

Patología en el lóbulo piramidal de la tiroides *Disease of the pyramidal lobe of the thyroid gland*

Manuel R. Montesinos, Paula C. Ferro, Pablo Quadri, Alejandro Iotti

Correspondencia:
mrmontesinos5@
hotmail.com

El lóbulo piramidal es una prolongación ascendente e inconstante de la tiroides, que está presente en alrededor de un 50% de las glándulas. Su longitud es variable, ya que puede extenderse desde el borde superior del istmo hasta alcanzar el borde superior del cartílago tiroideo o aun el hueso hioides (Fig. 1). Representa la falta de atrofia de la parte distal del conducto tirogloso.¹

Fue reconocida por distintos anatomistas, pero a partir de su descripción minuciosa por parte de Pierre Lalouette en 1743 fue mejor conocida y adquirió el epónimo de pirámide de Lalouette.²

La importancia de su conocimiento radica en que puede tener distintas variantes en tamaño y extensión, y alojar la misma patología que existe en la glándula, por lo que debe ser investigada y extirpada en el curso de una tiroidectomía total.

El objetivo del presente informe es comunicar dos casos clínicos de la práctica privada, extrahospitalaria, en los cuales se demostró patología en el lóbulo piramidal, a fin de difundir su relevancia clínico-quirúrgica.

Caso 1: mujer de 45 años, sin antecedentes de importancia, que consultó en julio de 2012 por presentar un nódulo en la línea media del cuello, a la altura del hueso hioides, de aproximadamente 3 años de evolución, con un crecimiento lento y progresivo. Había recibido los diagnósticos alternativos de adenopatía y de quiste tirogloso.

Una ecografía cervical mostraba una tiroides seudonodulillar, sin nódulo dominante, ausencia de adenopatías, y en línea media suprahioides un nódulo sólido de 16 × 11 × 10 mm, con microcalcificaciones y flujo vascular central y periférico.

Se efectuó una biopsia citológica por punción con aguja fina y control ecográfico que informó "células foliculares neoplásicas dispuestas en grupos papilares, con discreta anisonucleosis, evidencia de hendiduras y seudoinclusiones intranucleares, compatible con carcinoma papilar de tiroides, categoría VI del sistema Bethesda".

Se encontraba clínicamente eutiroides y con niveles hormonales normales.

El 23-11-12 se le realizó una tiroidectomía total, en continuidad con la formación patológica antes descrita, que se encontraba en el extremo superior del lóbulo piramidal, por delante del hueso hioides (Fig. 2). Evolucionó favorablemente, sin complicaciones.

El informe anatomopatológico definitivo informó un carcinoma papilar, variante clásica, de 3 × 2 cm, en el extremo superior del lóbulo piramidal, extensa tiroiditis de Hashimoto en el resto de la glándula y ausencia de metástasis en los 3 ganglios pretraqueales extirpados.

El 27-12-12 recibió una dosis terapéutica de 100 mCi, y posterior hormonoterapia sustitutiva. Desde entonces y hasta la actualidad se encuentra sin evidencia de enfermedad.

Caso 2: mujer de 64 años, con antecedentes de habersele realizado una tiroidectomía total por hipertiroidismo en marzo de 2008, que consulta en febrero de 2013 por presentar un nódulo en línea media de cuello, de un año y medio de crecimiento progresivo, y de presentar síntomas de hipertiroidismo desde 6 meses antes. En el examen físico se comprobó un nódulo de aproximadamente 1 cm de diámetro, a la altura del hueso hioides, indoloro (Fig. 3).

Una ecografía de cuello mostraba una imagen hipocogénica en línea media, ovoide, de 22 × 15 × 10 mm, y ausencia de glándula tiroides.

Una biopsia citológica por punción con aguja fina y control ecográfico informó "células foliculares en pequeños grupos, normales, algunas con metaplasia oxifila y fondo con

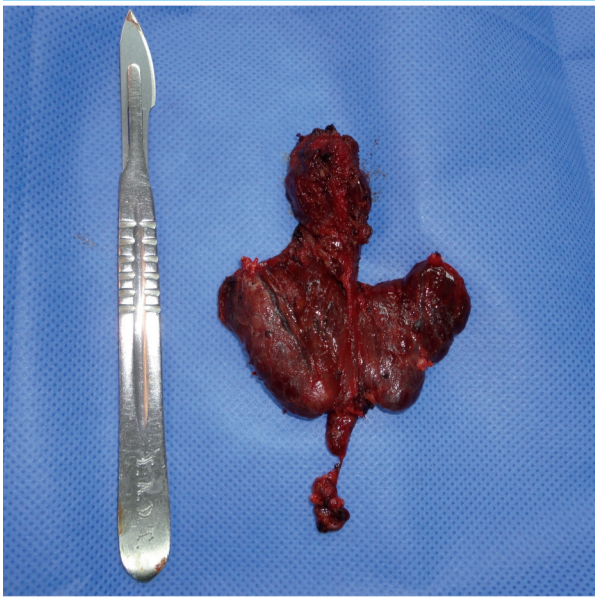
Recibido el
9 de febrero de 2015
Aceptado el
12 de mayo de 2015

FIGURA 1



Pieza de tiroidectomía total en la que se aprecia la presencia del lóbulo piramidal (pirámide de Lalouette)

FIGURA 2



Pieza de tiroidectomía total que incluye el carcinoma en el extremo cefálico del lóbulo piramidal o pirámide de Lalouette

abundante coloide laxo, compatible con nódulo tiroideo, categoría II del sistema Bethesda”.

El 22-2-13 se le realizó una extirpación completa del nódulo a través de una cervicotomía transversa a la altura del hueso hioides, paralela a la cicatriz previa de la tiroidectomía. Evolucionó favorablemente sin complicaciones (Fig. 4).

El estudio anatomopatológico informó un bocio coloide multinodular.

Recibió hormonoterapia sustitutiva, hasta la actualidad.

Los casos aquí presentados muestran la importancia clínico-quirúrgica del conocimiento de esta

variante anatómica.

En el primer caso, la posición coincidente con la de un quiste tirogloso contribuyó a demorar el diagnóstico y tratamiento definitivo de un carcinoma de tiroides. Aunque la ocurrencia de un carcinoma en esta ubicación es altamente infrecuente, su posible presencia debe hacer necesaria la ecografía en todo nódulo de la línea media, y no confiar solo en la presunción clínica.

En el segundo caso, a pesar de tratarse de una patología benigna, no haber extirpado el lóbulo piramidal en la primera intervención permitió que en él se desarrollara nuevamente patología tiroidea funcional, que requirió una segunda operación.

Geraci y cols. comunican una frecuencia de 12% de hallazgo de lóbulo piramidal en una serie de 604 tiroidectomías realizadas entre 1999 y 2007. Señalan que solamente en la mitad de los pacientes fue identificada durante el preoperatorio, ya sea por ecografía o centellograma, por lo que recomiendan la exploración quirúrgica minuciosa para asegurar su extirpación.³

Braun y cols., en un estudio de 58 cadáveres, encontraron el lóbulo piramidal en el 55% (32/58). Su longitud alcanzó los 14 mm en varones y hasta 29 mm en mujeres. En vista de su frecuencia lo consideran un componente normal de la tiroides.⁴

Otro estudio, proveniente de Serbia, sobre 100 tiroidectomías detectó presencia de lóbulo piramidal en 61. El promedio de la longitud fue de 20,13 mm, con un rango entre 8 y 40 mm.⁵

Evidentemente, la diferencia de frecuencias puede deberse tanto a las variaciones en la población estudiada como también al interés y la profundidad con la cual se disecciona.

Con respecto a los métodos de diagnóstico por imágenes, recientemente un estudio multicéntrico proveniente de Corea encontró que, mediante la tomografía computarizada de cuello, fue posible encontrar el lóbulo piramidal en el 44,6% de los pacientes estudiados (981/2200).⁶

Otro estudio comparó los hallazgos de la tomografía computarizada con los de la ecografía, y encontró similares porcentajes de detección del lóbulo piramidal (59,3% versus 50,6%).⁷

Para el tratamiento del carcinoma de tiroides, el conocimiento de la existencia y extensión del lóbulo piramidal es importante, no solo para tenerlo presente como un sitio de asiento de la enfermedad, sino también porque su extirpación permite disminuir la masa tisular que requiera posteriormente una ablación actínica.

En el caso de patología benigna, funcionando o no, su extirpación en el curso de la tiroidectomía previene la recidiva de la enfermedad y la necesidad de una reintervención.

Finalmente, la patología del lóbulo piramidal o pirámide de Lalouette debe considerarse al plantear el diagnóstico diferencial de un tumor cervical en la línea media, junto con el quiste tirogloso, el quiste dermoide, la linfadenitis (aguda o crónica) y el lipoma.

■ FIGURA 3



■ FIGURA 4



Referencias bibliográficas

1. Sanders LE, Cady B. Embryology and developmental abnormalities. In: Cady B, Rossi RL (eds). *Surgery of the thyroid and parathyroid glands*. 3rd edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991. pp. 5-12.
2. Verdún VV. Pirámide de Lalouette o tercer lóbulo en patología quirúrgica de la glándula tiroides. *Gland Tir Paratir*. 2011; 20:27-30.
3. Geraci G, Pisello F, Li Volsi F, Modica G, Sciumè C. The importance of pyramidal lobe in thyroid surgery. *G Chir*. 2008; 29:479-82.
4. Braun EM, Windisch G, Wolf G, Hausleitner L, Anderhuber F. The pyramidal lobe: clinical anatomy and its importance in thyroid surgery. *Surg Radiol Anat*. 2007; 29(1):21-7.
5. Zivic R, Radovanovic D, Vekic B, Markovic I, Dzodic R, Zivaljevic V. Surgical anatomy of the pyramidal lobe and its significance in thyroid surgery. *S Afr J Surg*. 2011; 49(3):110-6.
6. Kim DW, Jung SL, Baek JH, et al. The prevalence and features of thyroid pyramidal lobe, accessory thyroid, and ectopic thyroid as assessed by computed tomography: a multicenter study. *Thyroid*. 2013; 23(1):84-91.
7. Kim KS, Kim DW, Sung JY. Detection of thyroid pyramidal lobe by ultrasound versus computed tomography: a single-center study. *J Comput Assist Tomogr*. 2014; 38(3):464-8.