

Hemiagenesia tiroidea. Reporte de 3 casos y revisión de la literatura.

CUAUHTEMOC VAZQUEZ-CHAVEZ
KARINA ACEVEDO-RIVERA
CARLOS SARTORIUS
LEOPOLDO ESPINOSA-SAID

La hemiagenesia tiroide se define como la ausencia congénita de un lóbulo; el izquierdo se efecta en 80 por ciento de los casos y se asocia con agenesia del istmo en 50 por ciento. Predomina en al mujer con relación de 3:1, existe crecimiento compensador del lóbulo contralateral y disfunción de la glándula del 38.5 al 47 por ciento, de la cual el hipertiroidismo es el más frecuente.

Desde que en 1896 Handfield-Jones publicaran el primer caso, hasta el momento actual hay 118 casos en la literatura mundial, en éste reporte se informan tres casos más, incluyendo el segundo asociado a hiperparatiroidismo y el tercero a hipotiroidismo.

El diagnóstico se realizó mediante gamagránma tiroideo con I-131 y ultrasonido de cuello, en él se demostró ausencia de un lóbulo, lo que hizo innecesario realizar gamagránma tiroideo con administración de hormona tiro-estimulante (TSH), para confirmar la hemiagenesia.

La frecuencia en las diferentes series, tanto quirúrgicas, de autopsia, como de estudios por enfermedades tiroideas, es menor del 1 por ciento. La etiología es desconocida.

Abstract

The abscent of one lobe of the thyroid gland is named thyroid hemiagenesis, the left is afected more frequently (80 percent), in the 50 por ciento is associate with isthmus agenesis. Predominant in the women, with relation 3:1, the oppose lobe may be fo big size and in the 38-47 percent have alteration in the function, of wich the hyperthyroidism is more frequently.

In 1896 Handfield-Jones reported the first case, havening in this moment 118 cases in the world literature, we reported three more, one of which is athe second associated with hiperperathyroidism and other is the third with hypothyroidism.

The diagnosis was made with I-131 thyroid gamagram and neck ecosonografy that which evidence the hemiagenesis, and was not necessary to realize the thyroid gamagram with thyroid stimulation hormone.

In different series of surgery, necropsis or by thyroid illness the frequency of thyroid hemiagenesis is estimate below 1 porcen.

Todos los autores. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las anomalías congénitas de la glándula tiroidea son reportadas con poca frecuencia, de éstas se distinguen la falta total o parcial del tejido (agenesia o hemiagenésia), anomalías en el descenso (criptotiroidismo) y la situación aberrante (ectopia).

La hemiagenésis tiroidea se define como la ausencia congénita de un lóbulo, el afectado con mayor frecuencia es el izquierdo (80 por ciento) asociándose en forma concomitante con agenesia del istmo en el 50 por ciento de los casos, cuando el istmo está presente da el signo gamagráfico denominado bastón de hockey.² Predomina en la mujer con relación de 3:1, a partir de 1896, en que se reportó el primer caso en Europa por Handfield-Jones hasta 1981, en que Melnick hiciera su magnífica revisión de la literatura mundial,² se habían publicado 94 casos de hemagenesia tiroidea, desde entonces al momento actual se han publicado 24 casos más de esta anomalía.^{3,6}

En este artículo presentamos 3 casos, uno se asoció a hiperparatiroidismo y otro a hipotiroidismo primario, alteración que sólo se ha documentado en 2 casos anteriores.^{3,7}

Reporte de casos

Caso número uno.

Mujer de 35 años de edad, con antecedente de prolactinoma diagnosticado a los 28 años, logró embarazo durante el tratamiento con citrato de olomifeno y bromocriptina, en el primer trimestre presentó necrosis hemorrágica del tumor hipofisario, ameritó adenomectomía transesfenoidal, con reporte histopatológico de adenoma de células acidófilas. Posterior al parto persistió con hiperprolactinemia controlada con bromocriptina, al suspenderla, presentó de nuevo el síndrome de amenorrea galactorrea.

En mayo de 1983 es admitida en el hospital por los antecedentes ya mencionados, a lo que se agregó aumento de peso, intolerancia al frío, sequedad de pie y constipación. Por laboratorio, se documentó (Cuadro I) hipotiroidismo primario, hiperprolactinemia, gonadotrofinas bajas, con incremento adecuado de LH y subnormal de FSH a la estimulación de LH/RH, los niveles de cortisol sanguíneo en ayunas se encontraron bajos, pero con incremento normal al estímulo hipoglucémico, la tomografía computada y cráneo simple y con contraste, mostró datos compatibles con tumoración residual intrasellar. En el gamagrama tiroideo con I-131, se observaron el istmo y el lóbulo derecho, signo de bastón de Hockey (fig. 1) y ausencia del lóbulo izquierdo, confirmado por el ultrasonido de cuello (Fig. 2). El tratamiento incluyó bromocriptina (tabletas 2.5 mg) en dosis creciente hasta 7.5 al día y sustitución tiroidea con tabletas de T4-T3 (dosis 100-20).

CUADRO I

Resultados de los análisis hormonales en la hemiagenésia tiroidea.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Valores Normales
T3 mg/dl	98	150	195	90-190
T4 mg/dl	5.0	11.0	8.4	6.0-12.5
T4L ng/dl	0.5	2.3	1.3	0.7-2.0
TSH uU/Ml	8.5	2.0	1.6	0.0-5.0
PRL ng/dl	264	—	—	5-17
Cortisol Basal ng/dl	53.8	—	—	60-250
Cortisol en Hipoblucemia	119.0			100-200%
	122%			

Una y media tabletas en dosis únicamente matutina, con lo cual la paciente evolucionó eutiroidea y con cifras normales de prolactina.

Caso número dos.

Mujer de 44 años de edad sin antecedentes de importancia, la cual ingresó al hospital en junio de 1979 por sospecha de nódulo tiroideo del lóbulo derecho, en la exploración se encontró obesidad y sin datos de disfunción tiroidea, con el lóbulo derecho de la glándula tiroidea en posición y forma normales, el tamaño ligeramente aumentado no palpándose lóbulo izquierdo. Sus estudios (Cuadro I) demostraron eutiroidismo y el gamagrama tiroideo con I-131 mostró ausencia del istmo y del lóbulo iz-



Fig. No. 1: Gamagrama tiroideo (I-131): Ausencia lóbulo izquierdo, (imagen en "bastón de hockey").



Fig. No. 2: Ultrasonido de cuello (cortes longitudinales). Imágen derecha: Presencia de lóbulo derecho. Imágen izquierda: Ausencia de lóbulo izquierdo.

quierdo de la glándula (Fig. 3) y el ultrasonido de cuello lo corroboró (Fig. 4).

Caso número tres.

Masculino de 20 años de edad con antecedente de ureterolitotomía izquierda en 1985 y en mayo de 1987; se detectó durante éste último ingreso datos clínicos y bioquímicos compatibles con hipertiroidismo primario, en octubre del mismo año se realizó resección de paratiroidismo superior e inferior izquierdas, con patrón histológico de hiperplasia de paratiroidismo. En la búsqueda de patología de paratiroidismo el ultrasonido mostró ausencia del lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea (Fig. 5), el gamagráma tiroideo apoyó el hallazgo (Fig. 6). Durante la paratiroidectomía se confirmó la ausencia del lóbulo derecho de la tiroidea.

El paciente está eutiroides (Cuadro I) y actualmente euparatioides.

Discusión.

La frecuencia de la hemiagenesia tiroidea ha sido difícil de determinar, ya que por lo general se detecta al evaluar otra enfermedad tiroidea, reportándose 15 casos en 300 autopsias en la serie de Ehlers (1926).² 5 casos en 45 367 en la Clínica Mayo (1892-1932).²

Por otro lado en las series quirúrgicas es de 7 en 12 456 y 13 en 14 660.³ En 708 pacientes con enfermedad tiroidea diversa en los cuales se realizó gamagráma, se encontró hemiagenesia en 6 casos (0.98 por ciento).² asociado con crecimiento compensador del lóbulo contralateral y con disfunción de la glándula en un 38.5 a 47 por ciento de los casos.³

La alteración funcional más frecuente es el hipertiroidismo y en la mayoría de los casos por adenoma autónomo; es menos frecuente observarla en el bo-

cio multinodular, carcinoma e hipotiroidismo primario, condiciones que llevan el estudio de la glándula y por ello se detecta la hemiagenesia.

La etiología no es clara, en el momento actual, se la ha relacionado con alteración severa en la



Fig. No. 3: Gamagráma tiroideo (I-131): Ausencia de istmo y lóbulo izquierdo.



Fig. No. 4: Ultrasonido de cuello (corte transversal). Imágen superior: Ausencia de lóbulo izquierdo. Imágen inferior (cortes longitudinales) a la derecha presencia de lóbulo derecho, en la izquierda ausencia de lóbulo izquierdo.

circulación arterial homolateral al lóbulo ausente, que condiciona falla en su desarrollo.³

El diagnóstico con frecuencia se sospecha clínicamente por falta de abultamiento del músculo esternocleidomastoideo y por palpase los anillos traqueales del lado del lóbulo faltante, así como desviación de la tráquea debido al crecimiento del lóbulo contralateral con o sin alteraciones palpables en este último.

Sin embargo, en nuestros casos el hallazgo fue aleatorio, al investigar otras enfermedades en cuello.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con adenoma tiroideo hiperfuncionante el cual suprime el tejido extranodular; con enfermedad inflamatoria unilateral (aguda o crónica); con neoplásia primaria o con metástasis de carcinoma de otro origen y con padecimientos infiltrativos.²



Fig. No. 5: Gamagráma tiroideo (I-131): Captación del radioyodo en el lóbulo derecho.

Tradicionalmente para confirmar la hemigenesia se ha utilizado la administración de 5 a 10 unidades de TSH por dos días consecutivos.¹⁶

En el presente artículo proponemos la confirmación del diagnóstico mediante ultrasonido de cuello, el cual es de gran valor por ser un procedimiento objetivo.

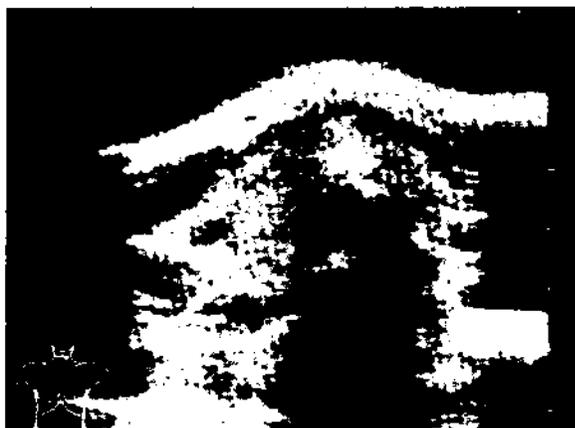


Fig. No. 6: Ultrasonido de cuello (Corte transversal): Ausencia de lóbulo izquierdo de la tiroides.

REFERENCIAS

1. LEATHERDALE, B. A.: *An unusual thyroid gland*. Brit. J. Surg, 1973; 60: 410.
2. MELNICK, C. J. y STEMKOWSKI, E. P.: *Thyroid hemigenesis (Hockey stick sign) a review of the world literature and a report of four cases*. J. Clin Endocrinol. Metab. 1981; 52: 247.

3. MARIANI, G.; MOLEA, N.; TONI, G. M. y BIANCHI, R.: *Thyroid hemiagenesis: A review of thirteen consecutive cases*. J. N. Medicine and Allied Sci, 1980; 24: 183.
4. MORTIMER, P. S.; TOMLISON, I. W. y ROSENTHAL, D.: *Hemiaplasia of the thyroid with thyrotoxicosis*. J. Clin. Endocrinol. Metab. 1981; 52: 152.
5. ABBASSI, V.: *Hemiagenesis of the thyroid: Clinical and radiological presentation in pediatric patients*. J. Nuc. Med. 1984; 24: 972.
6. PIERA, J.; GARRIGA, J.; CALABUIG, R. y BARGALLO, D.: *Thyroidal hemiagenesis*. Am. J. Surg. 1986; 151: 419.
7. BURMAN, DK.; ADBRA, P. y WARTOFSKG, L.: *Hemiagenesis of the thyroid gland*. Am. J. Med. 1975; 58: 143.
8. HARADA, T.; NISHIKAWA, Y. y ITO, K.: *Aplasia fo one thyroid lobe* Am. J. Surg. 1972; 124: 617.
9. GREENING, PW.; SARKER, KS. y OSBORNE, PM.: *Hemiagenesis of the tyroid gland*. Br. J. 1980; 67: 446.

Agradecimiento.

Se agradece a la Doctora Hortensia Arellano, el haber cedido el caso número tres para su publicación.