



# Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

## Reporte de Caso

### Nodulo Tiroideo Ectópico

Ectopic Thyroid Nodule

Ana Merino<sup>1,2</sup>, Jorge E. Arrese<sup>1,3,4</sup>

1 Universidad de Lieja, Facultad de Medicina, Bélgica. 2 Estudiante, Máster 2. 3 Profesor. 4 Centro Hospitalario Universitario de Lieja. Servicio de Dermatopatología, Bélgica.

Correspondencia Prof. Dr. J.E. Arrese

CHU de Lieja

Universidad de Lieja

Servicio de Dermatopatología

B-4000, Lieja, Bélgica

T: 0032 4 366 2429

Email: j.arrese@uliege.be

#### RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente mujer de 83 años con un nódulo tiroideo ectópico en la axila. El tejido tiroideo ectópico es de presentación rara y es definido como la presencia de tejido tiroideo localizado en un sitio anatómico diferente al de la localización normal, es decir, la posición pre traqueal. Es el resultado de anomalías del desarrollo embriológico, de la migración tiroidea o de una diferenciación heterotópica de células endodérmicas. En cerca de 90% de casos, el tejido tiroideo ectópico es encontrado debajo de la lengua. En la mayoría de los casos no hay síntomas. El tratamiento depende del cuadro clínico y de la presencia de síntomas. El examen histológico e inmunohistoquímico permiten establecer el diagnóstico definitivo.

Palabras claves : nódulo subcutáneo, axila, tejido tiroideo ectópico

#### SUMMARY

A 83 year-old woman presented with a ectopic thyroid nodule in the axilla. Ectopic thyroid tissue is a rare condition defined as thyroid tissue beyond its normal pretracheal localization. Abnormal embryonic development and/or migration of the thyroid gland or heterotopic differentiation of endodermal cells are at the origin of ectopic thyroid tissue. Sublingual ectopic thyroid tissue accounts for 90% of the cases. In most patients are completely asymptomatic. Therapeutic decisions de-pend on clinical presentations and symptoms. Histologic and immunohistochemistry analysis are the only definitive method of diagnosis.

Keywords: subcutaneous nodule, axilla, ectopic thyroid tissue

Recibido: 10/06/19

Aceptado: 21/06/19

## INTRODUCCION

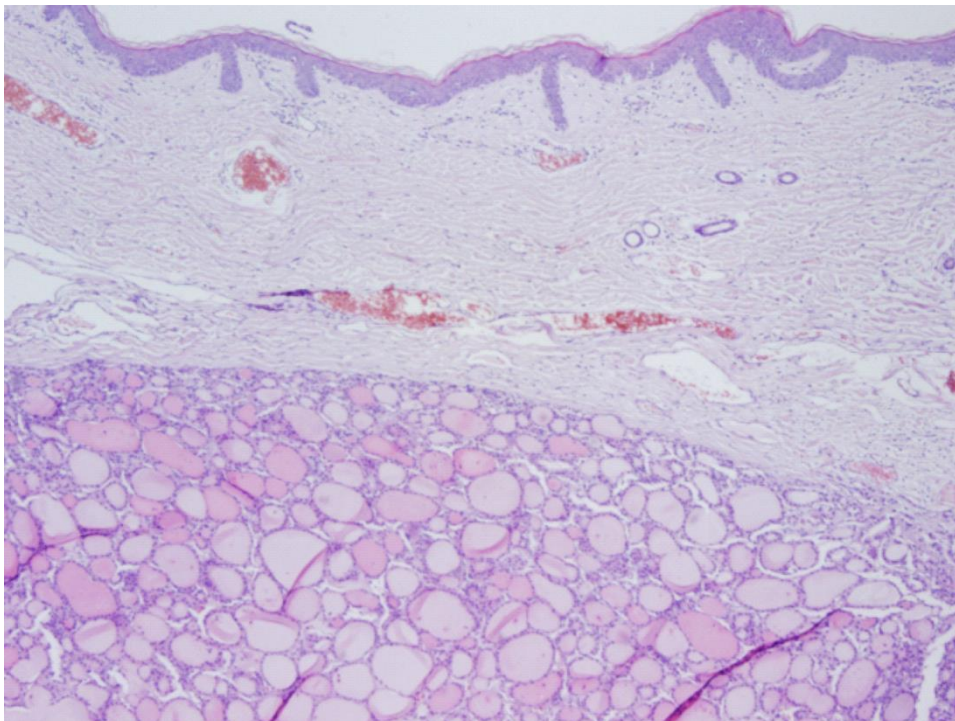
La glándula tiroides se desarrolla a partir del día 24 de gestación y es la primera glándula que crece durante el periodo embrionario<sup>1,2</sup>. Aparece en forma de una proliferación epitelial en el suelo de la faringe para después descender por delante del hueso hioides y los cartílagos traqueales. A la séptima semana llega a su localización definitiva delante de la traquea.

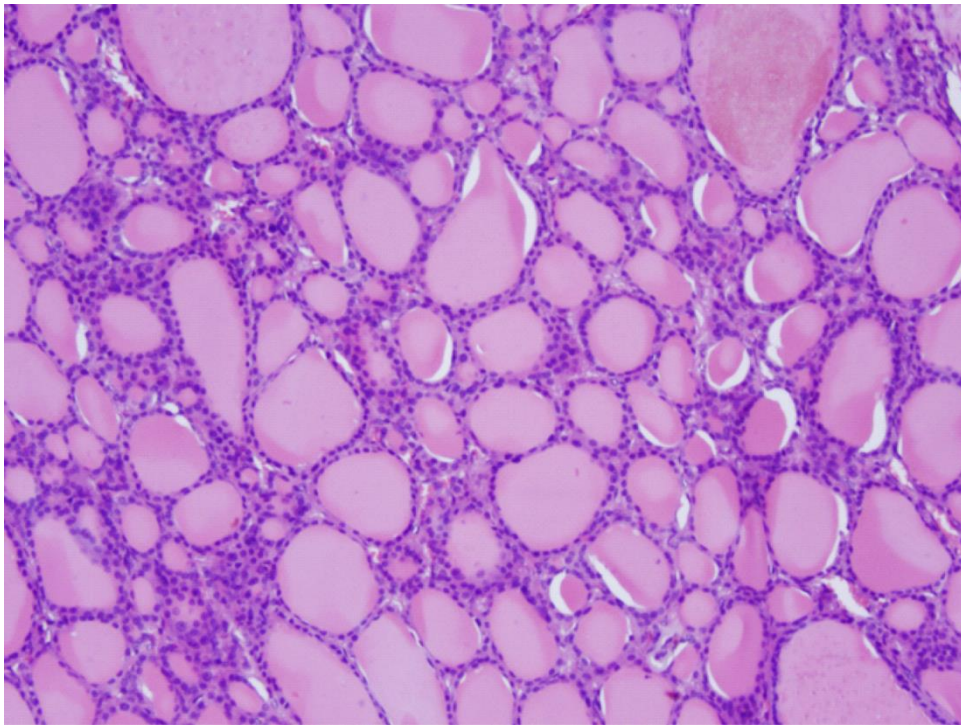
El tejido ectópico tiroideo es infrecuente, siendo su localización preferente la región lingual<sup>3,4</sup>. En el presente trabajo presentamos un paciente con una localización inusual, la región axilar.

## PRESENTACION DEL CASO

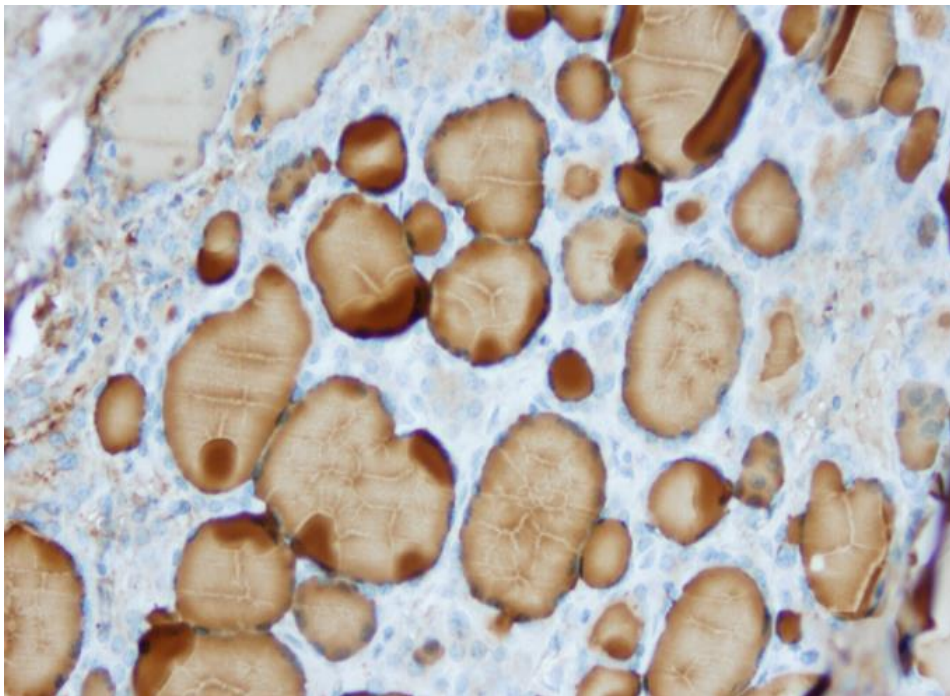
Se trata de una paciente de 83 años que presenta, desde hace varios años, un nódulo en la axila derecha. El examen clínico revela una masa subcutánea, no dolorosa, de cerca 2 cm de diámetro. El brazo y la mama derecha no presentaban lesiones clínicas. La paciente no tenía antecedentes de cáncer de mama.

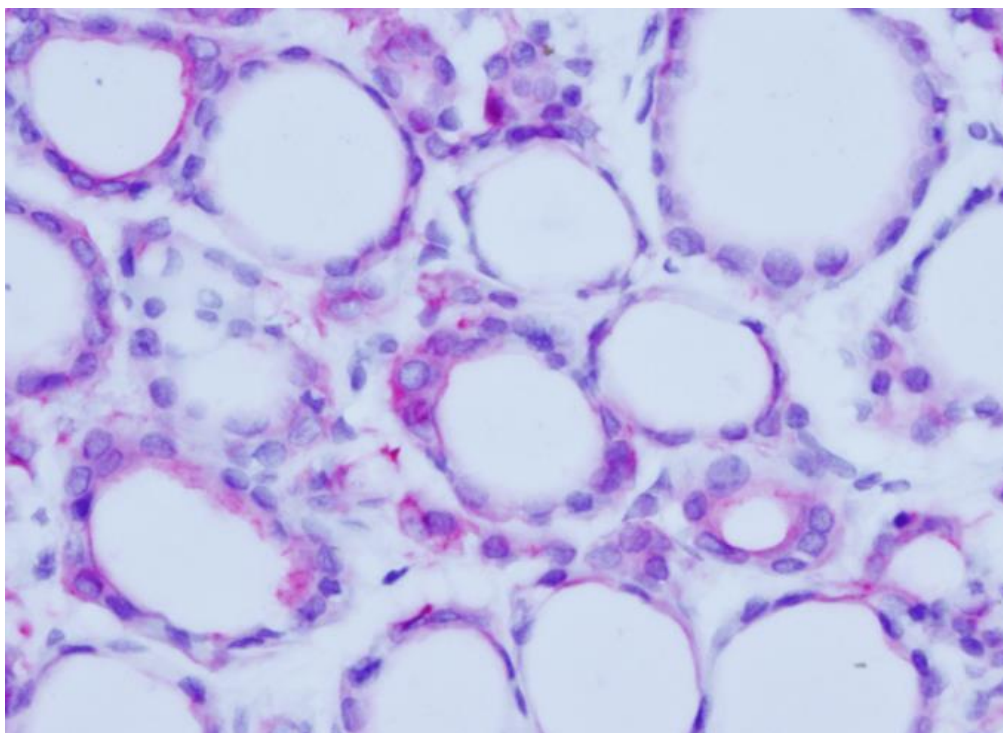
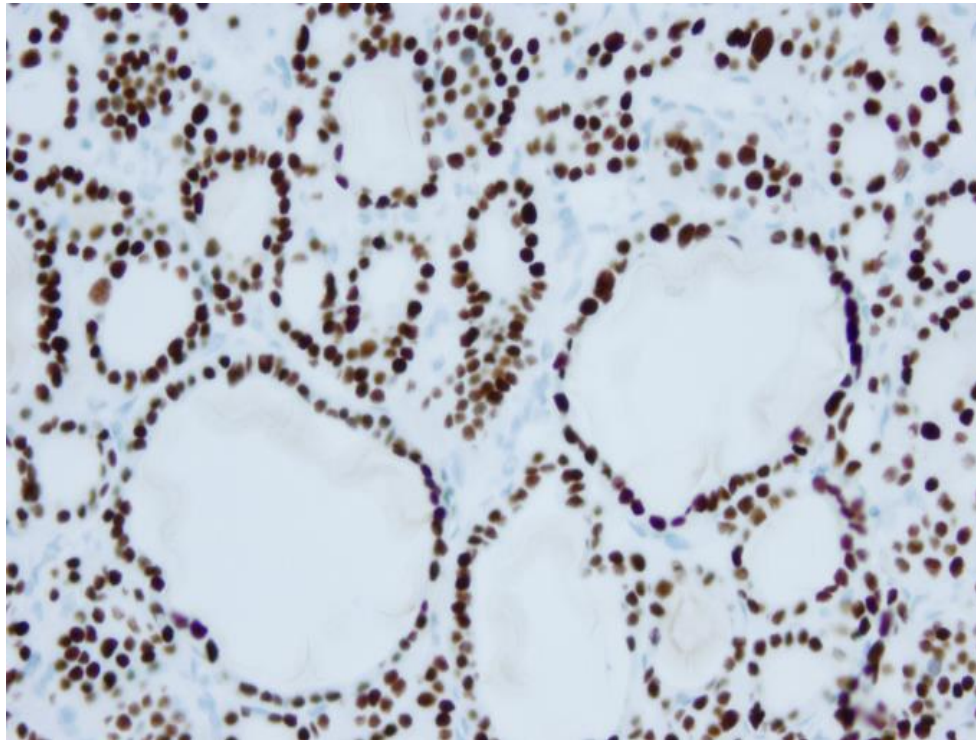
El nódulo fue extirpado bajo anestesia local. El examen microscópico de las preparaciones histológicas teñidas con H.E. reveló una lesión nodular intradérmica, bien delimitada, compuesta de unidades foliculares y cuerpos coloides intrafoliculares. No se observó atipias celulares ni de actividad mitótica significativa. Se realizó un examen de inmunohistoquímica utilizando los anticuerpos tiroglobulina, citoqueratina y TTF1.





Fotos 1-2: Imágenes histológicas del tejido ectópico tiroideo. Unidades foliculares típicas con coloides intra-foliculares similares a los encontrados en el tejido tiroideo normal.





Fotos 3-4-5: El examen de inmunohistoquímica reveló una clara positividad de las células foliculares para la tiroglobulina y el TTF1. La citoqueratina fue positiva con menor intensidad.

## DISCUSION

El tejido ectópico tiroideo es una patología infrecuente definida como la presencia de tejido tiroideo localizado en un sitio anatómico diferente al de la localización normal, es decir, la posición cervical entre el segundo y el cuarto anillo traqueal<sup>1</sup>. La prevalencia es cerca de 1 caso/100000-300000 y es más habitual en aquellos pacientes que presentan una enfermedad tiroidea. Esta afección podría ser más frecuente si consideramos los resultados de autopsias que han revelado una prevalencia entre el 7 al 10% entre la población general. Es más común en mujeres como lo hemos visto con nuestro caso<sup>1,3,4</sup>.

La localización habitual del tejido ectópico tiroideo es la porción media del conducto tirogloso o a proximidad de la glándula tiroidea<sup>5</sup>. La localización lingual representa entre el 70 a 90% de casos<sup>3,4</sup>. Localizaciones más distantes del trayecto normal de migración han sido reportados, como el esófago, ovario, corazón. Estas localizaciones son menos frecuentes<sup>6-9</sup>. Se ha reportado un solo caso de localización axilar.<sup>10</sup>

El tiroides ectópico es el resultado de anomalías del desarrollo embriológico y de la migración tiroidea. Una diferenciación heterotópica de células endodérmicas o una migración aberrante podrían explicar la presencia de tejido tiroideo ectópico..

La identificación de tejido tiroideo ectópico se realiza en la mayoría de los casos de forma fortuita. El examen clínico no es muy útil para su diagnóstico. Los exámenes de mayor valor diagnóstico son la histología y la inmunohistoquímica, que utilizan anticuerpos específicamente dirigidos contra el tejido tiroideo, como los anticuerpos anti-TTF1 y tiroglobulinas.

En nuestro caso, se trataba de un nódulo bien delimitado, sin atipias celulares correspondiente a una lesión benigna. Una metástasis, un cancer tiroideo<sup>9</sup> o una transformación maligna del tejido tiroideo

ectópico, raramente descrito como carcinoma papilar y folicular<sup>11-13</sup>, fueron excluidos.

En la mayoría de pacientes, incluyendo el nuestro, no se describe la presencia de síntomas. Cuando estos existen dependen del tamaño de la masa, la localización y el estado funcional del tejido tiroideo ectópico<sup>1</sup>. En lo que respecta a la decisión terapéutica, esta depende de la sintomatología, la presencia o no de complicaciones, de la función tiroidea y de los resultados del examen histológico<sup>1,3</sup>.

Si el examen histológico concluye en una transformación maligna, el tratamiento quirúrgico se impone<sup>8</sup>. Algunos proponen la resección quirúrgica obligatoria considerando el riesgo potencial de la transformación maligna del tejido ectópico tiroideo<sup>3,9</sup>.

La función de la tiroides ortotópica debe ser evaluada antes de la ablación quirúrgica<sup>14</sup>. Se han descrito casos en los que el tejido ectópico tiroideo es el único que produce las hormonas que el organismo necesita. En algunos casos de extirpación del tejido ectópico tiroideo, los aportes suplementarios de hormonas tiroideas son necesarios<sup>14</sup>.

La ablación con yodo radioactivo <sup>131</sup> podría ser una alternativa a la cirugía. Los resultados son variables y en la mayoría de los casos es necesaria un suplemento hormonal de por vida<sup>15</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ibrahim NA, Fadeyibi IO. Ectopic thyroid: etiology, pathology and management. *Hormones*. 2011, **10**, 261-269.
2. Adelchi C, Mara P, Melissa L, et al. Ectopic thyroid tissue in the head and neck: a case series. *BMC Res Notes*. 2014, **6**;7:790.
3. 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**, 375-382.
4. Amoodi HA, Makki F, Taylor M, et al. Lateral ectopic thyroid goiter with a normally located thyroid. *Thyroid*. 2010, **20**, 217-220.
5. Sahu SK, Agarwal PK, Husain M, et al. Right supraclavicular ectopic thyroid: an unusual site of presentation. *The Internet Journal of Surgery*. 2006, **13** (1)

6. [Allen E](#), [Alzeerah M](#), [Tsiao S](#) et al - A unique presentation of ectopic thyroid, a case report. [Int J Surg Case Rep](#). 2016, **29**, 185-188.
7. [Mace AD](#), [Taghi A](#), [Khalil S](#), [Sandison A](#). Ectopic sequestered thyroid tissue: an unusual cause of a mediastinal mass. [ISRN Surg](#). 2011;2011:313626.
8. [Hummel J](#), [Wachsmann J](#), [Carrick K](#), et al – Ectopic Thyroid Tissue in the Mediastinum Characterized by Histology and Functional Imaging with I-123 SPECT/CT. [Case Rep Radiol](#). 2017, 2017:9084207.
9. Casadei GP, [Bertarelli C](#), [Giorgini E](#), et al. Ectopic thyroid tissue in the adrenal gland: report of a case. [Int J Surg Pathol](#). 2015, **23**, 170-5.
10. [Kuffner HA](#), [McCook BM](#), [Swaminatha R](#), et al. Controversial ectopic thyroid: a case report of thyroid tissue in the axilla and benign total thyroidectomy. [Thyroid](#). 2005, **15**, 1095-1097.
11. [Prado H](#), [Prado A](#), [Castillo B](#). Lateral ectopic thyroid: a case diagnosed preoperatively. [Ear Nose Throat J](#). 2012, **91**, E14-18.
12. [Kousta E](#), [Konstantinidis K](#), [Michalakis C](#), [Vorias M](#), et al. Ectopic thyroid tissue in the lower neck with a coexisting normally located multinodular goiter and brief literature review. [Hormones](#). 2005, **4**, 231-234.
13. [Rossi ED](#), [Martini M](#), [Straccia P](#), et al. Detection of ectopic thyroid remnants: a serious diagnostic dilemma. When molecular biology and immunohistochemistry can solve the problem. [Pathol Res Pract](#). 2013, **209**, 59-61.
14. [Maino K](#), [Skelton H](#), [Yeager J](#), [Smith KJ](#). Benign ectopic thyroid tissue in a cutaneous location: a case report and review. [J Cutan Pathol](#). 2004, **31**, 195-198.
15. [Rahbar R](#), [Yoon MJ](#), [Connolly LP](#), et al. Lingual thyroid in children: a rare clinical entity. [Laryngoscope](#). 2008, **118**, 1174-1179

Citar como: Merino A, Arrese JE. Nodulo Tiroideo Ectópico. Rev méd Trujillo 2019;14(2):105-10