

Secuestración tiroidea y Hashimoto

Dres. José Luis Rodríguez¹, José Luis Palacio², Noemí Maedo³,
Marta Chiossoni⁴, Luis Bergalli⁵, Héctor D. Navarrete⁶

Resumen

Se ha presentado un caso de una entidad infrecuente, como es el nódulo tiroideo secuestrado; se lo define, se hace una breve revisión bibliográfica, resaltando los aspectos diagnósticos diferenciales con otras entidades con las que se puede confundir. Concluyendo que su importancia radica en que dicha confusión, por desconocimiento, puede llevar a errores diagnósticos y terapéuticos de trascendencia.

Palabras clave: Tiroides
Nódulo tiroideo secuestrado
Enfermedad de Hashimoto

Summary

The author presents an infrequent entity such as a sequestered thyroid nodule, defines it, makes a brief bibliographical revision, emphasizing aspects of the differential diagnosis with other entities which it can be confused with, and comes to the conclusion that its importance lies in the fact that confusion due to ignorance can lead to serious diagnostic and therapeutic errors.

Introducción

En el día de hoy presentamos una situación infrecuente, pero que su desconocimiento puede llevar a errores de diagnóstico y terapéuticos de importancia.

Se trata de una paciente de 51 años, procedente del departamento de Artigas que en 1989 consulta en Endocrinología comprobándose clínicamente un bocio multinodular, sin alteración de la función tiroidea. Se realizó en dicha oportunidad un centellograma tiroideo que mostró una distribución irregular del radiofármaco, sin llegar a constituir un bocio multinodular típico. La punción citológica informó: células tiroi-

deas pequeñas y medianas, coloide, e infiltración linfocítica con células gigantes multinucleadas. Luego la enferma deja de concurrir a la policlínica.

En mayo de 1990, consulta nuevamente, y es enviada al servicio de Cirugía de la Clínica Quirúrgica «2» para el tratamiento de su bocio multinodular, en el que había un nódulo dominante en el sector inferior del lóbulo derecho, de crecimiento relativamente rápido.

En ese momento, clínicamente se comprobaba un nódulo duro de 2 cm de diámetro en el sector inferior del lóbulo derecho, de superficie irregular, como era además la superficie del resto del tiroides.

La ecografía mostró que se trataba de un bocio multinodular, que el nódulo mayor era sólido irregular, de 2 cm de diámetro y además que existía otro nódulo del lado izquierdo del istmo tiroideo, algo más pequeño.

La punción citológica del nódulo mayor, mostró células con núcleos voluminosos, hipercromáticos; no hay nucleolos ni mitosis; resumiendo la impresión, con el comentario de que se trataba de una citología sugestiva de neoplasia tiroidea a confirmar por el estudio histológico.

Se decide realizar la intervención quirúrgica con biopsia extemporánea y con el diagnóstico presuntivo de cáncer de tiroides.

En la exploración se comprueba una glándula aumentada de tamaño, a expensas de múltiples nódulos en ambos lóbulos, predominando uno netamente en el sector inferior del lóbulo derecho, como mostraba la palpación. Este lóbulo era de consistencia cartilaginosa al corte. Por debajo del istmo y netamente separado de la glándula otro nódulo, de 7-8 mm de diámetro, que se interpreta como ganglio pretraqueal, se reseca y se envía para estudio extemporáneo. Se ven además, varios ganglios de mayor tamaño en ambas cadenas recurrenciales y se reseca y envía para extemporánea otro ganglio de la cadena recurrencial derecha; conjuntamente con el lóbulo derecho y el istmo.

Se recibe el informe de la biopsia extemporánea:

- 1) Del «ganglio pretraqueal» que dice corresponder a una sustitución metastásica tiroidea, aunque no

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «2» Profesor Celso Silva

¹ Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. ² Asistente de Clínica Quirúrgica. ³ Asistente de Anatomía Patológica. ⁴ Profesor Adjunto de Anatomía Patológica. ⁵ Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica. ⁶ Profesor Agregado de Anatomía Patológica.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de octubre de 1990

Correspondencia: Dr. José L. Rodríguez. Orinoco 5100 apto. 603. Montevideo.

reconocemos arquitectura ganglionar en ningún sector del mismo.

- 2) De la lobectomía derecha que informa extensa tumoración predominantemente sólida, con disposición trabecular y/o folicular, con escaso coloide, marcado pleorfismo y atipismo nuclear; la zona ístmica presenta iguales características, es decir que el margen de resección pasó por tumor.
- 3) Ganglio recurrential que muestra hiperplasia folicular reactiva.

Destacamos del estudio extemporáneo su secuencia ya que el primer material enviado y con diagnóstico de ganglio pretraqueal, fue el nódulo infraístmico.

Con el resultado del estudio extemporáneo, se decide completar la tiroidectomía total, y vaciamiento subradical de cuello.

Buena evolución postoperatoria, dándose el alta al cuarto día, sin complicaciones.

La anatomía patológica de la pieza, informó: las múltiples secciones examinadas de la glándula tiroidea, muestran un parénquima tiroideo notablemente alterado por una infiltración linfocitaria difusa, en ocasiones nodular e incluso folicular, que destruye el parénquima, a ello se asocia una muy importante transformación oxífila de los componentes foliculares. Por excepción en uno de los cortes se observa dos

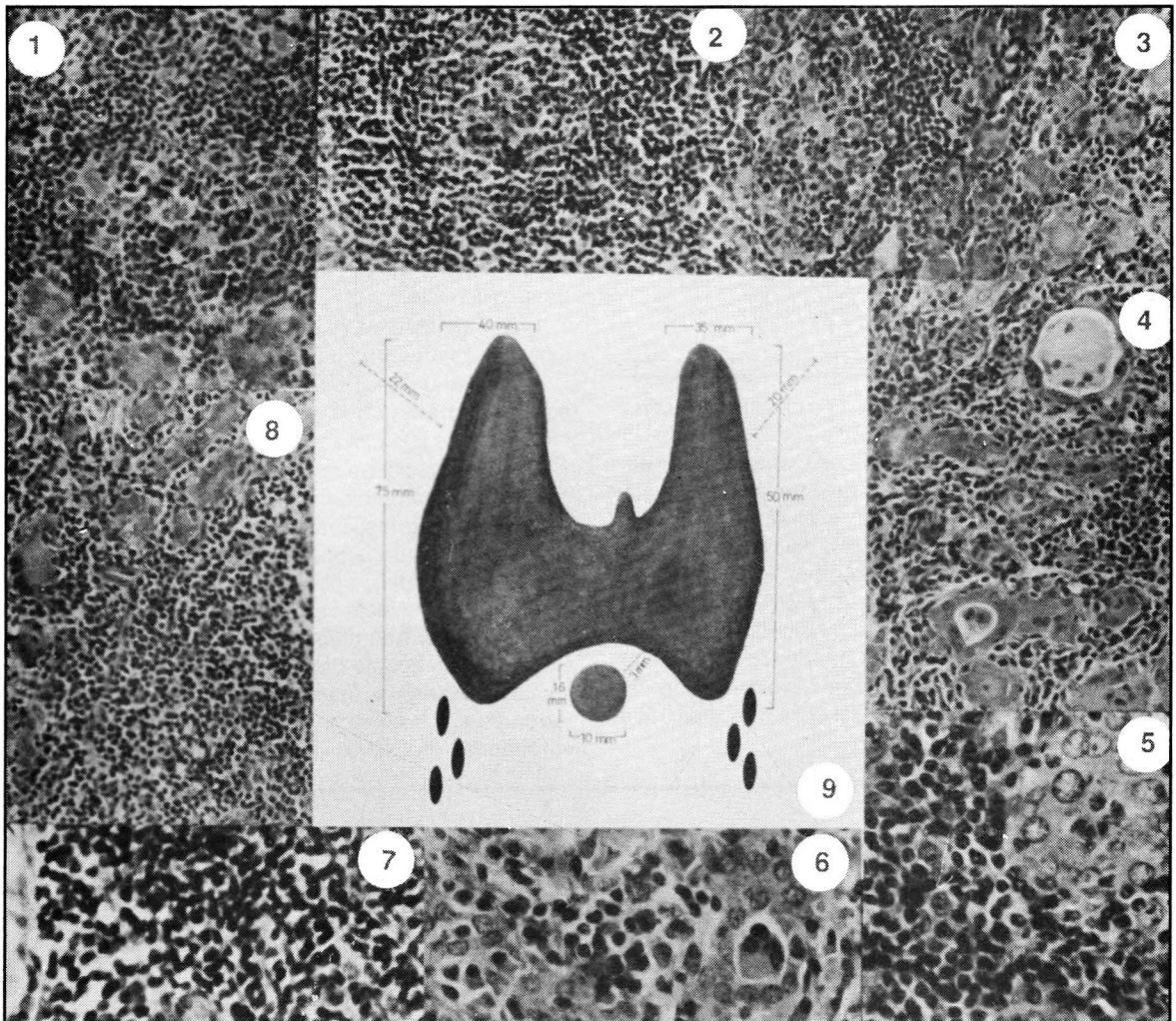


Figura 1.

- 1, 2, 3, 4 y 8: Corresponden a secciones de la glándula tiroidea, donde se observan: a) folículos linfocitarios con evidentes centros germinales, b) infiltrado linfocitario difuso, c) necrosis del parénquima tiroideo y d) transformación hurthleriana. PAS 120 (magnificación original).
- 5: Detalle de sección de glándula tiroide con infiltración linfocitaria, necrosis parenquimatosa y transformación hurthleriana. PAS 240 (magnificación original).
- 6: Detalle de la histología del nódulo independiente, con caracteres similares a las del número 5. PAS 240 (magnificación original).
- 7: Detalle de la cortical de un ganglio linfático recurrential, PAS 240 (magnificación original).
- 9: Glándula tiroide con nódulo tiroideo secuestrado, cadenas ganglionares recurrentiales bilaterales

Tabla 1. Tejido tiroideo extraglandular

1) Por defectos de embriogénesis, por ej.: <ul style="list-style-type: none"> - bocio lingual - quiste del trayecto tirogloso
2) Por implante tiroideo en cuello por <ul style="list-style-type: none"> - traumatismo cervical - intervención quirúrgica
3) Extensión extraglandular de un de Graves-Basedow
4) Nódulo tiroideo secuestrado
5) Tejido tiroideo en ganglios linfáticos <ul style="list-style-type: none"> - Metástasis - Tejido tiroideo no neoplásico

(Rosai en Ackerman 1989)

Tabla 2. Nódulo tiroideo secuestrado

Autor	Casos
Moritz y Bayless	2
Crile	2
Sisson	4
Warren y Feldman	4
King y Pemberton	3 en 51 (48 metástasis)
Frantz	4

granulomas gigantocelulares. El proceso parece respetar la cápsula.

En ningún sector se reconocen elementos que permitan proponer el diagnóstico de neoplasia tiroidea. El nódulo enviado como ganglio pretraqueal, presenta exactamente la misma histología del tiroides no reconociéndose parénquima ganglionar. El ganglio recurrente presenta una hiperplasia folicular reactiva.

En suma: la coexistencia de una infiltración linfocitaria difusa, densa, componente folicular, que determina destrucción parenquimatosa tiroidea, y de una manifiesta transformación oxífila del mismo con abun-

dantes células de Hürtle, del mismo parénquima, nos permite establecer el diagnóstico histológico de tiroiditis de Hashimoto (Figura 1).

Se hizo así evidente que no estábamos frente a un cáncer tiroideo, y que el interpretado como «ganglio de la cadena pretraqueal» no se trataba de una metástasis ganglionar.

Discusión

Low ⁽¹⁾ en 1903 fue el primero que sugirió la posibilidad de la existencia de tejido tiroideo benigno alejado y separado de la glándula. Desde entonces, mucho se ha escrito sobre «los tiroides aberrantes», llegándose a la conclusión de que la enorme mayoría son metástasis ganglionares de un carcinoma tiroideo ^(2,3), sobre todo papilar, siendo Frantz ⁽⁴⁾ uno de los primeros en brindar prueba de ello. Sin embargo, según los conceptos patológicos actuales ⁽⁵⁾, existen varias situaciones en las cuales hay tejido tiroideo normal o patológico fuera de la glándula tiroides, como se aprecia en la Tabla 1.

El llamado nódulo tiroideo secuestrado, es tejido tiroideo separado netamente del tiroides, con su misma histología, no maligna, pero no residiendo en un ganglio linfático.

Generalmente se ve en: a) bocio nodular hiperplásico y b) enfermedad de Hashimoto ^(5,6).

La mayoría de los descritos, lo son en bocio multinodular, y haciendo una revisión de algunas series encontramos lo expresado en la Tabla 2 ^(2-4,7-9)

De las situaciones mencionadas en la Tabla 1, en que existe tejido tiroideo extraglandular, no plantean problemas diagnósticos los tres primeros; es muy conocido y común la presencia de un bocio lingual o un quiste tirogloso, encontrados en el trayecto embriológico del trayecto tirogloso; en cuanto al implante en el cuello por traumatismo o intervención quirúrgica existe el antecedente de dichos acontecimientos; (del implante tiroideo se han ocupado en nuestro medio Perdomo y Tchekmedjian ⁽¹⁰⁾) y en la situación de la enfermedad de Graves-Basedow, existe el diagnósti-

Tabla 3. Diagnóstico diferencial

	Tejido tiroideo en ganglio		Secuestación
	Metástasis	¿Benigno?	
Número	Pueden ser varios ganglios	1 o 2	Generalmente único
Histología	Gral. Carcinoma papilar celulas neoplásicas	Celulas tiroideas normales	Igual histología que el tumor de celulas no neoplásicas
Arquitectura ganglionar	Se reconoce en algún sector	Se reconoce en la periferia ganglionar	No hay arquitectura ganglionar aunque puede haber tejido linfoide
Tiroides	Carcinoma papilar	No hay carcinoma	No hay carcinoma
Ubicación	Cadena ganglionar	Cadena ganglionar	En el mismo plano fascial del tiroides

co de tal enfermedad, y la extensión extratiroidea es extracapsular, pero en continuidad con el resto del parénquima tiroideo.

Las situaciones que sí pueden plantear problemas diagnósticos y por ende terapéuticos son los dos restantes, es decir el nódulo tiroideo secuestrado y el encontrar tejido tiroideo en un ganglio linfático.

Para complicar aún más el panorama, ^{1º}) vimos que una de las situaciones en que se presenta un nódulo secuestrado es en la tiroiditis de Hashimoto y coexisten así tejido tiroideo y linfoide, sin ser un ganglio linfático y ^{2º}) el Hashimoto puede coexistir con carcinoma o linfoma tiroideo y según algunos autores aunque discutido, predisponer a los mismos (- ⁵).

Sin embargo, desde el punto de vista diagnóstico, existen elementos que permiten la diferenciación entre esas entidades como vemos en la Tabla 3.

Destacamos de ella, que en el caso de la secuestración tiroidea, no existe en ningún sector del nódulo extraglandular, arquitectura de ganglio linfático, aunque puede haber tejido linfoide si es un Hashimoto como en nuestro caso; en segundo lugar no hay cambios sugestivos de malignidad, ni en el nódulo satélite, ni en el tiroides, no pudiendo ser una estructura papilar (debe considerarse metástasis, si así lo fuera) y en tercer lugar que la histología del nódulo y del tiroides, es prácticamente idéntica (Figura 1).

En el caso que presentamos, se cometieron varios errores.

- 1) Se interpretó por nosotros, el nódulo infraístmico, como una adenomegalia de una de las cadenas tributarias del tiroides, la cadena pretraqueal; recordamos que el grupo cervical profundo comprende los retrofaríngeos laterales, los prelaríngeos o «delficos» y los recurrentes. Y dicho nódulo se envió para que el patólogo se expidiera en la extemporánea, con diagnóstico de ganglio linfático. El hecho de encontrar además, numerosos ganglios recurrentes, también contribuyó al error de interpretación macroscópica.
- 2) No se valoró adecuadamente el informe de esa primera pieza, cuando el patólogo expresa que no reconoce arquitectura ganglionar, que como vimos es importante para el diagnóstico diferencial.
- 3) Al informar la extemporánea del lóbulo derecho, seguramente inducido por el error anterior, informo naturaleza maligna, pasando el borde de sección por tumor.

Esta suma de errores, llevó a una terapéutica errónea y desmesurada para una enfermedad no neoplásica; pues si bien la tiroiditis de Hashimoto puede tener indicación quirúrgica, no está indicada la tiroidectomía total, exponiendo al enfermo al riesgo recurrente, hipoparatiroideo e hipotiroideo si ya no tenía esta última condición. Lo dicho está resumido en la Tabla 4.

Sin que sea un descargo, debemos decir que la gran mayoría de los reportes de esta entidad, se

Tabla 4. Enfermedad de Hashimoto

Indicación quirúrgica
Sospecha de cáncer
Diagnóstico de cáncer
No respuesta a tiroxina supresiva
Fenómenos compresivos por su tamaño
Hipertiroidismo
Procedimiento quirúrgico
Tiroidectomía parcial o s/t

comunicó, luego de estudios de la pieza de tiroidectomía total, justamente para demostrar que eran metástasis, no encontrando carcinoma en el tiroides, y revisando la histología del supuesto «ganglio» ⁽²⁻⁴⁾

Como comentario final, pensamos en primer lugar, que esta es una situación que agrega una dificultad más, a la ya compleja y difícil biopsia extemporánea de la cirugía tiroidea. En segundo lugar, que a pesar de ser una situación infrecuente, debe tenérsela presente al realizar la biopsia extemporánea de un supuesto ganglio, tanto por el cirujano (seguridad de que es ganglio), como para el patólogo (buscar arquitectura ganglionar y de no encontrarla, solicitar otro ganglio, para hacer el diagnóstico de metástasis).

De no proceder así, se puede caer en errores diagnósticos y terapéuticos de trascendencia.

Bibliografía

1. **Low HC.** Papillary adenocytoma of thyroid and accessory thyroid glands. *Boston MSJ* 1903; 149: 616-23.
2. **King WLM, Pemberton J.** So called lateral aberrant thyroid tumors. *Surg Gynecol Obstet* 1942; 74: 991-1001.
3. **Warren S, Feldman JD.** Nature of lateral «aberrant» thyroid tumors. *Surg Gynecol Obstet* 1949; 88: 31-44.
4. **Frantz VK, Forsythe R, Hanford JM, Rogers WM.** Lateral aberrant thyroids. *Ann Surg* 1942; 115: 161-83.
5. **Rosai J.** Presence of thyroid tissue outside gland, in Ackerman's *Surgical Pathology*. Volumen one 434-36. Washington CV Mosby 1989.
6. **Wortsmann J, Dietrich J, Apesof J, Folse JR.** Hashimoto's Thyroiditis simulatin cancer of the thyroid. *Arch Surg* 1981 116 386-8.
7. **Moritz AR, Bayless.** Lateral cervical tumors of aberrant thyroid tissue. *Arch surg* 1932; 24: 1028-43.
8. **Crile G Jr.** Papillary tumors of thyroid and lateral aberrant thyroid origin. *Surg Gynecol Obstet* 1939; 69: 39-47.
9. **Sisson UJC, Schmidt RW, Beifwalts WH.** Sequestered nodular goiter. *N Engl J Med* 1964; 270(18): 927-32.
10. **Perdomo R, Tchekmedjian V, Ponaso H, De los Santos J, reissenweber NJ, Navarro A.** Nódulos cervicales postoperatorios por implantes tiroideos espontáneos. *Cir Uruguay* 1977 47(3): 175-82.
11. **Strauss M, Laurian N, Antebi N.** Coexistent carcinoma of the thyroid gland and Hashimoto's thyroiditis. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 157: 228-32.
12. **McLeod M, East M, Burney R, Harness J, Thompson N.** Hashimoto's thyroiditis revisited: the association with thyroid cancer remains obscure. *World J Surg* 1988; 12: 509-16.
13. **Holmes H Jr., Kreutner A, O'Brien P.** Hashimoto's thyroiditis and its relationship to other thyroid diseases. *Surg Gynecol Obstet* 1977; 144: 87.
14. **Hirabayashi R, Lindsay S.** The relation of thyroid carcinoma and chronic thyroiditis. *Surg Gynecol Obstet* 1965. 121. 243
15. **Crile G Jr, Hazard JB.** Incidence of cancer in Struma Lymphomatosa. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 115: 101



X CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGIA XLIV CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

5 al 10 de diciembre de 1993
PUNTA DEL ESTE, URUGUAY

Comité Organizador del Congreso

Presidente

Dr. Gonzalo Estapé Carriquiry

Vice Presidente

Dr. Roberto Grezzi

Director

Dr. José P. Perrier

Secretaria General

Dra. Sonia Boudrandi

Tesorero

Dr. Luis Yametti

Pro Tesorero

Dr. Luis Perrone

Invitados extracontinentales

- ASCER (EE.UU.)
- JOSE BOIX OCHOA (ESPAÑA)
- JOSE GARCIA SABRIDO (ESPAÑA)
- LEANDRO GENNARI (ITALIA)
- GOLOKOVSKY (EE.UU.)
- E.U. BARBARA GRUENDEMANN (EE.UU.)
- LEMUEL HERRERA (EE.UU.)
- HOURIE (FRANCIA)
- RICHARD HOWARD (EE.UU.)
- JACOBS (EE.UU.)
- LOMBILLO (EE.UU.)
- JONATAN MEAKINS (EE.UU.)
- ENRIQUE MORENO GONZALES (ESPAÑA)
- CARLOS PELLEGRINI (EE.UU.)
- PLACENCIA (EE.UU.)
- JACQUES PERISSAT (FRANCIA)
- I. VOGT-MOYKOPF (ALEMANIA)

Actividades del congreso

- X CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGIA
- XLIV CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA
- 1ER. ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE CIRUGIA LAPAROSCOPICA
Auspiciado por la Sociedad Interamericana de Cirugía Laparoscópica
- 1ERAS. JORNADAS LATINOAMERICANAS DE RESIDENTES QUIRURGICOS
- 1ERAS. JORNADAS LATINOAMERICANAS INTEGRADAS DE ENFERMERIA QUIRURGICA
- III CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA DE TORAX
- V CONGRESO URUGUAYO DE ANGIOLOGIA
- 3AS. JORNADAS URUGUAYAS DE CIRUGIA PEDIATRICA
- 1AS. JORNADAS LATINOAMERICANAS INTEGRADAS DE INSTRUMENTADORES QUIRURGICOS

- ACTIVIDADES FEDERACION LATINOAMERICANA DE MASTOLOGIA (F.L.A.M.)

CURSOS (Actividad matutina)

INFECCIONES ANTIBIOTICOS Y CIRUGIA

Coordinador: Dr. Nisso Gateño.

Invitados: Dres. J. Meakins, R. Howard.

II. AVANCES EN CIRUGIA ONCOLOGICA ACTUALIZACION Y CONTROVERSA EN TERAPEUTICA ONCOLOGICA ABDOMINAL

Coordinador: Dr. Uruguay Larre Borges.

Invitados: Dres. Hourie, L. Gennari, E. Moreno González, L. Herrera.

III. TRAUMA

Coordinador: Dr. José Trostchansky.

Invitados: Dres. M. Golokovsky, J. García Sabrido.

IV. CIRUGIA LAPAROSCOPICA

Coordinador: Dr. Alfredo Sepúlveda (Chile).

Invitados: Dres. C. Pellegrini, J. Perissat, Jacobs, Lombillo, Placencia.

III CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA DE TORAX (actividad vespertina)

- Invitado: II. Vogt-Moykoppf (Alemania)
- 1) Abordajes no habituales transtorácicos y de frontera.
- 2) Cirugía del vínculo torácico
- 3) Malformaciones broncopulmonares
- 4) Cirugía toracoscópica
- 5) Procedimientos recientes en imagenología torácica no intraesofágica - RMN.
- 6) Adquisiciones recientes en imagenología torácica

V CONGRESO URUGUAYO DE ANGIOLOGIA (actividad vespertina)

- Invitado: Ascer (EE.UU.)
- 1) Métodos de diagnóstico no invasivo en patología vascular
- 2) Angioacceso para hemodiálisis: preservación - reparación
- 3) Cirugía directa de la insuficiencia venosa. Propuesta de los HMLI.
- 4) Tratamiento de los síndromes compresivos vasculares.
- 5) Tromboembolismo vascular.
- 6) Avances en cirugía vascular endoluminal (diálogo con expertos).

3RAS. JORNADAS URUGUAYAS DE CIRUGIA PEDIATRICA (actividad vespertina).

Invitado: J. Boix Ochoa (España)

- 1) Reflujo gastroesofágico
- 2) Tumores en pediatría
- 3) Cirugía de tórax en el neonato