

LAHOZ ZAMARRO, M.T.
MARTÍNEZ SUBÍAS, J.J.
LAGUÍA PEREZ, M.
CÁMARA, F.

Tiroides Lingual

Hospital "Obispo Polanco" de Teruel.

Resumen:

El tiroides lingual consiste en la presencia de tejido tiroideo ectópico en la línea media de la base de la lengua, debido a un error en la migración glandular durante la embriogénesis.

En el adulto se descubre al producir disfagia, disfonía, sensación de cuerpo extraño orofaríngeo, o hemorragias por boca.

Presentamos un caso en un joven varón. Era eutiroides en el momento del diagnóstico, que se hizo de forma casual mediante laringoscopia indirecta.

Posteriormente desarrolló un hipotiroidismo subclínico que ha precisado la administración de tratamiento hormonal.

Palabras Clave: Tiroides Lingual

Summary:

Lingual thyroid gland consists in the presence of a mass of ectopic thyroid tissue located on the base of the tongue in the midline due to failure of descent of the gland in the course of embryogenesis.

Common presenting symptoms in the adult are dysphagia, dysphonia, foreign body sensation in the throat and bleeding from the oral cavity.

We present a case in a young man. He was euthyroid at presentation and the lingual thyroid was discovered casually by indirect laryngoscopy. He has later developed a subclinical hypothyroidism, needing hormonal substitutive therapy.

Key words: Lingual Thyroid

Introducción

El tiroides lingual es una anomalía congénita rara, definida por la presencia de tejido tiroideo en la base de la lengua.

La glándula tiroides, se origina a partir de las evaginaciones del intestino faríngeo, y es por tanto de origen endodérmico. Aparece en la cuarta semana del desarrollo embrionario a nivel del agujero ciego de la base de la lengua, y al avanzar el desarrollo ese primordio tiroideo atraviesa el mesodermo subyacente y desciende en forma de divertículo bilobulado a través de la región en que posteriormente se forman el hioides y los músculos infrahioides. Hacia la séptima semana alcanza su posición definitiva delante de la tráquea. Durante este tiempo la glándula está unida al suelo del intestino primitivo por el conducto tirogloso que después involuciona. Restos de tejido tiroideo en el curso de esta migración resultan en la formación del quiste tirogloso, que puede estar presente en cualquier lugar desde el foramen cecum hasta el área pretraqueal. Un fracaso total en esta migración embriológica produciría el tiroides lingual. En otras ocasiones, muy raras, podemos encontrar tejido tiroideo en las regiones laterales del cuello (1), tráquea, laringe ó mediastino.

La incidencia es muy baja, varía entre 1:3000 y 1:10000, siendo el tiroides lingual el único tejido tiroideo funcional en el 70% de los casos.

Es más frecuente en mujeres, en proporción 3:1, y la mayoría de los casos se detectan en la infancia, aunque se han descrito casos en todas las edades.

Existen dos formas clínicas de presentación. Una en forma de hipotiroidismo, más común en niños, y otra con sintomatología orofaríngea que aparece en la pubertad ó en el adulto. No obstante, siempre que un hipotiroidismo clínico aparezca de forma primaria en un adulto debe realizarse además del examen cervical una laringoscopia indirecta, incluso en ausencia de sintomatología orofaríngea (2).

Presentamos un caso clínico de aparición en la edad adulta, eutiroides, y cuyo descubrimiento fue un hallazgo casual.

Caso clínico

Paciente de 22 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias de madrugada, por haber presentado tras la cena, un episodio de náuseas y vómitos, con sensación de cuerpo extraño orofaríngeo, odinofagia, disfagia y voz gangosa, sin disnea.

Entre los antecedentes familiares destacaba el ser su madre portadora de un bocio multinodular.

En la exploración O.R.L. se apreció orofaringe normal, y por laringoscopia indirecta neoformación en base de lengua, de superficie lisa, redondeada, dura a la palpación. Las estructuras laríngeas eran normales, así como la palpación cervical.

Se realizó radiografía lateral cervical en que se visualizó la neoformación de base de lengua, y TAC (Fig. 1)

apreciando dicha tumoración, de contornos lobulados, de muy alta densidad que provocaba impronta sobre vía aérea, extendiéndose en el espacio preepiglótico y con un tamaño de 2,5 por 2,5 cm. Dicha tumoración presentaba ligera captación de contraste, aumentando tan solo un poco su densidad tras la administración del mismo. Dado lo lobulado del contorno y las características de hiperdensidad en el estudio simple, las imágenes sugerían como primera posibilidad tiroides lingual y menos probablemente quiste tirogloso que hubiese tenido un sangrado secundario.

Comentado el caso con el servicio de Endocrinología, se decidió realizar gammagrafía tiroidea (Fig.2), donde se apreció la concentración del radioisótopo en forma redondeada en la región suprahioides en línea media. No existía captación en el resto del cuello.

El estudio hormonal tiroideo fue normal, y los autoanticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina negativos.

Desde el día siguiente al vómito el paciente se encuentra asintomático, por lo que consideramos que fue un hallazgo casual y dado que era eutiroides y no producía sintomatología alguna no se planteó ningún tipo de tratamiento.

Posteriormente ha sido controlado durante un año,

apareciendo elevación de TSH, que sugiere un hipotiroidismo subclínico, por lo que iniciamos tratamiento con hormona tiroidea, como tratamiento sustitutivo hormonal y para evitar una posible hipertrofia del tiroides lingual, que sigue sin dar sintomatología faríngea alguna.

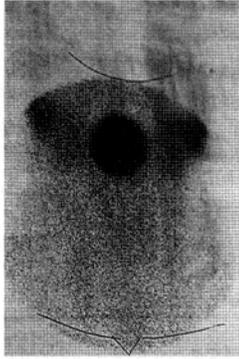


figura 1. TAC de base de lengua: tumorización de contornos lobulados y muy alta densidad, que provoca una impronta sobre la vía aérea.

figura 2. Gammagrafía tiroidea: Concentración del radioisótopo en forma redondeada en la región suprahioidea, en línea media. No existe captación en el resto del cuello.

Discusión

El tiroides lingual es una anomalía rara, pero probablemente más común de lo que se ha sugerido en la literatura ya que solamente los pacientes sintomáticos suelen ser diagnosticados. De ahí que se hayan realizado estudios necrópsicos, que han mostrado desde una incidencia nula hasta de un 10%.

El caso que presentamos fue un hallazgo casual. De hecho había permanecido asintomático durante 22 años, y se descubrió al realizar una laringoscopia por una sintomatología propia de una faringitis ó de un cuadro viral, que de hecho al día siguiente había desaparecido. Esto es frecuente en los pacientes eutiroideos, en los que suele tener un tamaño reducido y no producir síntomas. Durante los períodos de estrés (pubertad, embarazo (3), trauma, infección, cirugía), el nivel de hormonas circulantes es insuficiente para cubrir las necesidades metabólicas del individuo, por lo que el tejido tiroideo ectópico se hipertrofia debido a un aumento circulatorio de los niveles de TSH. En este caso aparecen síntomas como sensación de cuerpo extraño orofaríngeo, disfagia, obstrucción de la vía aérea y hemorragia por ruptura de venas superficiales.

También es posible su crecimiento por el desarrollo de tumores benignos(4) ó malignos, a veces en relación con una radioterapia previa.

Son importantes los antecedentes familiares, pues la incidencia de enfermedad tiroidea entre los miembros de la familia es más alta que en la población general, como pasó en nuestro paciente, cuya madre padecía un bocio nodular.

Aparece como una masa redondeada, rosada y lisa, cubierta por mucosa surcada por una importante red venosa, en el tercio posterior de la lengua.

Habría que hacer el diagnóstico diferencial con otros tumores de esta localización como adenomas, hematomas, fibromas, mioblastoma de células granulosa, tejido lingual hipertrófico, quistes de conducto tirogloso y carcinomas. En estos casos no existe captación del radioisótopo en la base de la lengua, y sí en la región tiroidea normal, siendo necesario realizar el estudio anatomopatológico (5).

El diagnóstico se confirma con la gammagrafía con Tecnecio 99m, Iodo 131 ó Iodo 123, visualizando la captación ectópica y la ausencia de actividad en la posición normal del cuello. La

TAC también es útil, demostrando el tamaño de la glándula, y la impronta sobre la vía aérea. La Resonancia Magnética es una nueva modalidad diagnóstica, que evita la exposición a radiaciones ionizantes y proporciona una excelente visión del tejido ectópico.

El tratamiento depende de la situación del paciente, su edad y la severidad de los síntomas. Si está asintomático y su estado hormonal es normal, la conducta puede ser expectante con revisiones periódicas ó bien suministrar hormona tiroidea en un esfuerzo para prevenir el hipotiroidismo que suele desarrollarse en la mayoría de los casos y lleva a la hipertrofia de la glándula. Si presenta sintomatología se administrará hormona tiroidea buscando una reducción del tamaño y vascularización de la glándula. Si ello no es así y aparecen síntomas obstructivos severos, ulceraciones ó hemorragias pasamos al tratamiento quirúrgico. Afirmar una excisión total del tejido tiroideo en el tiempo quirúrgico es difícil, siempre pueden quedar restos que se hipertrofiarían otra vez, a menos que se instaure tratamiento hormonal sustitutivo ó funcione el tejido tiroideo transplantado. Algunos autores proponen un abordaje por faringotomía media suprahioidea ó lateral, con la posibilidad de transplantar el tiroides lingual con su pedículo al espacio submandibular (6) (7). Otros realizan la excisión por vía transoral con una incisión de la línea media en los dos tercios posteriores de la lengua y su reimplantación bajo los músculos rectos del abdomen (8).

El tratamiento con Iodo radiactivo debe utilizarse sólo en aquellos casos en que el paciente desarrolle un hipertiroidismo y no acepte la cirugía.

La degeneración maligna es extremadamente rara (9), y la mayoría son adenocarcinomas.

Correspondencia

M^a Teresa Lahoz Zamarro
Argentina n^o 1, 2^o J. 44002 - Teruel

Bibliografía

- 1 - Morgan, N.J., Emberton, P., Barton, R.P.: The importance of thyroid scanning in neck lumps. A case report of ectopic tissue in the right submandibular region. *J. Laryngol Otol* 1995;109 (7): 674-6.
- 2 - Borgoni, F., Liberatory, E., Giambagli, M., et al.: "Lingual thyroid and hypothyroidism. Report of a case in a middle aged woman. *Panminerva Med* 1994;36 (2) :95-96.
- 3 - Abrante, A., Pérez, F., Cordero, A., y cols.: Hipertrofia del tiroides ectópico lingual durante el embarazo. Caso clínico. *Acta Otorrinolaring Esp*, 1993;44 (1) : 43-6.
- 4 - Alvarez CA., Domínguez, F., y cols.: Adenoma folicular en tiroides lingual : a propósito de un caso. *Acta Otorrinolaring Esp* 1992;43 (6) : 447-50.
- 5 - Warnakulasuriya, K., Herath, K.B.: Investigating a lingual thyroid. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992;21 : 227-229.
- 6 - Herranz, J., Martínez, J., Gavilán, J., y Suárez, C.: Desarrollo embriológico y malformaciones congénitas del tiroides y paratiroides. En: Suárez, C., Martínez, J., y Gavilán J.: Patología quirúrgica de las glándulas tiroideas y paratiroides. Editorial Garsi. Madrid. 1987.
- 7 - Williams, J., Slupchinskij, O., Sclafani, A., Douge, C.: Evaluation and management of the lingual thyroid gland. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996;105:312-316.
- 8 - Atiyeh, B.S., Abdelnour, A., Haddad, F., Ahmad, H.: Lingual thyroid : tongue-splitting incision for transoral excision. *J Laryngol Otol*, 1995;109: 520-524.
- 9 - Polo, I., Aleman, O., López JJ. y cols.: Carcinoma folicular originado en un tiroides lingual. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaring Esp* 1996;47 (5) : 407-10.