical derecho (Figura 2), razón por la cual se realiza cervicotomía lateral con toma de biopsia escisional de la misma, arrojando positividad para carcinoma papilar metastásico de origen tiroideo según estudio inmunohistoquímico (corroborado 2 veces). Ultrasonido tiroideo y pruebas tiroideas sin alteraciones. Tiroglobulina

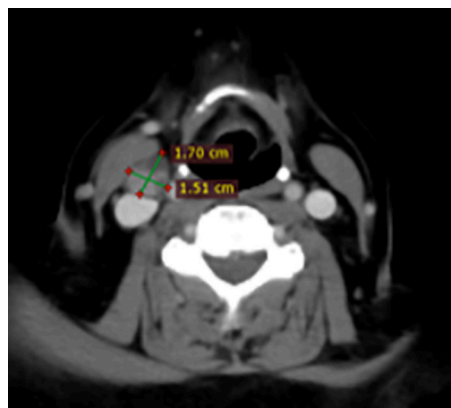


Figura 2. Adenopatía cervical en nivel IV derecho.

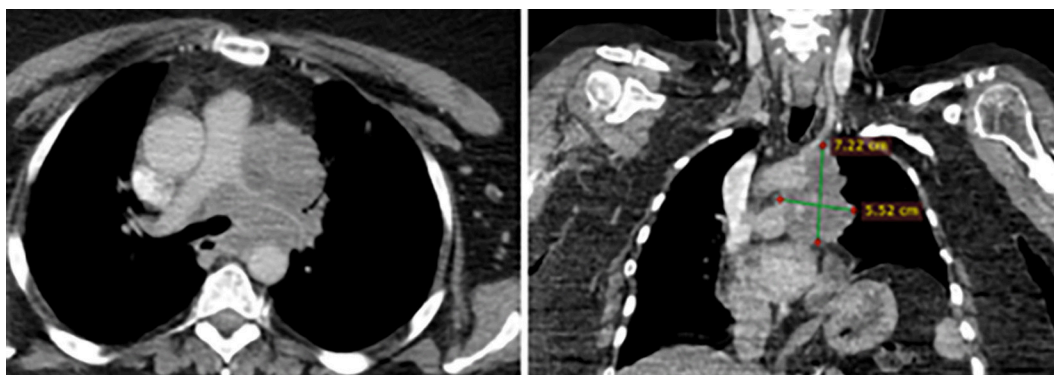


Figura 1. Lesión ocupante de espacio en mediastino medio.

elevada (35 600 ng/mL). En vista de presentar insuficiencia respiratoria de instauración abrupta se decide realizar radioterapia de emergencia (3 fracciones de 400 cGy/día cada una desde el 14/06/2020 hasta el 16/06/2020), dosis total 1 200 CGy en un Acelerador Lineal de 6 MEV, mejorando sintomatología. Posteriormente presenta dolor y alteración de la sensibilidad en miembro inferior izquierdo, realizan estudio tipo RMN de columna lumbosacra y se evidencia lesión ocupante de espacio de 8 cm x 7 cm en sacro izquierdo (Figura 3) oprimiendo raíces nerviosas ipsilaterales, realizándose hemisacrectomía izquierda y el resultado de

la biopsia fue positivo para carcinoma papilar metastásico poco diferenciado. Se realiza *Oncodeep*[®] de ganglio linfático y de tumor sacro y ambos fueron positivos para neoplasia papilar de origen tiroideo. Gammagrama tiroideo evidencia trazado del radiofármaco en localización habitual y a nivel mediastinal. Se planifica tiroidectomía total realizándose sin complicaciones, cuya biopsia fue negativa para malignidad. Se decide remitir a servicio de Medicina Nuclear para iniciar terapia ablativa con yodo radioactivo en vista de que la lesión mediastinal no tiene criterios de reseccabilidad y posterior evaluar respuesta al tratamiento.

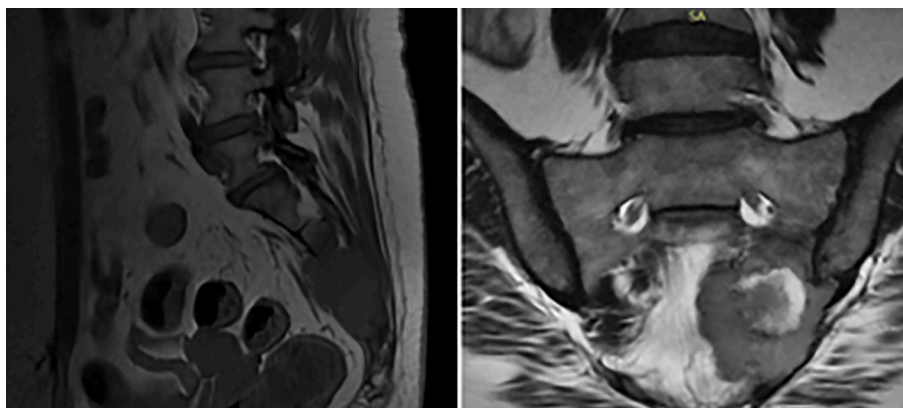


Figura 3. Lesión ocupante de espacio en hemisacro izquierdo.

DISCUSIÓN

Se estima que la prevalencia del tejido tiroideo ectópico es de 1 por cada 300 000 personas, teniendo predilección por el sexo femenino ⁽¹⁾ (75 %) como en la mayoría de las patologías tiroideas. Usualmente cursan asintomáticos, sin embargo, las manifestaciones clínicas cuando se presentan se encuentran asociadas al tamaño y

a la localización de la lesión. Los carcinomas primarios que surgen de tejido tiroideo ectópico son poco comunes y se ha informado que aparecen de tejido tiroideo en los quistes tiroglosos, tejido tiroideo cervical aberrante, tiroides lingual, mediastino y estruma ovárico ⁽²⁾. Diferenciar entre el carcinoma que surge en tejido tiroideo ectópico y un carcinoma metastásico es difícil; el diagnóstico se puede realizar indirectamente

teniendo en cuenta algunas características tales como un riego sanguíneo separado de la glándula ectópica, sin antecedentes personales de malignidad y tiroides ortotópica normal o ausente sin antecedentes de cirugía⁽²⁾. El estándar de oro para el diagnóstico de estas patologías es el gammagrama tiroideo, el cual tiene alta especificidad para demostrar la presencia de tejido tiroideo en localizaciones ectópicas⁽³⁻⁶⁾. Respecto al tratamiento, la resección quirúrgica es la modalidad de preferencia, tanto del tejido tiroideo ortotópico como ectópico, con posterior terapia con yodo radioactivo si lo amerita⁽²⁻⁷⁾. En la literatura están descritos muchos casos de carcinomas papilares ocultos que debutan clínicamente con metástasis a distancia, sin embargo, son extremadamente raros los casos donde la glándula tiroidea ortotópica está exenta de malignidad, siendo el primario netamente del tejido ectópico. Concluimos en que el carcinoma primario de tejido tiroideo ectópico se constituye como una entidad oncológica extremadamente rara que amerita una alta sospecha clínica apoyada en los métodos de diagnóstico adecuado para su correcto abordaje y posterior manejo terapéutico.

REFERENCIAS

1. Santangelo G, Pellino G, De Falco N, Colella G, D'Amato S, Maglione G, et al. Prevalence, diagnosis and management of ectopic thyroid glands. *Int J Surg.* 2016;28(Suppl 1):S1-6. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.12.043.
2. Karim F, Inam H, Khalid Choudry U, Hasnain Fatimi S. Ectopic follicular variant of papillary thyroid carcinoma in anterior mediastinum with a normal thyroid gland. A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018;51:213-217. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.08.051
3. Shafiee S, Sadrizade A, Jafarian A, Rasoul Zakavi S, Ayati N. Ectopic papillary thyroid carcinoma in the mediastinum without any tumoral involvement in the thyroid gland A Case report. *Asia Oceania J Nucl Med Biol.* 2013;1(1):44-46.
4. Toda S, Iwasaki H, Sukanuma N, Okubo Y, Hayashi H, Masudo K, et al. Occult thyroid carcinoma without malignant thyroid gland findings during preoperative examination: Report of three cases. *Case Rep Endocrinol.* 2020;2020:4249067. doi: 10.1155/2020/4249067.
5. Noussios G, Anagnostis P, Goulis D, Lappas D, Natsis K. Ectopic thyroid tissue: Anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol.* 2011;165(3):375-382.
6. Batsakis JG, El-Naggar AK, Luna MA. Thyroid gland ectopias. *Am Otol Rhinol. Laryngol.* 1996;105(12):996-1000.
7. Lianos G, Bali C, Tatsis V, Anastasiadi Z, Lianou E, Papathanasiou V, et al. Ectopic thyroid carcinoma Case Rep. *G. Chir.* 2013;34 (4):114-116.