

RELATO DE CASO: TIREOIDE ECTÓPICA

DADOS DO CASO

Autores: Arthur Henrique de Macedo Godeiro - Hospital Beneficência Portuguesa - São Paulo - (SP) - E-mail: arthurhmg@gmail.com;

Carolinny Cruvinel Maia - Hospital Beneficência Portuguesa - São Paulo - (SP);

Gabriela Caetano Vilela Lauer - Hospital Beneficência Portuguesa - São Paulo (SP) - Clínica São Marcelo- Goiânia – (GO);

José Lucas Scarpinetti Galvão - Hospital Beneficência Portuguesa - São Paulo - (SP) ;

Sabrinny Nogueira - Hospital Beneficência Portuguesa - São Paulo - (SP);

Autora Correspondente: Arthur Henrique de Macedo Godeiro - Hospital Beneficência Portuguesa - São Paulo - (SP) - E-mail: arthurhmg@gmail.com

Palavras-chave: Glândula Tireoide. Tireoide Lingual. Ultrassonografia

URL: -

DOI: -

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 35 anos, realizou consulta médica referindo surgimento de nodulação em região submentoniana há aproximadamente 4 meses, sem dor ou saída de secreção. Negava perda ponderal, disfagia ou odinofagia. A investigação inicial com ultrassonografia revelou linfonodos aumentados e nódulos na topografia da base da língua.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

Durante o desenvolvimento embrionário, a glândula tireoide se forma na base da língua e migra para o pescoço, anterior à traqueia. Na avaliação da paciente, a ultrassonografia revelou duas formações nodulares arredondadas e isoecogênicas na base da língua, com fluxo periférico ao Doppler (Figura 1). Linfonodos aumentados com espessamento cortical e redução do hilo central também foram observados (Figura 2). A tomografia mostrou uma formação lobulada no assoalho da cavidade oral, compatível com glândula tireoide ectópica, deslocando músculos adjacentes e contendo calcificações (Figura 3). A reconstrução 3D evidenciou sua posição na linha média, próxima ao osso hioide (Figura 4). A ressonância

magnética destacou o tecido tireoidiano ectópico com isossinal ao tecido muscular nas sequências ponderadas em T1,T2 e STIR, com leve restrição à difusão, essencial para diagnóstico (Figura 5).

DISCUSSÃO

Tecido ectópico é uma anomalia anatômica em que o tecido se desenvolve em uma área fora de sua localização normal. É causado principalmente por anormalidades durante o processo de desenvolvimento embrionário [1]. O tecido tireoidiano ectópico (TTE) se forma devido à falha na migração da tireoide (Figura 1), principalmente ao longo do ducto tireoglossos, podendo também ser encontrado em órgãos subdiafragmáticos [1, 2, 3]. Sua prevalência é de aproximadamente 1 em cada 100.000–300.000 pessoas [2]. Os sintomas do TTE dependem de sua localização, sendo a localização lingual a mais comum, representando cerca de 90% dos casos relatados [1,2]. Quando alocados nesta localização, podem cursar com disfagia, disфонia, sensação de corpo estranho, tosse, ronco, apneia do sono e hipotireoidismo [1, 2]. A região normal da tireoide deve sempre ser avaliada quanto à presença ou ausência de tecido

tireoidiano, pois o tecido tireoidiano ectópico pode ser o único tecido tireoidiano presente em cerca de 70-90% dos pacientes. Dessa forma, a ressecção nesses casos resultaria em um paciente atireóideo [2]. A cintilografia utilizando Tc-99m, I-131 ou I-123, é a ferramenta diagnóstica mais importante para detectar tecido tireoidiano ectópico [2]. Entretanto, outras modalidades de imagem radiológica, como ultrassonografia, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), podem ajudar a determinar a extensão e a localização do tecido ectópico, contribuindo assim para uma melhor avaliação pré-cirúrgica desses casos [2]. Um estudo avaliando a capacidade da US com Doppler colorido para detectar tecido tireoidiano ectópico em pacientes com hipotireoidismo congênito mostrou uma sensibilidade de 90%, em comparação com 70% na US em escala de cinza ou na RM [4]. Nesse estudo, o sinal colorido periférico ou interno correspondeu precisamente à concentração focal indicada pela imagem radionuclídica [4]. A TC e a RM são úteis para identificar a localização do tecido ectópico, especialmente quando distante do trajeto de descida da tireoide [2]. O TTE apresenta-se como uma massa bem circunscrita, com realce intenso e calcificações frequentes na tomografia computadorizada com contraste [1, 3]. Já na ressonância magnética, apresenta isointensidade em relação à musculatura nas imagens ponderadas em T1 e leve hiperintensidade nas imagens ponderadas em T2 [1, 3]. Vários tumores hipervasculares devem ser considerados como diagnósticos diferenciais. Os achados de imagem, como a maior atenuação e calcificação, refletindo o conteúdo de iodo nas imagens sem contraste,

podem auxiliar na diferenciação [1]. Entre eles, os carcinomas tireoidianos metastáticos, especialmente carcinomas bem diferenciados, possuem achados de imagem semelhantes ao TTE, mas tendem a ter forma irregular e a se desenvolver como lesões múltiplas [5].

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Adenomas e cistos na linha média, incluindo angiomas, fibromas, linfangiomas, lipomas, tumores de glândulas salivares, cistos do ducto tireoglosso, cistos branquiais da linha média, e cistos epidérmicos ou sebáceos, assim como do tumor fibroso solitário do tecido mole peritireoidiano [2].

O QUE APRENDI COM ESTE CASO?

O tecido tireoidiano pode estar presente em locais anômalos devido a falhas na migração embrionária, como a base da língua ou outras regiões cervicais. A análise de imagens, como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, é essencial para a identificação da tireoide ectópica. Esses exames permitem não só localizar a glândula, mas também avaliar suas características, como tamanho, vascularização e presença de nódulos ou calcificações. Além disso, casos como este mostram a importância de considerar alterações hormonais e sintomas compressivos, mesmo que a tireoide ectópica possa ser assintomática. O manejo clínico ou cirúrgico dependerá da apresentação clínica e das potenciais complicações, destacando a importância de uma abordagem individualizada para cada paciente.

REFERÊNCIAS

- (1). Kurokawa, Mariko, et al. Imaging features of ectopic tissues and their complications: embryologic and anatomic approach. *Radiographics* 43.6 (2023): e220111.
- (2). Noussios G, Anagnostis P, Goulis DG, Lappas D, Natsis K. Ectopic thyroid tissue: anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol* 2011;165(3):375–382.
- (3). Raji Y, Gupta S, Pucar D, Keshavamurthy JH. Ectopic thyroid: the great mimicker. *Lung India* 2018;35(3):248–250.
- (4). Ohnishi H, Sato H, Noda H, Inomata H & Sasaki N. Color Doppler ultrasonography: diagnosis of ectopic thyroid gland in patients with congenital hypothyroidism caused by thyroid dysgenesis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2003;88:5145–5149. (doi:10.1210/jc.2003-030743)
- (5). Zander, David A., and Wendy RK Smoker. Imaging of ectopic thyroid tissue and thyroglossal duct cysts. *Radiographics* 34.1 (2014): 37-50.
- (6) Chapman, Molly C., et al. Congenital oral masses: an anatomic approach to diagnosis. *Radiographics* 39.4 (2019): 1143-1160.
- (7). YAMAUCHI, MIKA, et al. A case of ectopic thyroid in lateral neck associated with Graves' disease. *Endocrine journal* 46.5 (1999): 731-734.
- (8). Kumar, Rakesh, et al. Ectopic goiter masquerading as submandibular gland swelling: a case report and review of the literature. *Clinical nuclear medicine* 26.4 (2001): 306-309.
- (9). Helidonis, IE, et al. Ectopic thyroid gland in the submandibular region. *The Journal of Laryngology & Otology* 94.2 (1980): 219-224.
- (10). Byrd, Michael C., Lester DR Thompson, and Jacqueline A. Wieneke. Intratracheal ectopic thyroid tissue: a case report and literature review. *Ear, nose & throat journal* 82.7(2003): 514-519.

IMAGENS

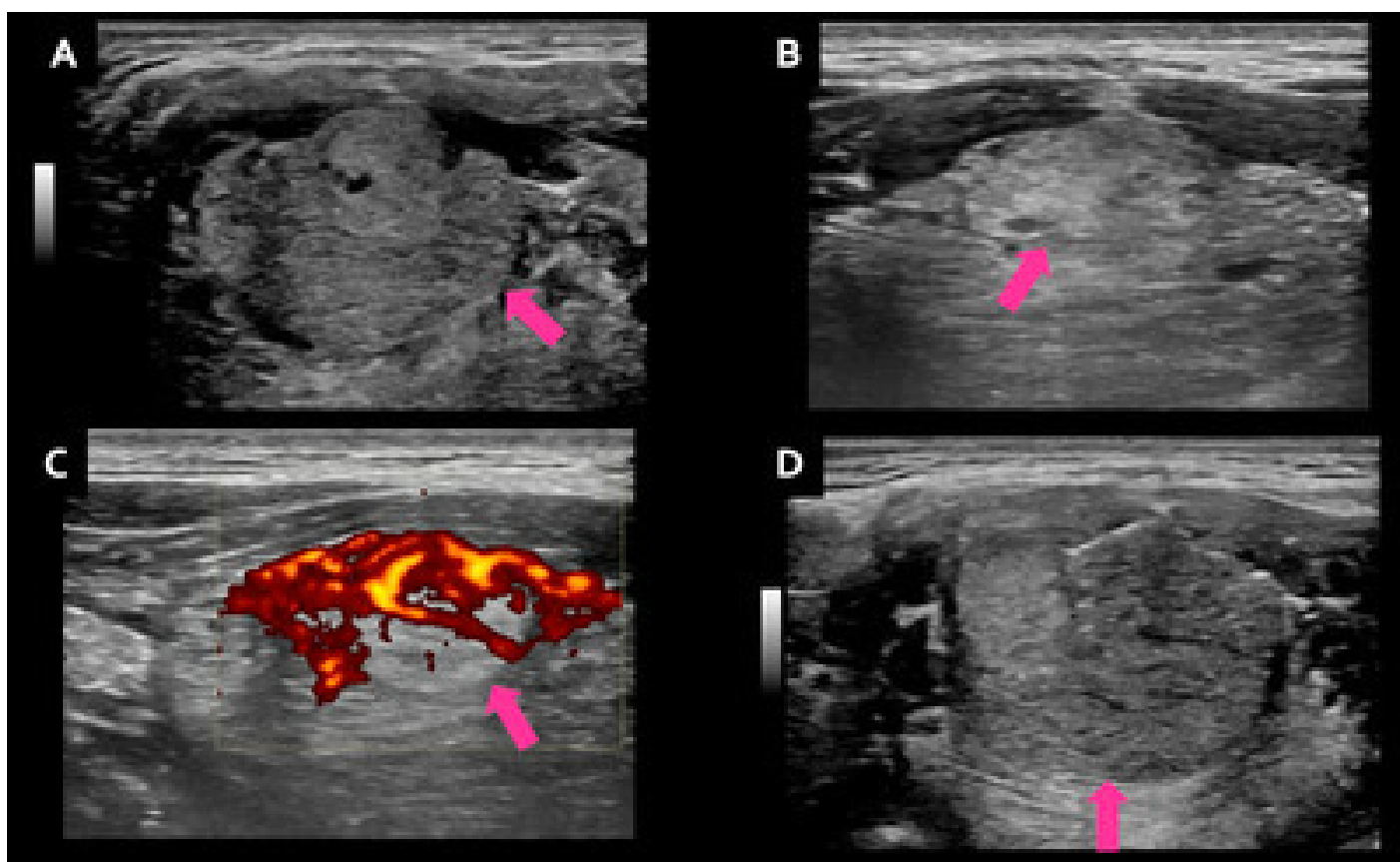


Figura 1: Imagens ultrassonográficas das formações nodulares arredondadas e isoecogênicas na base da língua (setas rosas), com fluxo periférico ao Doppler

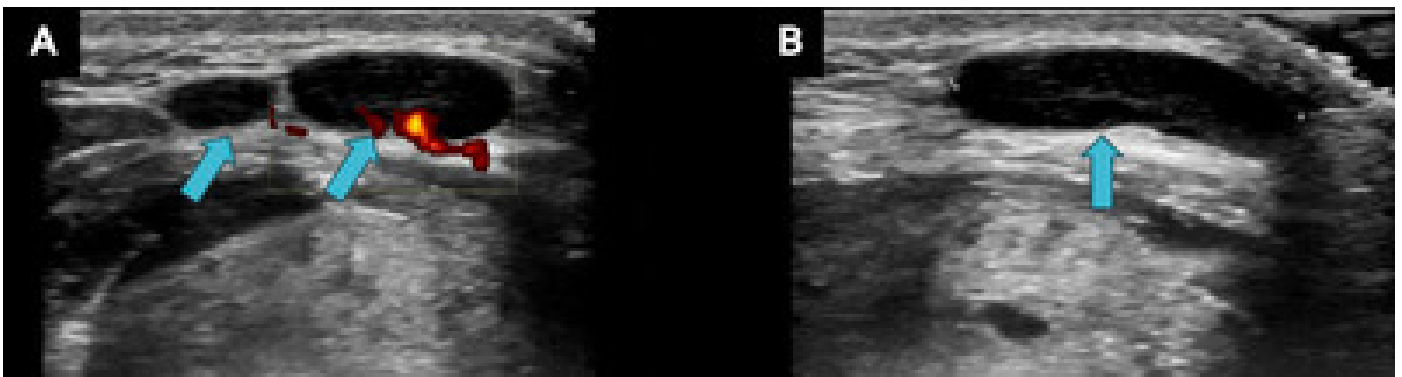


Figura 2: Linfonodos aumentados adjacentes à tireoide ectópica (setas azuis).

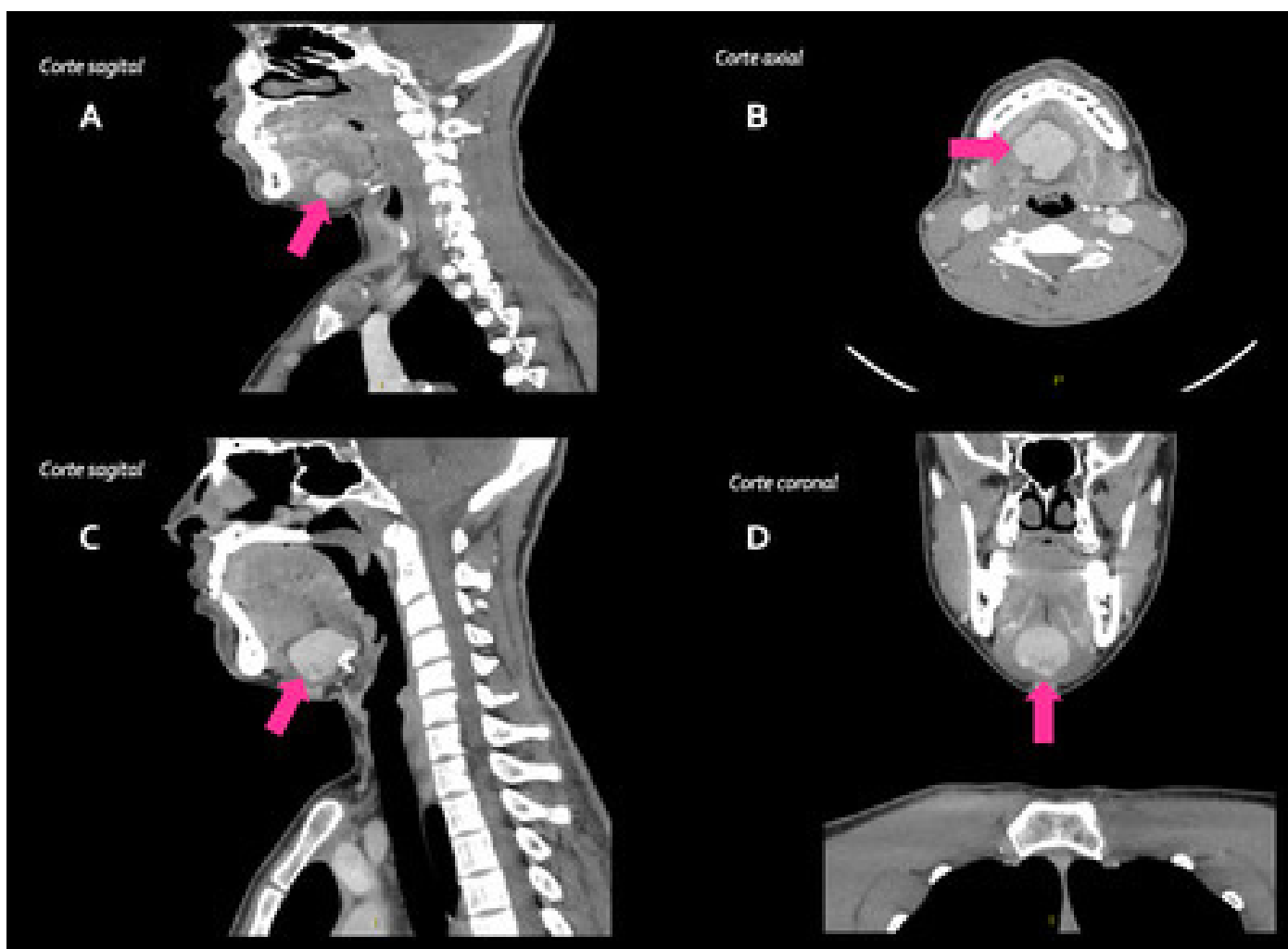


Figura 3: Diferentes cortes da tomografia computadorizada evidenciando formação lobulada no assoalho da cavidade oral (setas rosas), compatível com glândula tireoide ectópica.

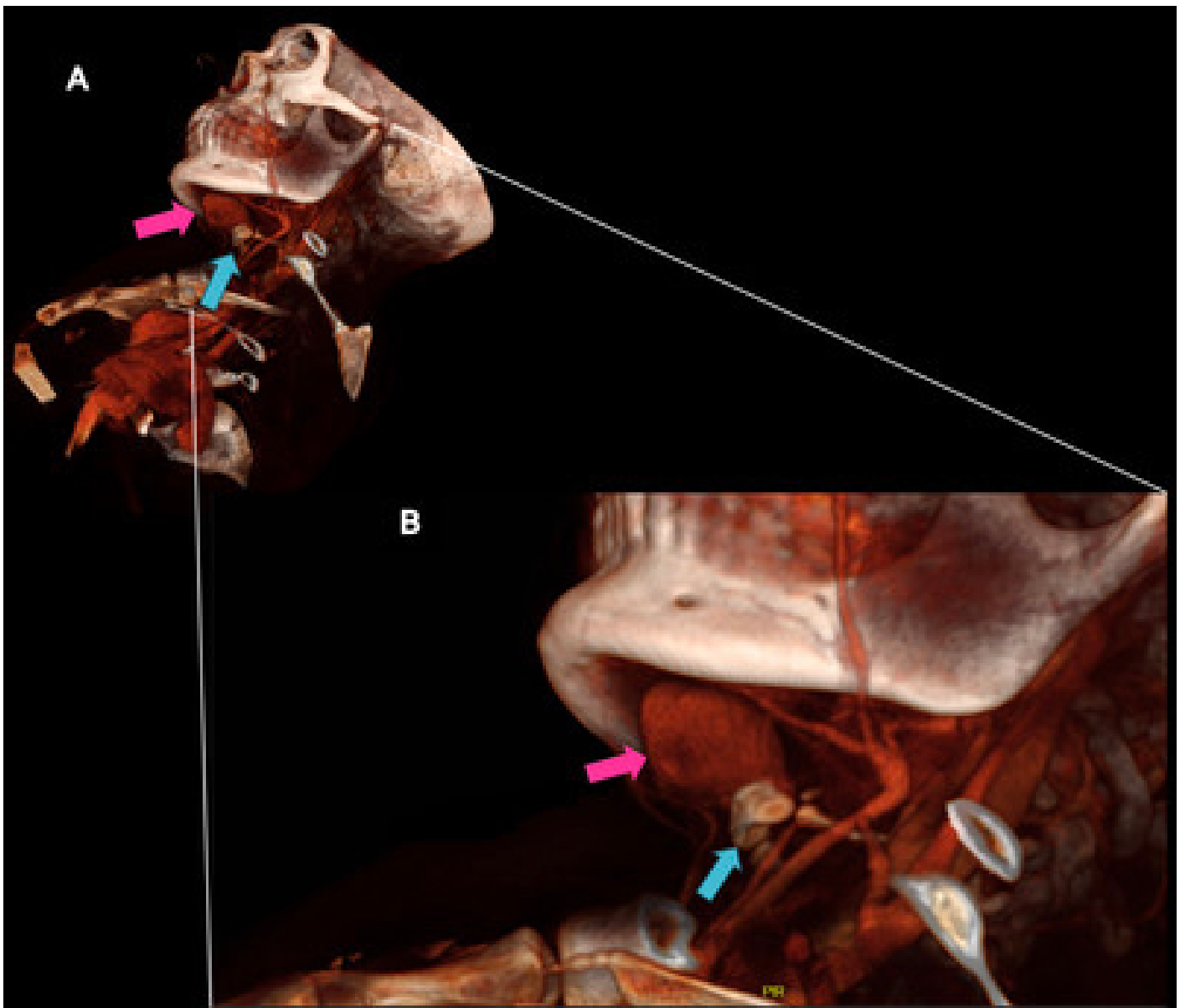


Figura 4: Reconstrução 3D evidenciando posição da tireoide ectópica (setas rosas) na linha média, próxima ao osso hioide (setas azuis).

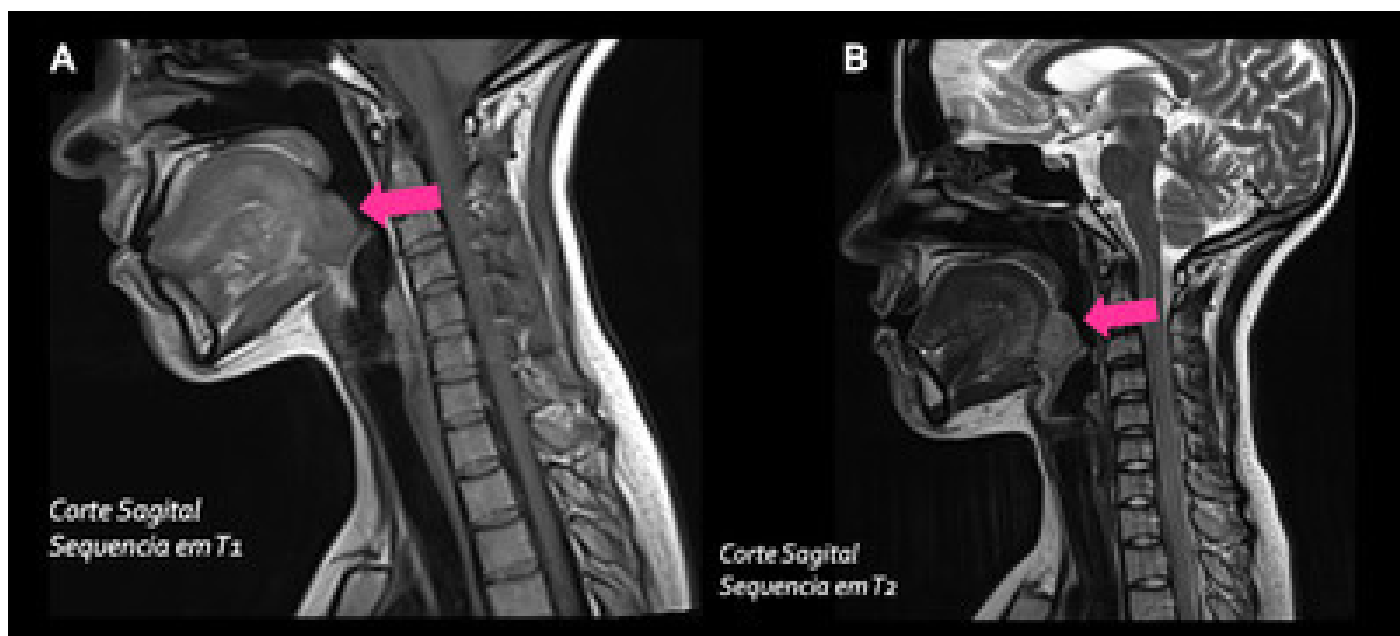


Figura 5: Cortes sagitais nas seqüências ponderadas em T1 e T2 da ressonância magnética destacando o tecido tireoidiano ectópico (setas rosas) com isossinal ao tecido muscular em T1 e discreto hipersinal em T2.