

## Notas clínicas

# Nódulo parasitario de tiroides en tiroiditis de Hashimoto

ABEL GONZÁLEZ-GONZÁLEZ<sup>A</sup>, LUIS A. MATE<sup>B</sup>  
Y JESÚS E. CABRAC

### PARASITIC THYROID NODULE IN HASHIMOTO'S THYROIDITIS

We present a case of parasitic thyroid nodule in a 62-year-old woman with Hashimoto's thyroiditis. The patient underwent right hemithyroidectomy for a 15-mm nodule suspicious for malignancy. A recurrential ipsilateral lymph node was identified and removed. Conclusive histopathologic study confirmed that the mass was an extracapsular thyroid nodule (parasitic nodule).

**Key words:** Parasitic thyroid nodule. Hashimoto's thyroiditis. Accessory thyroid nodule. Sequestered nodular goiter.

<sup>A</sup>Sección de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.

<sup>B</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.

<sup>C</sup>Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Hospitalario La Mancha-Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.

Presentamos el caso de una paciente de 62 años con nódulo parasitario de tiroides y tiroiditis crónica de Hashimoto. La paciente se sometió a una hemitiroidectomía derecha por un nódulo de 15 mm con sospecha citológica de malignidad. Durante el acto quirúrgico se identificó un ganglio recurrential ipsilateral que fue extirpado. El estudio anatomo-patológico posterior estableció que no se trataba de un ganglio linfático, sino de un nódulo tiroideo extracapsular (nódulo parasitario).

**Palabras clave:** Nódulo tiroideo parasitario. Tiroiditis de Hashimoto. Nódulo tiroideo accesorio. Bocio nodular secuestrado.

## INTRODUCCIÓN

Los restos ectópicos de tejido tiroideo más frecuentemente descritos en sujetos sanos son debidos a defectos en la regresión del conducto tirogloso y pueden ser considerados como variantes anatómicas de la glándula tiroidea<sup>1</sup>. También se han descrito restos tiroideos cercanos, separados (o aparentemente separados) del resto de la glándula, en otras localizaciones. Algunas de estas masas tiroideas ectópicas se conocen como nódulos parasitarios tiroideos<sup>2</sup>. También se los denomina nódulos “secuestrados”<sup>3</sup> o nódulos accesorios inocuos o benignos<sup>4</sup>. En ocasiones, es difícil establecer la diferencia entre estos nódulos parasitarios benignos y las metástasis de carcinomas tiroideos bien diferenciados (CDT).

## CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años con hipotiroidismo primario por tiroiditis de Hashimoto con un nódulo tiroideo único en el lóbulo derecho; en la ecografía era hiperecogénico y con contornos definidos. Se le recomendó cirugía debido a que la citología (obtenida mediante punción-aspiración con aguja fina guiada por ecografía) fue compatible con proliferación folicular con estructuras microfoliculares aisladas. Se realizó una hemitiroidectomía derecha. Durante el acto quirúrgico, se extirpó, además, un ganglio ipsilateral de 7 mm, en el surco traqueo-esofágico adyacente al nervio re-

Correspondencia: Dr. A. González González.  
Sección de Endocrinología. Complejo Hospitalario La Mancha-Centro.  
Avda. de La Constitución, s/n. 13600 Alcázar de San Juan. Ciudad Real. España.  
Correo electrónico: abelg@sescam.jccm.es

Manuscrito recibido el 2-12-2007 y aceptado para su publicación el 28-4-2008.

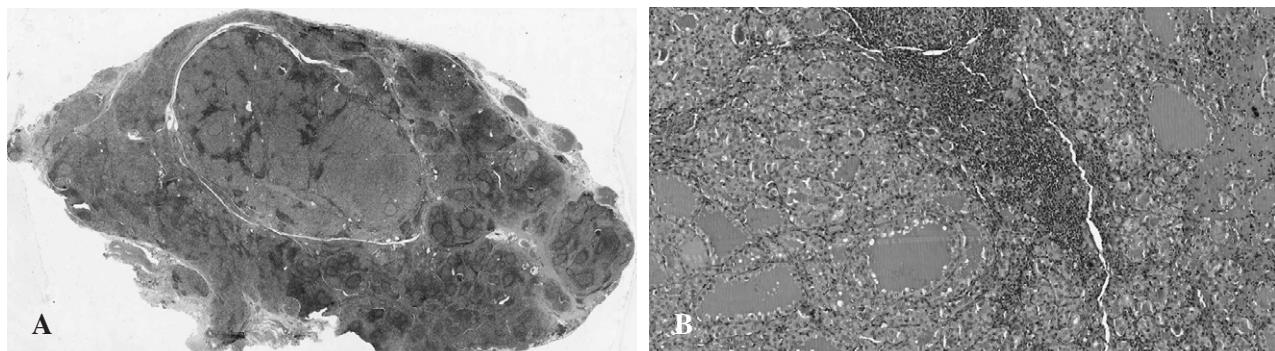


Fig 1. Pieza de hemitiroidectomía. A (bajo aumento): tiroiditis de Hashimoto nodular. En el centro, área de hiperplasia folicular nodular. B (gran aumento): infiltrado linfoide y epitelio folicular con escaso coloide, amplio citoplasma eosinófilo y núcleos aumentados de tamaño vesiculoso (diagnóstico diferencial con carcinoma papilar).

currente y a la glándula tiroidea, ante la sospecha de infiltración metastásica. El estudio anatomo-patológico de la pieza de hemitiroidectomía fue de tiroiditis autoinmunitaria de Hashimoto nodular (fig. 1). En la pieza identificada como ganglio recurrential derecho se planteó la duda diagnóstica entre un nódulo tiroideo y un ganglio linfático con inclusión tiroidea. Tras una revisión exhaustiva de la lesión, se concluyó finalmente que ésta correspondía a un nódulo tiroideo extracapsular puesto que el patrón histológico era uniforme. El abundante infiltrado linfoide existente se consideró parte de los hallazgos histológicos de la tiroiditis de Hashimoto;

no se encontraron restos de seno subcapsular (estructura de ganglio linfático) (fig. 2).

## DISCUSIÓN

Los denominados nódulos parasitarios tiroideos son consecuencia de un crecimiento nodular de restos tiroideos extracapsulares separados, o aparentemente separados, de un bocio nodular preexistente<sup>2</sup>. Se ha propuesto que la acción mecánica de la musculatura

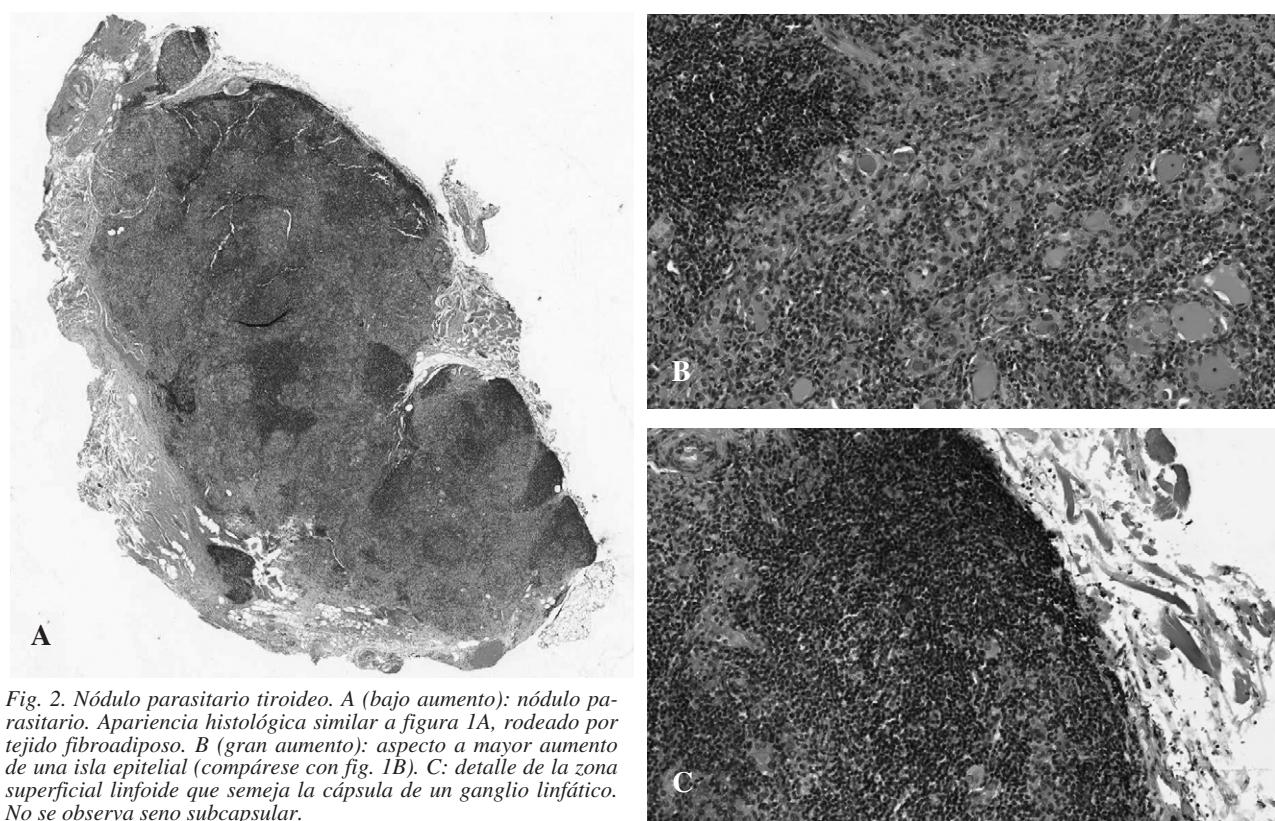


Fig. 2. Nódulo parasitario tiroideo. A (bajo aumento): nódulo parasitario. Apariencia histológica similar a figura 1A, rodeado por tejido fibroadiposo. B (gran aumento): aspecto a mayor aumento de una isla epitelial (compárese con fig. 1B). C: detalle de la zona superficial linfoide que semeja la cápsula de un ganglio linfático. No se observa seno subcapsular.

cervical sobre un bocio nodular podría justificar la separación de estos restos ectópicos de tiroides<sup>3</sup>, a diferencia de otros restos tiroideos extracapsulares, denominados genéricamente tejido tiroideo aberrante o ectópico que se consideran una mala posición de origen embriológico. Shimizu et al<sup>5</sup>, para evitar la confusión terminológica, proponen denominar a todos los restos ectópicos localizados en la línea media tejido tiroideo accesorio o aberrante y reservar la denominación de nódulo parasitario para los restos tiroideos ectópicos localizados lateralmente en el cuello y que no estén asociados a ganglios linfáticos. La frecuencia de estos nódulos es imposible de establecer ya que en muchos casos son asintomáticos, no se detectan en la exploración<sup>4</sup> y en los hallados a veces resulta difícil establecer un diagnóstico preciso. Es probable que, en ocasiones, estas lesiones hayan sido diagnosticadas como tiroides lateral aberrante o metástasis de CDT debido a que muchos cirujanos y patólogos desconocen su existencia. El diagnóstico erróneo de estos nódulos como adenopatías metastásicas de un CDT es de gran trascendencia por sus implicaciones terapéuticas y pronósticas. Algunas veces, estos nódulos se hallan unidos al resto de la glándula por un pedículo y, otras, hay una separación real entre ambas estructuras en el mismo plano fascial, como ocurrió en el caso que presentamos. Los nódulos parasitarios se han descrito en pacientes con diversas afecciones tiroideas, como la enfermedad de Graves-Basedow<sup>5</sup> o el bocio multinodular eutiroideo<sup>6</sup>. La asociación de nódulo parasitario y tiroiditis de Hashimoto, identificada en nuestra paciente, es rara<sup>7</sup>. Además, en estos casos, el infiltrado inflamatorio linfocítico típico de la tiroiditis incrementa las posibilidades de confusión con un ganglio

linfático y las características citológicas del epitelio (citoplasma oncocítico y aspecto nuclear), con la metástasis de un carcinoma papilar. En ocasiones, una gammagrafía puede ayudar en el diagnóstico diferencial<sup>8</sup>, aunque no siempre estos nódulos captan el isótopo<sup>6</sup>. La confirmación diagnóstica de un nódulo parasitario de tiroides se establece cuando sus características morfológicas son idénticas a las de la glándula tiroidea ortotópica, el nódulo se encuentra en el mismo plano fascial y no se reconocen restos de estructura linfática.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Felice M, Di Lauro R. Anatomy and development of the thyroid. En: DeGroot LJ, Jamenson JL, editores. Endocrinology. 5.<sup>a</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2006. p. 1785-802.
2. Rosai J, Carcangi ML, DeLellis RA. Thyroid tissue in abnormal locations. Tumors of the thyroid gland. En: Atlas of tumor pathology. AFIP, 3.<sup>a</sup> serie. St Louis: Mosby; 1992. p. 320.
3. Sisson JC, Schmidt RW, Beierwaltes WH. Sequestered nodular goiter. *N Engl J Med*. 1964;270:927-32.
4. Hathaway BM. Innocuous accessory thyroid nodules. *Arch Surg*. 1965;90:222-7.
5. Shimizu M, Hirokawa M, Manabe T. Parasitic nodule of the thyroid in a patient with Graves' disease. *Virchows Arch*. 1999; 434:241-4.
6. Ladenson PW, Vineyard GC, Pinkus GS, Ridgway EC. Sequestered substernal goiter. *Arch Intern Med*. 1983;143:1015-7.
7. Dos Santos VM, De Lima MA, Marinho EO, Marinho MA, Dos Santos LA, Raphael CM. Parasitic thyroid nodule in a patient with Hashimoto's chronic thyroiditis. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo*. 2000;55:65-8.
8. Liu RS, Yen TC, Yeh SH, Lee CH. Scintigraphic demonstration of sequestered nodular goiter. A lateral aberrant thyroid rest. *Clin Nucl Med*. 1992;17:402-3.