**P 44**

**MASA CERVICAL LATERAL COMO PRESENTACIÓN DE TEJIDO TIROIDEO ECTÓPICO - CASO CLÍNICO**
María José Riquelme Munizaga1, Francisco Cruz Olivos2, Antonieta Solar González3, María Javiera Pérez Etcheberry4, Nicole Lustig Franco5, José Miguel Domínguez Ruiz-Tagle5, Francisco Guarda Vega5

1Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Departamento de Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Red de Salud UC-CHRISTUS, 3Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Red de Salud UC-CHRISTUS, 4Red de Salud UC-CHRISTUS, 5Departamento de Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Red de Salud UC-CHRISTUS

**INTRODUCCIÓN**: La presencia de tejido tiroideo fuera de su posición normal es una condición infrecuente. Glándula tiroides ectópica, accesoria o nódulo parasítico han sido conceptos usados para la definición de esta condición, siendo la primera consecuencia de alteraciones en la migración durante la embriogénesis, mientras que las demás no se asocian necesariamente a este mecanismo. Presentamos el caso de una paciente con masa cervical lateral compatible con tejido tiroideo en posición anormal.

**CASO CLÍNICO**: Mujer de 52 años, sin antecedentes mórbidos y con antecedentes familiares de hipotiroidismo, consultó derivada para estudio de bocio multinodular y masa supraesternal asintomática sospechosa. Al examen físico destacaba eutiroidea, con glándula tiroides irregular de tamaño normal, asociada a masa supraesternal izquierda de 3 cms. Se solicitó función tiroidea que resultó normal. Ecografía cervical mostró bocio multinodular sin características agresivas y conglomerado nodular grupo VI izquierdo de 36 mms, de similar estructura ecográfica al tejido tiroideo. Se solicitó TC de cuello y tórax con contraste que confirmó presencia de lesión descrita, sin lesiones torácicas. Dado sospecha de neoplasia tiroidea con ganglios metastásicos vs síndrome linfoprolifertativo, se solicitó punción con aguja fina de nódulo tiroideo dominante izquierdo y masa cervical izquierda. Biopsia mostró nódulo tiroideo Bethesda II y, en muestra lateral, tejido tiroideo normal. Inmunohistoquímica para tiroglobulina resultó positiva y HBME-1 negativa. Por sospecha de tejido tiroideo ectópico, se solicitó cintigrama con 99m-Tc que confirmó presencia de captación del radiofármaco en tejido caudal a lóbulo izquierdo. Dado que la paciente se encontraba asintomática y tejido no mostraba elementos de malignidad, se decidió mantener en observación.

**DISCUSIÓN:** en la literatura, la presencia de glándula tiroides ectópica tiene una prevalencia de 1 en 100.000 a 300.000 personas. La diferencia con tiroides accesoria y nódulos parasíticos es poco clara y su prevalencia es desconocida. Clínicamente la mayoría de los pacientes son asintomáticos, y en general se encuentra alrededor del conducto tirogloso o lateralmente en el cuello, existiendo también en mediastino y en regiones subdiafragmáticas. En su gran mayoría es tejido benigno. Para el diagnóstico es útil el cintigrama de tiroides 99m-Tc que determina funcionalidad tanto de la tiroides eutópica – cuando la hay – o del tejido ectópico. En cuanto al tratamiento, no hay consenso, dependiendo éste del tamaño y los síntomas que presente el paciente y van desde la observación hasta la resolución quirúrgica.

**Financiamiento:** No