

## Timo intratiroideo ectópico como causa de nódulo tiroideo solitario

### Ectopic intrathyroidal thymus as cause of a solitary thyroid nodule

Sr. Editor:

El nódulo tiroideo (NT) se define como una masa focal palpable localizada en la glándula tiroides con características y consistencia diferentes del resto de la glándula<sup>1</sup>. Su prevalencia oscila entre 1-1,5%, siendo más frecuente en mujeres<sup>2,3</sup>. En la mayoría de los casos se trata de un hallazgo casual y suelen ser de causa benigna. Sin embargo, dado que el riesgo de malignidad es mayor en la población infantil se recomienda una valoración cautelosa y extensa.

A continuación se presenta un caso de timo intratiroideo como causa excepcional de NT con el objetivo de resaltar la dificultad diagnóstica de esta entidad.

Niña de 6 años y 4 meses enviada desde un hospital comarcal para valoración de un nódulo tiroideo izquierdo. Tres años antes había presentado una alteración de la función tiroidea (TSH elevada) en la analítica, iniciándose tratamiento con levotiroxina sódica. En la ecografía tiroidea se evidenciaba un nódulo tiroideo en lóbulo izquierdo cuyo tamaño había aumentado hasta alcanzar 16 × 4 mm. Se realizó entonces una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de resultado inconcluyente. Aportaba una gammagrafía tiroidea en la que destacaba «nódulo frío».

En la exploración destacaba un nódulo en lóbulo izquierdo de tiroides, sin palpase adenopatías cervicales ni bocio. Antropométricamente presenta peso: 26 kg (p76, + 0,71 SDS); talla: 122 cm (p78, + 0,79 SDS), índice de masa corporal 17,47 (p67, + 0,44 SDS) con dimensiones armónicas. Estaba en estadio I de Tanner (S1P1A1) y sus genitales eran femeninos normoconfigurados. No tenía antecedentes personales de interés y su cribado metabólico fue normal.

Se solicitó analítica en la que presentaba: TSH rápida 7,82 mUI/l (0,5-4,5), T4L 0,9 ng/dl (0,8-2), calcitonina 11 ng/l (< 19,0), PTH 51 ng/l (14-60), anticuerpos antiperoxidasa negativos (< 20 IU/ml) y antitiroglobulina negativos (< 220 IU/ml). El hemograma, VSG, función hepática y renal fueron normales. Se realizó ecografía tiroidea (fig. 1) en la que se apreciaba a nivel posteroinferior del lóbulo tiroideo izquierdo una lesión inespecífica ovoidea, exofítica, bien delimitada de 16 × 4 mm de tamaño. Ante el diagnóstico de nódulo tiroideo hipoecoico con PAAF no concluyente se decidió realizar resección quirúrgica practicándose lobectomía tiroidea total izquierda sin complicaciones. En el informe anatomopatológico se describe una prolongación tiroidea lateral izquierda de 20 × 7 mm que muestra en su seno un área incluida irregular no nodular de 10 × 7 mm correspondiente a parénquima tímico (fig. 2).

Tras la intervención quirúrgica se comienza tratamiento sustitutivo con levotiroxina hasta alcanzar una dosis máxima de 100 µg/día. Actualmente persiste asintomática, eutiroides, prepuberal sin presentar complicaciones hasta el momento.

El diagnóstico de NT carece de unidad nosológica<sup>4</sup> haciendo referencia únicamente a una masa de consistencia distinta al resto de la glándula tiroides. Se debe estudiar

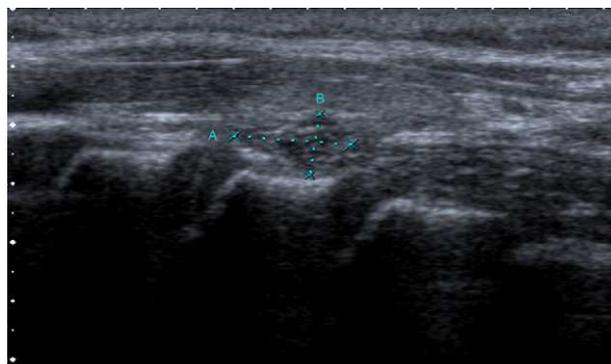


Figura 1 Ecografía de tiroides: a nivel posteroinferior del lóbulo tiroideo izquierdo se aprecia una lesión ovoidea, exofítica, parcialmente bien delimitada, micronodular, hipoecoica, con un tamaño aproximado de 16 × 4 mm.

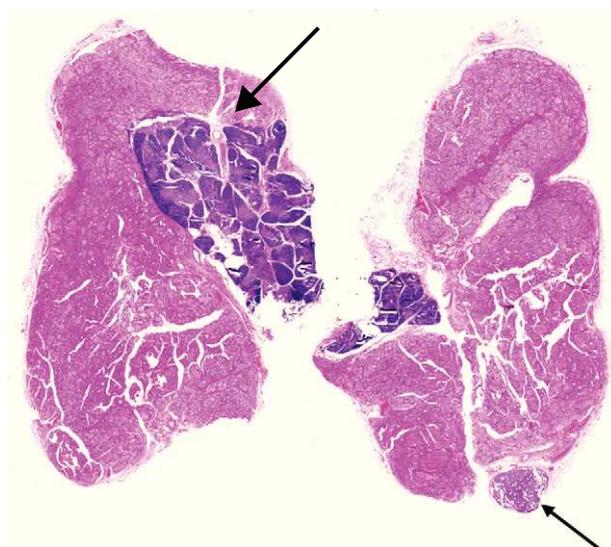


Figura 2 Biopsia de tiroides: prolongación tiroidea lateral izquierda: la imagen muestra en su seno un área incluida irregular no nodular de 10 × 7 mm (flechas gruesas) correspondiente a parénquima tímico. Se observa además una glándula paratiroides adyacente (flecha fina).

su origen etiopatológico sabiendo que en la infancia conlleva un mayor riesgo de causa neoplásica que en edad adulta<sup>3</sup>. Su estudio debe ir orientado a descartar malignidad antes de poder hablar de un origen benigno. El timo ectópico intratiroideo es una causa rara de nódulo tiroideo descubierta incidentalmente tras la cirugía o la necropsia. Se han descrito pocos casos en la literatura médica dado que habitualmente es asintomático<sup>6-9</sup>, lo cual no implica que su existencia sea infrecuente.

Habitualmente el hallazgo es de nódulo solitario y asintomático, como el caso que se presenta, aunque no debe olvidarse que los factores de benignidad no excluyen causa maligna<sup>4</sup>. La determinación de TSH, T4 libre y calcitonina sérica (este último para detección de carcinoma medular) debe ser obligada. Habitualmente la ecografía tiroidea detecta fácilmente los NT y permite realizar un seguimiento de sus dimensiones aunque no informa de la naturaleza de

la lesión. Teniendo en cuenta la posibilidad de que se trate de un proceso maligno, cuando se desconoce la naturaleza de la lesión nodular, como es el caso, la exéresis quirúrgica es el único método diagnóstico basado en el análisis anatomopatológico.

Este caso resalta la importancia de realizar biopsia de la lesión nodular ante los hallazgos de un NT en un niño. A diferencia del estudio recientemente publicado (M. Segni et al.<sup>5</sup>), en donde se expone que el timo es fácilmente identificable en la ecografía, permitiendo el diagnóstico de timo intratiroideo sin pruebas invasivas; en nuestro caso, los hallazgos inespecíficos en la ecografía obligaron a la exéresis de la lesión para su diagnóstico.

Como conclusión, la naturaleza del timo intratiroideo es benigna pero ante un NT de etiología incierta, siempre que las pruebas diagnósticas no puedan excluir malignidad, la cirugía estará indicada.

## Bibliografía

- Oyarzábal M, Chueca M, Berrade S. Nódulo tiroideo en la infancia. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 2011;2:53-7.
- Salas M. Nódulos tiroideos y cáncer de tiroides. En: Pombo M, editor. *Tratado de endocrinología pediátrica*. 4.<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 402-13.
- Hermoso López F, Nieto Cuartero JA, Pastor Peidro JA, Rivas Crespo F, Rodríguez Sánchez A. Bocio y nódulo tiroideo. Cap. 16. En: *Guías Diagnóstico-Terapéuticas de Endocrinología Pediátrica*. Libro de consenso de Endocrinología Pediátrica de la SEEP. 2003. [www.seep.es](http://www.seep.es).
- McCaffrey TV. Evaluation of the Thyroid Nodule. *Cancer Control*. 2000;7:223-8.
- Segni M, di Nardo R, Pucarelli I, Biffoni M. Ectopic intrathyroidal thymus in children: a long-term follow-up study. *Horm Res Paediatr*. 2011;75:258-63.
- Lignitz S, Musholt TJ, Kreft A, Engel R, Brzezinska R, Pohlenz J. Intrathyroidal thymic tissue surrounding an intrathyroidal parathyroid gland, the cause of a solitary thyroid nodule in a 6-year-old boy. *Thyroid*. 2008;18:1125-30.
- Megremis S, Stiakaki E, Tritou I, Bonapart IE, Tsilimigaki A. Ectopic intrathyroidal thymus misdiagnosed as a thyroid nodule: sonographic appearance. *J Clin Ultrasound*. 2008;36:443-7.
- Hernandez-Cassia C, Poniecka A, Vogel CK, McKenzie JM. A six-year-old boy with a suspicious thyroid nodule: intrathyroidal thymic tissue. *Thyroid*. 2008;18:377-80.
- Courcotsakis N, Patronas N, Filie AC, Carney JA, Moraitis A, Stratakis CA. Ectopic thymus presenting as a thyroid nodule in a patient with the carney complex. *Thyroid*. 2009;19:293-6.

J. Pérez Moreno<sup>a,\*</sup>, M. Muiño Vidal<sup>b</sup>, O. Fidalgo Baamil<sup>c</sup>, E. Sola Vendrell<sup>d</sup>, J. Menárguez Palanca<sup>d</sup>, M.D. Rodríguez Arnao<sup>a</sup> y A. Rodríguez Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Metabolismo y Desarrollo, Departamento de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Pediatría, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera de A Coruña, España*

<sup>c</sup> *Departamento de Endocrinología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España*

<sup>d</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jimenapermor@gmail.com](mailto:jimenapermor@gmail.com)

(J. Pérez Moreno).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.05.023>

## Estatus convulsivo por hipocalcemia en un lactante secundario a déficit materno de vitamina D

### Convulsive status due to hypocalcemia in a toddler secondary to maternal vitamin D deficiency

Sr. Editor:

A pesar de la práctica erradicación del raquitismo carencial en Europa y Norteamérica a mediados del siglo xx<sup>1</sup>, hoy sigue siendo prevalente en países en desarrollo<sup>2</sup>.

El número de inmigrantes del área del Magreb y África subsahariana es cada vez mayor en nuestro país. Estos utilizan indumentarias tradicionales que cubren la mayor parte del cuerpo, se exponen poco a la luz solar, transcurriendo la mayor parte de su vida social en el interior de las viviendas, y fomentan la lactancia materna exclusiva prolongada<sup>1</sup>. Todos estos factores favorecen el resurgir del raquitismo en nuestras sociedades<sup>3</sup>.

A continuación, presentamos el caso de un lactante marroquí que sufrió un estatus convulsivo por hipocalcemia secundaria a raquitismo carencial por hipovitaminosis D materna.

Se trataba de un varón de 4 meses que acudió a urgencias por episodio de 30 s de duración caracterizado por desconexión del medio, hipertonia y clonías faciales. El episodio cedió espontáneamente. Presentaba, a su llegada, constantes normales, somnolencia, hipotonía generalizada, craneotabes y tibias varas, siendo el resto de la exploración normal.

No había presentado fiebre ni otra sintomatología. Negaban administración de medicamentos, tóxicos o vacunas recientes y no tenía antecedentes de interés. Tomaba lactancia materna exclusiva, sin suplementación con vitamina D.

A las 24 h de este episodio, encontrándose hospitalizado, presentó estatus convulsivo generalizado refractario a diazepam, valproico y fenitoína. Durante el mismo se detectó calcemia total de 4,9 mg/dl (valor normal: 8,5-10,5 mg/dl), administrándose cloruro cálcico por vía intravenosa con buena respuesta.