



Tiroides ectópica intratorácica

Marcelo Nemnon¹; Rodrigo Vázquez²

¹Especialista en Diagnóstico por Imágenes; Jefe de Servicio

²Especialista en Diagnóstico por Imágenes; Médico de Staff

Clinica La Pequeña Familia

Junín; Buenos Aires, Argentina

marcelonemnon@hotmail.com

Resumen

La localización ectópica intratorácica de tejido tiroideo es bastante rara, representa el 1% de los tumores mediastínicos y su resolución es quirúrgica. En nuestro caso se trató de una paciente de 58 años de edad con bocio cervical y una masa mediastinal anterior. Se realizó estudio ecográfico cervical, radiografía y tomografía computada de tórax tras lo cual se decidió su resolución quirúrgica.

Palabras claves: tiroides ectópica intratorácica, radiografía, tomografía computada.

Introducción

La tiroides ectópica intratorácica (TEIT) es una rara presentación de la patología glandular y representa el 1% de la patología tumoral mediastinal. Los métodos por imágenes son relevantes en la presunción diagnóstica y de gran utilidad en la ubicación y relación del tejido tiroideo ectópico con el resto de las estructuras que lo contienen. La resolución quirúrgica es el tratamiento de elección.

Presentación de caso

Paciente de 58 años de edad, sexo femenino, que consultó por opresión retroesternal, disnea de esfuerzo y malestar general. La paciente era portadora de un hipotiroidismo leve no tratado. Negó fiebre, pérdida de peso y otros síntomas.

Los estudios complementarios revelaron un laboratorio endocrino tiroideo incipientemente movido, no significativo.

Se comenzó con los estudios de imagen realizándose en primer término ecografía de tiroides (US) y radiografía (Rx) de tórax frente. El US mostró una glándula muy heterogénea y levemente aumentada de tamaño. La Rx de tórax evidenció un ensanchamiento mediastinal izquierdo (Figura 1) por lo que se indicó una tomografía computada (TC) de tórax en la cual se observó una masa mediastinal ántero-lateral izquierda de 86 x 73 x 66 mm, ocupando la grasa mediastinal a dicho nivel y con un fino plano de separación grasa con el cayado aórtico y con la arteria pulmonar principal (Figura 2). La masa reforzó en forma heterogénea y asimétrica tras la inyección del contraste yodado en fase arterial y lavándose parcialmente en cortes tardíos dejando pequeñas áreas hipodensas sin realzar (Figuras 3 y 4). En las imágenes con ventana para parénquima se visualizó el desplazamiento mediastinal izquierdo produciendo un

Abstract

The intrathoracic ectopic localization of the thyroid tissue is rather rare; it represents 1% of mediastinal tumors and surgery is the method of choice. Here we present a 58 year old female patient who presents cervical goiter and an anterior mediastinal mass. After performing cervical ultrasound, X-ray and thorax CT studies we decided to operate on.

Key Words: ectopic intrathoracic thyroid, X-ray, CT

efecto me masa y colapso parenquimatoso parcial (Figuras 5 y 6). Se pudo constatar con la TC que se trataba de una masa sólida bastante bien delimitada y sin ningún tipo de relación anatómica de unión o contacto con la glándula tiroidea cervical. El paciente fue intervenido quirúrgicamente y se le extrajo la totalidad del tejido tiroideo ectópico (Figura 7).

Discusión

La tiroides ectópica es una patología que puede encontrarse en muchos tejidos y órganos del cuerpo, como lo son el músculo (preferentemente los músculos cervicales) y las glándulas suprarrenales, pero es el tórax su localización más frecuente. Si bien se puede encontrar tejido glandular tiroideo en la mucosa traqueal y otros tejidos torácicos, la grasa mediastinal súpero - anterior es la ubicación preferencial de esta entidad (1, 2).

Lo primero en determinar es su falta de contacto o pertenencia a la glándula tiroidea cervical. Una vez establecida esta característica es de gran utilidad para el cirujano establecer su relación con los tejidos adyacentes, como las estructuras vasculares supraórticas y aorta, pericardio y corazón y en caso de ser una masa posterior, tener en cuenta el contacto neuro-dorsal y diafragmático (2 - 4).

La sintomatología de esta patología muchas veces es muda y su presentación radica principalmente en dos características: el tamaño y la relación anatómica de ubicación, que ponen de manifiesto alteraciones por compresión, puesto que los síntomas más frecuentes son los respiratorios como disnea (atelectasias compresivas), hemoptisis y neumonías recurrentes. Otros síntomas que también pueden aparecer son disfagia, dolor y síndrome de la vena cava inferior.

El diagnóstico diferencial de estas masas mediastinales anteriores se debe hacer con linfomas, timomas,



Figura 1: Rx tórax frente: ensanchamiento mediastinal izquierdo.

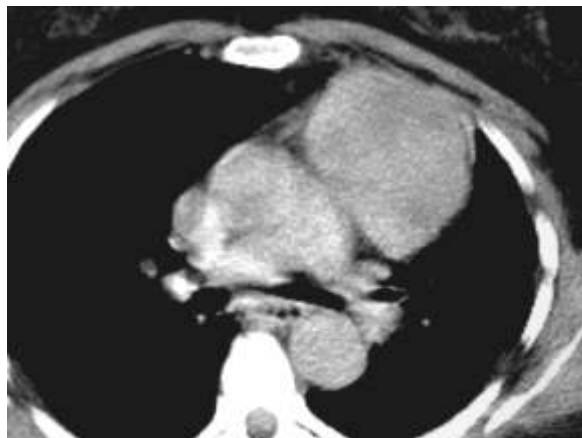


Figura 2: TC de tórax sin contraste endovenoso: masa hipodensa redondeada

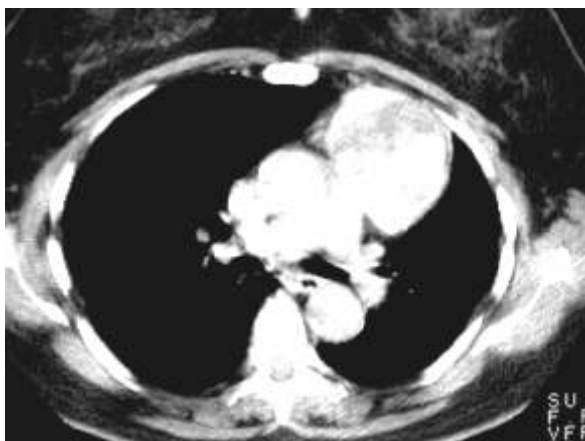


Figura 3: TC de tórax con contraste endovenoso: refuerzo heterogéneo

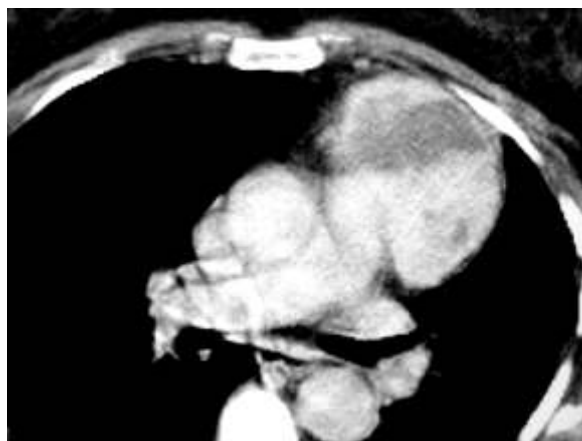


Figura 4: TC de tórax con contraste endovenoso: refuerzo heterogéneo y asimétrico

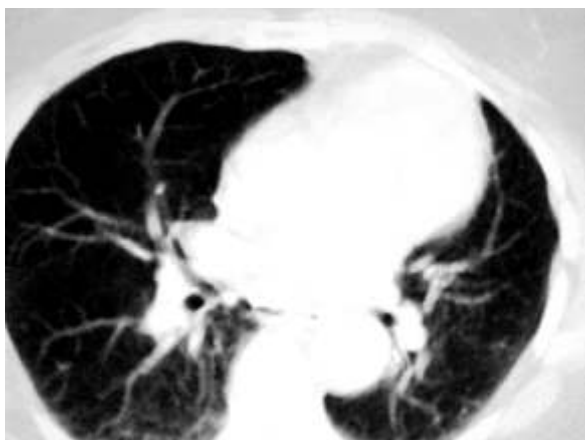


Figura 5 TC de tórax con ventana pulmonar: efecto de masa sobre parénquima izquierdo



Figura 6: TC de tórax con ventana pulmonar: efecto de masa sobre parénquima izquierdo



Figura 7: Pieza quirúrgica de tiroides reseca.

teratomas, quistes broncogénicos, pericárdicos y aneurismas aórticos entre los más frecuentes (5).

La Rx de tórax es el primer estudio en detectar TEIT mediastinales mayores de 3 cm. en un 90 % de los casos

Bibliografía

- 1 Mack E. Management of patients with substernal goiters. *Surg Clin North Am.* 1995; 75:377-394.
- 2 Van Schil P, Vanmaele R, Ehleinger P et al. Primary intratoracic goitere. *Acta Chir Belg.* 1989; 89:206-208.
- 3 Maroutti RA, Zannini P, Viani MP et al. Surgical Management of substernal goiters. *Int Surg.* 1991; 76:12-17.

(en algunos casos el diagnóstico presuntivo suele comenzar con una Rx de tórax rutinaria). La TC tiene una sensibilidad del 98 % en este tipo de patología tiroidea mientras que el I 131 no es tan eficaz en el diagnóstico, aunque es de utilidad cuando el resultado es positivo (5, 6).

La malignización del tejido tiroideo ectópico es muy rara y el pronóstico excelente con tratamiento quirúrgico.

Conclusión

La TEIT mediastinal es una rara entidad, siendo ésta su localización más frecuente. La sintomatología depende del tamaño y el compromiso de los tejidos adyacentes.

El diagnóstico imagenológico suele iniciarse con una Rx de tórax seguida de una TC con contraste yodado para la evaluación del efecto de masa, la ubicación y su relación anatómica con los tejidos adyacentes.

El tratamiento de esta patología es quirúrgico y el pronóstico excelente.

4 Kumar R, Khullar S, Grupta R et al. Dual thyroid ectopy. *Clin Nucl Med.* 2000; 25:253-254.

5 Glazer GM, Axel L, Moss AA. CT diagnosis of mediastinal thyroid. *AJR Am J Roentgenol.* 1982; 138:495-498.

6 Zapatero J, Baamondec C, Gonzales Aragonese F et al. Ectopic goiters of the mediastinum. *Jpn J Surg.* 1988; 18:105-109.