

---

# Ectopia Tiroidea. Reporte de caso.



Oséas Abinadí Cuyuch Guox<sup>1</sup>, MD; Hilda Teresa Marroquín Mazariegos<sup>2</sup>, MD

<sup>1</sup>Residente Cirugía General, <sup>2</sup>Otorrinolaringóloga; ambos en Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Universidad de San Carlos de Guatemala. Autor correspondiente Oséas Abinadí Cuyuch Guox dirección correspondiente: 31 calle 21-29 zona 12. Condominio Las Fuentes, e-mail: cuyuchguox@gmail.com

## RESUMEN

La glándula tiroides se forma durante la tercera y cuarta semana de gestación iniciándose en la base de la faringe y migrando a su posición final en la región anterior al cuello. El tejido tiroideo ectópico se define como el que está localizado en posición anatómica anormal. Están descritos múltiples localizaciones del tejido tiroideo ectópico, reportando que 1 % de los casos se puede encontrar tejido tiroideo ectópico y la presencia de la tiroides normal. El siguiente reporte de caso tiene como objetivo presentar la secuencia diagnóstica, tratamiento y evolución de una paciente con tejido tiroideo ectópico y tiroides in situ que consulta por una masa en la base de la lengua de un año de evolución, asociado a incomodidad, disfagia y dolor leve. En la evaluación se evidenció una lesión de 3 cm de diámetro del lado izquierdo de la base de la lengua. Paciente es referida con resultado de una biopsia incisión con hiperplasia adenomatosa de la glándula salival menor, por lo que se decide realizar biopsia escisión en el Hospital General de Accidentes del IGSS, documentando en el reporte anatómico patológico tejido tiroideo ectópico. Se presentan imágenes tomográficas preoperatorias y fotografías transoperatorias del procedimiento realizado. En el abordaje de pacientes con lesiones en la región de la cavidad aerodigestiva deben considerarse las múltiples causas posibles y asegurarse que no se trate de un proceso maligno. Las biopsias incisión pueden dar errores diagnósticos, por lo que, al no haber contra indicación, se debe confirmar por biopsia escisión.

**Palabras clave:** tiroides, ectópico, quirúrgico, manejo.

## ABSTRACT

### Ectopic Thyroid. Case Report.

*Thyroid gland forms during third and fourth gestational weeks, starting at the base of the tongue and migrating to its final position in the neck. Ectopic thyroid tissue is defined as the one that is in an abnormal anatomical position. Multiple locations of ectopic thyroid tissue are described, but only 1% of cases have ectopic thyroid tissue and a normal thyroid gland. The following case reports the diagnostic sequence, treatment and evolution of a patient with ectopic thyroid tissue: a mass at the base of the tongue, dysphagia and mild pain for one year. During physical exam a 3 cm mass on the left side of the base of the tongue was found. The patient already had an incision biopsy result with adenomatous hyperplasia of the minor salivary gland, so an excision biopsy was performed. Pathological report was ectopic thyroid tissue. The patient also has thyroid in situ. Preoperative tomographic images and trans operative photographs are presented. During the approach of patients with aerodigestive lesions multiple possible causes should be considered. Incision biopsies could have diagnostic errors and confirmation requires excision biopsy.*

**Keywords:** thyroid, ectopic, surgical, management.

---

## INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides se sitúa generalmente en la región anterior del cuello, su formación inicia por la división del ectodermo de la base de la faringe por detrás del primer y segundo arco braquial, durante la tercera y cuarta semana de gestación<sup>1</sup>. El tejido tiroides ectópico es definido como el tejido tiroideo localizado en posición anatómica anormal que puede estar asociada o no a tejido tiroideo normal en la región anterior del cuello. Es infrecuente reportándose en 1 de cada 200000 pacientes, la mayoría se diagnostica entre la tercera y cuarta década de la vida<sup>2</sup>. Entre las múltiples localizaciones descritas la más frecuente es la localizada en la línea media, a lo largo del trayecto de migración en el descenso de la glándula, constituyendo del 80 al 95% de los casos, sin embargo en la región de tubo aerodigestivo se presenta en el 1 %

de los casos cuando está presente la glándula en posición normal<sup>3</sup>. Se distinguen cuatro grupos en la relación a su localización en el tracto aéreo digestivo superior: lingual, sub lingual, tirogloso e intra traqueal, también se ha reportado tejido tiroideo ectópico en zona menos frecuentes como son esófago vertical, senos piriformes, mediastino superior, nódulos linfáticos cervicales, pericardio, septum interventricular cardiaco, cayado aórtico, diafragma y conducto hepático común.

La fisiopatología de la ectopia tiroidea no está definida, una de las teorías es que las evaginaciones provenientes de los lóbulos tiroides o laterales del primordial resultan en tejido tiroideo lateral y que estos remanentes pueden separarse y dejarse atrás<sup>4</sup>. Cuando simultáneamente hay tejido tiroideo ectópico y tejido tiroideo normal este suele ser hipotrófico e hipofuncional. Los síntomas varían de

acuerdo a su localización, el paciente puede presentar disfagia, disfonía, disnea, molestias o sensación de cuerpo extraño en la boca o faringe, tos que se intensifica con el decúbito, y más raramente con hemoptisis.<sup>3</sup> En el caso de hipotiroidismo secundario a ectopia tiroidea los síntomas pueden ser sutiles lo que puede retrasar el diagnóstico y tener repercusiones en el desarrollo cerebral y físico del paciente<sup>5</sup>. El tratamiento médico con hormona tiroidea se utiliza en casos de hipotiroidismo. El tratamiento quirúrgico es reservado para pacientes con síntomas compresivos, que no responden al tratamiento supresor o sospecha de malignidad.

Por la poca prevalencia de casos de ectopia tiroidea, se considera la presentación del siguiente caso clínico:

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente femenina de 17 años, estudiante, sin antecedentes que consulta por una masa lingual de un año de evolución.

Paciente refiere que, desde hace un año, inicia con sensación de masa en región de la orofaringe, asociado a malestar, dolor leve, la cual ha crecido lentamente y dificulta la deglución.

Evaluación previa: consulta previamente a otra Unidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en donde realizan biopsia incisión con diagnóstico de hiperplasia Adenomatosa de glándula salival menor. Por la localización de la masa deciden referir al Hospital General de Accidentes para realizar nueva biopsia.

### 1. HALLAZGOS CLÍNICOS:

Se observa lesión nodular, no dolorosa, de aproximadamente 3 cm en su eje mayor y 2 cm en su eje menor en dorso del tercio posterior de la lengua del lado izquierdo, de base sesil, eritematosa, con una superficie rugosa, bordes indefinidos e irregulares (Ver Imagen 1).



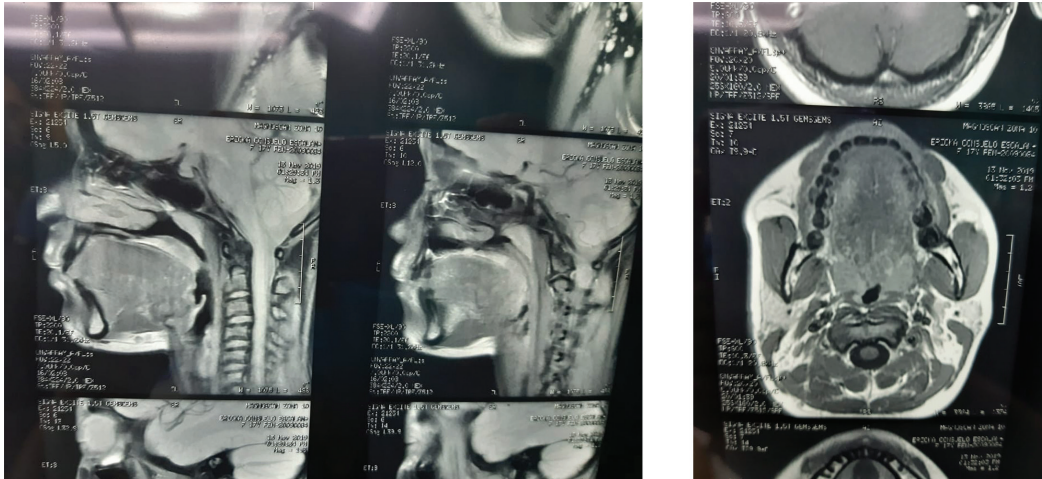
Imagen 1. Lesión en base de lengua.

### 2. LÍNEA DE TIEMPO

Inicio de los síntomas	Disfagia, dolor, sensación de masa	Diciembre 2018
Biopsia incisión:	Hiperplasia adenomatosa de glándula salival menor	IGSS zona 9 Abril 2019
Biopsia excisión:	Tejido tiroideo ectópico	Noviembre 2019
Egreso	Paciente asintomática	Noviembre 2019

### 3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Tras el examen físicos y los resultados de la biopsia incisión se procedió a realizar exámenes diagnósticos complementarios. En la resonancia magnética (RM): lesión mitótica de bordes poco definidos, de 2 cm por 3 cm, en base de la lengua del lado izquierdo. (Ver Imagen 2).



**Imagen 2.** Resonancia magnética

En la tomografía de cuello no se documentaron adenopatías y se observa glándula tiroides en posición normal. Los laboratorios de ingreso se encontraban dentro de límites normales.

**DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS:** Debido a biopsia previa, no se había considerado la presencia de tejido tiroideo ectópico por lo que no se contaban con pruebas de función de la glándula tiroides.

#### DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

1. Masa en base de lengua
  - a. Hiperplasia de glándula salival
  - b. proceso maligno a descartar

**PRONÓSTICO:** Se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente para mejorar la deglución y los síntomas asociados de la paciente.

#### 4. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.

Terapéutica farmacológica anterior a su ingreso: Tratamiento sintomático para el dolor con antiinflamatorios no esteroideos. Acetaminofen 500 mg po cada 8 horas por dolor, con respuesta parcial.

Cambios en la intervención terapéuticas: Paciente quien inicialmente fue abordada por especialistas de Cirugía Oncológica de Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, quienes decidieron tomando en cuenta la región anatómica y los resultados de la primera biopsia realizada, referir a paciente al Hospital General de Accidentes

Ceibal, para ser evaluada por especialistas de Cirugía Oral y Maxilofacial para un abordaje multidisciplinario de la paciente. La biopsia escisión fue realizada en conjunto con Otorrinolaringología y Cirugía Oral y Maxilofacial de dicha unidad.

#### SEGUIMIENTO Y RESULTADOS.

La paciente fue intervenida exitosamente el día 20/11/2019

Hallazgos: nódulo de base de lengua del lado izquierdo que desplaza la vía aérea, más o menos 1.5 cm de diámetro. (Ver Imagen 3)

Análisis anatomopatológico. Descripción macroscópica: fragmento de tejido blando, irregular, blanquecino de 2\*1\*1 cm (Imagen 4)

Diagnóstico: glándula tiroides ectópica, hiperplasia de glándula sublingual.

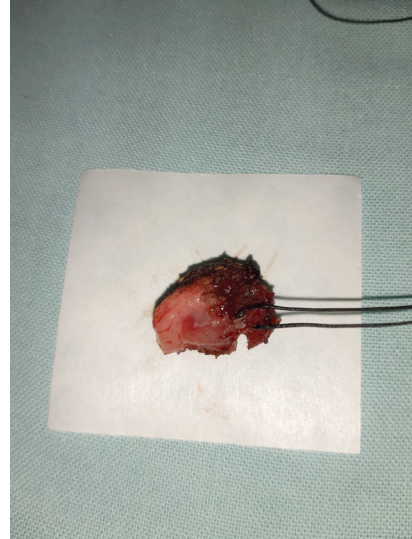
Adherencia y tolerabilidad de la intervención: Paciente quien durante el procedimiento y posterior al mismo, no presentó complicaciones. Resuelve las molestias en la deglución. Refiere dolor únicamente en el post operatorio inmediato. Última cita 1 mes posterior a su intervención paciente se encontraba totalmente asintomática.

Diagnóstico de seguimiento y otras pruebas: Se realizaron pruebas tiroideas al recibir la patología las cuales se encontraban en límites normales.

Eventos adversos e imprevistos: No se presentaron.



*Imagen 3. Lesión en base de lengua*



*Imagen 4. Pieza quirúrgica*

## 5. DISCUSIÓN:

La presencia de glándula tiroidea ectópica es más frecuente a nivel sublingual, en un 80- 95 %. La existencia de glándula tiroidea en posición normal y tejido tiroideo ectópico se presenta únicamente en el 1 % de los casos, como sucedió en nuestro caso<sup>3</sup>. Al realizar el abordaje diagnóstico y terapéutico del caso, la biopsia previa fue un distractor debido a que reportó únicamente glándula salival. La decisión de intervenir a la paciente fue tomada para mejorar los síntomas obstructivos que presentaba y asegurarse que no se trataba de un proceso neoplásico como diagnóstico diferencial. El procedimiento transcurrió sin complicaciones y con resolución de todos los síntomas. Nuestra paciente no presenta síntomas ni alteración bioquímica tiroidea previo al procedimiento ni posterior al mismo; las pruebas se encontraban en límites normales, por lo que se consideró que el tejido ectópico era hipofuncional.

En el proceso de formación de residente de cirugía, los casos infrecuentes contribuyen enormemente a la formación académica y suponen un reto diagnóstico, es por lo mismo la importancia de las diferentes rotaciones de las distintas subespecialidades con las que cuenta el Instituto para poder formar un amplio criterio diagnóstico. Evaluando el caso en retrospectiva lo ideal era tener pruebas tiroideas preoperatorias y evaluar la funcionalidad del tejido tiroideo ectópico y el in-situ. La biopsia previa fue un distractor que contribuyó a no solicitarlas. Se recomienda que en el abordaje de estos casos infrecuentes, considerar todas las posibilidades diagnósticas y solicitar las pruebas que apoyen o refuten el diagnóstico.

## REFERENCIAS

1. Sadler, Tomas W. . Embriología Médica . EE.UU: LIPPICONTT CASTELLANO; 2016. 17. 262-274.
2. Bolaños, I. P. (2007, 1 noviembre). Tiroides ectópico | Endocrinología y Nutrición. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-tiroides-ectopico-S1575092207714948>
3. Ilsa Garcia, Waldo Jimenez, Nélica Gonzalez, Carlos Sabatier . Mediagrapic. Invmed. 2013. Disponible en: <https://www.mediagrapic.com/pdfs/invmed/cm-q-2013/cm-q132l.pdf>. 29-06-2020.
4. V. Jimenez, R. Ruiz Rico, A. Dávila E. Fernández, J. M. Ruiz, J.A. Perez, Rodriguez Baro . ScienceDirect . Sciencedirect.com. 2002. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651902782824>. 29-06-2020.
5. Araújo, A. R. (2008, 1 octubre). Tiroiditis ectópica | Anales de Pediatría. Anales de pediatría. <https://www.analesdepediatria.org/es-tiroiditis-ectopica-articulo-S1695403308723713>