



Anales de la Facultad de Medicina

ISSN: 1025-5583

anales@unmsm.edu.pe

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Perú

Yangali, Rubén; Moreno, Kattia; Santiani, Eduardo

Tiroídes lingual a propósito de un caso

Anales de la Facultad de Medicina, vol. 64, núm. 2, 2003, pp. 141 - 144

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37964209>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TIROIDES LINGUAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubén Yangali¹, Kattia Moreno¹, Eduardo Santiani²

RESUMEN

La tiroides lingual es una alteración poco común, que ocurre por una alteración en el descenso normal de la glándula tiroides desde la base de la lengua hasta su ubicación natural durante la etapa embrionaria. El diagnóstico es básicamente clínico, debiendo complementarse con estudios de imágenes. En el presente artículo se presenta un caso de tiroides lingual y una revisión de la literatura.

Palabras clave: *Glándula tiroides; enfermedades de la tiroides.*

LINGUAL THYROID. A PROPOS OF A CASE

SUMMARY

Lingual thyroid is an usual disease due to abnormal descent of the thyroid gland from the base of the tongue to its natural location during the embryonic stage. Diagnosis is mainly clinical complemented by image studies. This paper presents a case of lingual thyroid and literature review.

Key words: *Thyroid gland; thyroid diseases.*

INTRODUCCIÓN

La tiroides lingual es una alteración poco común, de origen embriológico, generada por una falla en el descenso normal de la glándula tiroides. Hickman, en 1869, identificó y describió por primera vez esta alteración en una niña de 16 días de nacida; la ubicación ectópica de la glándula provocaba en la paciente problemas respiratorios (1,2).

En el Perú, el primer caso reportado lo registra el Dr. Avello, en el año 1967, en una niña de 5 años que sólo manifestaba molestias mecánicas y cierta dificultad respiratoria (3). Esta alteración ocurre en una de cada 100 000 personas; es más frecuente en mujeres que en hombres, siendo su relación hombre mujer de 1:4 a 1:7 (1,2,4,5). El 70% de los casos cursa con diversos grados de hipotiroidismo, pudiendo precipitarse por el embarazo o por un aumento de la actividad física durante la pubertad (2,6). Se ha encontrado en 10% de individuos normales, de manera subclínica, o bien como hallazgo en estudios post mortem (4,6,7).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una niña de 4 años que acudió al servicio de cirugía de cabeza cuello y maxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en enero de 2000, con síntomas de dificultad para la deglución y sensación de cuerpo extraño, de 5 meses de evolución. Al realizarse el examen clínico de cavidad oral y orofaringe, se evidenció una masa tumoral de aproximadamente 3x3 cm ubicada en la línea media de la base de la lengua. El aspecto era el de un tumor rojizo, friable, fijo a la base lingual y no doloroso a la palpación (Figura 1).

Se realizaron pruebas de función tiroidea, cuyos resultaron evidenciaron hormona tiroestimulante (TSH) 47,6 mUI/L y T4 libre 0,86 ng/dL. Ante la sospecha de una tiroides ectópica de ubicación lingual, se realizó un estudio gamma-gráfico con I-131, que evidenció la ausencia de la glándula en la celda tiroidea y la ubicación ectó-pica de ésta en la base de la lengua (Figura 2).

Se optó por el manejo conservador, dada la edad y los síntomas leves del paciente, ya que la extirpación de la glándula la hubiera condenado a la toma de suplementos hormonales de por vida, con el riesgo de llevar un mal tratamiento, pues no siempre es fácil medicar a un niño diariamente.

DISCUSIÓN

La glándula tiroides aparece alrededor de la 4a semana de gestación en forma de proliferación epitelial en el suelo de la faringe, entre el tubérculo impar y la cúpula (eminencia hipobranchial), en un sitio que en etapa ulterior corresponderá al agujero ciego. Más tarde, la tiroides desciende por delante del intestino faríngeo como divertículo bilobulado. Durante la migración, la glándula sigue unida a la lengua por medio de un conducto de pequeño calibre, el conducto tirogloso, el cual ulteriormente se torna macizo y desaparece.

Al continuar el desarrollo la glándula tiroides, desciende por delante del hueso hioides y los cartílagos laríngeos. A la séptima semana alcanza su situación definitiva delante de la traquea (8). Cualquier alteración en el descenso normal de la glándula, provoca una localización ectópica, pudiendo localizarse en cualquier parte, desde la base de la lengua en la línea media a la epiglótis o incluso en el tejido tiroideo ectópico en el mediastino (6,9).

La tiroides lingual puede ser asintomática y cuando los síntomas se presentan, están relacionados básicamente con el tamaño y localización tumoral. Así, por ejemplo, una tiroides lingual pequeña y localizada en el espesor de la lengua puede pasar asintomática, mientras que una ubicada en el dorso lingual (localización más frecuente) dará síntomas más evidentes, dependiendo del tamaño (3). Entre los síntomas descritos se reporta disfagia, dolor en la base de la lengua, disfonía, disfagia, ulceraciones, sangrado y tos (1,3,4,9-14).

En el examen físico, una tiroides lingual suele evidenciarse como una masa tumoral de color rojo o rosado, de aspecto vascularizado, de superficie lisa o lobulada, de consistencia firme, elástica y de diámetro variable (3,5,10-14).

El diagnóstico diferencial incluye heman-giomas, adenoides, amígdala lingual, lipomas y carcinomas (3).

Los estudios de ayuda diagnóstica deben incluir dosajes hormonales (TSH, T4 libre, T3), estudio gammagráfico (I^{131} o tecnesio 99), ultrasonido y también puede estar indicada la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) para una mejor delimitación de la extensión de la lesión (4, 7,10-14).

El tratamiento debe individualizarse (3,7,15). En los casos de tiroides lingual asintomáticas y de pequeño tamaño, la conducta es conservadora y sólo requiere de vigilancia periódica con pruebas de función tiroidea (1,2,5,9-14).

En los casos de tiroides lingual de tamaño moderado, está descrito un tratamiento a base de supresión con T3, T4, con lo cual la glándula disminuiría de tamaño paulatinamente (2,11,16). Los casos que generan obstrucción severa, sospecha de malignidad, ulceración o sangrado molesto que no responden a tratamiento médico, son tributarios a cirugía(7,13,16).

No hay consenso respecto al abordaje quirúrgico de elección para la tiroides lingual(7,13,16). Pero este estaría en relación al tamaño y la localización. El abordaje oral estaría indicado en las lesiones situadas en el dorso lingual, mientras que el abordaje externo (suprahioides) estaría indicado para las tiroides linguales situadas dentro del espesor de la lengua y en las infralinguales(3). El inconveniente del abordaje oral es la pobre exposición que proporciona, especialmente en las lesiones de gran tamaño y en caso de producirse sangrado éste pudiera ser de manejo algo complicado.

El abordaje externo como contraparte proporciona una buena exposición, un mejor control del sangrado de presentarse, pero tiene el inconveniente de dejar una cicatriz cutánea cervical no siempre bien tolerada, principalmente en mujeres jóvenes.

Como en toda tiroides, la posibilidad de degeneración carcinomatosa está presente. A la fecha se ha reportado 26 casos de cáncer en tiroides lingual, siendo el tipo histológico más frecuente el carcinoma folicular. A diferencia del que se encuentra con mayor frecuencia en el quiste tirogloso, cuyo tipo histológico más frecuente es el carcinoma papilar(6,10,15-17).

BIBLIOGRAFÍA

1. Douglas PS, Baker AW. Lingual thyroid. Br J Maxillofac Surg 1994; 32: 123-4.
2. Kamat MR, Kulkami JN, Desai PB. Lingual thyroid: a review of 12 cases. Br J Surg 1979; 66: 537-9.
3. Avello A. Revista del Cuerpo Médico-Hospital Obrero. Lima-Perú 1967. Vol 6 N° 3.
4. Prasad KC, Bhat V. Surgical management of lingual thyroid: A report of four cases. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58: 223-7.
5. Sauk J. Ectopic lingual thyroid. J Patol 1970; 102: 239-43.
6. Batsakis JG, Naggar AK, Luna MA. Pathology consultation thyroid gland ectopias. Ann Otol Rhinol Laryngol 1996; 105: 996-1000.
7. Akiol M U, Oscar M. Lingual thyroid. Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 115(5): 100-I.
8. Sadler T. W Langman. Embriología Medica 5a Edición. 1985.
9. Chan FL, Low LC, Yeung HW, Saing H. Case report: Lingual thyroid, a cause of neonatal stridor. Br J Radiol 1993; 66: 462-4.
10. Casella A, Pissan R, Navarro C, Llopis P. Papillary carcinoma of the base of the tongue. Clinil case. Minerva Stomatol 1999; 48(11): 535-8.
11. Clement SC. Lingual thyroid gland; Clinical evaluation and comprehensive management. ENT J 1999; 78 (5): 340-9.
12. Koch CA, Picken C, Clement SC. Ectopic lingual thyroid: an otolaryngologic emergency beyond childhood. Thyroid 2000; 10(6): 511-4.
13. Oppenheim R. Lingual thyroid associated with chronic cough. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 125(4): 433-4.
14. Waishe P, Rowlye H, Moglone B. Radiology quiz case 1, Lingual thyroid. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 127(12): 1506-8.
15. Winslow CP, Weisberger EC. Lingual thyroid and neoplastic change: A review of the literature and description a case. Otolaringol Head Neck Surg 1997; 117(6): 321-6.
16. Basaria S, Westra WH, Cooper DS. Ectopic lingual thyroid masquerading as thyroid cancer metastases. J Clin Endocrinol Metabol 2001; 86(1): 392-5.
17. León M, Avello A, Vargas J, Asato C, Chacon P, Changanaquí J. Carcinoma en quiste tirogloso en los hospitales nacionales del seguro social de salud (ESSALUD). Rev Cuerpo Médico (HNGAI) 2002; 18(2): 10-5.