

Tireóide ectópica cervical lateral. Relato de caso e revisão da literatura

Ectopic lateral neck thyroid tissue. Report of case and review of literature

*Norimar H. Dias¹, João A. Ximenes Filho¹,
Gláucia M. F. S. Mazeto², Carlos E. Bachi³,
José V. Tagliarini⁴*

Palavras-chave: tireoide ectópica, cervical lateral,
diagnóstico, tratamento.
Key words: ectopic thyroid tissue, lateral neck, diagnosis,
management.

Resumo / Summary

Tireóide ectópica é qualquer tecido tireoideano localizado fora de sua topografia habitual, podendo apresentar-se na linha mediana do pescoço ou, mais raramente, na região cervical lateral. Algumas teorias tentam explicar a origem do tecido tireoideano ectópico: 1. falha na descida da glândula; 2. seqüestro de nódulos tireoideanos; 3. presença de tecido tireoideano na cápsula de linfonodos cervicais; 4. formação teratomatosa; 5. Secundário a anomalias branquiais. Na abordagem diagnóstica, diversos exames têm sido utilizados, sendo o diagnóstico definitivo algumas vezes fornecido apenas pelo estudo histopatológico. Apesar das controvérsias em relação às abordagens terapêuticas apresentadas na literatura, é necessário um planejamento rigoroso para evitar iatrogenias. Conclui-se que a presença de tecido tireoideano ectópico deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de massas cervicais laterais, e sua origem histológica considerada, sendo na maioria das vezes metástase de um carcinoma tireoideano oculto. Os autores relatam um caso de tecido tireoideano ectópico lateral no pescoço, em paciente do sexo feminino com bócio colóide mergulhante. Foram realizadas considerações importantes sobre dismorfogênese tireoideana, métodos diagnósticos e opções de tratamento, com revisão da literatura das últimas cinco décadas.

Ectopic thyroid is any thyroid tissue located outside its normal topography, which may present itself along the median line of the neck or, more rarely, in the lateral cervical region. Some theories seek to explain the origin of ectopic thyroid tissue as: 1. Failure in descent of the gland; 2. Occlusion of thyroid nodules; 3. Presence of thyroid tissue in the cervical lymph node capsules; 4. Teratomatous formation; 5. Secondary to branchial anomalies. For diagnosis, a number of exams have been used, the definitive diagnosis sometimes being provided only by a histopathological study. Despite the controversies in relation to therapeutic approaches presented in the literature, rigorous planning is necessary in order to avoid iatrogenias. It is concluded that the presence of ectopic thyroid tissue should be remembered upon diagnosis of differential lateral cervical masses, and its histological origin considered, it most often being metastasis of an occluded thyroid carcinoma. The authors present a case of ectopic lateral neck thyroid tissue, in a woman aged 42 with atoxic multinodular goiter. Important considerations were accomplished about the theories to explain the origin of ectopic thyroid tissue, diagnostic methods and treatment options, reviewing the literature of the last five decades.

¹ Otorrinolaringologistas, Ex-Residentes da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

² Docente da Disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

³ Docente da Disciplina de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

⁴ Docente da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Trabalho realizado na Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de OFT, ORL e CCP – UNESP – Botucatu – SP.

Trabalho apresentado no 35º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, no dia 20 de outubro de 2000, na cidade de Natal – RN.

Endereço para correspondência: José Vicente Tagliarini – Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP – 18618-000 – Fone Fax (0xx14) 68026256 – Botucatu – São Paulo – Brasil – E-mail: vicente@fmb.unesp.br

Artigo recebido em 10 de maio de 2001. Artigo aceito em 17 de julho de 2001.

INTRODUÇÃO

Tireóide ectópica foi primeiramente descrita por Hickman em 1869³, sendo definida como qualquer tecido tireoideano não localizado em sua topografia habitual, ou seja, anteriormente ao segundo, terceiro e quarto anéis traqueais, na linha média cervical. Mais frequente em mulheres (3-4:1)⁷, é anomalia rara do desenvolvimento. É a principal causa de hipotireoidismo em crianças, constituindo-se 52% das disgenesias tireoideanas. Tipicamente, o tecido ectópico está localizado na linha mediana do pescoço, desde a base da língua até o mediastino² ou, mais raramente, na região cervical lateral o que, até poucas décadas, era sempre considerado metástase de carcinoma tireoideano oculto. Apenas em meados da década de 60, os autores passaram a descrever tecido tireoideano normal localizado na região lateral do pescoço⁴. Existem ainda casos relatados de tecido tireoideano ectópico em outras regiões, como o sistema porta-hepático, a vesícula biliar e o ovário¹⁴. No presente trabalho, os autores relatam um caso de tecido tireoideano ectópico lateral no pescoço, em paciente com bócio colóide mergulhante.

RELATO DO CASO

Mulher de 42 anos, acompanhada desde 1993 com bócio multinodular atóxico. A cintilografia com pertecnetato de sódio mostrava tireóide tóxica, aumentada de volume em lobo esquerdo, com nódulo hipocaptante. A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) mostrava bócio colóide. Em 1998, foi detectada nodulação em região cervical alta à direita. A tomografia computadorizada (TC) mostrou massa em topografia de região jùgulo-carotídea

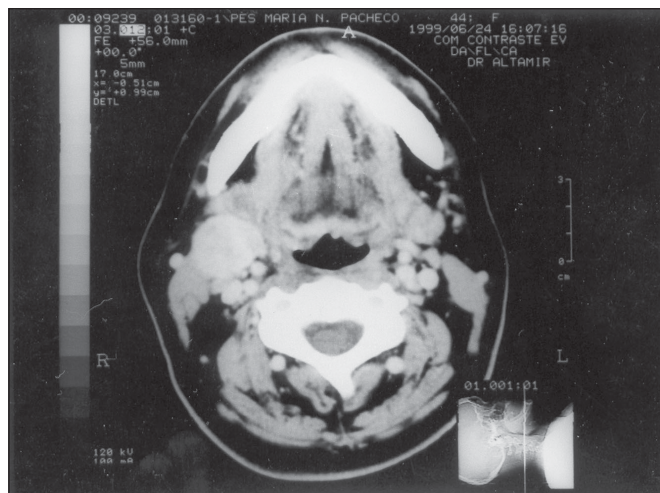


Figura 1. Tomografia computadorizada mostrando a massa em região jùgulo-carotídea alta direita.

alta direita com realce pós-contraste (Figura 1), e bócio mergulhante à esquerda. A PAAF em 1999 mostrou novamente bócio colóide. A PAAF da massa cervical lateral apresentou aspecto de lesão tireoideana cística. A endoscopia de vias aéreas e digestivas superiores foi normal. Em 1999, a cintilografia com iodo apresentava hiperconcentração em região jùgulo-carotídea alta direita, semelhante à da tireóide (Figura 2). Optou-se por biópsia excisional da massa e solicitou-se congelação, que mostrou tratar-se de bócio colóide em tecido tireoideano, sem componentes linfáticos, sendo confirmado pelo histopatológico. Procedeu-se então lobectomia tireoideana esquerda no mesmo ato cirúrgico, devido tratar-se de lobo mergulhante, mostrando o mesmo padrão histológico da massa, com ausência de neoplasia.

DISCUSSÃO

No presente caso, alguns dados merecem destaque:

1. concomitância de tecido tireoideano ectópico com glândula tóxica;
2. presença de alterações clínicas e cintilográficas na glândula, e o fato de apresentar lobo contra-lateral mergulhante causando desvio proximal da traquéia para direita;
3. constatação na cintilografia, realizada em 1993, de área hipercaptante à direita interpretada como tecido de glândula submandibular;
4. sua peculiar localização retroangulomandibular, causando dificuldade no diagnóstico diferencial com tumores das glândulas salivares maiores;
5. auxílio da cintilografia com Iodo¹³¹ na comprovação de tratar-se de tecido de origem tireoideana, uma vez que a utilização do tecnécio não afasta a possibilidade de patologia de glândula salivar;

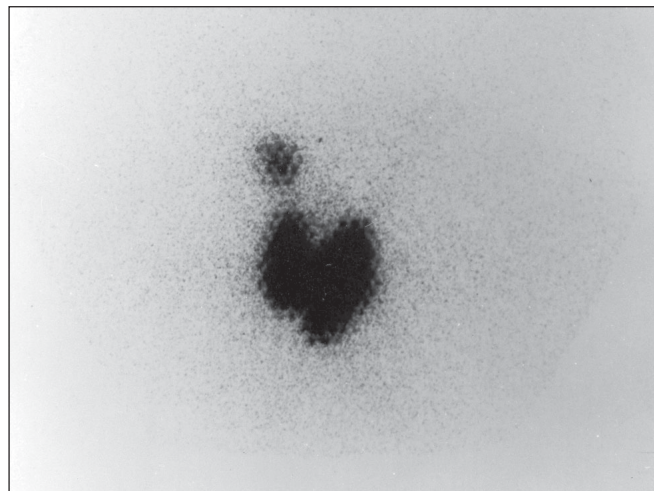


Figura 2. Cintilografia com iodo apresentando hiperconcentração em região jùgulo-carotídea alta direita, semelhante à da tireóide.

6. a realização de congelação durante o ato cirúrgico que mostrou tecido tireoideano com bócio colóide sem evidência de neoplasia e tecido linfóide ao redor da lesão, confirmado depois no estudo histopatológico.

Desde a década de 40, alguns autores tentaram provar que a até então chamada tireóide lateral aberrante tratava-se na realidade de metástase linfática de carcinoma oculto bem diferenciado de glândula tireóide^{5,8}. Apenas em 1966, Block e colaboradores (1966)⁴ publicaram dois casos de tecido tireoideano lateral no pescoço onde foi realizado tireoidectomia total com esvaziamento cervical modificado. Em ambos os casos, não foi encontrada comprovação histológica de doença neoplásica, provando assim que nem todo tecido tireoideano lateral no pescoço é de origem maligna. O principal objetivo destes estudos, no entanto, não é retirar o enfoque da possibilidade de neoplasia, e sim o de evitar tireoidectomia com esvaziamento cervical onde não houver comprovação de tratar-se de doença maligna⁵. É interessante ressaltar que o tema ainda provoca discussão na literatura. Mareci e colaboradores (1986)¹⁰ contestaram a existência de tecido tireoideano não neoplásico na região lateral do pescoço. Este autor mostrou uma série de 268 pacientes com câncer de tireóide onde 13,4% apresentavam, como sintoma inicial, apenas massa cervical lateral. Em todos os casos, o exame histológico mostrou neoplasia primária na glândula tireóide. Dentre os casos relatados nas últimas décadas de tireóide ectópica lateral no pescoço, vale ressaltar aqueles onde o tecido localizava-se em região submandibular, primeiramente descrito por Heldonis e colaboradores⁶ em 1980, e a seguir relatado por outros autores^{1,2,11}. Todos estes casos tratavam-se de tecido tireoideano, sem sinais de neoplasia. Rubenfeld e colaboradores (1988)¹³ relataram um caso de tecido ectópico em região de trígono carotídeo direito tratado cirurgicamente, que levou o paciente ao hipotireoidismo, uma vez que não havia glândula tópica.

Algumas teorias tentam explicar a origem do tecido tireoideano ectópico:

1. falha na descida da glândula de seu sítio embrionário para a sua posição no adulto, causando o surgimento de ectopia de linha média²;
2. seqüestro de nódulos tireoideanos em decorrência de tireoidites, traumatismos ou hiperplasia nodular¹⁴;
3. presença de tecido tireoideano sem aspecto neoplásico na cápsula de linfonodos cervicais^{2,14};
4. formação teratomatosa, principalmente extra-cervical;
5. implantação intra-operatória de células tireoideanas benignas e autônomas em outros locais do pescoço, sendo no entanto, mais comum com células neoplásicas bem diferenciadas¹²;
6. anomalias branquiais: a glândula tireóide desenvolve-se embriologicamente de um broto medial do assoalho da faringe e de um par de brotos laterais oriundos da 4ª e 5ª bolsas branquiais.

No início da sétima semana de gestação, faz-se a fusão

dos dois brotos laterais com o broto faríngeo medial, sendo a falha nesta fusão a origem do tecido tireoideano ectópico lateral no pescoço⁸.

Em algumas situações, em geral onde há elevação do metabolismo corpóreo (puberdade, menstruação, gestação, infecções, traumas, cirurgias e outras situações de estresse), com hiperestimulação hormonal do tecido ectópico, este, até então assintomático, aumenta de volume passando a ser percebido pelo paciente^{3,7}.

Em termos de critérios diagnósticos, além de anamnese e exame físico, alguns exames complementares auxiliam no diagnóstico diferencial. Exames não-invasivos, como o ultra-som e a TC têm sido utilizados na abordagem inicial, já que distinguem as massas sólidas das císticas, mostrando relações com órgãos adjacentes⁹. Alguns autores sugerem que, na presença de lesões sólidas, sem tireóide tópica, estaria indicado estudo cintilográfico para determinação do tamanho, localização e atividade do tecido ectópico³. Mareci e colaboradores (1986)¹⁰ não consideraram o estudo cintilográfico relevante na avaliação de massas submandibulares. Entretanto, Morgan e colaboradores (1995)¹¹ alguns anos depois sugeriram a realização deste exame na abordagem de pacientes com massas cervicais onde a origem tireoideana não puder ser excluída^{1,13}. O hipotireoidismo deve ser pesquisado, uma vez que este é reportado em 33% dos casos com ausência da tireóide tópica, já que o hormônio produzido pelo tecido ectópico é normal, porém insuficiente³. A PAAF é exame útil. No entanto, não podemos descartar neoplasia maligna na presença de benignidade à punção. O diagnóstico definitivo muitas vezes só será possível com a exérese do tecido ectópico¹.

Há algumas décadas, os tecidos ectópicos laterais eram considerados malignos. Lahey e Ficarra (1946)⁸ indicavam esvaziamento cervical seguido de radioterapia como melhor forma de tratamento. Quando Block e colaboradores (1966)⁴ descreveram a possibilidade do tecido ectópico tireoideano lateral ser de origem benigna, sugeriram a realização de tireoidectomia subtotal, deixando a porção posterior do lobo contra-lateral a fim de evitar hipoparatiroidismo. O autor ainda sugeriu o estudo histológico minucioso na procura de carcinoma oculto.

Atualmente, com a possibilidade de um tecido ectópico lateral, as condutas podem ser mais conservadoras. De acordo com Leung e colaboradores (1995)⁹, nenhum tratamento é necessário em crianças eutireoideanas assintomáticas com glândula tireóide ectópica. Kansal e colaboradores (1987)⁷ recomendam hormonioterapia em todo paciente assintomático com tecido ectópico, prevenindo o aumento de volume do mesmo, diminuindo o risco de malignização e de hipotireoidismo. Por outro lado, Benedetto (1997)³ só recomenda hormonioterapia em situações especiais como hipotireoidismo, aumento de TSH e aumento de volume do tecido. Devemos salientar

que o tecido ectópico está sujeito a qualquer patologia tireoideana, como bócio ou neoplasia. Carcinomas tireoideanos primários originados em tecido ectópico não são comuns, sendo a maioria carcinomas papilíferos ou carcinomas mistos¹⁴. Subramony e colaboradores (1997)¹⁴ ilustram que, em raras ocasiões, um carcinoma tireoideano primário pode surgir num tecido ectópico lateral ou medial no pescoço. Justificam-se assim, abordagens cirúrgicas para exérese de uma possível neoplasia¹⁰. Daí a importância da congelação durante o ato cirúrgico, evitando-se ressecções desnecessárias. Aköz e colaboradores (1998)² sugerem a exérese do tecido ectópico como tratamento de escolha em pacientes com glândula tópica funcionante.

Na ausência de tireóide tópica, Swan e colaboradores (1952)¹⁵ sugerem a realização de autotransplante do tecido ectópico, tentando-se evitar hipotireoidismo. O local para implantação do tecido não é importante na sobrevivência do mesmo, sendo o músculo reto abdominal usado mais comumente pelo fácil acesso⁷.

O diagnóstico diferencial das massas cervicais laterais sempre foi um desafio pelas diferentes patologias que podem estar envolvidas. A presença de tecido tireoideano ectópico deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de massas cervicais laterais, e sua origem histológica considerada, sendo na maioria das vezes metástase de um carcinoma tireoideano oculto. Abordagem diagnóstica correta e direcionada resultará numa terapêutica adequada, evitando-se iatrogenias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUIRRE, A.; PIEDRA, M.; RUIZ, R.; PORTILLA, J. – Ectopic thyroid tissue in the submandibular region. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 71:73-6, 1991.
2. AKÖZ, T.; ERDOĞON, B.; AYHAN, M.; ÇINAR, F. – Ectopic submandibular thyroid tissue. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 119:323-5, 1998.
3. BENEDETTO, V. – Ectopic thyroid gland in the submandibular region simulating a thyroglossal duct cyst: a case report. *J Pediatr Surg.* 32:1745-6, 1997.
4. BLOCK, M.A.; WYLIE, J.H.; PATTON, R.B.; MILLER, J.M. – Does benign thyroid tissue occur in the lateral part of the neck? *Am J Surg.* 112:476-81, 1966.
5. FISH, J.; MOORE, R.M. – Ectopic thyroid tissue and ectopic thyroid carcinoma: a review of the literature and report of a case. *Am Surg.* 15:212-22, 1963.
6. HELDONIS, E.; DOKIANAKIS, G.; DAPAZOĞLOU, G.; PANTAZOPOULOS, P.; THOMOPOULOU, H. – Ectopic thyroid gland in the submandibular region. – *J Laryngol Otol.* 94:219-24, 1980.
7. KANSAL, P.; SAKATI, N.; RIFAI, A.; WOODHOUSE, N. – Lingual thyroid. Diagnosis and treatment. *Arch Intern Med.* 147:2046-8, 1987.
8. LAHEY, F.H.; FICARRA, B.J. – The lateral aberrant thyroid. *Surg Gynecol Obstet.* 82:705-11, 1946.
9. LEUNG, A.K.C.; WONG, A.L.; ROBSON, L.M. – Ectopic thyroid gland simulating a thyroglossal duct cyst: a case report. *Can J Surg.* 38:87-9, 1995.
10. MACERI, D.R.; BABYAK, J.; OSSAKOV, S.J. – Lateral neck mass. Sole presenting sign of metastatic thyroid cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 112:47-9, 1986.
11. MORGAN, N.J.; EMBERTON, P.; BARTON, R.P. – The importance of thyroid scanning in neck lumps. A case report of ectopic tissue in the right submandibular region. *J Laryngol Otol.* 109:674-6, 1995.
12. MOSES, D.C.; THOMPSON, N.W.; NISHIYAMA, R.H.; SISSON, J.C. – Ectopic thyroid tissue in the neck. Benign or malignant? *Cancer.* 38:361-5, 1976.
13. RUBENFELD, S.; JOSEPH, U.A.; SCHWARTZ, M.H.; WEBER, S.C.; JHINGRAN, S.G. – Ectopic thyroid in the right carotid triangle. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 114:913-5, 1988.
14. SUBRAMONY, C.; BALIGA, M.; LEMOS, L.B. – Follicular carcinoma arising in ectopic thyroid tissue: case report with fine-needle aspiration findings. *Diagn Cytopathol.* 16:39-41, 1997.
15. SWAN, H.; HARPER, F.; CHRISTENSEN, S.P. – Autotransplantation of thyroid tissue in the treatment of lingual thyroid. *Surgery;* 32:293-8, 1952.