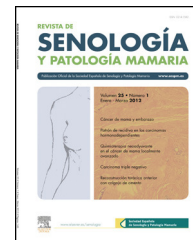




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CARTA AL DIRECTOR

Tejido tiroideo ectópico en mama CrossMark

Ectopic thyroid tissue in the breast

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 60 años de edad con antecedentes de hernia de hiato, histerectomía total, tiroidectomía por bocio multinodular y resección intestinal por sarcoma en íleon proximal. La paciente acudió a consulta por tumoración mamaria en unión de cuadrantes externos de la mama derecha. Se le realizó una mamografía y se objetivó una masa próxima a la aréola en la mama derecha (fig. 1). En la exploración se objetivó una tumoración de pequeño tamaño móvil y rodadera.

Se analizó el material obtenido mediante PAAF del nódulo, clínicamente benigno. Los hallazgos citológicos fueron los propios de neoplasia fibroepitelial con abundantes macrófagos y grupos compactos de células epiteliales que hicieron sospechar un cierto grado de hiperplasia. Bajo anestesia local se realizó una tumorectomía con biopsia diferida. El informe anatomopatológico describe macroscópicamente una formación de 1,2 cm que se dispone en su totalidad para cortes seriados. Microscópicamente se observan nódulos encapsulados por tractos fibrosos, con parénquima tiroideo en su interior. El diagnóstico anatomopatológico fue de tejido glandular tiroideo sin signos degenerativos en mama

derecha. La paciente evolucionó satisfactoriamente y totalmente asintomática a los 24 meses de la intervención. Con los resultados de la anatomía patológica se descartó clínicamente un posible bocio endotorácico con extensión a mama, o que la lesión mamaria surgiera como consecuencia de una metástasis o tumoración de origen tipo teratoma que diese origen a otros tejidos.

El tiroides es la mayor glándula neuroendocrina del organismo, y se desarrolla entre la tercera y cuarta semana a partir del suelo de la faringe¹, localizándose finalmente en la base del cuello frente a la tráquea, en forma de mariposa. Aunque esta localización sea la más frecuente, el tiroides puede distribuirse en cualquier localización a lo largo de su recorrido de migración embriológica desde la base de la lengua, denominándose a este tejido tiroides ectópico. El tiroides ectópico es una alteración congénita infrecuente, resultado de la migración defectuosa del tiroides desde su posición inicial embriológica², el agujero ciego (*foramen caecum*), hasta su localización final pretraqueal. Puede localizarse incluso en tráquea, mediastino, corazón, pulmón, duodeno, glándulas adrenales y glándulas salivales. La localización ectópica del tejido tiroideo es la causa más frecuente de hipotiroidismo primario congénito permanente³, y su posición más habitual es la sublingual. La incidencia clínica de tejido tiroideo ectópico se estima en aproximadamente uno de cada 200.000 pacientes, y la mayoría de los casos se diagnostica entre la tercera y la quinta década de la vida. En una recopilación de 549 pacientes españoles, las disgenesias tiroideas representan el 87,2% de los hipotiroidismos congénitos primarios; de estos, el 45% se corresponden con ectopias, el 38,9% a agenesias y el 3,27% a hipoplasias⁴. Si este tejido tiroideo fuera patológico o tumoral, normalmente se desarrollan en la glándula tiroides, pero de la misma forma pueden presentarse tumores tiroideos primarios en territorios extratiroides los cuales pueden clasificarse en 2 grandes grupos⁵:

Ectopias clásicas, que son las que siguen la línea de descenso del tiroides, desde el agujero ciego hasta su localización definitiva en el cuello o hasta el mediastino superior.

Ectopias accesorias, también conocido como tejido tiroideo aberrante, son las que se encuentran fuera de la línea de descenso embriológico del tiroides. El tejido tiroideo dentro de un ganglio cervical no necesariamente implica el diagnóstico de cáncer.

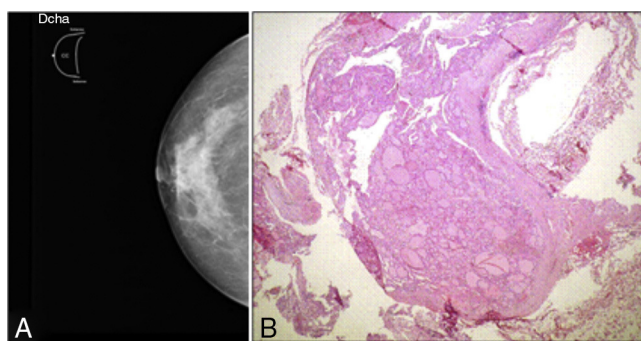


Figura 1 A) Imagen radiológica del tumor en mama derecha. B) Imagen microscópica del tejido glandular tiroideo en mama derecha con nódulos encapsulados y folículos tiroideos en su interior.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2015.01.004>

0214-1582/© 2014 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Bibliografía

1. Mysorekar V, Dandekar P, Sreevathsa R. Ectopic thyroid tissue in the parotid salivary gland. *Singapore Med J.* 2004;45:437–8.
2. Iglesias P, de Paz P, Olivar, Montoya T, Elviro R. Tiroides ectópico. *Endocrinol Nutr.* 2007;54:504–7.
3. Ohnishi H, Sato H, Noda H, Inomata H, Sasaki N. Color Doppler ultrasonography: Diagnosis of ectopic thyroid gland in patients with congenital hypothyroidism caused by thyroid dysgenesis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88:5145–9.
4. Jiménez V, Ruiz R, Dávila A, Fernández E, Ruiz M, Pérez A, et al. Tejido tiroideo ectópico intralaringeo. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2002;53:54–9.
5. Cassola Santana J, Gil Jiménez I. Embriología y ectopias tiroideas. *Glánd Tir Paratir.* 2008;17:22–7.

Juan Ignacio Cañizares Díaz^a, Jaime Conde García^b,
Teresa Arrobas Velilla^{c,*} y María Begoña Blanco Fernández^d

^a *Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Blanca Paloma, Huelva, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Blanca Paloma, Huelva, España*

^c *Unidad de Gestión Clínica de Bioquímica Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España*

^d *Unidad de Gestión Clínica Aljaraque, Huelva, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: teresaarrobasvelilla@hotmail.com
(T. Arrobas Velilla).