

Cartilago Heterotópico en la Glándula Tiroides

DR. LUIS ADÁN SÁENZ MARADIAGA *

DR. JUAN JOSÉ SEGURA FONSECA **

La presencia de cartilago heterotópico aislado dentro de la glándula Tiroides, es decir sin asociación con tumores teratoides o mesenquimáticos, es un hecho poco conocido. Previo a este informe, solamente hay dos casos informados por Finkle y Goldman, (4) en piezas quirúrgicas provenientes de una tiroidectomía sub-total.

Nuestro propósito, es el de informar el tercer caso de tal entidad, como un hallazgo causal de autopsia en una paciente con un Adenocarcinoma infiltrante de la mama, operado e irradiado, con metastasis múltiples.

INFORME DEL CASO:

Femenina de 64 años de edad, de raza blanca, que 9 años antes de su muerte se le diagnosticó un Adenocarcinoma infiltrante de la mama izquierda, por lo que se le practicó una mastectomía radical, en la que se encontró metástasis en dos ganglios linfáticos, de catorce disecados. Once meses antes de su muerte, presentó un Síndrome de Vena Cava Superior, debido a múltiples metástasis a ganglios linfáticos intratorácicos, por lo que recibió cobaltoterapia en la región del tórax (3450 rads), mejorando notablemente su cuadro clínico. Posteriormente, su estado general desmejoró y las radiografías óseas, mostraron múltiples imágenes metastásicas, falleciendo la paciente en estado de caquexia extrema.

La autopsia se practicó en una paciente caquética, que mostraba múltiples metástasis a ganglios linfáticos periaórticos e intertráqueobronquiales, calota, húmero derecho, fémur izquierdo, columna vertebral dorsal, duramadre, pericardio, ambos pulmones, hígado, suprarrenales y diafragma. Además como causa desencadenante de la muerte, presentaba neumonía basal bilateral. La glándula Tiroides, pesó 10 gramos, era simétrica, de aspecto atrófica y de color café rojiza. Al corte era firme, de color café rojiza y macroscópicamente no presentaba lesiones. El examen histológico de dicha glándula, mostró un foco de cartílagos hialino, maduro, que se encontraba rodeado por una capa de tejido fibroso y que comprimía al tejido tiroideo. Este no mostraba ninguna alteración. (Fig. N° 1).

* Residente de Tercer Año, Departamento de Patología, Hospital San Juan de Dios.

** Asistente, Departamento de Patología, Hospital San Juan de Dios, y Profesor Adjunto, Cátedra de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

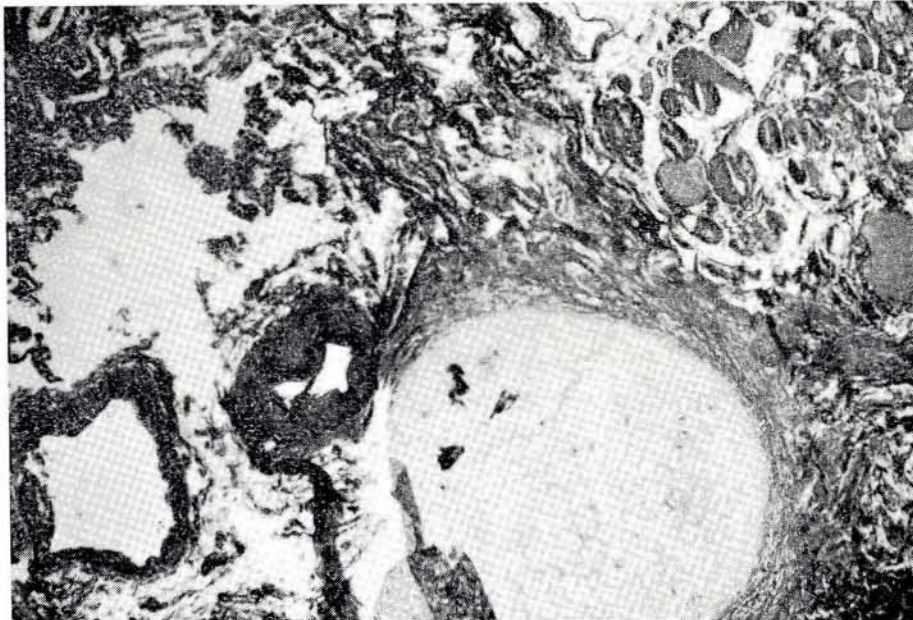


Fig. 1: Foco de cartilago hialino bien d'ferenciado, rodeado por una capa de tejido fibroso y vasos sanguíneos, que comprimen al tejido tiroideo. (H. & E. 10X).

DISCUSION:

Hay muchos casos informados en la literatura, sobre el hallazgo de tejido tiroideo en sitios alejados de la glándula normal, el cual puede originarse por una localización heterotópica, una metástasis de un carcinoma del Tiroides bien diferenciado o bien como una diferenciación dentro de un teratoma. (6) De estos sitios ectópicos, quizás el más frecuente sea la región de la base de la lengua o en la porción faríngea del agujero ciego. (1) Otras localizaciones informadas son: la parte anterior de la lengua, (12) dentro de la laringe (2,10) en la tráquea (3), en el mediastino, (1) cerca de los conductos biliares, (7) o en localizaciones todavía más raras como es la pared vaginal, hecho informado recientemente. (6)

Pero lo contrario, es decir, la presencia de diferentes tejidos heterotópicos en la glándula Tiroides, que no sean producidos por una neoplasia, ya sea metastásica o primaria, tal como ocurre en los teratomas, o bien como una metaplasia del estroma en carcinoma tiroideo, (8) es mucho más rara. Ejemplos de esta heterotopia son la presencia de músculo estriado (5) y cartílago maduro. (4)

A nuestro entender, este sería el tercer caso informado en la literatura, de la presencia de cartílago heterotópico en la glándula Tiroides. La heterotopia cartilaginosa, también se ha informado en otros órganos, tales como el útero. (11)

En cuanto a la morfogenesis de los nódulos aislados de cartílago hialino dentro de la glándula Tiroides, se cree que pueda representar ya sea un fenómeno disontogenético o bien un fenómeno adquirido, para lo que se han propuesto varios posibles mecanismos histogénéticos. (4)

La primera posibilidad, de que se trate de un fenómeno disontogenético, se explicaría mediante el origen dual del cartílago heterotópico, ya sea de origen branquial, o broncogénico, a través de una diferenciación compleja de los componentes mesodérmicos y endodérmicos, de la bolsa faríngea, como ocurre en los casos descritos de la presencia de tejido tiroideo dentro de la laringe y la tráquea. (9) La presencia de estos restos branquiales o broncogénicos, servirán como nidos morfogénéticos a través de los cuales se llevaría a cabo la diferenciación condroide heterotópica.

La segunda posibilidad a considerar, sería de que se tratara de una metaplasia del estroma tiroideo, aunque se sabe que los cambios metaplásticos en la glándula Tiroides, usualmente ocurren con mucho mayor frecuencia en el componente epitelial que en el estroma.

Por último, nos quedaría pensar de que se tratara de un proceso degenerativo de la glándula Tiroides, pero estos procesos desencadenarían sobre todo calcificación distrófica y osificación, y no diferenciación condroide. (4)

RESUMEN

Se informa un nuevo caso de cartílago heterotópico en la glándula Tiroides, en una autopsia practicada a una paciente de 64 años de edad, que falleció a consecuencia de un adenocarcinoma de la mama, metastásico. Se revela la literatura, encontrándose solamente dos casos previamente informados, con lo que el presente, constituye el tercer caso de esta rara heterotopia.

SUMMARY

A new case of cartilage tissue located within the Thyroid gland is reported. This was an autopsy finding in a 64 year-old, female, with extensive metastatic disease from an operated breast carcinoma. A review of the literature showed only two previous similar reported cases. Our case represents the third case reported of the rare heterotopia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ACKERMAN, L. V., AND ROSAI, J.:
Surgical Pathology. The C. V. Mosby Company. St. Louis 1974. pp. 306.
- 2.—BEESON, H. B.:
Aberrant Goiter. Arch. Otolaryngol. 25: 449, 1937.
- 3.—COOPER, T. V.:
A Case of Aberrant Thyroid Tissue in the Trachea. J. Clin. Pathol. 3:48, 1950.
- 4.—FINKLE, H. I., AND GOLDMAN, R. L.:
Heterotopic Cartilage in the Thyroid. Arch. Pathol. 95:48, 1973.
- 5.—GARDINES, W. R.:
Unusual Relationships Between Thyroid Gland and Skeletal Muscle in Infants. A review of the literature and four cases reports. Cancer 9:681, 1956.
- 6.—KURMAN, R. J., AND PRABHA, A. C.:
Thyroid and Parathyroid Glands in the Vaginal Wall. Am. J. Clin. Pathol. 59:503, 1973.
- 7.—MEISSNER, W. A., AND WARREN, S.:
Tumors of the Thyroid Gland. Atlas of Tumor Pathology. Fasc. 4. Second series. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D. C., 1968.
- 8.—MEISSNER, W. A.:
Undifferentiated Carcinomas of the Thyroid. Thyroid Cancer. U.I.C.C. monograph series. New York, Springer Verlag, 1969. Vol. 12, pp. 36-43.
- 9.—RANDOLPH, J., GRUNT, J. A., AND VAWTER, G. F.:
The Medical and Surgical Aspects of Intratracheal Goiter. N. Engl. J. Med. 268:457, 1963.
- 10.—RICHARDSON, G. M., AND ASSOR, D.:
Thyroid Tissue within the Larynx. Laryngoscope 81:120, 1971.
- 11.—ROTH, E., AND TAYLOR, H. B.:
Heterotopic Cartilage in the Uterus. Obstet. Gynecol. 27:838, 1966.
- 12.—SAUK, J. J.:
Ectopic Lingual Thyroid. J. Pathol. 102:239, 1970.