



ELSEVIER



Carta científica

Tumor laterocervical de cuello: tiroides ectópico vs. metástasis de carcinoma tiroideo diferenciado

Lateral neck tumour: Ectopic thyroid vs metastasis of a differentiated thyroid carcinoma

La glándula tiroides deriva embriológicamente de 2 orígenes: uno endodérmico medial, que produce la mayor parte del parénquima tiroideo, y de 2 laterales (cuerpos ultimobranchiales), formados a partir de la cuarta bolsa faríngea y que darán lugar a las células C.

En su desarrollo embriológico, desciende a través del conducto tiroglosa, desde la base de la lengua hacia la pared traqueal anterior. Un descenso incorrecto puede dar lugar a un tiroides ectópico. Esta anomalía aparece en un 7% de la población^{1,2}. Las localizaciones más frecuentes son a nivel de su descenso por la línea media y se dividen en lingual, sublingual, tiroglosa e intralaringotraqueal, siendo la localización lingual la más frecuente, representando el 90%³. Otras localizaciones menos frecuentes serán: nódulos linfáticos cervicales, pericardio o esófago cervical.

Tradicionalmente, el tejido tiroideo localizado en los compartimentos cervicales laterales se conocía como tejido tiroideo aberrante lateral y se consideraba una variante embriológica. En la actualidad, no está claro y muchos autores defienden su origen como depósitos metastásicos de carcinoma de tiroides bien diferenciado.

A continuación, presentamos 2 casos clínicos de tumor tiroideo ectópico localizado en la región laterocervical, que ponen en discusión estas hipótesis sobre el origen de este tipo de tumores.

Caso 1: mujer de 35 años, que consultó por una tumoración laterocervical derecha de 2 meses de evolución. La ecografía reveló una lesión ovoidea laterocervical derecha de 3,5 cm, indicativa de adenopatía o neoformación quística. Se realizó una punción aspiración con aguja fina (PAAF), que confirmó un carcinoma papilar de tiroides. Las pruebas de función tiroidea mostraron: TSH, 0,98 mUI/ml; T3, 3,04 pg/ml, y T4, 0,77 ng/dl. Se realizó una tomografía computarizada cervical, que demostró un nódulo hipodenso de 2,2 cm por detrás del músculo esternocleidomastoideo, indicativa de adenopatía metastásica (fig. 1), y la glándula tiroidea sin alteraciones.

La biopsia intraoperatoria informó de tejido tiroideo ectópico con nódulo coloide quístico con carcinoma papilar primario. Ante dichos hallazgos, se realizaron una tiroidectomía total y una linfadenectomía cervical central y funcional homolateral.

El estudio anatomico patológico informó de formación quística con material coloide líquido y formación sólida excrescente, de aspecto papilar, compatible con nódulo tiroideo ectópico con carcinoma papilar (fig. 2). Glándula tiroidea con bocio coloide, sin signos de malignidad. En los 9 ganglios linfáticos analizados se detectó linfadenitis crónica inespecífica. La paciente, tras 11 meses de seguimiento, no ha presentado recidiva local ni a distancia.

Caso 2: varón de 58 años, con gran bocio a expensas de lóbulo derecho, que se extendía hacia región laterocervical. En la ecografía cervical se detectó un nódulo de 6 cm en el lóbulo tiroideo derecho. La función tiroidea reveló: TSH, 1,30 mUI/ml; T3, 2,98 pg/ml, y T4 0,66 ng/dL. Se realizó una PAAF, que diagnóstico una lesión folicular (Bethesda III).

Con el diagnóstico de bocio multinodular con nódulo dominante derecho y proliferación folicular, se indicó tratamiento quirúrgico. Se realizó una hemitiroidectomía derecha e ictxectomía. Se completó la intervención, previa ampliación de la vía de acceso cervical, con la extirpación de dicho nódulo, completamente extratiroideo y ubicado por detrás del músculo esternocleidomastoideo, pero con aspecto macroscópico tiroideo. El estudio histológico de la pieza informó de hemitiroideo derecho con adenoma folicular y nódulo tiroideo ectópico con adenoma folicular de tiroides.

Se denomina tiroides ectópico a todo tejido tiroideo situado fuera de su localización habitual. La localización lateral es la menos frecuente, limitándose al 1-3% del total^{1,3}.

Este tejido tiroideo ectópico puede representar metástasis de un carcinoma tiroideo y, muy raramente, puede albergar un carcinoma tiroideo primario².

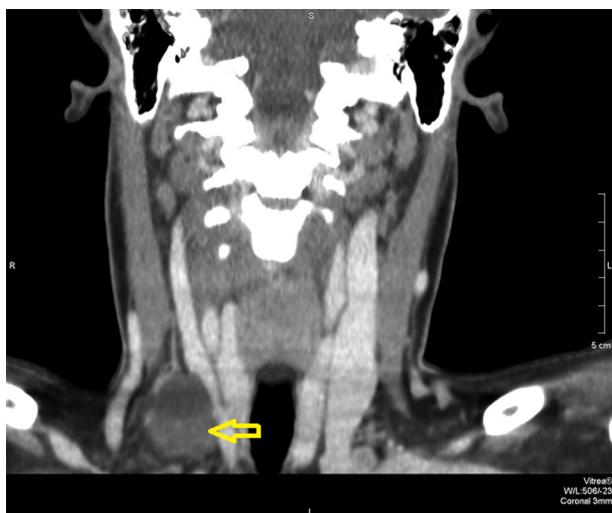


Figura 1 – Tomografía computarizada cervical que muestra un nódulo hipodenso posterior al músculo esternocleidomastoideo.

La aparición de tejido tiroideo a lo largo del descenso de la glándula, en su periodo embriológico en la línea media, es fácilmente demostrable, no así la aparición de este en otras localizaciones.

Tradicionalmente, se ha postulado que los tumores tiroideos de localización laterocervical provendrían de restos tiroideos laterales, que se depositaban fuera de la glándula en su descenso desde la base de la lengua hasta los triángulos musculares cervicales y, por tanto, eran considerados tejido tiroideo ectópico⁴.

Desde hace años, diversos autores han cuestionado esta hipótesis^{4,5}. En la actualidad, la mayoría estaría de acuerdo en considerar que el tejido tiroideo a este nivel correspondería a una metástasis ganglionar de un carcinoma diferenciado de tiroides que se mantiene clínicamente oculto por su pequeño tamaño^{5,6}. El hecho de que el análisis anatopatológico de la lesión no evidencie tejido linfático únicamente reflejaría que el carcinoma diferenciado de tiroides ha reemplazado por completo el tejido ganglionar⁷.

A pesar de que esta segunda hipótesis tiene una clara explicación oncológica y podría justificar la aparición de muchas ectopias tiroideas, hay casos clínicos, como los aquí presentados, que no pueden ser demostrados.

En el primer caso, la lesión fue compatible con un carcinoma papilar de tiroides; dicho tejido tiroideo podría proceder de una metástasis, pero tras un detallado estudio anatopatológico de la glándula tiroidea, no se localizó ningún tumor primario que pudiese ser origen de la metástasis.

En el segundo caso, la lesión nodular resecada del margen posterior del músculo esternocleidomastoideo fue diagnosticada de adenoma folicular de tiroides. El adenoma de tiroides es un tumor benigno, por lo que la diseminación oncológica tampoco podría explicar la existencia del tejido a dicho nivel.

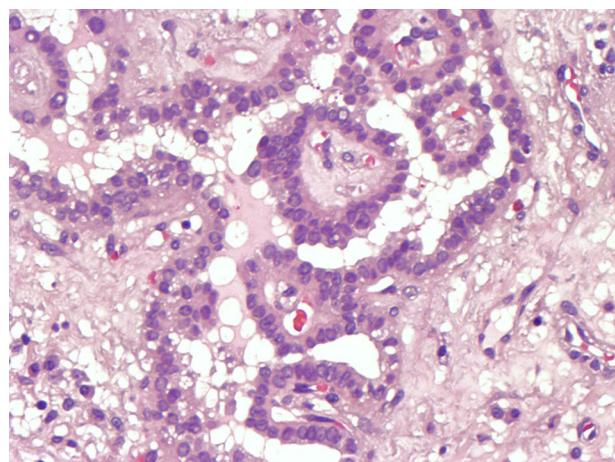


Figura 2 – Imagen microscópica. Carcinoma papilar ectópico. (Hematoxilina-eosina ×100).

Estos hallazgos pondrían en entredicho la hipótesis oncológica a favor de la hipótesis clásica de migración en periodo embrionario.

No existe un consenso en la literatura sobre el tratamiento más adecuado del tiroides ectópico laterocervical debido a la infrecuencia de esta forma clínica y a las escasas y cortas series publicadas. Nosotros proponemos como tratamiento más adecuado la exéresis de la lesión asociada a tiroidectomía total más linfadenectomía central y del lado homolateral cuando se trate de un carcinoma diferenciado, ya que, a pesar de no localizar la lesión primaria, su tratamiento sería similar al de una metástasis ganglionar⁸.

B I B L I O G R A F I A

- Yıldız K, Koksal H, Ozoran Y, Muhtar H, Telatar M. Papillary carcinoma in a thyroglossal duct remnant with normal thyroid gland. *Laryngol Otol*. 1993;107:1174–6.
- Gibelli B, Zurrida S, Chiesa F. Papillary carcinoma in thyroglossal duct remnants: Presentation of four cases and decision procedure for prophylactic thyroid gland dissection. *Oncol Rep*. 2000;7:1349–53.
- Fumarola A, Trimboldi P, Cavaliere R. Thyroid papillary carcinoma arising in ectopic thyroid tissue within a neck branchial cyst. *World J Surg Oncol*. 2006;4:24.
- Hanks JB. Tiroides. En: Townsend CM, editor. *Sabiston, tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna.. 17.ª ed.* Madrid: Elsevier; 2005. p. 947–83.
- Basurto Kuba E, Hurtado López LM, Zaldívar Ramírez FR, Vázquez Ortega R. Nódulo lateral en cuello como primera manifestación de cáncer diferenciado de tiroides. *Cir Gen*. 2005;27:22–6.
- Seven H, Gurkan A, Cinar U, Vural C, Turgut S. Incidence of occult thyroid carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *Am J Otolaryngol*. 2004;25:11–7.
- Prasad RR, Narasimhan R, Sankaran V, Veliaith AJ. Fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of superficial

- lymphadenopathy: An analysis of 2,418 cases. *Diagn Cytopathol.* 1996;15:382–6.
8. Klubo Gwiezdzinska J, Manes RP, Chia SH, Burman KD, Stathatos NA, Deeb ZE, et al. Ectopic cervical thyroid carcinoma —Review of the literature with illustrative case series. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:2684–91.

M. Nieves Sánchez Fuentes*, José María Miguelena Bobadilla, M. Carmen Casamayor Franco, José Ignacio Barranco Domínguez y Miguel Ángel Dobón Rascón

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Unidad de Cirugía Endocrina, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nievesanchez@live.com (M.N. Sánchez Fuentes).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.10.007>