

Timo ectópico cervical: presentación de un caso y revisión de la literatura

RESUMEN

Es poco común encontrar un timo ectópico en la cara anterior del cuello; por lo general se presenta en forma de nódulos que aparecen en la región submaxilar o en el interior de la glándula tiroides. Se presenta el caso de una paciente de 10 años de edad que acudió a consulta por aumento de volumen en el cuello, hipotiroidismo y exoftalmos. La paciente fue intervenida quirúrgicamente encontrándose timo ectópico en la región anterior del cuello. Se revisó la literatura especializada describiendo desarrollo embriológico, presentación clínica y tratamiento de los pacientes con timo ectópico.

Palabras clave: timo ectópico cervical, nódulos en cuello, displasia ósea.

Lydia Villegas-Sepúlveda¹
Irlanda Romo-Gasson²
Jesús Roberto Aveytia-Rojas³
Aldo Javier Hernández-Loya⁴

¹ Departamento de Endocrinología.

² Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León.

³ Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

⁴ Departamento de Cirugía General, Hospital Presidente Lázaro Cárdenas, ISSSTE, Chihuahua, Chihuahua, México.

Ectopic cervical thymus: presentation of a case and review of the literature

ABSTRACT

Ectopic thymus is usually found as submaximal nodules or as intrathyroid lesion and rarely involves the anterior side of the neck. This case report presents a pediatric patient (10 year old female) that attends consultation following an increase in neck volume, as well as hypothyroidism and exophthalmos. The chirurgic exploration showed the presence of ectopic thymus in the anterior cervical region. Despite the unusual presentation, ectopic thymus must take part of the differential diagnosis for growing neck masses in children.

Key words: Ectopic Thymus, Neck Nodules, Bone Dysplasia.

Recibido: 23 de octubre, 2014

Aceptado: 15 de marzo, 2015

Correspondencia: Dra. Lydia Villegas Sepúlveda
Ojinaga 417-9
CP 31000, Chihuahua, Chih., México
villegaslydi@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

Villegas-Sepúlveda L, Romo-Gasson I, Aveytia-Rojas JR, Hernández-Loya AJ. Timo ectópico cervical: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Med Quir 2015;20:205-209.

INTRODUCCIÓN

El timo ectópico es poco común y aún más relacionado con enfermedad tiroidea. El diagnóstico de timo ectópico cervical en niños es poco frecuente, la mayoría de los casos no se diagnostica de manera preoperatoria debido a su baja frecuencia de presentación; por lo general se trata de hallazgos en pacientes operados por tumores en el cuello que pueden o no condicionar síntomas de compresión. La mayoría de los casos es asintomática.¹ Sin embargo, debe considerarse como un diagnóstico diferencial en pacientes que acuden a consulta con aumento de volumen a nivel cervical.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente de 10 años de edad con antecedentes de importancia: tía paterna con cáncer de tiroides y madre con displasia congénita de cadera bilateral. La paciente fue diagnosticada con exoftalmopatía autoinmunitaria a los 6 años de edad, base 100 OI 28 mm, OD 22 mm, hipotiroidismo y bocio multinodular corroborado por dos ultrasonidos de cuello a los 6 y 8 años que reportaron múltiples quistes, sin calcificaciones ni nódulos sólidos (Figura 1). Se trató con levotiroxina a razón de 5.3 µg/kg/día de manera inicial; se observó evolución bioquímica satisfactoria con respecto a la sustitución de hormonas tiroideas e inhibición de tiotropina.

A los 9 años de edad presentó notable aumento de volumen en la región anterior de cuello; el ultrasonido mostró una glándula tiroides normal, con incremento de tamaño respecto a estudios previos, multinodular con imágenes hipoeecogénicas. Se realizó gammagrafía tiroidea que corroboró captación (18%) sólo en el lóbulo derecho (Figuras 2 y 3).

Se le practicó cirugía de acuerdo con su evolución, el resultado de los estudios de gabinete,

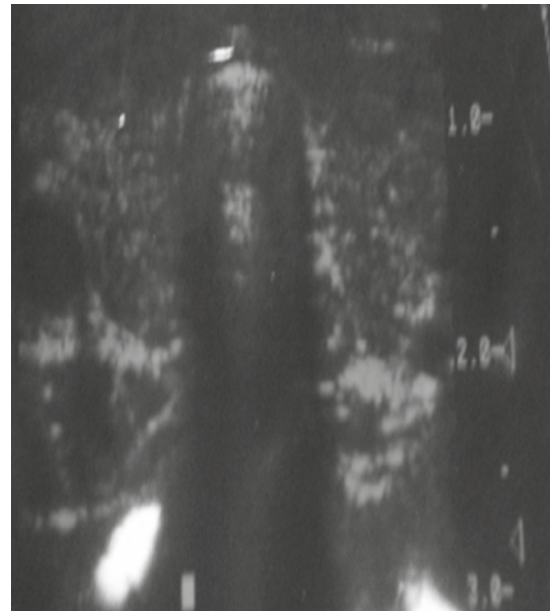


Figura 1. Ultrasonido de tiroides: múltiples imágenes quísticas.

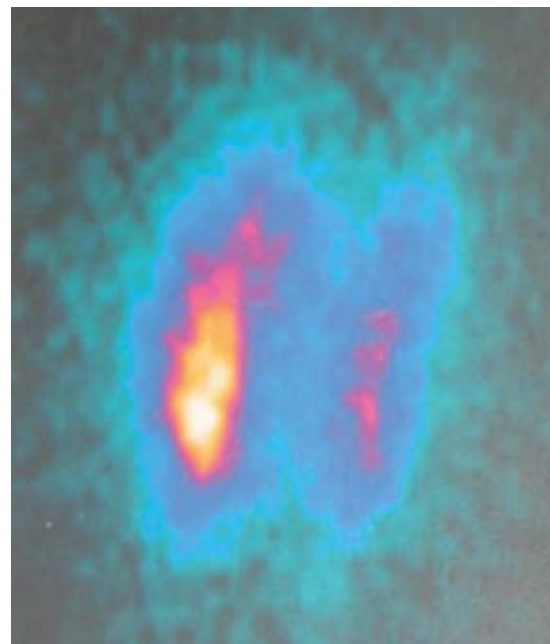


Figura 2. Gammagrafía tiroidea: sólo hay captación en la zona del lóbulo derecho.

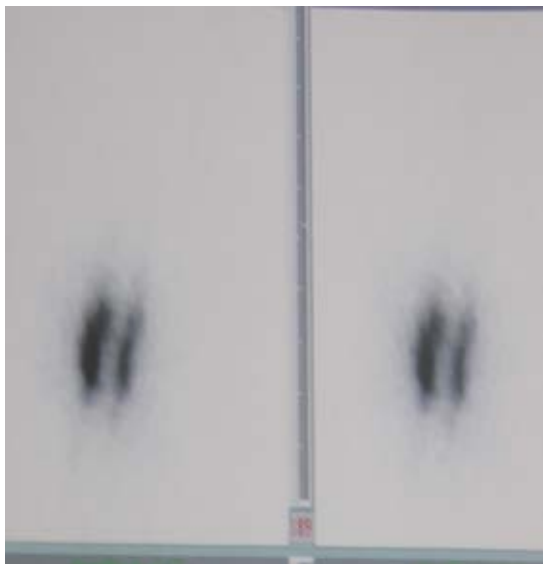


Figura 3. Gammagrafía tiroidea: la captación total de la glándula tiroidea es de 18%.



Figura 4. Patología: espécimen en forma de H que corresponde a timo.

los antecedentes y el grupo de edad. El reporte de histopatología fue: espécimen en forma de H, superficie multilobulada, lisa, blanda y color rosado, que corresponde a timo en posición cervical ectópica que pesa 10.4 g y mide $8.6 \times 4.1 \times 1.1$ cm, sin evidencia de neoplasia (Figura 4).

Durante el seguimiento y control se observó asimetría en el crecimiento de ambas extremidades superiores, se le envió a ortopedia con diagnóstico de hipoplasia congénita de húmero derecho que se hace evidente en el momento del desarrollo puberal, condicionando limitación funcional y deformidad, lo que hace aún más inusual la presentación del caso.

DISCUSIÓN

El timo en posición ectópica se origina por un defecto en la migración durante la vida embrionaria. Tiene un origen común con la glándula

paratiroides inferior, ambas provenientes del endodermo. El timo se desarrolla en forma primaria de la parte ventral del tercer arco faríngeo.

En la cuarta semana de gestación migra del tercer arco branquial, atraviesa el cuello entre la quinta y octava semanas de gestación hasta ubicarse en forma definitiva en el mediastino superior.^{2,3} Durante el descenso a través del tracto faríngeo los restos ectópicos de timo pueden ocasionar hiperplasia durante los primeros años de vida y presentarse clínicamente como un tumor en el cuello.

En raras ocasiones existen fallas en el descenso y aparecen remanentes, implantes o nódulos accesorios en la región submaxilar. La glándula tiroidea es el sitio más común donde se puede encontrar timo ectópico. Otros sitios extraños son la base del cráneo, el oído medio, la lengua, las glándulas submaxilares, el arco aórtico posterior y la piel que rodea los labios.⁴

En casos muy raros el timo no desciende del todo y permanece de manera completa en el cuello, en forma ectópica, como reportamos aquí.^{5,6} En la mayoría de los casos el timo ectópico es quístico (90%), clasificado como quiste timofaríngeo, aunque también puede presentarse como un nódulo sólido (10%); estos últimos generalmente son los que se envían a biopsia.

Los quistes presentan degeneración de los corpúsculos de Hassall's. Existen pocos reportes de pacientes en edad pediátrica en los que se haya detectado, aún de manera incidental, la presencia de timo en posición ectópica en la región cervical. En los niños el timo ectópico puede ocurrir en un amplio rango de edad.⁷ Por lo general el timo alcanza un tamaño relativamente mayor a la edad de 3 años y continua creciendo hasta su máximo, aproximadamente 30 a 40 gramos, en la pubertad. Posteriormente involuciona hasta alcanzar un tamaño de 15 gramos, en promedio, en la edad adulta.^{8,9}

La mayoría de los reportes de casos de timo ectópico ocurre en pacientes en etapa prepuberal, que es cuando el timo tiene su periodo de máximo crecimiento.^{10,11} Por lo general no se presentan síntomas de obstrucción. Comúnmente se trata de hallazgos durante un procedimiento quirúrgico de la glándula tiroides, en la mayoría de los casos en adultos. Los reportes en la literatura internacional son mayoritariamente de países de Asia; sin embargo, en América también debemos considerarlo como una posibilidad diagnóstica.

El timo ectópico, al igual que el tejido normalmente localizado, puede presentar hiperplasia o bien ser origen de timomas, carcinomas y linfomas. Por este motivo se recomienda la resección total del timo ectópico, sólido o quístico, ya que existe un riesgo elevado de degeneración maligna.¹²

En 3 236 necropsias pediátricas, estudiadas a lo largo de 23 años por Bale y sus colaboradores, se encontró timo ectópico cervical en 34 casos, localizados en su mayoría cerca de la glándula tiroides o en la parte baja del cuello.¹³

Se ha reportado el caso de una paciente de 12 años de edad, en India, con diagnóstico de bocio multinodular desde los 7 años de edad, eutiroidea con ultrasonido que reportó degeneración quística. La biopsia por aspiración con aguja fina evidenció citología compatible con bocio adenomatoso y carcinoma papilar. Después de la tiroidectomía se corroboró un carcinoma papilar, variante folicular con un nódulo adyacente considerado como timo ectópico cervical.¹⁴⁻¹⁶

Es importante considerar al timo ectópico cervical como parte de los diagnósticos diferenciales en pacientes prepuberales con aumento de volumen en el cuello. Presentamos este caso por la importancia de considerarlo como diferencial en pacientes pediátricos prepuberales ya que es poco considerado por clínicos, radiólogos y cirujanos.

CONCLUSIÓN

El timo ectópico cervical es una entidad poco común en nuestro medio pero debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de nódulos en la región anterior del cuello; especialmente en pacientes en edad escolar que presenten nódulos de crecimiento rápido en la región cervical. El manejo, en todos los casos, debe ser quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Prasad TR, Chui CH, Ong CL, Meenakshi A. Cervical ectopic thymus in an infant. *Singapore Med J* 2006;47:68-70.
2. B. De Foer, J-PhVercruysse, P. Marien, C. Colpaert, B. Pilet, M. Pouillon, M. H Smet, J.W. Casselman, L. Breysem. Cervical Ectopic Thymus presenting as a painless neck mass in a child. *Journal British Radiology*, 2007;90:281-283.

3. Pearse G. Normal Structure, Function and Histology of the Thymus. *Toxicologic Pathology*, 34:504-514, 2006.
4. K Mardi, J Sharma. Ectopic intrathyroidal thymus-Rare finding in an adult. *The Internet Journal of Head and Neck Surgery*.2008 Volumen 3 Number 1.
5. Han B.K, Yoon H.K, Suh Y.L: Thymic ultrasound. II. Diagnosis of aberrant cervical thymus. *Pediatr Radiol* 2001;31:480-487.
6. Brearley S, Gentle TA, Baynham MI, Roberts KD, Abrams LD, Thompson RA. Immunodeficiency following neonatal thymectomy in man. *Clin Explimmunol* 1987;70:322-7.
7. Scott K.J, Schroeder A.A, GreinwaldJ.H: Ectopic Cervical Thymus: An uncommon diagnosis in the evaluation of pediatric neck masses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128:714-717.
8. Tovi F, Mares AJ. The aberrant cervical Thymus. Embriology, Pathology and clinical implications. *Am J Surg* 1978;136:631-7.
9. Boyd J, Templer J, Havey A, Walls J, Decker J. et al. Persistent thymopharyngeal duct cyst. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;109:135-9.
10. Shashiraj, Aggarwal A. Undescendent thymus presenting as midline neck swelling. *Ind J Paediatrics* 2005;72:86.
11. Liu D, Kitajima M, Awai K et al. Ectopic cervical thymus in an infant. *Radiation Medicine* 2006;24:452-55.
12. Spigland N, Bensoussan A, Blaanchard H, et al: Aberrant cervical thymus in children: three case reports and review of literature. *J Pediatr Surg* 1990;2:1196-1199.
13. Bale PM, Sotelo-Avila C. Maldescendent of the thymus: 34 necropsia and 10 surgical cases, including 7 thymus medial to the mandible. *Pediatr Pathol* 1993;13:181-90.
14. Chowhan AK, Kinnera V, Yootla M, Kumaraswamy M. Cervical ectopic thymus masquerading as metastatic thyroid papillary carcinoma. *Malaysian J Pathol* 2010;32(1):65-68.
15. Ozturk H, Karnak I, Deveci S, Surer I, Cetinkursun S. Multilobular cervical thymic cyst: an unusual neck mass in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001;61:249-52.
16. Saggese D, Compadretti GC, Cartaroni C. Cervical Ectopic Thymus: A case Report and Review of the literature. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 66, no.1, pp.77-80, 2002.