

Artículo original**Tiroides lingual. Informe de un caso y revisión de la literatura**

Dra. Norma L. Torres Macedo,* Dr. Enrique Segovia Forero,** Dra. Maricarmen Medrano Tinoco,* Dr. Héctor Aguirre Mariscal**

Resumen

La tiroides lingual es una anomalía poco común ocasionada por alteraciones en el descenso parcial o total de la glándula durante el período embrionario y puede localizarse en la línea media, desde la base de la lengua en las papilas circunvaladas, hasta en la epiglotis. El diagnóstico es esencialmente clínico, pero para su confirmación se requieren estudios de imagen de la tiroides. En este trabajo describimos un caso de tiroides lingual y revisamos la literatura sobre el tema.

Palabras clave: Tiroides lingual, ectópica, papilas circunvaladas, epiglotis.

Caso clínico

Acudió al Servicio de Otorrinolaringología una niña de 13 años de edad, con odinofagia de seis meses de evolución, sensación de cuerpo extraño en la orofaringe y disfagia. No había síntomas generales.

Al realizarle la exploración otorrinolaringológica, se pudo observar una tumoración en la base de la lengua de aproximadamente 3 x 2 cm de diámetro, rojiza, friable, no dolorosa a la palpación y sin movilidad.

Se le hicieron pruebas de la función tiroidea, cuyos resultados indicaron hipotiroidismo: TSH 8.4 M UI/mL y T4L 0.5 ng/dL.

Mediante tomografía computada del cuello, se apreció una masa en la base de la lengua; sin embargo, al usar un medio de contraste no se halló tejido tiroideo en el resto del cuello.

Por abordaje transoral, se extirpó totalmente la tumoración, que estaba constituida por tejido tiroideo normal.

* Servicio de Otorrinolaringología, Instituto Nacional de Pediatría.

** Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Dra. Norma L. Torres Macedo. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, México, DF, 04530.

Recibido: noviembre, 2001. Aceptado: abril, 2001.

Abstract

Lingual thyroid is an uncommon developmental anomaly resulting from the lack of descent of all or part of the embryonic thyroid tissue. The lingual thyroid may be found anywhere from the base of the tongue in the midline between the circumvallate papillae to the epiglottis. Diagnosis is essentially clinical, but confirmation may be made with a thyroid scan. In this article, we describe a case of lingual thyroid and the literature is reviewed.

Key words: Lingual thyroid, ectopic, circumvallate papillae, epiglottis.

En la actualidad la paciente se encuentra con suplemento de hormonas tiroideas y asintomática.

Discusión

La glándula tiroides aparece en el feto como una proliferación epitelial en el piso de la faringe, aproximadamente a la 4ª semana de gestación, entre el tubérculo impar y la eminencia hipobranquial, en un sitio que en una etapa ulterior corresponde al agujero ciego. Se origina de tres esbozos, uno medial y dos laterales; el medio proviene de la porción ventral de la faringe, que siguiendo el patrón del corazón y los grandes vasos desciende por delante del intestino faríngeo, permanece unido a la lengua por el conducto tirogloso y se convierte en una estructura bilobulada. Al llegar a la cara anterior de la tráquea, se pone en contacto con los esbozos laterales que provienen de la 4ª bolsa faríngea y da origen a las células parafoliculares o células C, que secretan calcitonina. El borde distal del conducto tirogloso forma el lóbulo piramidal. El resto del epitelio del conducto se degenera, atrofia y desaparece.

Las 3ª y 4ª bolsas faríngeas poseen dos prolongaciones: dorsal y ventral. El epitelio del ala dorsal de la 3ª bolsa faríngea, en la 5ª semana de gestación, se diferencia en tejido paratiroideo y la porción central forma el timo, que migra en dirección caudal y medial, llevando consigo la paratiroides; el tejido paratiroideo se sitúa en posición late-

ral a la cara dorsal de la glándula tiroides y forma las glándulas paratiroides inferiores.

El epitelio del ala dorsal de la 4ª bolsa faríngea se localiza en la cara dorsal de la glándula tiroides y forma las glándulas paratiroides superiores.

La 5ª bolsa faríngea se considera parte de la 4ª; da origen al cuerpo último branquial que producirá las células parafoliculares o que secretan calcitonina; de esta última surge el carcinoma medular de la tiroides.¹⁻⁶

La tiroides lingual es una alteración poco común de origen embriológico que se genera como resultado de una falla en el descenso de una parte o de todo el tejido tiroideo, el cual es secuestrado dentro del espesor de la lengua, lo que ocasiona la migración de la tiroides hacia la parte ventral de la laringe. Hickman (1869) fue el primero en describir esta alteración en una niña de 16 días de nacida, quien sufrió problemas respiratorios causados por una tiroides lingual.^{7,8}

Esta condición ocurre en una de cada 100,000 personas. Puede aparecer a cualquier edad; sin embargo, es más frecuente en la tercera década de la vida, y en una proporción de hombre-mujer de 1:4 a 1:7; esta proporción quizá se deba a que en la mujer hay un incremento en el metabolismo durante la pubertad y el embarazo, lo que puede ocasionar hipertrofia de un tejido ectópico, que previamente no tenía expresión clínica.⁶⁻⁹ Se ha encontrado en 10% de individuos normales de manera subclínica, o bien como hallazgo microscópico en estudios postmortem.^{2,3,9}

En 70% de los casos, la tiroides lingual se acompaña de diversos grados de hipotiroidismo, comúnmente precipitado por un incremento en la actividad física durante la pubertad o el embarazo. Es poco común observar esta alteración al mismo tiempo que una glándula tiroides normal en el cuello.^{2,7}

La tiroides lingual puede localizarse en cualquier parte, desde la base de la lengua en la línea media entre las papilas circunvaladas, a la epiglotis, o incluso en el tejido tiroideo ectópico del mediastino.^{2,10}

Este padecimiento es habitualmente asintomático, aunque los síntomas pueden variar de acuerdo con el tamaño de la lesión. Algunos pacientes refieren disfagia, disfonía, dolor en la base de la lengua, sangrado, ulceración de la lesión y tos.^{2,8-15} Rara vez es causa de obstrucción de la vía respiratoria en los niños. La posición del tejido ectópico puede ser lingual, sublingual, en el trayecto del conducto tirogloso o intralaringotraqueal.^{4,10,13}

El examen físico puede revelar una masa cerca de la lengua o en la base de ésta, de superficie lisa, de aspecto vascu-

lar y de diámetro variable: desde el tamaño de un chícharo hasta el de una naranja.^{6,11-15}

El estudio de esta enfermedad incluye pruebas de función tiroidea, pruebas de medicina nuclear: gammagrama con radioisótopos como tecnecio 99, yodo radioactivo o los dos, ultrasonido, tomografía computada (con la cual se puede conocer la extensión de la lesión) e imagen de resonancia magnética (para una adecuada delimitación de los tejidos blandos, por lo que es de utilidad para determinar los límites de la lesión).^{8,9,11-15}

El tratamiento de una tiroides lingual sintomática depende del tamaño de la lesión, la severidad de los síntomas, la existencia de tejido tiroideo a los lados de la base de la lengua y complicaciones como sangrado, ulceración o sospecha de malignidad.^{2,7-9,15,16}

Un caso de tiroides lingual pequeña en un paciente asintomático puede no requerir tratamiento, sino sólo vigilancia periódica de la tumoración y de las pruebas de función tiroidea.^{7,15}

Los sujetos con una tiroides lingual de mediano tamaño pueden tratarse de supresión con T3 y T4, con lo cual la glándula disminuye de tamaño paulatinamente. Después, si se requiere, deben administrarse suplementos de hormona tiroidea.^{7,15,16} La mayoría de los pacientes son candidatos a tratamiento médico con buenos resultados.

Los individuos con síntomas de obstrucción severa, sospecha de malignidad, ulceración o sangrado que no responden bien al tratamiento hormonal, requerirán intervención quirúrgica.⁷⁻⁹ En este caso, se realizará biopsia excisional para corroborar el diagnóstico y descartar malignidad. El resultado de la biopsia habitualmente muestra tejido tiroideo normal.^{2,6}

No existe consenso respecto al abordaje quirúrgico de elección para la tiroides lingual. La cirugía puede realizarse con bisturí convencional, bisturí de láser CO₂ o crioterapia.^{8,12,16}

El abordaje transoral da buenos resultados cosméticos, ya que no deja cicatrices, no requiere disección de los tejidos del cuello y, por lo tanto, el riesgo de infección postoperatoria es menor. El problema de este abordaje es la pobre exposición que proporciona, principalmente si la lesión es de gran tamaño. Asimismo, el riesgo de sangrado transoperatorio es mayor y puede ser de difícil manejo.

El abordaje externo, por su parte, brinda una amplia exposición de la lesión, sobre todo si es de gran tamaño. Existe menor peligro de sangrado profuso, y en caso de ser así,

se puede controlar de manera adecuada. Este abordaje tiene el inconveniente de dejar una cicatriz externa en el cuello, que a veces no es aceptada por los pacientes, en especial por las mujeres jóvenes, además de que existe mayor riesgo de infección, ya que la exposición de los tejidos es más amplia.^{9,14-16}

El tratamiento siempre debe individualizarse.¹⁻³ Antes de optar por un procedimiento quirúrgico, debe considerarse la función de la glándula y verificar la existencia de tejido tiroideo en el cuello, ya que la tiroides lingual puede ser la única que funciona en el paciente y su excisión causaría hipotiroidismo permanente.

La degeneración carcinomatosa de una tiroides lingual es muy rara; sólo se han descrito 26 casos. A diferencia del carcinoma que se origina del remanente del conducto tirogloso, en el que la mayor parte es de tipo papilar, casi todos los casos de la tiroides lingual son de carcinoma folicular.^{1,2,14,16} El único tipo de carcinoma que no se ha observado es el medular, que se forma de las células parafoliculares de la 4ª bolsa faríngea.⁶

Los síntomas de carcinoma son similares a los de la tiroides lingual. Se debe sospechar malignidad cuando hay un crecimiento rápido y excesivo de la tumoración con obstrucción acentuada, hemorragia, ulceración u otalgia.¹⁻³

El diagnóstico se realiza por medio de un estudio histopatológico.¹⁻³

REFERENCIAS

1. Winslow CP, Weisberger EC. Lingual thyroid and neoplasia. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;117(6):321-6.
2. Batsakis JG, Naggar AK, Luna MA. Pathology consultation. Thyroid gland ectopias. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105:996-1000.
3. Akyol MU, Öscan M. Lingual thyroid. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;115(5):100-1.
4. McNally AM, Langlais PR. Disorders affecting the oral cavity. Conditions peculiar to the tongue. *Dermatologic Clinics* 1998;14(2):257-72.
5. Weider D, Parker W. Lingual thyroid; review, case reports, and therapeutic guidelines. *Ann Otol* 1997;86:841-8.
6. Sauk J. Ectopic lingual thyroid. *J Patol* 1970;102:239-43.
7. Kamat MR, Kulkarni JN, Desai PB. Lingual thyroid: a review of 12 cases. *Br J Surg* 1979;66:537-9.
8. Douglas PS, Baker AW. Lingual thyroid. *Br J Maxillofac Surg* 1994;32:123-4.
9. Prasad KC, Bhat V. Surgical management of lingual thyroid: A report of four cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:223-7.
10. Chan FL, Low LC, Yeung HW, Saing H. Case report: Lingual thyroid, a cause of neonatal stridor. *Br J Radiol* 1993;66:462-4.
11. Walshe P, Rowley H, Mcglone B. Radiology quiz case 1. Lingual thyroid. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;127 (12):1506-8.
12. Oppenheimer R. Lingual thyroid associated with chronic cough. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125(4):433-4.
13. Koch CA, Picken C, Clement SC. Ectopic lingual thyroid: an otolaryngologic emergency beyond childhood. *Thyroid* 2000;10(6):511-4.
14. Casella A, Pissano R, Navarro C, Llopis P. Papillary carcinoma of the base of the tongue. *Clinic Case. Minerva Stomatol* 1999;48(11):535-8.
15. Clement SC. Lingual thyroid gland; clinical evaluation and comprehensive management. *ENT J* 1999;78(5):340-9.
16. Basaria S, Westra WH, Cooper DS. Ectopic lingual thyroid masquerading as thyroid cancer metastases. *J Clin Endocrinol Metabol* 2001;86(1):392-5.

1. Winslow CP, Weisberger EC. Lingual thyroid and neoplasia

Consulte Acta Pediátrica de México en Internet:

www.imbiomed.com.mx

www.actapediatrmex.entornomedico.org

E-mail:

actapediatrmex@entornomedico.org