

GLANDULA TIROIDES ABERRANTE EN LARINGE *

DR. RICARDO TAPIA ACUÑA

LA PRESENCIA de glándula tiroides en el interior de la laringe es extraordinariamente rara. Beeson reportó un caso en el que se pudo comprobar la presencia de tejido tiroideo sin alteraciones. Chevalier Jackson refirió dos casos en los cuales tampoco se encontraron alteraciones del tejido. Otros autores han reportado neoplasias tiroideas endolaringeas, siendo el más reciente Waggoner, quien refiere un caso de una paciente a quien ya le habían resecado parcialmente la glándula y que hubo de ser traqueotomizada. Después se le resecó por tirotomía un tumor que resultó en el examen: "Carcinoma Tiroideo Endolaringeo". Siendo 19 años la edad de la paciente, simplemente se decidió hacer la resección lo más amplio posible, sin llegar a la laringectomía. Considerando no completa la remoción de la tumoración por este método, se le administró yodo radioactivo con el debido control y después de siete años no ha habido evidencia de recaída. El relato de este caso nos lleva a pensar si Chevalier Jackson está en lo justo cuando afirma que la tiroides situada en tráquea o laringe se convertirá en tumor maligno tarde o temprano.

Existen dos tipos de tiroides aberrante en laringe, según su patogénesis: a) extensión directa hacia la tráquea o subglotis de la glándula normal, a través del espacio crico-tiroideo o del espacio crico-traqueal y b) situación anormal de islotes de la tiroides durante el desarrollo embrionario. La primera, de acuerdo con Waggoner, debe ser considerada falsa aberrante; la segunda, en cambio, constituye la verdadera tiroides aberrante.

* Leído el 11 de junio de 1958.

Para comprender mejor su presencia en sitios anormales, hay que recordar las causas señaladas por Shapiro, que son: 1) vestigios del área embriogénica pueden fijarse en cualquier sitio a lo largo del curso normal de la invaginación tiroidea, desde la lengua hasta el mediastino, durante el desarrollo embriogénico; 2) células correspondientes al área inicial embriogénica pueden ser desplazadas durante el desarrollo hacia lugares distantes, tales como el ovario, vagina, etc. y 3) más tarde durante la vida, el tejido tiroideo metastatiza y se implanta en sitios anormales. Estas teorías parecen razonables.

Dos casos he observado de "tiroides endolaringeo" con las características de aberrante, sin contar aquellos de tumores malignos propagados ya sea de laringe a glándula o viceversa. Estos dos casos son enteramente distintos entre sí, aunque la patogénesis es probablemente la misma. Su historia es la siguiente:

Caso número 1. Niña R. M. S. de dos y medio años de edad, hija de padres campesinos; vive en un pueblo pequeño en las inmediaciones de la capital. Sufre ronquera desde su nacimiento, la cual fue apreciada por sus padres durante el llanto. Nació a término y sin otra manifestación patológica que la mencionada ronquera, la cual fue acentuándose hasta que en los últimos días llegó a la afonía, al mismo tiempo que presentaba grandes dificultades para respirar y entonces fue llevada a la Consulta Externa del Pabellón 22, del Hospital General. No dió otros antecedentes de importancia; sus padres han sido siempre sanos; tiene dos hermanitos que nacieron a término y están bien; ella es la segunda de la familia. Al ser examinada por el que habla, el 17 de agosto de 1955, predominaba la disnea por lo que bajo anestesia local y sin premedicación, practiqué laringoscopia directa, habiendo encontrado la glotis totalmente ocupada por tumorcillos de aspecto de papiloma. Al hacer la resección del más prominente de ellos, noté que el cuello y la cara de la paciente aumentaban rápidamente de tamaño por cuyo motivo introduje inmediatamente un broncoscopio a través del laringoscopio y procedí a la traqueostomía con la técnica personal que en otra ocasión tuve el honor de presentar ante esta H. Academia. No fue difícil comprobar que se había presentado un enfisema por comunicación anormal. En vista de la rapidez con que se hizo la derivación aérea, dicho enfisema se detuvo y al cabo de tres días se había reabsorbido completamente. El reporte histopatológico del tumor resecaado dió el siguiente resultado: "La tumoración presenta estructura de glándula tiroides" (C. Villaseñor). La mayor parte de los tumorcillos papilomatoides persistían y por ello y sin retirar la cánula de traqueotomía procedí a su resección por vía directa hasta que después de tres sesiones, una

por semana, la laringe quedó completamente limpia. La naturaleza de ellos, de acuerdo con el dictamen del patólogo, fue: "papilomas", lo cual coincidió con la clínica. La paciente fue decanulada poco después y sujeta a observación periódica por varios meses. Como es habitual, los papilomas reaparecieron en proporción cada vez menor. Al mismo tiempo, se le dió mejor alimentación a la niña y se le administraron compuestos polivitamínicos como es costumbre hagamos en estos casos. Nunca volvió a presentarse el accidente de la perforación y al cabo de un año la laringe permanecía sin recaídas y la voz, aunque no completamente clara, era bastante aceptable.

Comentario al caso número 1. La posibilidad de una perforación accidental durante la resección de papilomas situados en glotis es remota si no existe previamente una anomalía, como sucedió en el presente caso. La papilomatosis era un agregado que probablemente no estaba presente al nacimiento. En cambio la ronquera sí lo estaba y es explicable porque una porción de la tiroides, independiente del resto de la glándula, se encontraba invaginada dentro de la laringe, por defecto de desarrollo. No fue posible investigar el metabolismo basal debido a la escasa edad de la enfermita; pero clínicamente no presentaba ni deficiencia ni hiperfunción tiroidea y su cuello era normal, siendo palpable la glándula. El hecho de que a pesar de nuevas intervenciones aún sin cánula de traqueotomía no volviera a observarse la comunicación anormal, se explica porque el fondo de saco en que estaba incluida la tiroides aberrante se encontraba en relación con el tejido celular y no con la glándula misma, por un orificio muy pequeño, que al cicatrizar no dejó huella.

Caso número 2. Enferma O. M. de V., de 55 años de edad. Fue examinada por primera vez en mi clínica particular el 31 de julio de 1957. Desde hacía tiempo notaba cierto cambio de voz. Un año antes de la fecha del examen sufrió una hemoptisis de cierta importancia cuya causa no fue posible aclarar en Veracruz, su lugar de residencia. Recientemente empezó a notar dificultad para respirar, la cual fue acentuándose hasta que, aconsejada por su médico, vino a esta capital para consultarme. Al ser examinada predominaba el síntoma disnea laringo-traqueal acompañado de disfonía. El espejo laríngeo dió a conocer la presencia de un tumor de color rojo oscuro, sobresaliendo abajo de la cuerda vocal derecha; la luz de la glotis francamente disminuida. En vista de que la respiración era, si no angustiosa, bastante difícil, ese mismo día se le practicó examen radiológico y al día siguiente abrí la laringe por incisión paramediana izquierda del cartilago tiroides, a modo de respetar el tumor y encontré lo que la laringoscopia y la tomografía habían mostrado claramente: una tumoración de color rojo oscuro, ligeramente irregular, de consistencia unifor-

me, ocupando la cara inferior de la cuerda vocal derecha, la región subglótica del lado correspondiente y la comisura anterior. En vista de que tenía tendencia a desgarrarse y sangrar, procedí a su resección con cuchillo eléctrico. Pude darme cuenta de que el esqueleto de la laringe y de la tráquea se encontraba anatómicamente íntegro y no existía la menor comunicación ni contacto con la glándula tiroides. Una vez resecado el tumor no se presentó hemorragia; sin embargo, como medida precautoria coloqué una cánula de traqueotomía, la cual retiré a las 48 horas. El resultado del examen histopatológico fue como sigue: "Está constituido por vesículas tiroideas de talla media, que contienen sustancia coloide coagulada. No se advierte proceso neoplásico. Diagnóstico: tiroide aberrante". (C. Villaseñor). En vista de que la evolución fue buena, habiéndose normalizado la respiración y mejorado la voz, se autorizó a la paciente para regresar a su lugar de residencia una semana después, debiendo continuar bajo vigilancia. Probablemente debido al informe que dirigí a su médico de cabecera, éste decidió aplicar 20 sesiones, una diaria de tele-cobalto sobre la glándula tiroides, las cuales fueron iniciadas tres meses después de la intervención, aún cuando la paciente no presentaba signos de recaída. Hasta hace dos meses, estaba perfectamente bien.

Comentario al caso número 2. Indudablemente que en esta ocasión, la presencia de tiroides aberrante endolaríngeo pudo ser plenamente comprobada por el acto quirúrgico a cielo abierto. Alguna razón debe haber tenido el médico de cabecera, quien desgraciadamente falleció hace seis meses, para aplicarle la terapia con cobalto. En el expediente de la paciente que dicho médico tenía no se dice nada al respecto ni hay pruebas de metabolismo basal señaladas. El método que empleó Waggoner en el caso que menciono al principio de este trabajo, consistente en la administración de yodo radioactivo, probablemente hubiera estado indicado. Sin embargo, el caso de mi paciente es distinto, ya que en ella no se encontró ningún dato que hiciera pensar en malignidad del proceso. Como la enferma no volvió a dar síntomas laringeos ni fue examinada por laringoscopia después del tratamiento quirúrgico, probablemente aún sin la terapia el caso estaba resuelto definitivamente. El empleo de cuchillo eléctrico en glotis puede traer como consecuencia la estenosis cicatricial; pero aquí fue necesario su empleo por las razones antes dichas y solamente se intervino sobre cara inferior de una sola cuerda vocal y una porción de la región subglótica; por ello no era de temerse dicha complicación.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. La tiroides aberrante endolaringea es muy rara y hay que diferenciarla de la falsa aberrante que no es sino una extensión de la glándula en su sitio normal.

2. Son presentados dos casos clínicos, uno correspondiente a una niña de corta edad y otro a un adulto en quien parece haberse desarrollado tardíamente un islote que estaba presente desde el nacimiento.

3. En ambos casos el diagnóstico fue confirmado desde el punto de vista histo-patológico. En el primero la evolución demostró que se trataba de una verdadera aberrante y en el segundo el diagnóstico se sospechó durante el acto quirúrgico.

4. La tiroides aberrante endolaringea debe ser tratada quirúrgicamente, asociada o no a otro medio terapéutico. Hay que temer la degeneración maligna. Es sugestivo el control post- operatorio mediante la administración de yodo radioactivo y la observación de la curva de excreción.

REFERENCIAS

1. *Beeson H.*: "Aberrant Goiter". Archives of Otolaryngology. 25;-449, 1937.
2. *Jackson C. y Jackson C. L.*: "The Larynx and its Diseases". W. B. Saunders, Philadelphia and London, 1937.
3. *Shapiro P. F.*: "Metastasis of thyroid tissue to abdominal organs, with special case report of struma ovarii metastasizing to omentum". Annals of Surgery. 92;1031,1930.
4. *Waggoner L. G.*: "Intralaryngeal, Intratracheal Thyroid". Ann. of Otol. Rhinol. & Laryngol. LXVII-1; 61, 1958.

GLANDULA TIROIDES ABERRANTE EN LA LARINGE

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. TAPIA ACUÑA

DR. JUAN JOSÉ PAULLADA

LA PRESENCIA de tejido tiroideo aberrante es un cuadro extremadamente raro. Se han encontrado 13 casos de tiroides retroesternal en 17,213 estudios rutinarios de Rayos X en sujetos normales.¹ Los casos hasta ahora comunicados, han sido localizados en el cuerpo de la lengua, debajo de este órgano, detrás del esternón y en la laringe² como los 2 casos que acabamos de escuchar en el trabajo del Dr. Tapia. Ciertamente que puede localizarse en cualquier sitio del organismo, pero aún es más raro. Existe un tipo de tumor situado en las partes laterales del cuello, que son los llamados tumores aberrantes laterales del tiroides, los cuales para algunos autores son de carácter benigno, no distinguibles con los tumores papilares,³ pues afirman que el carcinoma papilar no se metastatiza a los nódulos linfáticos cervicales y que es probable, que muchos casos reportados como carcinoma papilar con metástasis a los ganglios linfáticos regionales, son en realidad tumores papilares benignos aberrantes coexistentes con una neoplasia benigna del tiroides y que el resultado final de si son malignos o no, o bien, si son metástasis de un carcinoma es decidido por el curso clínico y la supervivencia del enfermo.

No todos tienen este punto de vista y por el contrario, dicen que dichos tumores son casi siempre extensiones metastásicas de un carcinoma del lóbulo homolateral del tiroides; el 74% de ellos son adenocarcinomas papilares extendidos por los linfáticos y un 60% están asociados con tumores de la glándula de idéntica estructura; su tratamiento debe ser la disección total radical del bloque correspondiente al lóbulo tiroideo; debe utilizarse radioterapia cuando existe duda de una extirpación incompleta.⁴

Clínicamente es difícil hacer el diagnóstico de que una tumoración localizada en los sitios que mencionamos al principio, corresponda a tejido tiroideo. Su sintomatología se relaciona especialmente al sitio que ocupa; en casos de tiroides lingual se presentan principalmente disfagia, disfonía, disnea y en ocasiones hemorragia grave.⁵ El bocio retroesternal provoca compresión sobre las venas yugulares, ingurgitándolas, produciendo edema en pelerina, obstrucción de la tráquea, etc.⁶

El diagnóstico se ha hecho fácil desde los últimos 12 años con el advenimiento del I_{131} . La aplicación de este radioisótopo se basa en dos hechos fundamentales: 1).—que el tiroides es la única glándula de secreción interna que requiere Iodo para la elaboración de su hormona y en consecuencia de captar este elemento del torrente sanguíneo y 2).—el hecho de que el Iodo radioactivo se comporte como Iodo estable en el organismo, emitiendo poderosas radiaciones gama las cuales pueden ser medidas fuera del cuerpo. En estas circunstancias, existe una situación ideal para un estudio de trazo y demostrar los acúmulos de tejido tiroideo fuera de su sitio usando el contador Geiger. Este procedimiento viene a ser superior a la biopsia debido a las dificultades que ésta encierra.

El trazo se lleva a cabo administrando 300 a 400 microcuries de I_{131} por vía oral y a las 24 horas se coloca al paciente en el gamagrafo, aparato que traza un esquema exacto de todas las formaciones que han captado el Iodo, indicando que están constituidas por tejido tiroideo.

Los siguientes gamagramas han sido seleccionados para ejemplificar nuestro punto y fueron proporcionados gentilmente por el Dr. Roberto Maass Escoto.

Normalmente, el tiroides aparece como se muestra en la siguiente figura (figura 1). Ciertos tipos de carcinomas, especialmente los más diferenciados del tejido tiroideo no captan el Iodo, hecho que hace sospechar la malignidad del tumor, observándose una laguna en el trazo, colocada en el sitio de la neoplasia como puede apreciarse en la siguiente proyección (figura No. 2). Por esta razón, algunos autores piensan que este método exploratorio en casos de tumor tiroideo aberrante, que no capta el Iodo debe complementarse con la biopsia. El valor del gamagrama para el diagnóstico de casos de tiroides ectópico se pone de manifiesto en los siguientes gamagramas que muestran en primer término un caso de tiroides lingual (figura 3).

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico. Antes de la intervención es necesario conocer si dicha neoformación es la única de tejido tiroideo que se encuentra en el organismo, pues al ser extirpada, el paciente caería en mixedema. Asimismo es necesario explorar su estado funcional, con-

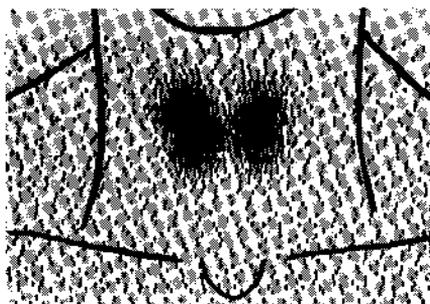


FIG. 1. Tiroides normal.

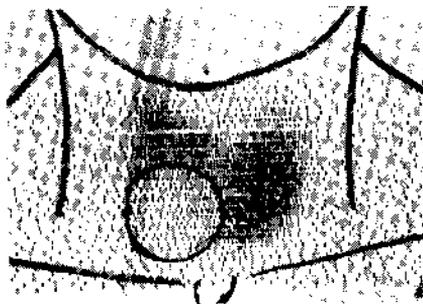


FIG. 2. Cáncer tiroideo.

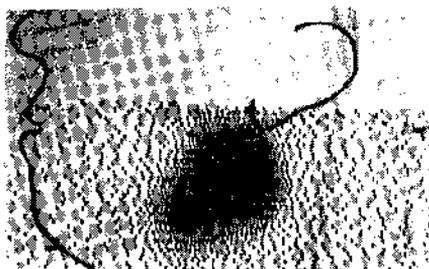


FIG. 3. Tiroides lingual.

los tres métodos hasta ahora más comunes: la captación de I_{131} que mide el por ciento que la glándula o el tumor capta a las 6 y 24 horas después de dar una dosis de I_{131} . El metabolismo basal, que mide el consumo de oxígeno por los tejidos, influenciado por la presencia de la hormona tiroidea y con la determinación de Iodo Protéico que mide la cantidad de hormona tiroidea circulante. En caso de que haya hiperfunción, el enfermo deberá ser preparado antes de la operación con drogas de acción antitiroidea.

REFERENCIAS

1. "Substernay thyroid identified by a simple radioiodine procedure". Humman I. F. Magalotti, M. F. Am. J. of Roentgenology, V 75: 1144. 1956.
2. Water Z. J. McCullough K. Thomas N. R. "Lingual thyroid; historical data. developmental, anatomy and report of a case" Archives of Otolaryngolgy V 57: 60. 1953.
3. Crile J. Jr. "Tumors of lateral aberrant thyroid origin" J. A. M. A. V 113:1094 1939.
4. King W. L. Pemberton J. de J. "So called lateral aberrant thyroid tumors" Surgery Gynecology and obstetrics V.: P:991 195.
5. Springer K. C. Kankakee Ill. "Lingual Thyroid" Archives of otolaryngology. V 61: 387. 1955.
6. Lake y F. H. "Intratoracic goiter" J. A. M. A. V 113:1098. 1939.