

Quiste hidatídico de la glándula tiroides: Reporte de tres casos

Pedro Pablo Pinto G.¹, Carlos Mansilla A.², Martín Rodríguez L.³

Hydatid cyst of the thyroid gland: Report of three cases

Introduction: Hydatid disease can develop in any organ of the body, the most frequent locations being the liver and lung, but occasionally it can affect other organs such as the thyroid gland. In Chile there are few previous publications. **Aim:** The aim of this report is to present the diagnosis, treatment and follow-up of three patients with hydatid thyroid cysts. **Clinical Cases:** Two women, ages 9 and 56, and a 56 year old male patient, referred from Aysén in Patagonia, all of them due to a symptomatic increased volume in thyroid gland. The diagnosis was made through anamnestic history and ultrasound images. All underwent subtotal thyroidectomy and postoperative chemoprophylaxis with Albendazole for 30 days. Diagnostic confirmation was made by histopathological study. None had recurrence, one of them has been followed for 22 years. **Conclusion:** In conclusion, although the thyroid gland is rarely affected, hydatid disease should not be overlooked in the differential diagnosis of cystic lesions of the thyroid gland, especially in patients living in regions where the disease is endemic.

Key words: hydatid cyst, thyroid gland; thyroid nodule; differential diagnosis.

¹Servicio Cirugía Hospital Regional Coyhaique.

Coyhaique, Chile.

²Servicio Anatomía Patológica.

Hospital Regional de

Coyhaique. Coyhaique, Chile.

³Hospital de Chaitén. Chaitén, Chile.

Recibido el 2022-03-09 y
aceptado para publicación el
2022-05-22

Correspondencia a:

Dr. Pedro Pablo Pinto G.

pedropablopatricio@gmail.com

Resumen

Introducción: La enfermedad hidatídica puede desarrollarse en cualquier órgano del cuerpo, siendo las localizaciones más frecuentes el hígado y pulmón, pero ocasionalmente puede afectar a otros órganos como la glándula tiroides. En Chile existen escasas publicaciones previas. El objetivo de este reporte es presentar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de tres pacientes portadores de quiste hidatídico de la glándula tiroides. **Casos Clínicos:** Se refiere a dos mujeres de 9 y 56 años y un paciente de sexo masculino de 56 años, provenientes de la zona rural de la Región de Aysén en la Patagonia, todos enviados por aumento de volumen sintomático de la glándula tiroides. El diagnóstico presuntivo se realizó mediante los antecedentes anamnéticos e imágenes de ultrasonografía. Todos fueron sometidos a tiroidectomía subtotal y a quimioprofilaxis post operatoria con Albendazol por 30 días. La confirmación diagnóstica se realizó mediante el estudio histopatológico. Ninguno ha presentado recurrencia, llevando una de ellas 22 años de seguimiento. **Conclusión:** Aunque la glándula tiroides rara vez se ve afectada, la enfermedad hidatídica no debe pasarse por alto en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas de la glándula, especialmente en pacientes que viven en regiones donde la enfermedad es endémica.

Palabras clave: quiste hidatídico; tiroides; nódulo tiroideo; diagnóstico diferencial.

Introducción

La enfermedad hidatídica puede desarrollarse en cualquier órgano, con mayor frecuencia en el hígado (50%-77%) y el pulmón (15%-47%), pero ocasionalmente puede afectar otros órganos¹⁻⁴. En Chile hay 3 publicaciones previas. La glándula tiroides es raramente afectada, su prevalencia varía entre 0% y 3,4%, según los distintos reportes⁵, no alcanzando a más de 72 los casos documentados desde el año 1965^{6,7}.

El *Echinococcus granulosus* puede pasar por alto el hígado y los pulmones y alojarse en la glándula tiroides a través de la circulación sistémica. La rareza de la enfermedad se explicaría, porque, pese a que la glándula tiroides posee un alto flujo sanguíneo (6 ml/por g de tiroides), el calibre de sus vasos es pequeño y están angulados respecto a las carótidas; disposición anatómica que ofrecería en alguna medida protección frente al *Echinococcus granulosus*⁸.

Sin embargo, a pesar de la escasa frecuencia, su diagnóstico no puede ser ignorado en aquellas áreas con alta incidencia hidatídica.

En el presente estudio se analizan tres casos de localización primaria en la glándula tiroidea.

Casos Clínicos

Reporte caso 1

Paciente de 9 años, sexo femenino, quien vivía en una zona rural de la Región de Aysén. Consultó por una masa cervical anterior, indolora, de aproximadamente un año de evolución. La masa habría aumentado de tamaño lentamente, asociándose en el último tiempo una leve disnea.

Al examen físico se observaba en la región anterior del cuello, una masa central mal definida, de superficie lisa y móvil con la deglución. El estudio incluyó hemograma, pruebas de función tiroidea, pruebas de función renal, glicemia y radiografía de tórax, todas fueron normales. La ecografía de la glándula tiroides reveló un aumento de volumen del lóbulo izquierdo debido a un nódulo quístico de pared gruesa bien definida (que alcanza los 2 mm) que mide 33 x 25 x 20 mm, ocupando el tercio medio-bajo del lóbulo izquierdo, con leve vascularización periférica y microcalcificaciones (Figura 1).

Es intervenida quirúrgicamente, realizándose lobectomía tiroidea izquierda (Figuras 2 y 3). El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico tiroideo (Figura 4).

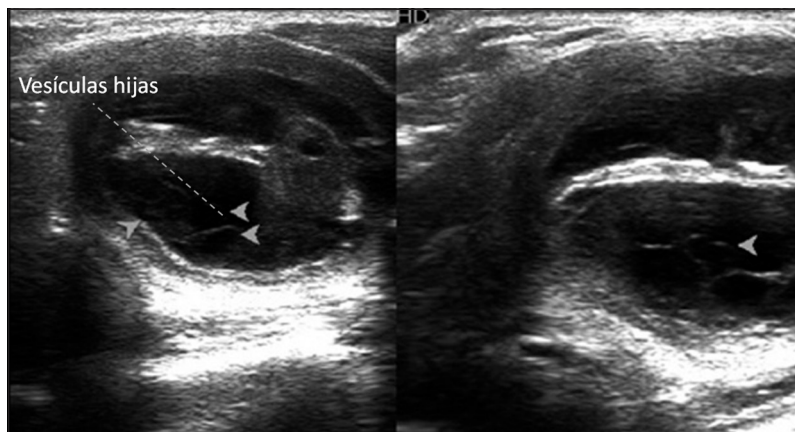


Figura 1. Ecotomografía nódulo tiroideo izquierdo.



Figura 2. Cirugía: nódulo tiroideo.



Figura 3. Nódulo tiroideo: membranas parasitarias.

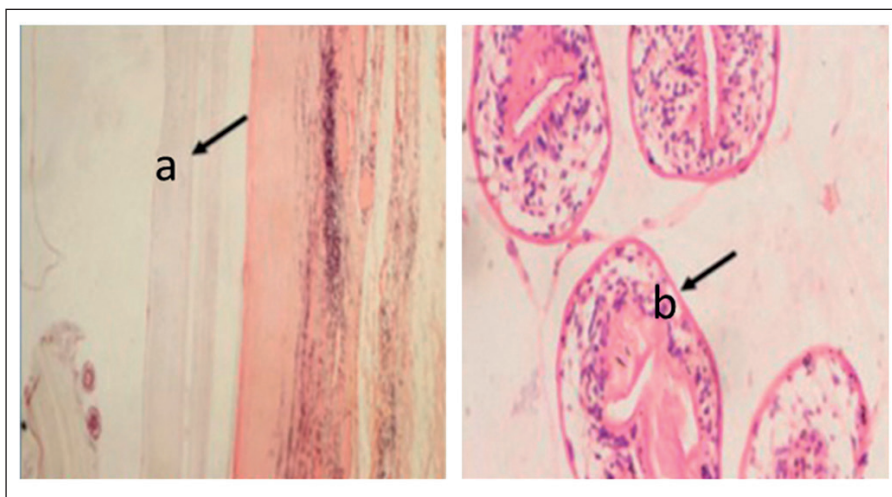


Figura 4. Histología: **a)** membrana germinativa; **b)** protoescolex.

SERIE DE CASOS

La paciente permaneció 2 días hospitalizada donde se completó estudio no encontrándose localizaciones secundarias. Es dada de alta con Albendazol por 2 meses. Los controles periódicos por 22 años no han demostrado recurrencia

Reporte caso 2

Paciente de 56 años, sexo femenino, proveniente zona urbana de Coyhaique, con antecedente de tener perros sin control sanitario. Consultó por aumento de volumen cervical anterior de 6 meses de evolución que durante los últimos meses se había hecho sensible a la palpación.

En el examen físico se apreciaba aumento de volumen, aumentado de consistencia, sensible, de 3 cm, en región anterior del cuello. Ecotomografía cervical reveló lóbulo izquierdo del tiroides ocupado casi totalmente por una imagen quística de 39 x 23 x 30 mm, que contiene 2 imágenes vesiculares en su interior. Se completó estudio no encontrándose localizaciones secundarias.

Se operó realizándose lobectomía izquierda con evolución sin inconveniente. El estudio histopatológico reveló lóbulo tiroideo izquierdo de aspecto quístico de 3,5 cm, que contiene material achocolatado pastoso con algunas formaciones vesiculares características de quiste hidatídico tiroideo.

Evolución satisfactoria dándose de alta a los 3 días con Albendazol por 2 meses. Sus controles no han revelado recidiva tras 18 años de control.

Reporte caso 3

Paciente de 56 años, oriundo de Puerto Aysén, quien consulta por aumento de volumen progresivo en cara anterior del cuello.

Al examen físico se apreciaba glándula tiroides aumentada de tamaño, dura e irregular, aparentemente adherida a planos profundos. En Ecotomografía de tiroides se aprecia lóbulo izquierdo aumentado de tamaño a expensas de gran nódulo sólido quístico de 7 x 6 cm. Con vesículas hijas en su interior. El estudio realizado con posterioridad no revela otras localizaciones hidatídicas.

Se intervino quirúrgicamente, realizándose lobectomía izquierda, sin incidentes. El estudio histopatológico confirmó la etiología hidatídica, con presencia de escólex viables. Se deja en el post operatorio Albendazol por 2 meses. Sus controles fueron realizados periódicamente hasta su fallecimiento por causas naturales 20 años después.

Discusión

La prevalencia mundial de esta zoonosis se estima en 2-3 millones de personas, de las cuales se diagnostican solo 200.000⁹. En Chile esta zoonosis constituye una enfermedad endémica con una incidencia el año 2015 de 1,81 x 100.000 habitantes y de 24,92 en la Región de Aysén¹⁰, representando la región con mayor incidencia a nivel nacional.

La glándula tiroides rara vez está involucrada en la enfermedad hidatídica, incluso en países endémicos como Chile. Aunque la prevalencia varía según el país y la región, los datos de la literatura la sitúan entre un 0 y 3,4%⁵. El primer caso de quiste hidatídico tiroideo fue publicado por Reddy en 1946¹¹.

Desde 1990 hasta el año 2021 se han realizado 450 tiroidectomías, en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Coyhaique, de las cuales solo 3 (0,7%) fueron por quistes hidatídicos tiroideos.

La enfermedad hidatídica de la glándula tiroides se clasifica en primaria y secundaria. La forma primaria es la más frecuente, 2/3 de los casos, en la cual no se evidencia enfermedad hidatídica extra tiroidea, situación acontecida con los 3 casos presentados; mientras que la forma secundaria se asocia con enfermedad quística adicional en el hígado, pulmón y otros órganos⁷.

Aunque la enfermedad se puede observar en todos los grupos de edad y en ambos sexos, por lo general se presenta en adultos jóvenes. Habitualmente se limita a un solo lóbulo y tiende a ser solitaria; situación de nuestros pacientes. Al igual que con otros órganos, los quistes hidatídicos ubicados en la glándula tiroides muestran un patrón de crecimiento lento y por lo tanto permanecen clínicamente silenciosos durante largos años.

Cuando crecen pueden adherirse a los tejidos y órganos circundantes como tráquea, esófago, vaina carotídea, laringe, nervios y músculos cervicales. Dependiendo de las adherencias y de la compresión de dichos órganos se puede producir disnea, dificultad en la deglución y disfonía. Las complicaciones son, habitualmente, poco frecuentes. Se ha descrito la anafilaxia por ruptura espontánea o iatrogénica, la formación de abscesos piógenos y fistulas cistotraqueales secundarias a la erosión de la pared traqueal por la pared del quiste^{5,7}.

Vivir en un área endémica y una cirugía previa de quiste hidatídico son antecedentes importantes para el diagnóstico preoperatorio. Dicha posibilidad aumenta cuando estos hallazgos están respaldados por pruebas radiológicas y serológicas.

Las pruebas radiológicas más utilizadas para el

diagnóstico son la ecotomografía (US), la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), la cintigrafía y la citología por aspiración con aguja fina (PAAF). Estas pruebas también ayudan para el diagnóstico diferencial. Esto se debe a que los quistes hidatídicos de origen tiroideo suelen confundirse con tumores benignos o malignos, quistes, abscesos y cualquier otra lesión tiroidea que ocupe espacio. La US es muy eficaz para mostrar las vesículas hijas, que es fundamental para el diagnóstico preoperatorio. En todos nuestros pacientes este fue el examen diagnóstico. La TC y RM se suele utilizar para el diagnóstico avanzado, cuando la US no puede establecer claramente la relación entre la lesión quística y las estructuras adyacentes¹².

El diagnóstico serológico se realiza utilizando técnicas de laboratorio que detectan los anticuerpos circulantes. En la actualidad en nuestro país se utilizan métodos de enzimo inmunoensayo (ELISA) y *Western Blot* debido a su alta sensibilidad y especificidad. Estas técnicas permiten detectar anticuerpos específicos contra antígenos del parásito y son de elección si se desea estudiar casos sospechosos. ELISA se utiliza para tamizaje (detección de IgG) y *Western Blot* es la técnica de confirmación (detecta IgG, IgM e IgA). Sin embargo, las pruebas serológicas tienen una sensibilidad y especificidad limitadas en la hidatidosis tiroidea primaria, lo que limita su utilización diagnóstica¹³.

La PAAF es una herramienta de diagnóstico universalmente aceptada para determinar el abordaje de los nódulos tiroideos, especialmente en manos experimentadas. Sin embargo, esta debe evitarse cuando el diagnóstico diferencial incluye un quiste hidatídico tiroideo, puesto que puede ocasionar reacciones anafilácticas o bien diseminación de la enfermedad. A pesar de lo antes mencionado, no se ha

informado de ninguna complicación en los pacientes en los que el quiste hidatídico no se considerado clínicamente y cuyo diagnóstico se ha realizado de manera incidental después de la PAAF. En caso de su realización, la quimioterapia es mandatoria y la recomendación es la utilización de Albendazol por 2 ciclos de 30 días^{6,14}.

Al igual que en otras localizaciones, la cirugía ya sea mediante una tiroidectomía subtotal o total es la terapia de elección. La extirpación del quiste debe realizarse con sumo cuidado para no romper la lesión y diseminar su contenido. A manera de prevención se recomienda proteger el campo quirúrgico con compresas empapadas con agua oxigenada o bien solución salina hipertónica y el uso de Albendazol 7 días previo a la cirugía¹⁵.

En conclusión, a pesar de ser poco común, la enfermedad hidatídica del tiroides no debe pasarse por alto en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de la glándula, particularmente, en pacientes con antecedente de hidatidosis en otras localizaciones o aquellos provenientes de una región endémica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

- Pérez JA, Felmer O, Carrasco C, Gabrielli M, Torrijos C, Bastías JA. Quiste hidatídico tiroideo sintomático. Caso Clínico. *Rev Med Chile* 2008;136:896-9.
- Valverde C, Lam J, Ibáñez P, Cruzat C. Hidatidosis cervical: compromiso de tiroides y glándula submaxilar en dos casos. *Rev Med Chile* 1999;127:1108-11.
- Pinto P, Torres F, Medeiros L, Arriagada R. Localizaciones poco frecuentes de la hidatidosis. *Rev Chil Cir*. 1986;38:56-9.
- Akbulut S, Demircan F, Sogutcu N. Hydatid cyst of the thyroid gland: Report of two cases. *Int Surg*. 2015;100:643-7.
- Yilmaz M, Akbulut S, Sogutlu G, Arabaci E, Kayaalp C. Hydatid cyst of the thyroid gland: Report of three cases. *Surg Today* 2013;43:937-41.
- Rauhofer U, Prager G, Hörmann M, Auer H, Kaserer K, Niederle B. Cystic Echinococcosis of the thyroid gland in children and adults. *Thyroid* 2003;13:497-502.
- Jiang T, Guo Q, Ran B, Zhang R, Aji T, Shao Y. Quiste hidatídico de la glándula tiroides con fístula traqueal: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Ex Ther Med*. 2019;18:573-9.
- Gürses N, Baysal K, Gürses N: Hydatid cyst in the thyroid and submandibular salivary glands in a child. *Z Kinderchir*. 1986;41:362-63.
- Rossi P, Tamarozzi F, Galati F, Pozio E, Akhan O, Cretu CM et al. *Parasit Vectors*. 2016;9:243.
- Situación epidemiológica de hidatidosis (CIE-10: B67) Chile, 2015. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.
- Reddy DG, Thangavelu M. Hydatid cyst thyroid. *Indian J Surg*. 1946;8:49.

SERIE DE CASOS

12. Azendour I, Boulaich M, Ayoubi A, Oujilal A, Essakalli L, Ksadri M. Primary hydatid cyst of the thyroid gland. *Int J Otolaryngol*. 2011; 713089.
13. Muñoz P. Diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis. *Rev Chil Infectol*. 2007;24:153-4.
14. Salih AM, Abdulla ZI, Mohammed DA, Jwamer VI, Ali PG, Hamasaeed AG, et al. Hydatid cyst of thyroid gland, a rare case report with a literatura review. *Int J Surg Case Rep*. 2020;67:267-70.
15. Avcu S, Unal O, Kotan C, Oztürk M, Ozen O. Submandibular and thyroid gland involvement of hydatid cyst: a very rare association with percutaneous treatment. *Diag Interv Radiol*. 2010;16:251-4.