

Descripción de pacientes que por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores. www.siicsalud.com/tit/casiic.php

Un caso inusual de tejido tiroideo ectópico en la región submandibular

An unusual case of ectopic thyroid tissue in the submandibular region

D. Jangam

MD, Department of Oral Medicine and Radiology, M.A. Rangoonwala College of Dental Sciences and Research Centre Pune, Pune, India

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Caso clínico en inglés, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

www.siicsalud.com/dato/casiic.php/140387

■ Introducción

Se define como glándula tiroidea ectópica el tejido tiroideo no ubicado en posición anterolateral con respecto al segundo al cuarto cartílago traqueal. La localización lingual es la más frecuente y corresponde al 90% de los casos informados. El tejido tiroideo ectópico de ubicación submandibular e intratraqueal es muy infrecuente. Otras áreas de localización inusual de tejido tiroideo ectópico incluyen el mediastino, el esófago, el pulmón, el corazón, la aorta y el abdomen. Es más frecuente en las mujeres y se describe en todos los grupos etarios. La patogénesis del tejido tiroideo ectópico es aún un enigma. La ectopia tiroidea puede asociarse con alteraciones funcionales, tanto hipofunción como hiperfunción.^{1,3,5,7,9,11,12}

Embriológicamente, la glándula tiroidea deriva de dos linajes. Hacia la finalización de la tercera semana del desarrollo embrionario, la glándula tiroidea primordial se forma a partir de un divertículo del endodermo en el plano mediano de la base del intestino faríngeo. En los adultos, esta área está representada por el foramen ciego, ubicado en la unión de las estructuras derivadas del primer y segundo arco branquial en el extremo del *sulcus terminalis*. Durante el desarrollo embrionario, la glándula tiroidea primordial (un divertículo bilobular) desciende como resultado tanto de la formación del cráneo y la lengua como del crecimiento del embrión.

El primordio tiroideo permanece vinculado con la base de la faringe por medio de un canal estrecho denominado conducto tirogloso. En la quinta semana de la vida embrionaria, este conducto comienza a involucionar. Hasta la séptima semana, la glándula tiroidea primordial continúa su migración, con paso por el hueso hioides y los cartílagos laríngeos hasta alcanzar su localización final en frente de la tráquea en desarrollo a nivel del segundo y tercer cartílago traqueal. En esa etapa, la glándula consiste en dos lóbulos laterales y un pequeño lóbulo medio formado por los remanentes del conducto tirogloso.

Las células C parafoliculares que producen calcitonina se derivan del tubo neural y migran en forma secundaria a la glándula tiroidea.

El primordio central, de gran tamaño, derivado del endodermo, da lugar a la mayor parte del parénquima tiroideo. Los dos primordios laterales se originan en la cuarta bolsa faríngea y contribuyen del 1% al 30% del peso tiroideo. En general, las alteraciones en el descenso del primordio central resultan en tejido tiroideo lingual. En casos poco frecuentes, las anomalías en la fusión de los primordios laterales con el primordio central pueden dar lugar a tejido tiroideo ectópico lateral.

■ Caso clínico

Una mujer de 50 años consultó por dolor y ulceración en la cara derecha de la mucosa bucal, con tumefacción por debajo de la región mandibular derecha de dos meses de evolución. Sus antecedentes personales incluían la masticación de tabaco en los 25 años previos. También refirió que la tumefacción submandibular había incrementado su tamaño hasta alcanzar las dimensiones señaladas al momento de la consulta. No se destacaron antecedentes significativos médicos u odontológicos.

En la evaluación de la cavidad oral se observó un lesión ulcerada en la cara derecha de la mucosa bucal, de alrededor de 3.5 cm x 3 cm (Figura 1). La masa submandibular era de consistencia firme, no fluctuante, de cerca de 2 cm x 2 cm. La piel que cubría la lesión era normal (Figura 2). En función del examen, se postuló un diagnóstico inicial de carcinoma de mucosa de la boca con adenopatía submandibular asociada.



Figura 1. Lesión ulcerada en la cara derecha de la mucosa bucal, de 3.5 cm x 3 cm.

Participó en la investigación: J. Basra, M.A. Rangoonwala College of Dental Sciences and Research Centre Pune, Pune, India



Figura 2. Masa submandibular de consistencia firme, no fluctuante, de 2 cm x 2 cm, cubierta de piel normal.

La radiografía intraoral periapical identificó una leve pérdida ósea medial. En la placa panorámica no se reconocieron alteraciones significativas.

La ecografía del cuello demostró ganglios linfáticos submandibulares derechos normales y un adenoma tiroideo. El resultado de la punción con aguja fina guiada por ecografía fue negativo para células neoplásicas, con diagnóstico de bocio adenomatoso. En la tomografía computarizada se advirtió un nódulo tiroideo solitario en la región submandibular derecha (Figura 3).

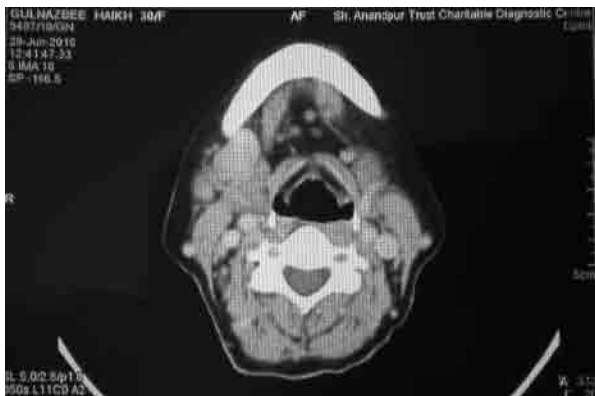


Figura 3. Tomografía computarizada cervical, con nódulo tiroideo solitario en la región submandibular derecha.

En el perfil hormonal tiroideo se destacó un valor de triyodotironina total (T_3) de 180 ng/ml (intervalo normal: 70 a 204 ng/dl), un nivel de tiroxina total (T_4) de 13.5 μ g/dl (por encima del intervalo normal: 4.6 a 12.5 μ g/dl) y una concentración de tirotrófina (TSH) inferior a 0.01 μ UI/ml (0.37 a 6.0 μ UI/ml). En función del laboratorio, el diagnóstico final fue tejido tiroideo ectópico en la región submandibular y carcinoma de la mucosa de la boca. Por la alteración de las hormonas tiroideas se indicó metimazol por dos meses. La paciente fue operada, con exéresis de la mucosa bucal con mandibulectomía marginal. Se prescribió la continuidad del tratamiento con antitiroideos por otros cuatro a cinco meses, con seguimiento regular.

■ Discusión

En la revisión de la bibliografía, se verificó que la mayor parte de los primeros casos informados eran de localización cervical e incluían tejido tiroideo maligno, por lo que se los denominó tumores tiroideos laterales aberrantes. Algunos autores atribuyeron estas lesiones a metástasis de un carcinoma papilar primario de tiroides, mientras que otros investigadores concluyeron que se trataba de tumores primarios de tejido tiroideo aberrante.⁶⁻¹¹

Diferentes autores informaron luego la presencia de tejido tiroideo ectópico benigno, con la conclusión de que no todas estas alteraciones se asociaban con malignidad. Se sugirió que la glándula tiroides ectópica era el resultado de restos embrionarios que no habían logrado fusionarse con el tejido tiroideo principal durante el desarrollo. También se postuló que se trataba de implantes de fragmentos tiroideos originados en alteración física de la glándula provocada por procedimientos quirúrgicos previos, traumatismos o secuestro de un nódulo involucrado en procesos difusos (tiroiditis, hiperplasia nodular).^{1,5,6,10,12}

La ectopia tiroidea puede presentarse como el único tejido glandular funcionante o puede coexistir una glándula tiroidea pretraqueal normal. En general se presenta como una masa asintomática con tendencia al crecimiento cuando aumenta la demanda hormonal, como ocurrió con el caso clínico descrito. Al igual que la pubertad, el embarazo y los procesos locales de estrés, como la obstrucción, la hemorragia y otras complicaciones dependen de la localización del tiroides ectópico. De todos modos, esta paciente no presentó ninguna de estas complicaciones. La ecografía con técnica Doppler color es el método de mayor sensibilidad para la detección de esta afección poco frecuente. La gammagrafía puede demostrar la captación de 123 I o 99 Tc por parte del tejido tiroideo ectópico. La tomografía computarizada y las imágenes por resonancia magnética son, en ocasiones, no específicas para diferenciar el tejido tiroideo ectópico de los ganglios linfáticos y las masas formadas por tejidos blandos. Los estudios por imágenes pueden emplearse como guía de la punción y aspiración con aguja fina.

El abordaje quirúrgico del tejido tiroideo ectópico sintomático depende de la presencia o ausencia de una glándula tiroides normal. Puede procederse a la remoción del tejido ectópico en los sujetos con una glándula normal. Si el tejido tiroideo ectópico es la única glándula presente, puede efectuarse la exéresis con autotrasplante en los músculos del cuello, el recto anterior del abdomen o el espacio lateral cervical. La terapia con radioyodo también es eficaz para esta enfermedad poco frecuente.^{5,6}

■ Conclusiones

Si bien existen varios informes de la presencia de tejido tiroideo en la línea media del cuello, es extremadamente infrecuente la ectopia tiroidea en la región submandibular en asociación con una glándula activa, de localización normal y de adecuada función. Tras la remoción completa del tejido tiroideo ectópico, es absolutamente necesario asegurar la persistencia de tejido normal y de su adecuada funcionalidad mediante gammagrafía.

Lista de abreviaturas y siglas

T₃, triyodotironina total; T₄, tiroxina total; TSH, tirotrófina.

Cómo citar este artículo

Jangam DK, Basra J. Un caso inusual de tejido tiroideo ectópico en la región submandibular. Salud i Ciencia 20(5):529-31, May 2014.

How to cite this article

Jangam DK, Basra J. An unusual case of ectopic thyroid tissue in the submandibular region. Salud i Ciencia 20(5):529-31, May 2014.

Autoevaluación del artículo

Se define como glándula tiroidea ectópica el tejido tiroideo no ubicado en posición anterolateral con respecto al segundo al cuarto cartílago traqueal.

¿Cuál es la localización más frecuente del tejido tiroideo ectópico?

A, La ocular; B, La lingual; C, La cardíaca; D, La correspondiente al espacio retrofaringeo; E, La cerebral.

Verifique su respuesta en www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/140387

Bibliografía

- Taylor C, Kruskal J, Kane RA. Sonographic detection of synchronous occurrence of benign nodules in orthotopic and ectopic thyroid tissue. *J Ultrasound Med* 25:137-140, 2006.
- Yildiz K, Koksall H, Ozoran Y, Muhtar H, Telatar M. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct remnant with normal thyroid gland. *Laryngol Otol* 107:1174-1176, 1993.
- Fellar KU, Marvos A, Gaertner HJ. Ectopic submandibular thyroid tissue with a coexisting active and normally located thyroid gland: case report and review of literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo* 90:618-23, 2000.
- Hari CK, Brown MJ, Thompson I. Tall cell variant of papillary carcinoma arising from ectopic thyroid tissue in the trachea. *J Laryngol Otol* 113:183-5, 1999.
- Sand J, Pehkonen E, Mattila J, Seppanen S, Salmi J. Pulsating mass at the sternum: a primary carcinoma of ectopic mediastinal thyroid. *J Thorac Cardiovasc Surg* 112:833-5, 1996.
- Salain S, Rodrigues G, Kumar S. Sublingual thyroid: a case report with literature review. *The Internet Journal of Surgery* 11(1), 2007.
- Casanova JB, Daly RC, Edwards BS, Tazelaar HD, Thompson GB. Intracardiac ectopic thyroid. *Ann Thorac Surg* 70:1694-6, 2000.
- Ghanem N, Bley T, Altheoefer C, Hogerle S, Langer M. Ectopic thyroid gland in the porta hepatic and lingua. *Thyroid* 13:503-7, 2003.
- Takahashi T, Ishikura H, Kato H, Tanabe T, Yoshiki T. Ectopic thyroid follicles in the submucosa of the duodenum. *Virchows Arch A Pathol Anat Histo-pathol* 418:547-50, 1991.
- Shiraishi T, Imai H, Fukutome K, Watanabe M, Yatanari R. Ectopic thyroid in the adrenal gland. *Hum Pathol* 30:105-8, 1999.
- RT Ramesh, R Balakrishnan, S Prakashchandra, R Suresh. Ectopic thyroid tissue with a rare vascular anomaly. *Int J Morphol* 25:121-124, 2007.
- Sambalo-Cabrer IF, Real JM, Ricart W, Barbas JF, Olle M, Ternel J. Ectopic thyroid tissue presenting as a submandibular mass. *Head Neck* 18(1):87-90, 1996.



Use el Código Respuesta Rápida para acceder a siicsalud

El Código de Respuesta Rápida (CRR) permite enviar o copiar la revista completa o el artículo, caso clínico o entrevista de su elección.

Proceda de la siguiente manera:

- Enfoque la cámara de su teléfono móvil del tipo *Smartphone* (u otro dispositivo de mano con cámara y GPRS) al Código Respuesta Rápida (CRR) impreso en los informes, obtenga una foto de él o simplemente aguarde unos segundos.
 - El sistema lo llevará automáticamente a la página del artículo en www.siicsalud.com.
 - El CRR de Salud(i)Ciencia también puede ser leído, con un resultado similar, por las cámaras de su computadora portátil o la PC de escritorio.
 - Para facilitar el desempeño de su equipo utilice los programas gratuitos de lectura del CRR (**QR-code**), de acuerdo con las siglas del nombre en inglés en <http://tinyurl.com/y2lh2tc>.
- Para conocer otras aplicaciones sin cargo consulte <http://tinyurl.com/2bw7fn3> o <http://tinyurl.com/3ysr3me>.