

TIROIDES ABERRANTES *

CLEMENTE VILLASEÑOR
Académico de número

La glándula tiroides se origina en una evaginación del intestino faríngeo, entre los esbozos anterior y posterior de la lengua. Por ramificación se produce una glándula cuyo canal excretor es el conducto tireogloso, del cual persiste solamente la desembocadura: el agujero ciego de la lengua. El resto del conducto desaparece.

La glándula tiroides es primitivamente tubulosa compuesta. Privada de su conducto excretor, los tubos secretores se fragmentan en vesículas.

La glándula puede permanecer, sin descender, en el lugar de su origen, o detenerse en cualquier lugar de su sendero. O bien, dejar en este trayecto esbozos glandulares que posteriormente den origen a glándulas bien desarrolladas coexistentes con el tiroides normal.

En el primer caso falta la glándula en su sitio habitual y su ausencia suele acompañarse de cretinismo, además de disfonía y disfagia cuando se desarrolla en la base de la lengua.

En el segundo de los casos solamente se observan los trastornos mecánicos.

Otras anomalías del desarrollo tiroideo consisten en la emisión de expansiones hacia la cavidad torácica, hacia la cara lateral del cuello, hacia el espacio peritraqueal y hacia la cavidad misma de la tráquea.

La presencia de estos tiroides es, generalmente, asintomática, y solamente se manifiestan cuando se hipertrofian (bocios) o cuando sufren transformación neoplásica (adenomas y adenocarcinomas).

La sintomatología es, habitualmente, de orden mecánico, sobre todo en los bocios lingual, peritraqueal, endotraqueal y torácico.

Si la embriología explica claramente la existencia de estos bocios, la teratología nos da la clave de otro tiroides aberrante: el *struma ovarii*, cuya hipertrofia constituye el bocio ovárico.

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 24 de septiembre de 1952.

El ovario es frecuentemente asiento de teratomas en los que suelen observarse todos los tejidos y órganos de la economía, derivados de una o varias hojas blastodérmicas.

La glándula tiroidea suele encontrarse sola o acompañada de otras formaciones organoides. Es la primera eventualidad la que nos ocupa.

La inclusión estrumoiide en el ovario es de tamaño variable, llegando a alcanzar las dimensiones de una cabeza de adulto.

La mayor parte de las veces es asintomática, pero se citan casos de hipertiroidismo que desaparece después de la ovariectomía.

Difícil de explicar resulta la presencia de tejido tiroideo en la intimidad de la substancia ósea. Su primer síntoma es una tumoración sobre un hueso plano, o la fractura espontánea de un hueso largo, sin tendencia a la consolidación. El diagnóstico clínico es de osteosarcoma; el estudio histopatológico revela vesículas tiroideas típicas. No es el caso evidente de un adenocarcinoma tiroideo con metástasis óseas. La glándula tiroidea no acusa siquiera ligera hipertrofia.

Se ha intentado de explicar como un trasplante de tejido tiroideo (struma metastático benigno) cuyas células pasarían a la sangre a consecuencia de un traumatismo (fenómeno que no sucede con ningún otro tejido), o como una verdadera metástasis de un adenocarcinoma incipiente de la glándula normal o tal vez de un tiroidea aberrante intratorácico.

Pero entonces cabe preguntar: ¿por qué el struma metastático presenta estructura de tiroidea normal?

Queda en pie la pregunta. En esta nota comunicamos casos de nuestro archivo que, por lo poco frecuentes, resultan de interés. Son: dos casos de bocio lingual; siete de bocio ovárico, y dos de struma metastático en hueso.

RESUMEN

El autor revisa la embriología y la sintomatología de las tiroideas aberrantes, incluyendo el *struma ovarii*, y presenta once casos de su experiencia.

SUMMARY

The author reviews the embryology and symptomatology of the aberrant thyroid gland, including *struma ovarii*, and he presents eleven cases of his own.



FIG. 1. Bocio lingual revestido superficialmente por el epitelio papilar de la base de la lengua.

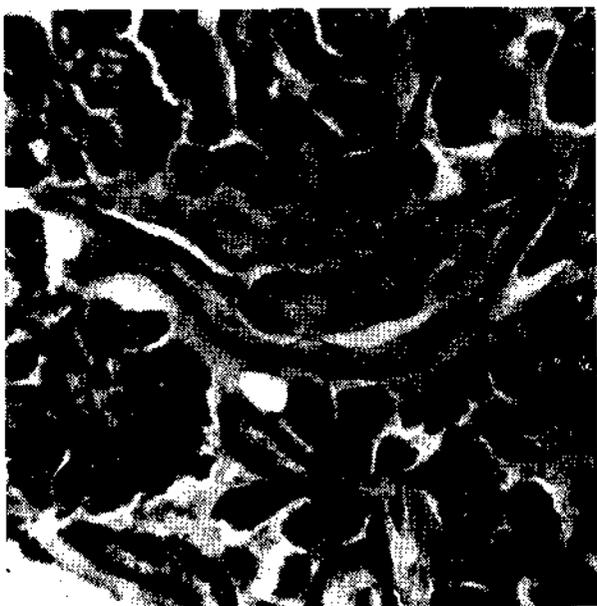


FIG. 2. Adenoma papilar en la cara lateral del cuello.



FIG. 3. Bocio ovárico.

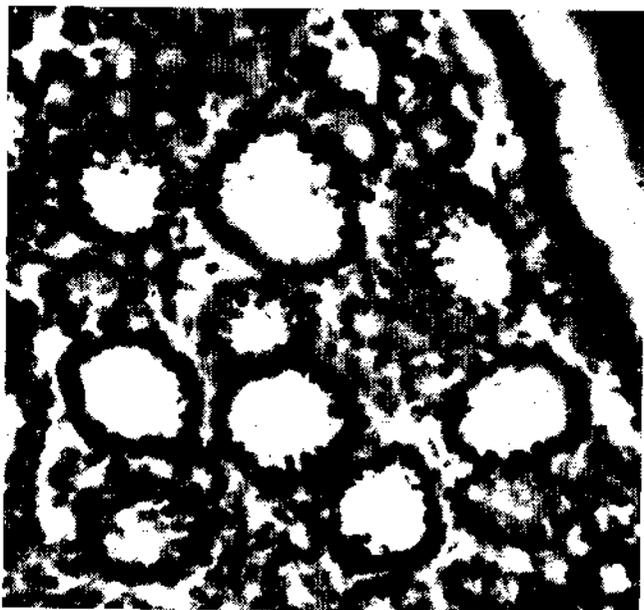


FIG. 4. Struma metastático benigno en un hueso de la bóveda craneal.

BIBLIOGRAFIA

- Hertzler, Arthur E.: Diseases of the Thyroid Gland., 1942.
Geist, S. H.: Ovarian Tumors, 1942.
Willis, R. A.: Pathology of Tumors, 1948.
Moore, Allan: Anatomía Patológica, 1944.
Ewing, James: Neoplastic Diseases, 1940.
Masson, P.: Les Tumeurs, 1923.