

## Tiroiditis de Hashimoto en tiroides aberrante

### Hashimoto's Thyroiditis in aberrant thyroid

Pedro Javier Contreras Álvarez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5443-1469>

Bárbara Calderín Sharp<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0861-714X>

Luis Rolando Hernández Armstrong<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7146-6113>

Aylin Venereo Sánchez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3746-9721>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico “General Calixto García Iñiguez”. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [barbara.calderin@infomed.sld.cu](mailto:barbara.calderin@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** El tiroides ectópico es una alteración congénita producto de una migración defectuosa del tiroides desde su posición inicial embriológica, el agujero ciego, hasta su localización final pretraqueal. La tiroiditis de Hashimoto, pertenece al grupo de enfermedades autoinmunes de la tiroides.

**Objetivo:** Describir el estudio clínico de una afección infrecuente en la región anteromedial del cuello.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 69 años de edad con síntomas compresivos a nivel del cuello y disfagia, acompañado de aumento de volumen anteromedial del cuello y con maniobra de Hamilton Bayle positiva. Se le realizó una biopsia por aspiración con aguja fina que no fue concluyente. El ultrasonido mostró una imagen nodular de baja ecogenicidad y en su interior imagen ecogénica, sin descartar que se trate de lesión tiroglosa (quiste tiroglosa). Se realizó excéresis del tumor y biopsia.

**Conclusiones:** Ante cualquier aumento de volumen del cuello, indoloro, con manifestaciones clínicas de disfagia, se impone un estudio clínico detallado y preciso, con ultrasonido y citología, para descartar las posiciones aberrantes de la glándula tiroides.

**Palabras clave:** tiroides ectópico; tiroiditis de Hashimoto; quiste tiroglosa; maniobra de Hamilton Bayle.

## ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic thyroid is a congenital alteration resulting from a defective migration of the thyroid from its initial embryological position - the blind hole-, up to its final pretracheal location. Hashimoto's thyroiditis belongs to the group of autoimmune diseases of the thyroid.

**Objective:** To describe the clinical study of an uncommon condition in the anteromedial region of the neck.

**Clinical case:** A 69-year-old female patient had compressive symptoms to the neck level and dysphagia, an increase in anteromedial neck volume. The Hamilton Bayle maneuver was positive. She had a biopsy by aspiration with a fine needle but it was not conclusive. Ultrasound showed a low echogenic nodular mass, no ruling out a tyroglossal lesion (tyroglossal cyst). Exeresis of the tumor and biopsy were carried out.

**Conclusions:** Any increase in the neck volume, painless, with clinical manifestations of dysphagia, a detailed and precise clinical study, including ultrasound and cytology, is imperative to rule out the aberrant positions of the thyroid gland.

**Keywords:** ectopic thyroid; Hashimoto's thyroiditis; thyroid cyst; Hamilton Bayle maneuver.

Recibido: 16/10/2019

Aceptado:10/11/2019

## Introducción

El tiroides ectópico es una alteración congénita infrecuente, resultado de la migración defectuosa del tiroides desde su posición inicial embriológica, el agujero ciego (foramen caecum), hasta su localización final pretraqueal. Se estima que las ectopias tiroideas ocurren en 1/200 000 pacientes sin enfermedad tiroidea y en 1/6000 pacientes con alteración tiroidea. Se detectan entre la tercera y la quinta década de la vida y son 3 veces más frecuentes en las mujeres.<sup>(1,2)</sup>

El tiroides ectópico es un tejido tiroideo que no se localiza en su posición anatómica normal.<sup>(3,4)</sup>

La tiroiditis de Hashimoto (TH), conocida igualmente como tiroiditis linfocítica, struma linfomatoso o tiroiditis bociógena autoinmune, pertenece al grupo de enfermedades autoinmunes de la tiroides, junto con la enfermedad de Graves y la tiroiditis atrófica autoinmune. Fue descrita en 1912 por un médico japonés cuyo nombre ha sido ligado permanentemente a esta condición.<sup>(2)</sup>

Aunque existen muchas hipótesis sobre los mecanismos autoinmunes implicados en la expresión de la enfermedad, la más aceptada actualmente considera que bajo una predisposición genética conocida (por ejemplo: HLA DR5 ó DRw53), algunos estímulos no inmunológicos, como infecciones virales o de naturaleza no específica (a través de mediadores liberados localmente como gammainterferón), conducen a la producción de antígenos HLA clase II en los tirocitos. Estas células, al contener inapropiadamente moléculas clase II sobre su superficie, presentarían sus propios autoantígenos a las células T ayudadora, lo que desencadenaría una respuesta inmune contra la glándula.<sup>(5,6)</sup>

La TH habitualmente ocurre en mujeres de edad media, en quienes se palpa un bocio firme o “cauchoso” e indoloro, asociado o no a hipotiroidismo clínico o subclínico. Aunque el diagnóstico puede sospecharse clínicamente, el principal pilar para confirmarlo es la presencia de anticuerpos antitiroideos.<sup>(4)</sup>

Histológicamente la glándula tiroides de estos pacientes se caracteriza por infiltración linfocitaria difusa, en ocasiones focal, con formación de centros germinales, fibrosis y atrofia del parénquima en grado variable, y cambios eosinofílicos en algunas células acinares (células de Hürthle o Askanazi). Otros estudios que ayudan al diagnóstico son: las determinaciones hormonales de función tiroidea, la gammagrafía del tiroides y la prueba de descarga de perclorato.<sup>(7)</sup>

La TH es considerada como la causa más común de hipotiroidismo de ocurrencia espontánea. La disfunción tiroidea que se presenta en estos pacientes es un proceso gradual que dura meses o años. Tan solo el 21 % de los tiroides ectópicos en posición lateral son diagnosticados sin necesidad de resección quirúrgica, por eso el objetivo de este trabajo es describir el estudio clínico de una afección infrecuente en la región antero medial del cuello.

## **Caso clínico**

Paciente femenina de 69 años de edad con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial controlada con 1 tableta diaria de enalapril de 20 mg, hipotiroidismo e

hipoparatiroidismo desde hace 40 años, secundario a una aparente tiroidectomía total por bocio tiroideo tratada con levotiroxina y carbonato de calcio. Acude a consulta por presentar síntomas compresivos a nivel del cuello y disfagia de 4 meses de evolución, acompañado de aumento de volumen anteromedial del cuello por encima del cartílago tiroideo. Al examen físico se constata aumento de volumen de 4cm de diámetro, móvil, de consistencia elástica, no dolorosa, en región anterior del cuello a nivel del cartílago tiroides. Con maniobra de Hamilton Bayle positiva. No otras alteraciones en el cuello.

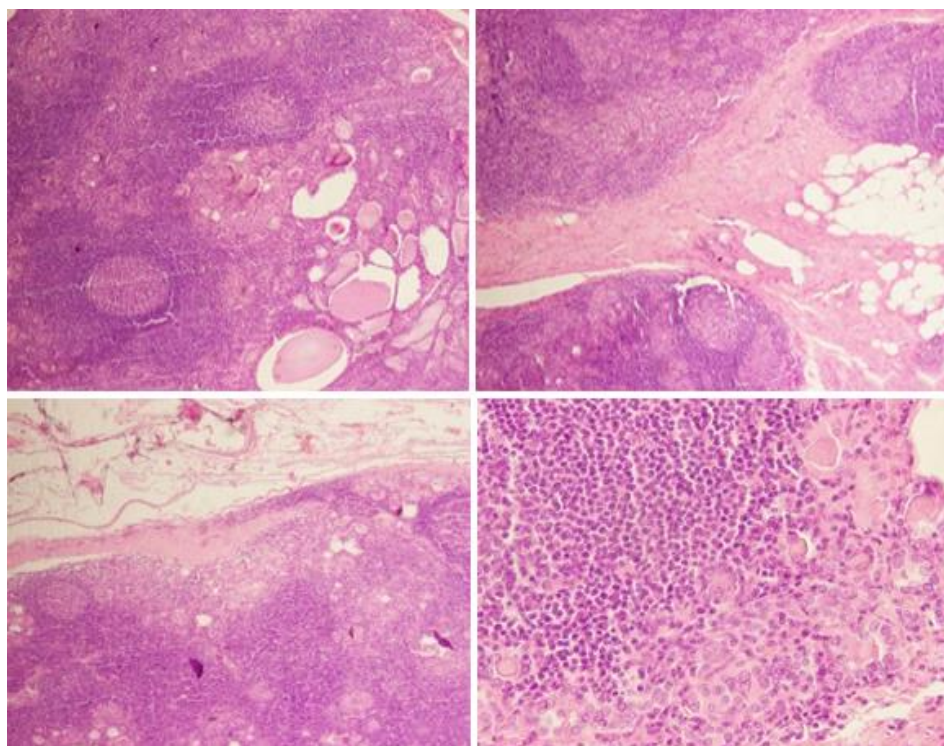
Para el diagnóstico se realizó la exploración física, ecografía y gammagrafía (para buscar tejido tiroideo funcional en una región diferente a la ectópica), pruebas de función tiroidea y citología tras biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF).

Se realizaron los siguientes estudios:

- Videolaringoscopia: No hay evidencias de lesiones en hipofaringe ni de laringe. Conclusiones del estudio; sin alteraciones.
- Ultrasonido de cuello: Glándula tiroides presente, se observa asimetría lobular evidente. El lóbulo derecho discretamente aumentado de tamaño, heterogéneo y superficie irregular, no se visualiza nódulo definido en su interior. También se observa istmo heterogéneo con diámetro de 35 mm; lóbulo izquierdo de pequeño tamaño que mide 23 mm en su eje sagital, heterogéneo sin imagen nodular. Buena movilidad. Llama la atención que por encima del istmo tiroideo existe imagen nodular de baja ecogenicidad y en su interior imagen ecogénica, sin descartar que se trate de lesión tiroglosa o de adenopatía, mide 28 mm.
- BAAF: Extendido muy hemorrágico con escaso contenido celular. Se recomienda repetir.

Posteriormente, se realizó excéresis del tumor y biopsia. Debido a los síntomas de la paciente, se sugiere tratamiento quirúrgico con el diagnóstico de tumor en región anterior del cuello (quiste tiroglosa). Se utilizó la técnica de Sistrunk, con buena evolución y sin complicaciones posoperatorias y resolución de los síntomas referidos.

El resultado de la biopsia informó fragmento de tejido, el cual muestra formación nodular de 2,5 x 1,5 cm; compuesta histológicamente por folículos linfoides con centros germinales y cambios oxifidicos del epitelio folicular (Fig. 1). El diagnóstico definitivo fue compatible con TH. La paciente evoluciona satisfactoriamente con resolución de los síntomas.



**Fig. 1** - Estudio histológico del tejido extraído quirúrgicamente, compatible con Tiroiditis de Hashimoto.

## Discusión

Como se ha mencionado el tiroides aberrante es una entidad poco frecuente en la práctica médica. Es más habitual en el sexo femenino en una proporción de 3:1, y se detectan entre la tercera y quinta década de la vida, según la mayoría de los autores.<sup>(8,9,10)</sup> Aunque la paciente estudiada es una adulta mayor, los hallazgos de algunos autores han presentado pacientes con edades superiores a 70 años.<sup>(11,12)</sup>

El tejido tiroideo aparece por división del ectodermo de la base de la faringe por detrás del primer y segundo arco branquial, durante la tercera a cuarta semana de vida fetal. El desarrollo de la glándula tiroidea se origina desde el foramen caecum y desciende a la región pretraqueal conectado desde la base lingual por medio del conducto tirogloso, el cual, posteriormente, se torna macizo y desaparece; a la séptima semana alcanza su ubicación definitiva pretraqueal a nivel del tercer al sexto anillo traqueal.

Las localizaciones de tejido tiroideo ectópico más comunes han sido encontradas en la base de la lengua, región submandibular y ganglios cervicales. Se han descrito cuatro grupos de

tiroides ectópicos a nivel del tracto aérodigestivo superior: lingual, sublingual, tirogloso e intralaringotraqueal; la lingual es la localización más frecuente.<sup>(4)</sup>

El tejido tiroideo ectópico lateral localizado en el cuello representa 1-3 % de todos los tiroides ectópicos, el lingual 80-90 % y el del conducto tirogloso 5-15 %. El tejido tiroideo ectópico es susceptible de sufrir insuficiencia funcional (1 de cada 3 pacientes) y puede hacerse notorio y sintomático debido al crecimiento compensatorio. Debe considerarse el diagnóstico de tejido tiroideo ectópico en cualquier paciente joven (sobre todo en mujeres) con una masa cervical asintomática en la línea media o lateral (submandibular).<sup>(1,5)</sup>

El tejido ectópico no siempre representa restos embriológicos. Otras posibilidades son implantes de fragmentos tiroideos resultado de una disrupción mecánica de la glándula, debido a procedimientos quirúrgicos o traumas bien por secuestro de un nódulo en una glándula complicada o por un proceso difuso como una tiroiditis o hiperplasia nodular.

El tratamiento depende de factores tales como el tamaño de la masa, síntomas locales, edad del paciente, estado funcional de la glándula tiroidea y complicaciones (ulceración, hemorragia y neoplasia).

También la mayoría de los autores<sup>(13,14)</sup> plantean que ante la presencia de un tiroides aberrante hay que definir la existencia de la glándula tiroidea pretraqueal y la funcionabilidad de esta, pues en la mayoría de los pacientes que han presentado un tiroides ectópico por lo general es hipofuncionante, presenta signos de malignización o síntomas compresivos, y según estas características será la conducta a seguir en estos casos.

A pesar de que en la literatura ya se han informado múltiples casos de ectopias tiroideas de diferentes localizaciones, no se encontró ninguna que hiciera referencia a enfermedades tiroideas autoinmunes en tiroides aberrantes.<sup>(15,16)</sup>

La sintomatología de este proceso muchas veces es silente y su presentación radica principalmente en dos características: el tamaño y la relación anatómica de ubicación, que ponen de manifiesto alteraciones por compresión. Otros síntomas que también pueden aparecer son disfagia y dolor. La malignización del tejido tiroideo ectópico es muy rara y el pronóstico excelente con tratamiento quirúrgico.

Se concluye que ante cualquier aumento de volumen del cuello, indoloro, con manifestaciones clínicas de disfagia, se impone un estudio clínico detallado y preciso, con ultrasonido y citología, para descartar las posiciones aberrantes de la glándula tiroides.

## Referencias bibliográficas

1. Babazade F, Mortazavi H, Jalalian H. Thyroid tissue as a submandibular mass: a case report. *J Oral Sci.* 2009;51:655-7.
2. Badami E, Maiuri L, Quarantino S. High incidence of spontaneous autoimmune thyroiditis in immunocompetent self-reactive human T cell receptor transgenic mice. *J Autoimmun.* 2005;24:85-91.
3. Bersaneti J, Silva R, Ramos R. Ectopic thyroid presenting as a submandibular mass. *Head Neck Pathol.* 2011;5:63-6.
4. Chawla M, Kumar R, Malhotra A. Dual ectopic thyroid: case series and review of the literature. *Clin Nucl Med.* 2007;32:1-5.
5. Danner C, Bodenner D, Breau R. Lingual thyroid: iodine 131: a viable treatment modality revisited. *Am J Otolaryngol.* 2001;22:276-81.
6. De Felice M, Di Lauro R. Thyroid development and its disorders: Genetics and molecular mechanisms. *Endocr Rev.* 2004;25:722-46.
7. Fountoulakis S, Tsatsoulis A. On the pathogenesis of autoimmune thyroid disease: a unifying hypothesis. *Clinical Endocrinology.* 2004;60:397-406.
8. Hanmayyagari B, Guntaka M, Kumar V. Ectopic thyroid in presumed thyroglossal duct cyst. *Indian Pediatrics.* 2013;50(1):12-25.
9. Haugen B, Alexander E, Bible K, Doherty G, Mandel S, Nikiforov Y, et al. American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid cancer.* 2016;26:1-133.
10. Iglesias P, Olmos R, Riva B, Díez J. Iodine 131 and lingual thyroid. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:198-9.
11. Klubo J, Manes R, Chia S. Clinical review: Ectopic cervical thyroid carcinoma--review of the literature with illustrative case series. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96:2684-91.
12. Mayoaran N, Waters P, Kaim T, Kerin M, Quill D. FNAC and frozen section correlations with definitive histology in thyroid diseases. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015.
13. Noussios G, Anagnostis P, Goulis D. Ectopic thyroid tissue: anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol.* 2011;165:375-82.
14. Prada M, Beltrá R, Quinteiro S. Tiroides ectópico: causa rara de tumoración cervical en el niño. *Acta Pediatr Esp.* 2008;66:241-4.

15. Romero A, Parra R, Chinchilla S, De Los Reyes V, Llamas A. Diferencias y controversias entre el reporte de patología y la interpretación clínica en patología tiroidea. I parte: Factores pronósticos. Rev Colomb Cancerol. 2016;3(1):2-6.
16. Vahit M. Ectopic thyroid tissue in submandibular and infrahyoid region. Eurasian J Med. 2014;46:216-9.

### **Conflicto de intereses**

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

### **Contribuciones de los autores**

- Pedro Javier Contreras Álvarez: Autor principal, propuso a los autores la realización del artículo, recogió parte de los datos primarios de la historia clínica de la paciente, búsqueda de bibliografías.
- Bárbara Calderín Sharp: Recogió parte de los datos primarios de las historias clínicas y análisis estadístico, participó en la discusión colectiva de la versión final.
- Luis Rolando Hernández Armstrong: Participó en la búsqueda de las bibliografías acerca del tema y en la discusión colectiva de la versión final.
- Aylin Venereo Sánchez: Participó en la búsqueda de bibliografías acerca del tema y en la discusión colectiva de la versión final.