



Tireoide ectópica (tumor de mediastino) em paciente previamente tireoidectomizada

Ectopic thyroid (mediastinal tumor) in a previously thyroidectomized patient

Tiroides ectópica (tumor mediastínico) en un paciente previamente tiroidectomizado

Larissa Emily Ogando de Jesus Sena¹, Francielle Temer de Oliveira¹, José Carlos da Silva Junior¹, Carlos Eduardo Fonseca Melo², Théo Vitor Magalhães de Queiroz², Maria Marta Prado Lima¹, Edenia Soares de Figueirêdo Macário¹, Juliana Santos Gregório¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de paciente com antecedente de tireoidectomia total, com achado de volumosa massa em mediastino, sendo confirmada como tireoide ectópica no seguimento. A fim de revisar e apresentar informações sobre tecido tireoidiano ectópico, sua apresentação clínica, diagnósticos diferenciais e tratamento. **Detalhamento do caso:** Paciente, sexo feminino, 66 anos, com histórico de tireoidectomia total há mais de 10 anos, em uso de levotiroxina. Procura unidade de urgência com dor torácica, em queimação, com duração de dois minutos e irradiação para membro superior esquerdo. Durante investigação, foi realizado protocolo de dor torácica com resultado negativo para isquemia cardíaca. Os exames de imagem evidenciaram massa localizada em mediastino anterior. Em posterior investigação, foi feita a suspeita diagnóstica de tecido tireoidiano ectópico, confirmada após abordagem cirúrgica do tumor mediastinal e análise anatomopatológica. **Considerações finais:** A tireoide ectópica pode ter uma apresentação clínica diversa a depender da sua localização, sendo muitas vezes assintomática. Nos casos em que se localiza no mediastino, pode causar sintomas como dispneia, tosse e sintomas obstrutivos. O principal diagnóstico diferencial é feito com outros tumores mediastinais, como timoma e linfoma. Sua abordagem será individualizada, levando em consideração idade do paciente, sintomas e tamanho da massa.

Palavras-chave: Glândula tireoide, Disgenesia da tireoide, Mediastino, Tumor.

ABSTRACT

Objective: To report a case of a patient with a history of total thyroidectomy, with the finding of a large mass in the mediastinum, which was confirmed as ectopic thyroid. In order to review and present information on ectopic thyroid tissue, its clinical presentation, differential diagnoses and treatment. **Case details:** Female patient, 66 years old, with a history of total thyroidectomy more than 10 years ago, using levothyroxine. He seeks an emergency unit with burning chest pain, lasting two minutes and radiating to the left upper limb. During the investigation, a chest pain protocol was carried out with a negative result for cardiac ischemia. Exams showed a mass in the anterior mediastinum. In subsequent investigation, the diagnosis of ectopic thyroid tissue was suspected, confirmed after surgical approach and pathological analysis. **Final considerations:** Ectopic thyroid can have a different clinical presentation depending on its location, and is often asymptomatic. In cases where it is located in the mediastinum, it can cause symptoms such as dyspnea, cough and obstructive symptoms. The main differential diagnosis is made with other mediastinal tumors, such as thymoma and lymphoma. Your approach will be individualized, taking into account the patient's age, symptoms and size of the mass.

Keywords: Thyroid gland, Thyroid dysgenesis, Mediastinum, Neoplasms.

¹ Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju - SE.

² Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana - BA.

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de un paciente con antecedentes de tiroidectomía total, con hallazgo de una gran masa en el mediastino, la cual se confirmó como tiroides ectópica. Con el fin de revisar y presentar información sobre el tejido tiroideo ectópico, su presentación clínica, diagnóstico diferencial y tratamiento. **Detalles del caso:** Paciente femenina, 66 años, con antecedente de tiroidectomía total hace más de 10 años, utilizando levotiroxina. Acude a urgencias por dolor torácico urente, de dos minutos de duración, irradiado al miembro superior izquierdo. Durante la investigación se realizó protocolo de dolor torácico con resultado negativo para isquemia cardíaca. Los exámenes mostraron una masa en el mediastino anterior. En investigación posterior se sospechó el diagnóstico de tejido tiroideo ectópico, confirmado tras abordaje quirúrgico y análisis patológico. **Consideraciones finales:** La tiroides ectópica puede tener una presentación clínica diferente dependiendo de su localización, y muchas veces es asintomática. En los casos en que se localiza en el mediastino puede provocar síntomas como disnea, tos y síntomas obstructivos. El principal diagnóstico diferencial se realiza con otros tumores mediastínicos, como el timoma y el linfoma. Su abordaje será individualizado, teniendo en cuenta la edad del paciente, los síntomas y el tamaño de la masa.

Palabras clave: Glándula tiroides, Disgenesias tiroideas, Mediastino, Neoplasias.

INTRODUÇÃO

A ectopia da tireoide é definida como tecido tireoidiano fora do seu local habitual, ou seja, não situado na região pré-traqueal à nível da segunda a quarta cartilagem (AAL AM, et al., 2015). É uma condição rara com prevalência de 1 por 100.000 a 300.000 pessoas, sendo maior em pessoas com tireoidopatias e no sexo feminino (EL HNI, et al., 2021; KOLA E, et al., 2021).

Localiza-se na base da língua em 90% dos casos, sendo nomeada como tireoide lingual (REGAL M, et al., 2018). Os outros 10% podem acometer regiões como, submandibular, abdominal e mediastinal (KOLA E, et al., 2021). Correspondendo a 1 a cada 100 casos de tumores do mediastino, a tireoide ectópica mediastinal é ainda mais rara e comumente está associada à glândula tireoide ortotópica (AGRAWAL K, et al., 2019).

A maioria dos pacientes com essa patologia é assintomática. Entretanto, podem apresentar sintomas variando de acordo com a localização, a compressão de órgãos próximos e a produção hormonal (EL HNI, et al., 2021; PATEL KM, et al., 2016). Nos casos de tecidos ectópicos localizados no mediastino, como frequentemente existe a associação com uma glândula normalmente localizada, a função tireoidiana encontra-se na maioria das vezes normal, portanto sem sintomatologia referente a alterações hormonais. Assim, o diagnóstico geralmente é incidental, porém existem exames de imagem que permitem a detecção e caracterização da massa como tecido tireoidiano, afastando outros diagnósticos diferenciais. No entanto, a confirmação de tecido tireoidiano ectópico se dá através do estudo histopatológico (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; KOLA E, et al., 2021; MUZUROVIĆ E, et al., 2021).

Em relação ao tratamento, não existe um consenso, porém a abordagem cirúrgica geralmente é a escolhida em muitos casos de tireoide ectópica, principalmente sintomáticas e de localização em mediastino devido ao risco de compressão de estruturas mediastinais adjacentes e, conseqüentemente, surgimento de sintomas (CHIN YH, et al., 2021; MUZUROVIĆ E, et al., 2021). Nesses casos, existe ainda o risco de malignização que, apesar de ser menor que 1%, também baseia a decisão terapêutica, sobretudo quando o paciente tem antecedentes que potencializam o risco (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; CHIN YH, et al., 2021; EL HNI, et al., 2021). Entretanto, em casos de tecido ectópico em outras localizações, pacientes assintomáticos ou que recusem o tratamento cirúrgico, pode-se optar pelo acompanhamento clínico, observando o aparecimento de sintomas, complicações e crescimento da massa (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; AAL AM, et al., 2015).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de uma paciente previamente tiroidectomizada, com tumor mediastinal identificado, posteriormente, como tecido tireoidiano ectópico. Além de descrever a clínica, o diagnóstico e o tratamento dessa patologia. Este é um estudo de caso apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes sob Parecer 6.796.291 e CAAE 77168923.5.0000.5371.

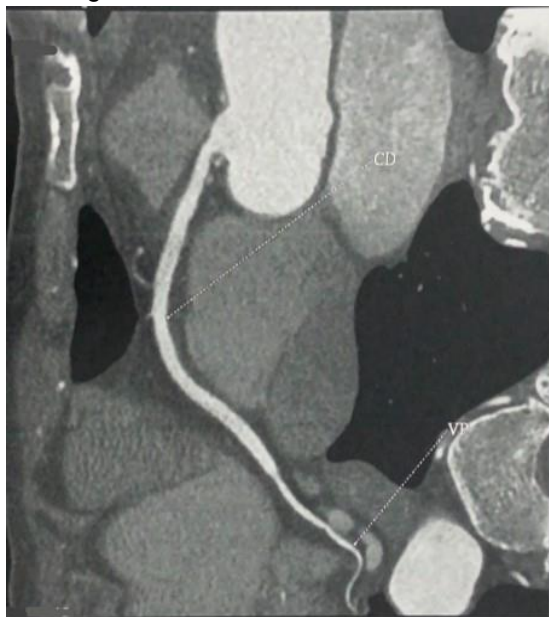
DETALHAMENTO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 66 anos de idade, natural de Manhuaçu – MG, residente em Aracaju – SE. Antecedente de tireoidectomia total por bócio multinodular atóxico há mais de 10 anos. Eutireoidiana, em reposição hormonal com levotiroxina. Foi admitida no pronto-socorro (PS) com queixa de dor torácica, em queimação, de moderada intensidade, duração de 2 minutos e irradiação para membro superior esquerdo, sem relação com esforço físico.

No PS foi administrado nitrato, com melhora do quadro álgico e realizado protocolo de dor torácica com eletrocardiograma e troponinas negativos para isquemia cardíaca. A equipe de cardiologia optou por manter a paciente internada para a realização de teste ergométrico (TE) com esforço para avaliação de sinais isquêmicos. Nesta avaliação, o TE foi positivo para isquemia em alta carga de esforço associada a taquicardia supraventricular no pico de estresse. Dessa forma, foi sugerido pela equipe médica a realização de uma radiografia de tórax e uma angiotomografia computadorizada (angio-TC) de coronárias (**Figura 1**) para uma melhor análise do quadro. A radiografia de tórax não demonstrou alterações significativas.

Porém, a angio-TC apesar de não evidenciar redução do lúmen arterial coronariano, identificou uma massa heterogênea em mediastino anterior, de contornos regulares medindo 12,8 x 4,3 cm, com captação heterogênea de contraste em seu interior, exercendo discreta compressão sobre a veia inominada, sem invasão de estruturas adjacentes. Como principal hipótese diagnóstica, foi levantada a possibilidade de um timoma, sendo indicada a realização de novos exames para melhor investigação a fim de descartar outros possíveis tumores de mediastino anterior.

Figura 1- Angio-TC de coronárias, com massa heterogênea em mediastino anterior.

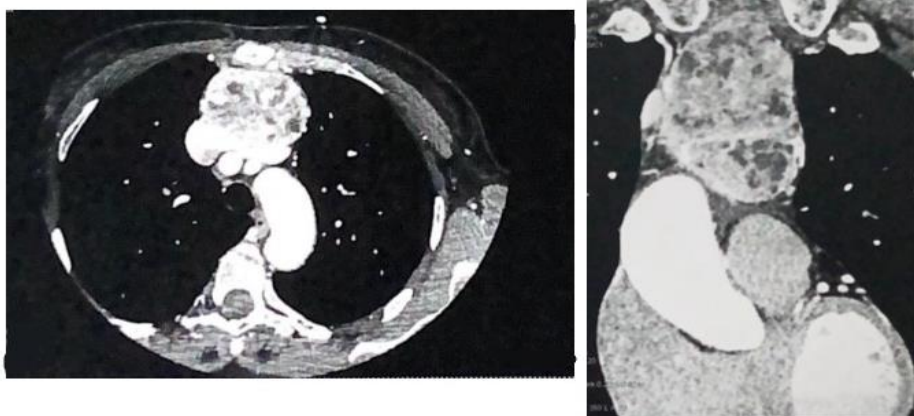


Fonte: Sena LEO, et al., 2024.

Durante a internação, a paciente evoluiu sem novo episódio anginoso e após descartar lesão isquêmica, recebeu alta com encaminhamento para cirurgião torácico para seguimento da investigação etiológica e posterior abordagem do tumor de mediastino.

A fim de obter uma melhor análise do tumor, foi solicitada uma tomografia computadorizada de tórax com contraste (TC) que demonstrou ausência da glândula tireoide, persistência da massa mediastinal de características de baixa malignidade, com realce heterogêneo e múltiplas áreas de possíveis necrose ou áreas císticas, com maior diâmetro de 13 cm, desviando estruturas vasculares vizinhas, com ectasia relativa da aorta ascendente

(Figuras 2 e 3). **Figura 2 e 3-** TC de tórax com contraste com massa mediastinal com realce heterogêneo e múltiplas áreas de necrose ou císticas.

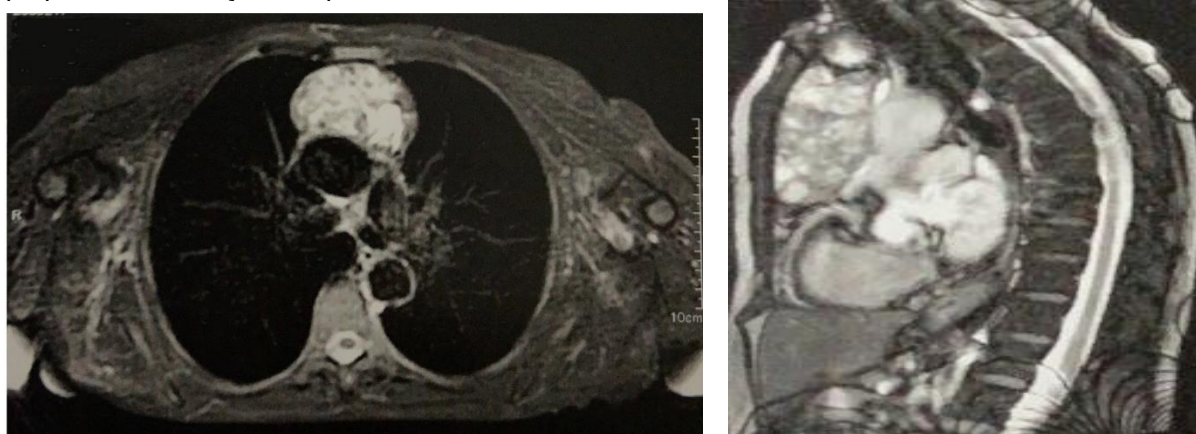


Fonte: Sena LEO, et al., 2024.

Apesar da história prévia de tireoidectomia e da função tireoidiana normal em uso de dose plena de levotiroxina, as características da lesão não excluíam de seu diagnóstico diferencial a hipótese de uma tireoide ectópica em mediastino. Diante disso, prosseguiu-se a investigação com a realização da pesquisa de corpo inteiro com iodo-131 (PCI) com aplicação de 2 ampolas Thyrogen (TSH recombinante) para elevação do TSH. O resultado do exame demonstrou captação discreta do iodo em área de cicatriz cirúrgica em loja tireoidiana e captação heterogênea na volumosa massa mediastinal. No restante do corpo, não foram identificadas outras áreas de acúmulo anormal do radiotraçador. Dessa forma, foi feita a hipótese diagnóstica de bócio mediastinal.

A seguir, para acompanhamento e programação cirúrgica, a fim de uma melhor definição do tamanho tumoral e sua relação com estruturas vasculares vizinhas, foi realizada uma angioressonância magnética do tórax (angio-RM), correlacionando-a ao estudo tomográfico feito anteriormente. A angio-RM (**Figuras 4 e 5**) mostrou persistência da lesão mediastinal com intensidade de sinal heterogênea, exibindo áreas císticas e pequenas calcificações de permeio, localizada no mediastino ântero-superior, promovendo desvio em estruturas vasculares próximas, entretanto apresentando nítidos planos de clivagem com estas estruturas e íntimo contato com o tronco braquiocefálico venoso esquerdo e com os ramos arteriais supra-aórticos. Ainda exibia contornos regulares e captação heterogênea ao contraste, mantendo dimensões semelhantes a TC de tórax anterior, medindo cerca de 4,6 x 6,0 x 12,1 cm.

Figuras 4 e 5- RM com contraste exibindo massa mediastinal heterogênea com áreas císticas e pequenas calcificações de permeio.



Fonte: Sena LEO, et al., 2024.

Após avaliação do cirurgião torácico, a paciente foi submetida a toracotomia para exérese da massa mediastinal. Não houve intercorrências durante o procedimento, com retirada completa da lesão para análise anatomopatológica.

O diagnóstico definitivo veio através do laudo que evidenciou tecido tireoidiano livre de neoplasia, apresentando bócio colóide com focos de hemorragia e fibrose, e timo sem particularidades histológicas, também livre de neoplasia, achados compatíveis com tireoide ectópica. No seguimento, a paciente não apresentou novas queixas, com boa evolução no pós-operatório. Manteve-se eutireoidiana em reposição hormonal com levotiroxina. Realizou uma TC de tórax de controle, sem alterações significativas.

DISCUSSÃO

A glândula tireoide é formada a partir da terceira semana de gestação, com origem das células endodérmicas, as quais se proliferam e se diferenciam, originando o divertículo tireoidiano. Esse divertículo migra, conectada ao ducto tireoglosso, da base da língua (forame cego) até a região pré-traqueal, formando a tireoide em sua habitual localização anatômica. Por volta da sétima semana de gestação, ocorre o fim da migração (BARBIERI A, et al., 2020; PAUNOVIC I, et al., 2020).

Todo o desenvolvimento da tireoide é controlado por fatores genéticos e hormonais, mutações nesses fatores podem levar à disgenesia tireoidiana, sendo a mais comum delas a ectopia da tireoide. Alterações na migração da tireoide podem ajudar a explicar a tireoide ectópica localizada no caminho de descida da tireoide, como uma migração incompleta ou excessiva do divertículo tireoidiano.

No entanto, não explicaria tão bem a tireoide localizada em outras regiões, a exemplo do caso apresentado em que o tecido tireoidiano estava situado no mediastino (GONG Z, et al., 2023; ZHENG HL, et al., 2023; ARJUN P, et al., 2021; BARBIERI A, et al., 2020).

A presença de tecido tireoidiano em uma região distante da tireoide ortotópica pode ser explicada pela teoria do implante desse tecido ser decorrente de trauma ou cirurgia. A paciente do nosso caso pode fazer parte desse grupo, visto que ela tem histórico prévio de tireoidectomia total (ROBITAILLE C, et al., 2018). Uma outra hipótese seria a teoria do bócio esquecido, que é definido como massa tireoidiana localizada no mediastino após tireoidectomia total.

Sua origem não é totalmente elucidada, mas acredita-se que possa ter relação com tecido restante de uma tireoide que não foi removida completamente ou um bócio intratorácico autônomo, ou seja, um bócio sem conexão com a tireoide ortotópica que hipertrofiou após remoção da tireoide normalmente localizada, como forma de compensar a função da glândula removida (PATEL KM, et al., 2016). Esta teoria também poderia explicar a origem da tireoide em mediastino encontrada em nosso caso clínico.

Alguns autores afirmam que a maioria dos bócios esquecidos ocorrem devido a uma remoção incompleta de um bócio mergulhante e que o período de latência pode variar de 1 a 39 anos após a cirurgia (PATEL KM, et al., 2016). No nosso caso, a massa mediastinal foi identificada mais de 10 anos após a tireoidectomia total, ou seja, dentro do período de latência descrito na literatura.

A tireoide ectópica mediastinal corresponde a menos de 1% de tecido tireoidiano ectópico, estando geralmente localizada no mediastino anterior e raramente localizada no mediastino posterior. Como já citado anteriormente, geralmente é assintomática, associada a uma glândula tireoidiana normalmente localizada, com função normal. (MELINTE A, et al., 2023; CEYLAN KC, et al., 2022; TAN J, et al., 2022; CHENG L, et al., 2020). Os achados da nossa paciente correspondem com a literatura em relação à localização mais comum da tireoide ectópica mediastinal, no mediastino anterior.

Entretanto, quando o tecido é submetido a situações de aumento de demanda hormonal, como estresse, puberdade, gravidez, menopausa, infecções, e, até mesmo, a remoção cirúrgica da tireoide cervical, há elevação do estímulo advindo do TSH, podendo, conseqüentemente, aumentar o volume tecidual e alterar seu status hormonal, tornando-se sintomático por compressão de estruturas adjacentes, como também por alteração de uma função eutireoidiana para um quadro de hipotireoidismo ou, de forma mais rara,

hipertireoidismo. O hipotireoidismo é mais frequente por baixo suprimento sanguíneo nesses tecidos ectópicos por migração e formação anormal da glândula, principalmente quando aumenta a demanda (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; KOLA E, et al., 2021; MAK CW, 2022; AGRAWAL K, et al., 2019). Quanto a função, a paciente encontrava-se eutireoidiana em reposição de levotiroxina com dose proporcional ao peso.

Os sintomas, quando associados à tireoide ectópica mediastinal, são os tipicamente encontrados em massas mediastinais: sensação de corpo estranho, dispnéia, disfonia, dor torácica, tosse seca e sangramentos como hemoptise. A presença de disfagia e síndrome da veia cava superior são mais raramente descritos (CEYLAN KC, et al., 2022; SEITZ D, et al., 2020). No nosso caso clínico, o principal sintoma apresentado foi a dor torácica.

O diagnóstico dessa patologia geralmente é incidental através de exames de imagem, como ultrassonografia (USG), TC e ressonância magnética (RM). A TC e RM são modalidades de imagens importantes para identificação, caracterização anatômica e orientação do tratamento do tumor ectópico. Nelas, a tireoide ectópica pode aparecer com características diferentes.

Na TC com contraste, apresenta-se como uma massa hiperdensa, bem delimitada, com captação heterogênea e em alguns pacientes são encontradas áreas de calcificação. Enquanto na RM, apresenta isosinal a hipersinal em T1 e T2 (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; ZHENG HL, et al., 2023; MAK CW, 2022; EL HNI, et al., 2021; MUZUROVIĆ E, et al., 2021). O que está de acordo aos achados encontrados nos exames de imagem da paciente.

Outro exame que pode ser utilizado na investigação diagnóstica é a citologia aspirativa por agulha fina (PAAF). A PAAF auxilia na identificação de tecido tireoidiano em um tumor de causa desconhecida, como também é capaz de identificar tecido maligno. É um método que pode ser utilizado no pré-operatório, auxiliando o cirurgião na avaliação da necessidade de imagens nucleares para definir se há outros tecidos tireoidianos funcionais.

No entanto, a PAAF nos casos de tireoide ectópica representa um desafio, visto que a amostra é limitada, sendo raro o diagnóstico de ectopia de tireoide por esse método. Além disso, alguns casos na literatura foram relatados em que o diagnóstico dado pela PAAF foi de metástase e na histopatologia revelado ectopia da tireoide sem células malignas. (MELINTE A, et al., 2023; ZHENG HL, et al., 2023; TSAI A, et al., 2021).

As pesquisas com radiotraçadores, como a cintilografia ou PCI com I-131 ou I-123 também são de grande importância no diagnóstico de massa tireoidiana ectópica e são considerados os melhores testes para avaliação nestes casos, visto que com a captação desses radionuclídeos consegue definir a localização e funcionalidade do tecido ectópico, como também a presença da glândula tireoide normalmente localizada.

Dessa forma, auxilia no diagnóstico da massa mediastinal, sugerindo, com grande suspeita, a hipótese de tecido ectópico, orientando na definição da conduta. Entretanto, essas modalidades não conseguem diagnosticar quando a tireoide ectópica não é funcionante (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; ZHENG HL, et al., 2023; KOLA et al., 2021; AGRAWAL K, et al., 2019).

Neste caso clínico apresentado, a paciente foi submetida a PCI com I-131 após estímulo com TSH recombinante, com captação heterogênea de iodo, a partir desse resultado, foi definida como principal etiologia o bócio mediastinal, confirmando a importância das modalidades nucleares nesse tipo de patologia.

Os testes de função tireoidiana, apesar de geralmente serem normais, devem ser solicitados porque auxilia na abordagem do paciente. Geralmente são solicitados os níveis de TSH, T3, T4 livre e tireoglobulinas. Caso a massa tireoidiana ectópica seja funcionante e o paciente não tenha associada a ela uma glândula ortotópica, irá evoluir com hipotireoidismo nos casos de abordagem cirúrgica, necessitando de reposição hormonal no pós-operatório (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; ZHENG HL, et al., 2023; KOLA et al., 2021).

Apesar de todos esses exames citados anteriormente auxiliarem no diagnóstico de tireoide ectópica, a avaliação histopatológica é a responsável pelo diagnóstico definitivo da patologia, definindo se a massa mediastinal é uma tireoide ectópica, metástase de um câncer de tireoide ou algum dos diagnósticos diferenciais de tumor de mediastino. Assim, tendo sido definido o diagnóstico de ectopia tireoidiana, deve ser

descartado malignidade, uma vez que modifica o tratamento e seguimento da massa mediastinal (MELINTE A, et al., 2023; GONG Z, et al., 2023; KOLA et al., 2021).

É importante conhecer os diagnósticos diferenciais das massas localizadas no mediastino, visto que cada uma delas irá diferir quanto a sua abordagem. Dessa forma, ao diagnosticar uma massa mediastinal devem ser descartados tumores de células germinativas, tumores neurogênicos e mesenquimais, linfadenopatia, timoma, linfoma, cistos benignos, lipoma, bócio subesternal e metástases (MELINTE A, et al., 2023; MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; EL HNI, et al., 2021; BARBIERI A, et al., 2020; AGRAWAL K, et al., 2019).

Neste caso, uma das hipóteses levantadas foi a de um possível timoma, porém durante a realização dos exames complementares esta hipótese tornou-se menos provável, o que foi confirmado com o resultado histopatológico.

Os tecidos tireoidianos ectópicos estão suscetíveis as mesmas alterações que um tecido tireoidiano ortotópico, como tireoidite, hipotireoidismo ou hipertireoidismo e malignização. A malignização corresponde a menos de 1% dos casos. No entanto, esse risco pode aumentar a depender dos antecedentes do paciente, como obesidade e história prévia de radiação.

Os cânceres mais comumente associados às ectopias de tireoide são o carcinoma papilífero da tireoide e o folicular. Outras complicações associadas a essa patologia são compressão de órgãos vizinhos, hemorragia, insuficiência respiratória e ulceração (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; MAK CW, 2022; CHIN YH, et al., 2021; EL HNI, et al., 2021; KHAN S, et al., 2021; MUZUROVIĆ E, et al., 2021; TSAI A, et al., 2021).

O tratamento da tireoide ectópica mediastinal não está totalmente definido, mas, é recomendado pela maioria da literatura a abordagem cirúrgica como primeira linha de tratamento devido ao risco de transformação maligna, apesar de rara, e de compressão de estruturas ao redor, como também para diagnóstico definitivo através da histopatologia.

Todavia, outros autores recomendam que a decisão terapêutica seja individualizada, levando em consideração tamanho da massa, sintomas, compressão de estruturas adjacentes, estado funcional do tecido, histologia e presença de complicações (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; EL HNI, et al., 2021; UCHIDA N e YOSHIDA M, 2020).

No caso de pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos, eutireoidianos e sem complicações associadas, alguns autores defendem que não há necessidade de terapia cirúrgica, devendo ser realizada conduta expectante, com acompanhamento clínico quanto ao aparecimento de sintomas e aumento da massa (MOTLAGHZADEH Y, et al., 2023; ZHENG HL, et al., 2023; MAK CW, 2022). Sendo assim, a conduta cirúrgica pode ser reservada para pacientes sintomáticos, com complicações e risco de transformação maligna.

A abordagem cirúrgica pode ser através de variados métodos, como esternotomia, toracotomia e a toracoscopia videoassistida (VATS), sendo as mais frequentes a toracotomia e esternotomia. A VATS, técnica minimamente invasiva mais recente, constatou melhor segurança, com menor risco de sangramento, morbimortalidade pós-operatória e tempo de internação. A limitação dessa técnica está associada ao tamanho da lesão, massas maiores que 10 cm geralmente necessitam de abordagens mais convencionais, toracotomia ou esternotomia (MELINTE A, et al., 2023; EL HNI, et al., 2021; CHIN YH, et al., 2021; CARANNANTE F, et al., 2019).

A toracotomia, apesar de ser uma abordagem convencional, permite a possibilidade de ressecção completa da massa e possui uma morbidade e mortalidade relativamente reduzidas (KHAN S, et al., 2021). Neste caso clínico, a paciente apresentou sintoma, com massa mediastinal medindo cerca de 13 cm no seu maior diâmetro e com compressão de estruturas vasculares adjacentes.

Portanto, todos esses achados corroboraram para a decisão de abordar a lesão cirurgicamente por toracotomia. Dessa forma, apesar da tireoide ectópica mediastinal ser uma patologia rara, em casos de massas localizadas no mediastino, a possibilidade de tireoide ectópica deve ser questionada, mesmo em casos de pacientes que possuem tireoidectomia total prévia, visto que sua abordagem irá diferir de outros tumores mediastinais.

REFERÊNCIAS

1. AAL AM, et al. Ectopic mediastinal thyroid tissue with a normally located thyroid gland. *Iranian Journal of Radiology*, 2015; 12(1): e7054.
2. AGRAWAL K, et al. Graves' disease in eutopic thyroid with ectopic mediastinal thyroid tissue: Role of single photon emission computed tomography-computed tomography. *Indian Journal of Nuclear Medicine: IJNM: the Official Journal of the Society of Nuclear Medicine*, 2019; 34(3): 230.
3. ARJUN P, et al. An Unusual Posterior Mediastinal Mass-Ectopic Thyroid within the Oesophagus. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 2021; 69(7): 11-12.
4. BARBIERI A, et al. Thyroid tissue outside the thyroid gland: Differential diagnosis and associated diagnostic challenges, *Annals of Diagnostic Pathology*, 2020; 48: 1-7.
5. CARANNANTE F, et al. Ectopic thoracic thyroid removed by uniportal VATS approach. A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2019; 61: 111-114.
6. CEYLAN KC, et al. Surgical management of ectopic mediastinal thyroids: Clinical experience of 5 cases and review of the literature. *Kuwait Medical Journal*, 2022; 54(1): 106-110.
7. CHENG L, et al. Ectopic thyroid as multiple nodules in bilateral lung lobes: a case report. *Gland Surg*, 2020; 9(3): 806.
8. CHIN YH, et al. A rare presentation of ectopic thyroid gland at right axilla. *Med J Malaysia*, 2021; 76(4): 600-602.
9. EL HNI, et al. Ectopic mediastinal thyroid removed by U-VATS approach. A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2021; 78: 284-287.
10. GONG Z, et al. Ectopic thyroid tissue in the breast: A case report. *Open Life Sciences*, 2023 18(1): 20220628.
11. KHAN S, et al. Ectopic Mediastinal and Lumbar Thyroid Tissue. *Cureus*, 2021; 13(10): e18598.
12. KOLA E, et al. Ectopic thyroid tissue in the anterior mediastinum along with a normally located gland. *Radiology Case Reports*, 2021; 16(11): 3191-3195.
13. MAK CW. Submental ectopic thyroid in a patient with an orthotopic thyroid gland. *Journal of Medical Ultrasound*, 2022; 30(3): 229.
14. MELINTE A, et al. Robotic resection of ectopic thyroid tissue of the mediastinum-case report and literature review. *Chirurgia (Bucur)*, 2023; 118(1): 96-102.
15. MOTLAGHZADEH Y, et al. Surgical resection of mediastinal ectopic thyroid tissue: a case series. *Journal of Thoracic Disease*, 2023; 15(3): 1473-1481.
16. MUZUROVIĆ E, et al. Diagnosis and treatment of mediastinal ectopic thyroid tissue with normally located thyroid gland and primary hyperparathyroidism: a case report. *Gland Surgery*, 2021; 10(4): 1532-1541.
17. PATEL KM, et al. Forgotten goiter: Diagnosis and management. A case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2016; 27: 192-194.
18. PAUNOVIC I, et al. Ectopic thyroid tissue in adrenal gland, case report and review of literature. *Gland Surgery*, 2020; 9(5): 1573.
19. REGAL M, et al. Mediastinal ectopic thyroid mass with normal thyroid function and location: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2018; 52: 5-7.
20. ROBITAILLE C, et al. Off the beaten path: A case of mediastinal ectopic thyroid tissue. *Diagnostic Cytopathology*, 2018; 46(1): 53-55.
21. SEITZ D, et al. Ektopes Schilddrüsengewebe nach erfolgter Thyreoidektomie. *HNO*, 2020; 68(6): 447-450.
22. TAN J, et al. Rare ectopic thyroid tissue as multiple bilateral pulmonary nodules: A case report and literature review. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 2022; 17(1): 205.
23. TSAI A, et al. Mediastinal ectopic thyroid tissue, an imitator of an enlarged lymph node with metastatic pulmonary neoplasia. *Diagnostic Cytopathology*, 2021; 49(12): 471-474.
24. UCHIDA N, YOSHIDA M. Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma developing in ectopic mediastinal thyroid tissue: a case report. *Surgical Case reports*, 2020; 6(1): 1-6.
25. ZHENG HL, et al. Pancreatic ectopic thyroid tissue: A case report and analysis of literature. *Open Life Sciences*, 2023; 18(1): 20220742.