



## OBSERVACIÓN CLÍNICA

### Ectopia tiroidea retroperitoneal

**Marcos Kutz\*, Juan José Vila, Jesús María Urman, Maitane Garaigorta, Eva Guinduláin, Antonio Tarifa y María Luisa Gómez**

*Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España*

Recibido el 7 de enero de 2012; aceptado el 21 de marzo de 2012

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2012

#### PALABRAS CLAVE

Tiroides;  
Ectopia;  
Subdiafragmático;  
Retroperitoneo

**Resumen** La ectopia tiroidea subdiafragmática es un hallazgo muy infrecuente, del cual hemos identificado únicamente 15 casos tras una revisión de la literatura médica. Su manejo no se encuentra establecido, si bien es frecuente su extirpación por la sospecha de enfermedad neoplásica. Presentamos el caso de una mujer de 76 años que presenta una ectopia tiroidea mesentérica en forma de masa retroperitoneal extirpada quirúrgicamente y que evolucionó de manera favorable.

© 2012 Elsevier España, S.L. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Thyroid;  
Ectopic;  
Subdiaphragmatic;  
Retroperitoneal

#### Ectopic retroperitoneal thyroid gland

**Abstract** The presence of subdiaphragmatic thyroid tissue is a very rare finding. We reviewed the literature and found only 15 published cases. The most appropriate management of this entity has not been established, but surgical removal is common to exclude malignancy. We present the case of a 76-year-old woman with an ectopic mesenteric thyroid gland forming a retroperitoneal mass that was surgically removed. Outcome was favorable.

© 2012 Elsevier España, S.L. and AEEH y AEG. All rights reserved.

## Introducción

La ectopia de tejido tiroideo ha sido descrita con una frecuencia de 0,17 casos por cada 1.000 pacientes<sup>1</sup>, con predominio en la línea media cervical. La ectopia tiroidea infradiafragmática es un hallazgo extremadamente infrecuente, presentando los casos publicados un predominio en

mujeres. Únicamente uno de ellos cursó con alteración de la función tiroidea.

Presentamos el caso de una mujer de 76 años, estudiada por una masa retroperitoneal de 5 cm diagnosticada de ectopia tiroidea tras su resección.

## Observación Clínica

Una mujer de 76 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y depresión, fue estudiada por un cuadro de molestias abdominales inespecíficas de predominio

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mkutzleo@alumni.unav.es](mailto:mkutzleo@alumni.unav.es) (M. Kutz).



**Figura 1** Masa de unos 5 cm espacio interaortocavo, con delimitación nítida y captación heterogénea del contraste. Comprime y engrosa la pared duodenal, con alteración en su contorno mucoso. Contacto con vena cava inferior, sin aparentes signos infiltrativos.

en epigastrio de un mes de evolución, que en ocasiones se acompañaban de dolor de tipo cólico.

La TC muestra una masa de 5 cm de diámetro en el espacio aortocavo, inmediatamente por debajo de la tercera porción duodenal, con delimitación nítida y captación heterogénea del contraste. Produce una compresión y engrosamiento en la pared duodenal, con alteración en su contorno mucoso. La lesión se encuentra bien delimitada, en contacto con vena cava inferior, sin aparentes signos infiltrativos (fig. 1) Ecoendoscópicamente se describe, en el espacio interaortocava y en íntimo contacto con la vena cava inferior, aunque sin aparentes signos infiltrativos, una masa de 5 cm bien delimitada, heterogénea y que no parece estar en contacto con la glándula pancreática ni con el marco duodenal.

Los parámetros analíticos no mostraban alteraciones significativas, incluyendo TSH y tiroxina libre dentro de la normalidad.

Se lleva a cabo PAAF mediante ecoendoscopia, con resultado de material cuantitativamente insuficiente y, posteriormente, punción-biopsia mediante ecografía abdominal.

El estudio anatomo-patológico de la muestra obtenida por la segunda técnica detecta la presencia de tejido tiroideo folicular maduro, sin ser completamente concluyente, indicándose la necesidad de descartar teratoma.

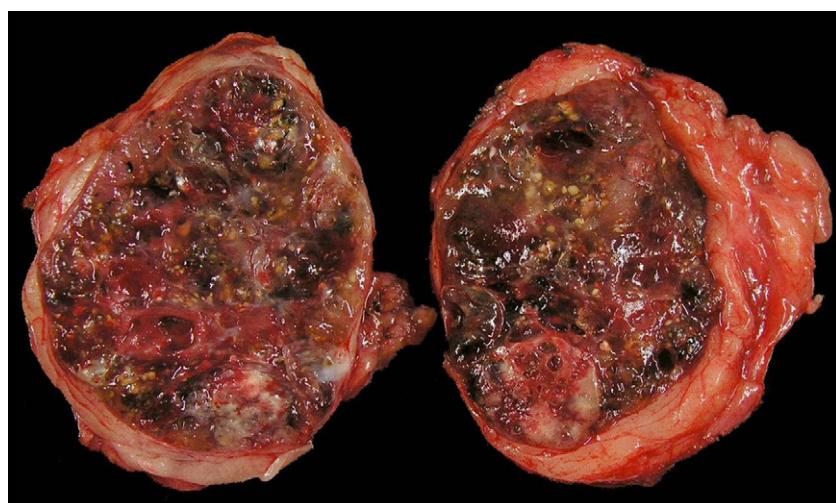
Se completa el estudio con la realización de una ecografía tiroidea, que muestra una glándula de tamaño normal sin imágenes nodulares significativas (objetivando una imagen parcheada hipoeocoica de 5 mm en el lóbulo derecho que no se considera relevante). El resto de los estudios realizados, que incluyeron gastroscopia y colonoscopia, no apreciaron alteraciones en los tramos explorados del tracto digestivo.

Ante los datos obtenidos se decide, tras presentar el caso en sesión multidisciplinaria de oncología digestiva, realizar laparotomía. Durante la intervención se descubre un tumor retroperitoneal adherido a la cara anterior de la vena cava, que se consigue extirpar con margen libre respetando dicho vaso (fig. 2). No se demuestra la existencia de otros hallazgos en la cavidad abdominal.

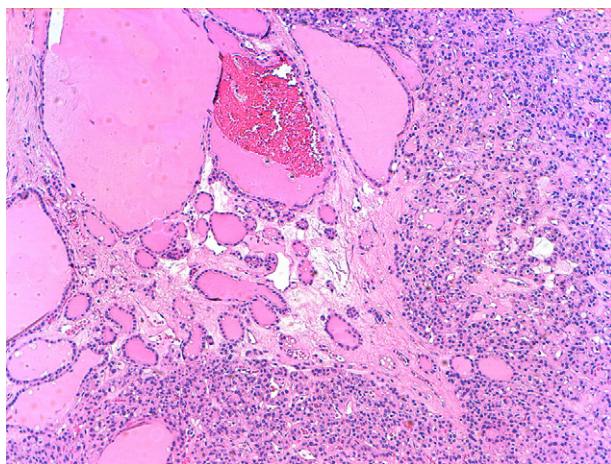
El examen anatomo-patológico de la pieza describe una lesión nodular bien delimitada por una cápsula fina, de 4,5 por 6,5 cm de diámetro que contiene en su interior tejido tiroideo con un patrón de predominio macrofolicular. También existen áreas microfoliculares, así como nidos sólidos con células con morfología en anillo de sello con una vacuola con contenido eosinófilo similar al coloide, descritos como alteraciones de la foliculogénesis. No se aprecian alteraciones nucleares ni inclusiones intranucleares (fig. 3). Tinción inmunohistoquímica positiva para tiroglobulina (fig. 4). La pieza es etiquetada de tiroides ectópico intraabdominal micro-macro folicular.

## Discusión

La glándula tiroides se desarrolla a partir de la hoja germinativa endodérmica como una proliferación epitelial en el suelo de la faringe, entre el tubérculo impar y la cúpula, en el punto que dará lugar al agujero ciego. Posteriormente desciende anteriormente al intestino faríngeo, permaneciendo comunicada con la lengua por medio del conducto tirogloso, que posteriormente desaparece.



**Figura 2** Pieza quirúrgica: lesión bien delimitada de 6,5 × 4,5 cm, con superficie lisa y contenido heterogéneo con áreas quísticas.

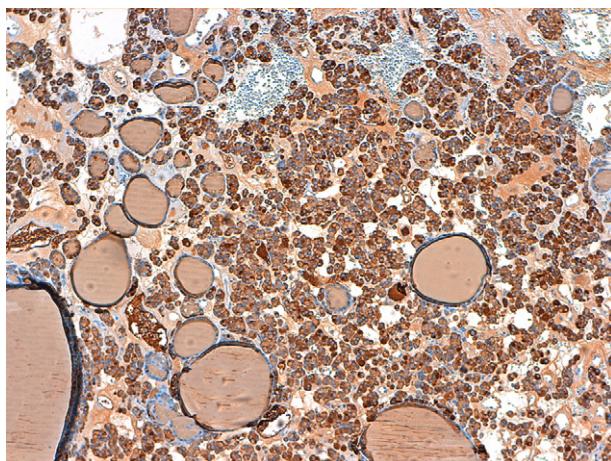


**Figura 3** Tinción con hematoxilina-eosina a 10 aumentos. Tejido tiroideo con un patrón de predominio macrofolicular, con áreas microfoliculares, así como nidos sólidos con células con morfología en anillo de sello.

Prosigue su descenso por delante del hueso hioideo y los cartílagos laríngeos, hasta alcanzar su posición definitiva en la séptima semana de la embriogénesis.

La ectopia tiroidea infradiafragmática es un hallazgo muy poco frecuente. Una revisión de la literatura médica a través de la base bibliográfica Pubmed nos ha permitido localizar únicamente 15 casos publicados, situados en diversas ubicaciones: glándula suprarrenal<sup>2-4</sup>, vesícula biliar<sup>5,6</sup> y grasa perivesicular<sup>7</sup>, mesenterio de intestino delgado<sup>8</sup>, páncreas<sup>9,10</sup>, hilio hepático<sup>11-13</sup>, región posterior a bazo y estómago<sup>14</sup>, submucosa duodenal<sup>15</sup> y aparato reproductor femenino<sup>16,17</sup>. De todos ellos, únicamente uno cuenta con una presentación similar al caso que nos ocupa, es decir, como masa retroperitoneal<sup>8</sup>.

Cabe destacar que la gran mayoría de los casos publicados se producen en mujeres (13/15, 87%) y entre los 50 y los 70 años. De los casos a los que se ha tenido acceso, únicamente uno de ellos describía alteración de la función tiroidea<sup>8</sup>, desajuste que se corrigió tras la extirpación de la masa. Dicho caso, según se ha mencionado previamente,



**Figura 4** Tinción inmunohistoquímica para tiroglobulina del tejido descrito en la figura 3. Patrón marcadamente positivo.

presentaba una localización similar al nuestro, si bien la paciente que nos ocupa presentaba una función tiroidea normal.

Entre las explicaciones para la ectopia tiroidea subdiafragmática señaladas con mayor frecuencia en la literatura médica se encuentran el descenso excesivo del conducto tirogloso y la diferenciación anómala de precursores endodérmicos, comunes a algunos de los tejidos en los que se ha hallado la ectopia y a la glándula tiroidea. Sin embargo, esto no parece aplicarse a nuestro caso, ya que la masa descrita no dependía de ningún órgano de origen endodérmico y el mesenterio se origina en la hoja esplánica del mesodermo.

En cualquier caso, ninguna de las 2 teorías ha sido confirmada.

En conclusión, la ectopia tiroidea infradiafragmática es un hallazgo extremadamente inusual, pudiéndose deducir de los casos descritos que presenta predominio en el sexo femenino y puede cursar con alteración de la función tiroidea, si bien esto es infrecuente. El manejo más adecuado de esta anomalía no se encuentra establecido; en los casos revisados, al igual que en el nuestro, se tiende a la extirpación, al no poder descartarse en muchas ocasiones el diagnóstico de neoplasia maligna.

La sintomatología presentada por la paciente que motiva este caso no parece estar justificada por el diagnóstico de ectopia tiroidea, tratándose esta última de un hallazgo casual.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Williams ED, Toyn CE, Harach HR. The ultimobranchial gland and congenital thyroid abnormalities in man. *J Pathol*. 1989;159:135-41.
2. Shiraishi T, Imai H, Fukutome K, Watanabe M, Yatani R. Ectopic thyroid in the adrenal gland. *Hum Pathol*. 1999;30: 105-8.
3. Hagiuda J, Kuroda I, Tsukamoto T, Ueno M, Yokota C, Hirose T, et al. Ectopic thyroid in an adrenal mass: a case report. *BMC Urol*. 2006;6:18.
4. Tsujimura A, Takaha M, Takayama H, Sugao H, Takeda M, Kurata A. Ectopic thyroid tissue in a cystic adrenal mass. *Br J Urol*. 1996;77:605-6.
5. Ihtiyar E, Isiksoy S, Algin C, Sahin A, Erkasap S, Yasar B. Ectopic thyroid in the gallbladder: report of a case. *Surg Today*. 2003;33:777-80.
6. Liang K, Liu JF, Wang YH, Tang GC, Teng LH, Li F. Ectopic thyroid presenting as a gallbladder mass. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010;92:W4-6.
7. Harach HR. Ectopic thyroid tissue adjacent to the gallbladder. *Histopathology*. 1998;32:90-1.
8. Güngör B, Kebat T, Ozaslan C, Akilli S. Intra-abdominal ectopic thyroid presenting with hyperthyroidism: report of a case. *Surg Today*. 2002;32:148-50.
9. Eyüboğlu E, Kapan M, İpek T, Ersan Y, Oz F. Ectopic thyroid in the abdomen: report of a case. *Surg Today*. 1999;29:472-4.
10. Seelig MH, Schönleben K. Intraabdominal ectopic thyroid presenting as a pancreatic tumour. *Eur J Surg*. 1997;163: 549-51.
11. Jamshidi M, Kasirye O, Smith DJ. Ectopic thyroid nodular goiter presenting as a porta hepatis mass. *Am Surg*. 1998;64:305-6.

12. Strohschneider T, Timm D, Worbes C. Ectopic thyroid gland tissue in the liver]. Chirurg. 1993;64: 751-3.
13. Schubert W. Über eine Schilddrüse in der Leberpforte. Zbl All Path. 1957;96:339-44.
14. Cicek Y, Tasci C, Gokdogan S. Intra-abdominal ectopic thyroid. Br J Surg. 1993;80:316.
15. Takahashi T, Ishikura H, Kato H, Tanabe T, Yoshiki T. Ectopic thyroid follicles in the submucosa of the duodenum. Virchows Archiv A Pathol Anat. 1991;418:547-50.
16. Hoda SA, Huvos AG. Struma salpingis associated with struma ovarii. Am J Surg Pathol. 1993;17:1187-9.
17. Kurman RJ, Prabha C. Thyroid and parathyroid glands in the vaginal wall: report of a case. Am J Clin Pathol. 1973;59:503-7.