

Enfermedad de Graves recurrente tras tiroidectomía

Inés Castro-Dufourny

Sección de Endocrinología. Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey (Madrid). España
Universidad Francisco de Vitoria (UFV). Madrid. España

Recibido: 18/10/2018

Aceptado: 16/11/2018

En línea: 31/12/2018

Citar como: Castro-Dufourny I. Enfermedad de Graves recurrente tras tiroidectomía. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Dic); 3(3): 133-135. doi: 10.32818/reccmi.a3n3a11.

Autor para correspondencia: Inés Castro-Dufourny. inescastrod@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Enfermedad de Graves
- ▷ Recidiva
- ▷ Tiroides ectópico
- ▷ Hipertiroidismo

Keywords

- ▷ Graves' disease
- ▷ Relapsing Graves
- ▷ Ectopic thyroid
- ▷ Hyperthyroidism

Resumen

La enfermedad de Graves es una causa frecuente de hipertiroidismo en mujeres jóvenes. Su tratamiento inicial suele realizarse con fármacos antitiroideos orales mantenidos a lo largo de 12-24 meses. Si persiste el hipertiroidismo tras este periodo, o si vuelve a presentarse tras un periodo libre de enfermedad, el segundo escalón terapéutico puede ser la cirugía o el yodo radiactivo. Presentamos el caso de una paciente con enfermedad de Graves resistente al tratamiento con antitiroideos orales, con recidiva del hipertiroidismo tras tiroidectomía total por existencia de tejido tiroideo ectópico mediastínico. Recibió tratamiento con yodo radiactivo, controlándose el hipertiroidismo, con hipotiroidismo yatrogénico posterior.

Abstract

Graves' disease is a common cause of hyperthyroidism in young women. The initial treatment - in our milieu - is usually anti-thyroid medication during 12-24 months. In case of failure in the control of the disease, the second step could be either surgery or oral Iodine-131. We report the case of a woman with Graves' disease resistant to drugs, and presenting hyperthyroidism several years after total thyroidectomy, due to the presence of an ectopic thyroid tissue in the mediastinum. She was treated with oral Iodine-131. She remained with hypothyroidism.

Puntos destacados

- ▷ El tejido tiroideo ectópico puede presentar las mismas enfermedades que el eutópico y dificultar el diagnóstico si no se sospecha.
- ▷ El tratamiento del hipertiroidismo con yodo radiactivo es eficaz y seguro, y evita una cirugía extensa y complicada.

Introducción

La enfermedad de Graves es una causa frecuente de hipertiroidismo en mujeres jóvenes. Su tratamiento inicial suele realizarse con fármacos antitiroideos orales mantenidos a lo largo de 12-24 meses. Si persiste el hipertiroidismo tras este periodo, o si vuelve a presentarse tras un periodo libre de enfermedad, el segundo escalón terapéutico puede ser la cirugía o el yodo radiactivo. Presentamos el caso de una paciente con enfermedad de Graves recidivante tras tiroidectomía total.

Historia clínica

A los 28 años (1998), tras un embarazo, la paciente es diagnosticada de hipertiroidismo. Se realiza una gammagrafía con captación homogénea en todo el

tiroides (**Figura 1A**). Se instaura tratamiento con antitiroideos orales. Tras 6 o 7 años de dicho tratamiento, y al persistir el hipertiroidismo, se realiza una tiroidectomía total, quedando la paciente hipotiroidea y precisando de tratamiento sustitutivo con levotiroxina. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica no presenta datos de malignidad.

Tras 4 años de estabilidad, empiezan a descender las necesidades de levotiroxina hasta ser preciso suspender. Acude a nuestras consultas a los 43 años, por hipertiroidismo tanto clínico como analítico: TSH 0,01 μ U/ml (0,35-5,5), T4 normal, T3 2,9 pg/ml (normal hasta 1,9 pg/ml), TSI 36 U/l (negativo < 1). En la ecografía, se observan restos tiroideos en LTI de 10 x 5 mm y en LTD de 17 x 10 mm. Se descarta la producción ectópica de hormonas tiroideas (beta hCG y ecografía ovárica normal). Se diagnostica de enfermedad de Graves recidivante sobre restos tiroideos tras tiroidectomía total. Se instaura tratamiento con tiamazol 5 mg/día. Se recomienda tratamiento con radioyodo. La paciente rechaza este tratamiento y abandona el seguimiento.

Vuelve a consulta 3 años después. Por un accidente de tráfico, se le ha realizado en otro centro una resonancia magnética (RM) describiendo un posible nódulo tiroideo versus una adenopatía. En ese mismo centro, se le ha realizado una ecografía donde se describen restos tiroideos y adenopatías altamente vascularizadas en región IV de 2,21 x 1,19 cm en lado izquierdo y en 2,62 x 1,41 cm en lado derecho (no descritas en la RM) informadas como "sospecha de recidiva de una lesión proliferativa". A la exploración física no

destaca ningún dato, no presenta exoftalmos ni se palpan nódulos tiroideos ni adenopatías.

Pruebas complementarias

Se solicita en nuestro centro una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía de los restos tiroideos y de las adenopatías. Se confirma la existencia de restos tiroideos con anatomía patológica de tejido tiroideo normal, pero no se observan adenopatías. En la gammagrafía con SPECT-TAC se visualiza captación en lecho quirúrgico y en tiroides ectópico en mediastino (**Figura 1B y Figura 2**). La tomografía axial computarizada (TAC) pone de manifiesto un resto tiroideo de 8,5 mm en lado izquierdo y de 1,5 cm en lado derecho. Al igual que en la RM, no se observan adenopatías cervicales. En región pretraqueal se observa otro nódulo en línea media de 2 cm al que corresponde la PAAF benigna previa. En mediastino anterosuperior, en línea media, se visualiza un nódulo hipodenso de 1,5 cm que corresponde con la captación ectópica hallada en la gammagrafía (**Figura 2**).

Evolución

Se decide administrar radioyodo (20 MCi). Un mes tras su administración, es preciso suspender el tiamizol; y tras 2 meses, iniciar tratamiento sustitutivo por hipotiroidismo post-radioyodo.

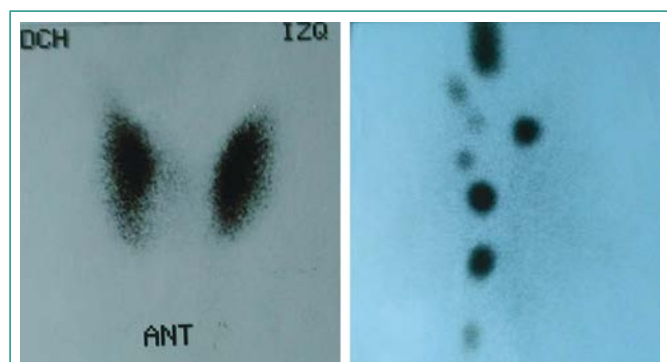


Figura 1. Gammagrafía precirugía (*izquierda*): se aprecia una captación del trazador homogénea en todo el tiroides. Gammagrafía poscirugía (*derecha*): captación en lecho quirúrgico y mediastino del trazador

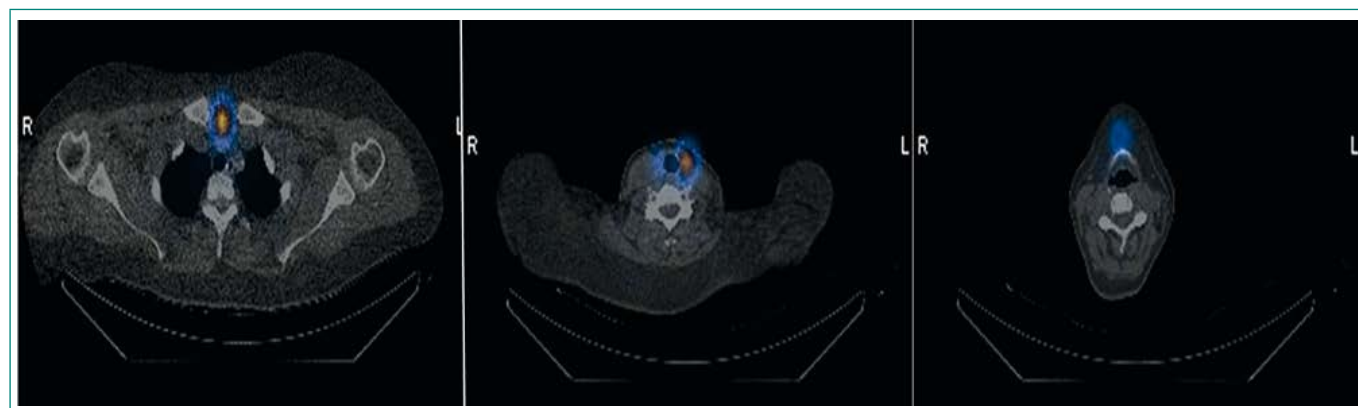


Figura 2. SPECT-TAC: reconstrucción de la masa mediastínica y pretraqueal en lecho tiroideo

Diagnóstico

Hipertiroidismo por recidiva de enfermedad de Graves sobre restos tiroideos posquirúrgicos y tejido tiroideo ectópico.

Discusión y conclusiones

Ante un hipertiroidismo tras tiroidectomía, lo primero que hay que descartar es un hipertiroidismo yatrogénico. La segunda causa que se ha de descartar es la recidiva sobre un remanente quirúrgico. Aunque éste se objetiva en el 33% de las ecografías realizadas tras tiroidectomía, la recurrencia sintomática sólo se produce en el 0-3% de los pacientes intervenidos¹.

La prevalencia del tejido tiroideo ectópico es baja, entre 1/100.000 a 1/300.000 personas. Sin embargo, es más prevalente en autopsias (7-10%) y se debe a una migración anómala de la glándula durante el desarrollo embrionario, siendo el tiroides lingual la forma más habitual (90%). Las formas sublingual, prelaríngea o subesternal (mediastínicas) son excepcionales (1% para estas últimas). Este tejido ectópico suele pasar desapercibido, ya que no genera síntomas, sin embargo puede desarrollar las mismas patologías que el tejido tiroideo normal. Los casos de recurrencia de la enfermedad de Graves tras tiroidectomía se deben más frecuentemente a remanentes en el tracto piramidal o tiroetímico¹⁻⁴.

El motivo por el cual en nuestro caso no se detectara el tejido tiroideo ectópico en la primera gammagrafía puede ser porque la imagen se limitó a la zona cervical, o porque previo a la cirugía ese tejido era menos voluminoso. En efecto, se ha descrito que la extirpación quirúrgica del tiroides eutópico puede estimular el crecimiento del tejido tiroideo ectópico⁴.

El tratamiento de la enfermedad de Graves sobre tejido ectópico debe seguir los mismos criterios que en la enfermedad de Graves sobre tejido eutópico, y debe consensuarse con el paciente. Todos los casos descritos son casos en los que el tratamiento médico ha fallado y se ha realizado tiroidectomía. La persistencia de la enfermedad es la que ha llevado al diagnóstico de tejido tiroideo ectópico. En la mayoría de los casos descritos, tras la tiroidectomía, se ha optado, como en nuestro caso, por el yodo radiactivo, al no existir motivos para sospechar malignidad^{3,5}. A pesar de la posible presencia de adenopatías vascularizadas en una primera ecografía, éstas no se detectaron en la RM, ni en la TAC ni en la ecografía con punción. Probablemente se trataba de los restos tiroideos, altamente vascularizados por la enfermedad de Graves activa. El material obtenido tanto en la cirugía como en la PAAF fue benigno.

Ante una recidiva de enfermedad de Graves, y siempre tras descartar el factor yatrogénico, hay que tener en mente la posible, aunque poco frecuente, existencia de tejido tiroideo ectópico que puede presentar las mismas patologías que el tiroides eutópico y complicar el manejo de estos pacientes si no se sospecha.

Bibliografía

1. Cunha FM, Rodrigues E, Oliveira J, Saavedra A, Vinha LS, Carvalho D. Graves disease in a mediastinal mass presenting after total thyroidectomy for non-toxic multinodular goiter: a case report. *J Med Case Rep.* 2016 Mar 31; 10:70. doi: 10.1186/s13256-016-0878-7.
2. Vercher-Conejero JL, Rivas-Sánchez A, Bello-Arqués P, Ruiz-Llorca C, Falgas-Lacueva M, Pelegrí-Martínez L. Recidiva de hipertiroidismo en una paciente con enfermedad de Graves tiroidectomizada hace 15 años. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2012 Mar-Apr; 31(2): 108-109. doi: 10.1016/j.remnm.2011.06.004.
3. Khan SH, Rather TA. Simultaneous occurrence of Graves' disease in eutopic and ectopic thyroid tissue: A case report and review of literature. *Indian J Nucl Med.* 2012 Oct; 27(4): 254-256. doi: 10.4103/0972-3919.115399.
4. Gorur GD, Isgoren S, Tan YZ, Utkan Z, Demir H, Berk F. Graves' disease in a patient with ectopic mediastinal thyroid. *Clinical Nuclear Medicine.* 2011 Nov; 36(11): 1039-1040. doi: 10.1097/RLU.0b013e3182291c15.
5. Tan TH, Lee BN, Hassan SZA, Ch'ng ES, Hussein Z. Dual thyroid ectopia with Graves' disease: a case report and review of the literature. *Nucl Med Mol Imaging.* 2012 Dec; 46(4): 300-303. doi: 10.1007/s13139-012-0160-x.