CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):360

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-113 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE ECTOPIA TÍMICA CERVICAL: UNA ENTIDAD INFRECUENTE A CONSIDERAR DURANTE LA CIRUGÍA TIROIDEA

Romacho López, Laura; Jiménez Mazure, Carolina; Ribeiro González, Marta; Martínez Villamandos, Alfonso; Pulido Roa, Isabel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La ectopia tímica cervical es una entidad raramente descrita en la literatura, la mayoría de las veces en edad pediátrica. Se origina durante la migración del timo desde el ala ventral de la tercera bolsa branquial hacia el mediastino entre la cuarta y la octava semana del desarrollo embrionario. Si bien están descritas hasta en el 21% de las necropsias de individuos adultos y en el 30% de las de niños, su identificación durante la cirugía cervical del adulto es excepcional. Puede ser quístico o sólido. Conocer su existencia es importante para el diagnóstico diferencial con otras masas quísticas cervicales, como malformaciones linfáticas, neoplasias o malformaciones vasculares, quistes branquiales, quistes tiroglosos excéntricos y paratiroideos. También debe diferenciarse de masas sólidas, como las adenopatías, adenomas paratiroideos y los tumores sólidos, entre los que destacan los teratomas, lipomas, neuroblastomas cervicales y rabdomiosarcomas. Presentamos el caso de una mujer de 21 años con ectopia tímica cervical.

Caso clínico: Paciente de 21 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, remitido a nuestra consulta por tumoración cervical de 4 meses de evolución. La exploración mostraba una tumoración dura en región cervical izquierda de unos 2 cm. No se palpaban otros nódulos o masas cervicales. La ecografía lo describía como nódulo sólido en región ístmica izquierda de bordes irregulares y poco definidos que respetaba el plano traqueal de 19 × 10 × 28 mm. No se visualizaban adenopatías. La PAAF fue informada como sospechosa de carcinoma papilar. La paciente se propuso para una tiroidectomía total y linfadenectomía central ipsilateral. Se realizó un abordaje central mediante incisión de Kocher que permitió ver el nódulo tiroideo de consistencia dura en LTI, no adherido a planos. Durante el procedimiento se expusieron dos tumoraciones sólidas en la localización teórica de las paratiroides izquierdas. Su aspecto macroscópico hizo dudar sobre su naturaleza paratiroidea e, incluso, se planteó la duda de que se trataran de adenopatías, si bien no existían más lesiones compatibles con afectación ganglionar. Debido a que la histología de las mismas podría implicar cambios en la estrategia quirúrgica, se decidió su biopsia y envío para someterlas a un análisis anatomopatológico intraoperatorio. Ambas tumoraciones fueron identificadas como tejido tímico sin alteraciones. Se completó la resección del tejido tímico, finalizamos la tiroidectomía de forma reglada y se realizó un vaciamiento central ipsilateral izquierdo. El resultado anatomopatológico definitivo confirmó el carcinoma papilar presente en el lóbulo tiroideo izquierdo y que los nódulos resecados correspondían a tejido tímico ectópico. La paciente fue dada de alta al 3er día PO sin incidencias.

Discusión: Conocer la naturaleza de las lesiones que encontramos en una cirugía cervical es fundamental para determinar que cirugía es la adecuada y tiene un efecto directo sobre el pronóstico. La presencia de adenopatías hubiera implicado completar el vaciamiento central. En una cirugía donde la experiencia del

cirujano en la identificación de estructuras es tan importante, el estudio de la anatomía y la embriología es fundamental para realizarla con una seguridad completa. Cuando se presentan dudas intraoperatorias, la colaboración del anatomopatólogo durante la cirugía es fundamental.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados