



<https://doi.org/10.24245/aorl.v67i2.5283>

Glosectomía medial para tratamiento de tiroides lingual

Medial glossectomy for treatment of lingual thyroid.

Mario Antonio Barrón-Soto,¹ Arcelia Carolina Barrón-Campos,² José Antonio Almeyda-Farfán²

Resumen

OBJETIVO: Mostrar el tratamiento de lesiones de la base de la lengua mediante técnica translingual.

MATERIALES Y MÉTODOS: Serie de casos tratados durante 25 años, con tiroides ectópicas con obstrucción o disnea, mediante abordaje translingual.

RESULTADOS: Se incluyeron 8 pacientes con tiroides lingual, en los que se utilizó resección vía oral por glosectomía medial. Todas las resecciones se realizaron sin morbilidades, con sangrado mínimo, con seguimiento de uno a cinco años.

CONCLUSIONES: El abordaje ofrece buenos resultados, recuperación y reintegración rápidas, sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Tiroides lingual; glosectomía; lengua; disnea; hipotiroidismo.

Abstract

OBJECTIVE: To show treatment of tongue base lesions, using a translingual technique.

MATERIALS AND METHODS: Series of cases treated for 25 years, with ectopic thyroid with obstruction or dyspnea, through a translingual approach.

RESULTS: There were included 8 patients with lingual thyroid, in whom oral resection was used through medial glossectomy. All the resections were done without morbidities, minimal bleeding, with a follow-up of 1-5 years.

CONCLUSIONS: The approach offers good results, quick recovery and reintegration, without complications.

KEYWORDS: Lingual thyroid; Glossectomy; Tongue, Dyspnea; Hypothyroidism.

¹ Academia Mexicana de Cirugía, Otorrinolaringólogo y Cirujano de Cabeza y Cuello. Práctica privada, Hospital Ángeles Metropolitano, Ciudad de México, México.

² Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México.

Recibido: 4 de febrero 2021

Aceptado: 13 de abril 2022

Correspondencia

Arcelia Carolina Barrón Campos
carobarronac@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Barrón-Soto MA, Barrón-Campos AC, Almeyda-Farfán JA. Glosectomía medial para tratamiento de tiroides lingual. An Orl Mex 2022; 67 (2): 144-150.



ANTECEDENTES

En el dorso de la lengua existe una variedad de lesiones de predominio benigno, afecciones identificadas en la mayor parte de las ocasiones en adultos jóvenes.

La tiroides lingual es una afección ectópica poco común, identificada por lo general de manera incidental a la exploración de la cavidad oral debido a que los pacientes cursan asintomáticos; sin embargo, suele manifestarse con odinofagia, dificultad a la movilización de la lengua o deglución con trastornos de la voz, como lo es en papa caliente, y muy rara vez es por dificultad respiratoria, debido a su evolución progresiva y lenta. Es raro que los pacientes manifiesten tos crónica, además de ser identificados con frecuencia en edades en las que el requerimiento hormonal se incrementa.^{1,2} La existencia de tejido tiroideo ectópico se genera por una migración embriológica defectuosa de la glándula, desde su origen en la base de la lengua (foramen caseum) hasta la posición final en cara anterior del cuello, en la zona pretraqueal.

Pueden encontrarse en otras localizaciones, como la cabeza y el cuello: en la glándula pituitaria, iris, amígdalas palatinas, región submandibular, lateral cervical, bifurcación de la carótida, tráquea, axila, y otras regiones como: mediastino, mama, timo, esófago, duodeno, vesícula biliar, estómago, páncreas, órganos reproductores femeninos y otros.^{3,4,5} La prevalencia reportada es de 1:100,000-300,000 personas y predomina en mujeres con una relación 3:1.⁵

El 75% de los casos muestran la tiroides ectópica como única, siendo la fuente hormonal del paciente y cuando se sitúa además en la región pretraqueal suele ser hipofuncionante.¹

El diagnóstico de la mayoría de los pacientes es de manera fortuita, debido a que suelen ser

asintomáticos o, en su defecto, manifestar los síntomas locales referidos. A la exploración, se observa aumento de volumen en la parte posterior de la base de la lengua con una masa en la línea media, firme, de color rosado o rojo brillante, con una superficie lisa o poco irregular, indolora y que se moviliza a la deglución;² no obstante, éstas dependerán de su localización y tamaño.

Para el diagnóstico es fundamental la clínica, aunado a perfil tiroideo, gammagrafía de ser necesario e imagen de tomografía computada con medio de contraste. Los diagnósticos diferenciales incluyen hipertrofia amigdalina, quiste epidermoide o de conducto tirogloso, lipoma, linfangioma, quiste sebáceo, quiste dermoide, higroma, leiomioma, leiomiosarcoma, lesiones de glándulas salivales menores, entre otros.²

La cirugía se sugiere cuando ocasiona problemas obstructivos, de movilidad o ante la posibilidad de malignización reportada del 1%.⁴ Existen múltiples vías de abordaje a la región, el objetivo de este artículo es comunicar la experiencia de los autores en el tratamiento de lesiones de la base de la lengua en las que predomina la tiroides lingual, mediante la técnica de resección translingual (glosectomía medial) vía oral; no obstante, es aplicable a cualquier lesión de la base de lengua en la línea media.

MATERIALES Y MÉTODOS

Serie de casos de pacientes con tiroides lingual, tratados con cirugía, captados a través de 25 años; los pacientes habían sido evaluados y tratados previamente por el servicio de endocrinología y enviados para posible resección dado el curso clínico.

Los criterios de elegibilidad de los pacientes incluidos fueron: existencia de neoformación central en la base de la lengua, causal de obstrucción o daño de la vía aerodigestiva; de cualquier

edad o sexo, tratados con cirugía durante los últimos 25 años, mediante abordaje de glosectomía medial (translingual). Todos los pacientes debían haber sido operados por el mismo cirujano y su equipo y con un seguimiento mínimo de 12 meses. La información se obtuvo de la base de datos del cirujano, que llevaba seguimiento de los pacientes de tales características. Se eliminaron los pacientes con neoformación de la base de lengua que se extendía a la porción más anterior de la lengua o triángulo retromolar, que requiriera otro tipo de abordajes, así como a los pacientes que no acudieran a controles posquirúrgicos.

A todos los pacientes se les realizaron evaluación cardiológica, perfil tiroideo (debían estar eutiroideos en el momento quirúrgico) y estudios preoperatorios básicos. La gammagrafía tiroidea se hizo a la población en estudio para determinar la localización y funcionalidad glandular. Se les realizó técnica de glosectomía medial (translingual), bajo anestesia general con intubación orotraqueal, incisión en la línea media lingual con sutura transfixiva para el control de sangrado al momento de ir haciendo la incisión, hasta llegar al sitio de la lesión. La misma división lingual servía de apoyo de tracción y tensión para el retiro de la lesión de acuerdo con su extensión. Una vez retirada la lesión lingual, se procedió a la reconstrucción de la lengua, manteniendo la armonía anatómica inicial mediante sutura Dexon 000, en dos planos con puntos invertidos, partiendo del piso de la boca hacia el dorso y punta lingual. **Figura 1**

Todos los pacientes fueron tratados con antibiótico en posoperatorio por 7 días, analgésico y antiinflamatorios, colutorios con agua fría y vigilancia de la condición funcional respiratoria.

RESULTADOS

Se incluyeron 8 pacientes con tiroides lingual, cuatro mujeres y cuatro hombres, con mínimo

de edad de 12 años y máximo de 55 años, media de 32 años, con lesiones en la base de la lengua.

El tiempo de evolución del cuadro clínico fue variable, de cinco meses a tres años, con promedio de 13 meses. La evolución clínica de los pacientes fue progresiva, manifestando sensación de cuerpo extraño, disfagia, dificultad para emitir la voz refiriendo alteración en características de la voz. Identificación de abultamiento en la base de la lengua, central, de incremento progresivo y en tres pacientes, mujeres jóvenes, ligero malestar en el periodo menstrual, en particular, irritación local.

Todos los pacientes refirieron sensación de cuerpo extraño de intensidad variable, dificultad para la deglución o tragar, disfagia, cambios progresivos en emisión de la voz llegando a estomatolalia constante; otros síntomas fueron sensación de asfixia, ronquido nocturno, apnea del sueño y hemorragia.¹ A todos se les realizó faringo-laringoscopia que identificó en la base de la lengua una lesión redondeada, lisa, sólida, indurada, móvil a la deglución, renitente, no dolorosa, cubierta por mucosa intacta en la base de lengua (**Figura 2**). La tomografía computada simple y contrastada delimitó la lesión, identificándose en la mayoría de los pacientes una lesión redondeada, delimitada en la base de la lengua de 4 x 3 cm en promedio, reforzada en contraste (**Figura 3**). Las pruebas de función tiroidea preoperatoria fueron normales en todos los pacientes y también en todos se localizó la glándula tiroidea en posición anatómica normal.

En todos los pacientes, se realizó resección translingual de la lesión de la base de la lengua utilizando técnica referida en la sección de materiales y métodos. El sangrado promedio fue de 160 mL (límites: 100 y 210 mL), con resección completa. En el posquirúrgico inmediato, entre 3 y 5 días los pacientes manifestaron presentaron edema leve de la lengua y dificultad para su

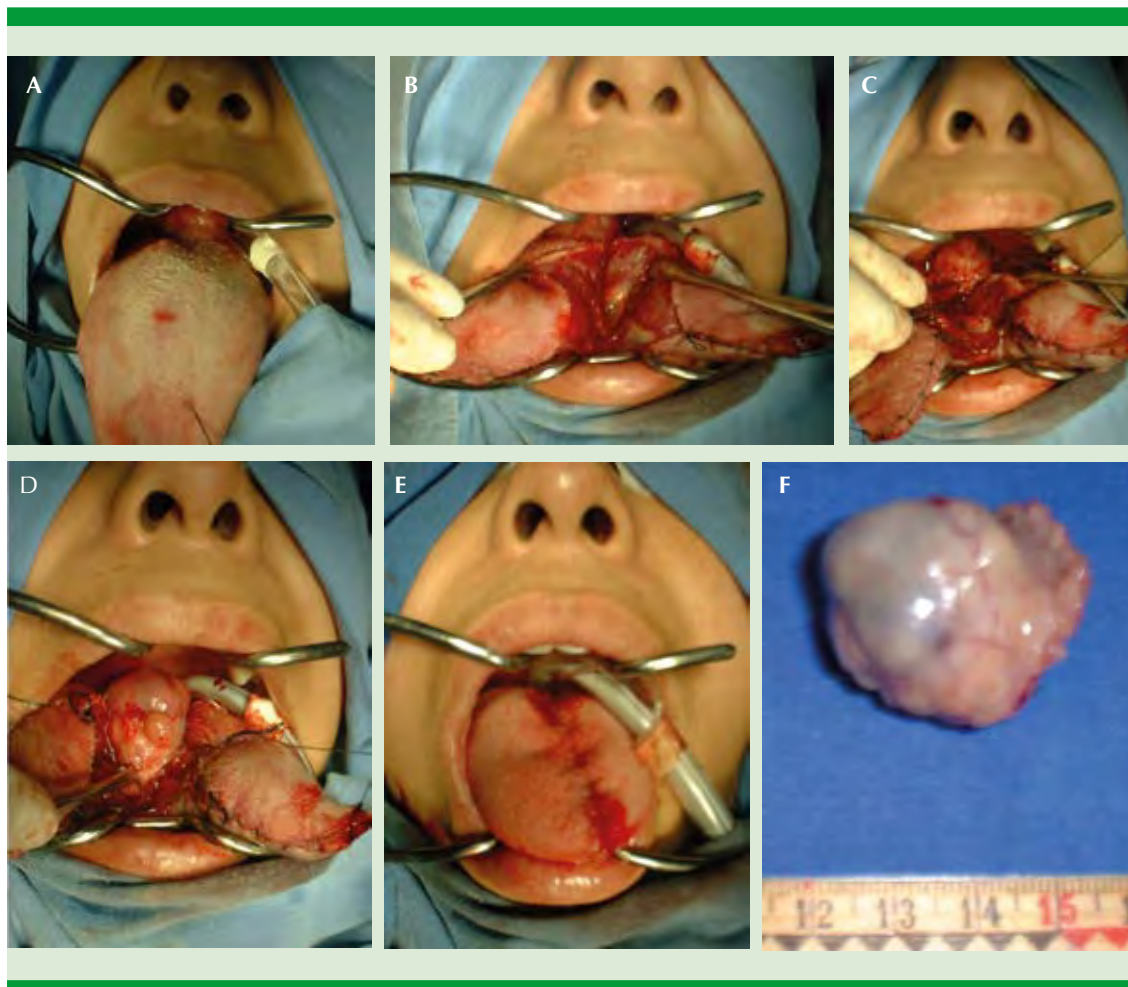


Figura 1. Se ejemplifica la técnica quirúrgica. **A.** Lesión posterior de lengua redondeada. **B.** Sección de lengua en línea media. **C.** Se llega hasta la base de la lesión y se reseca en toda su extensión. **D.** Lesión redondeada, de 3.5 x 3.5 cm, lisa, dura. **E.** Lengua ya suturada, quedando de aspecto similar al inicial. **F.** Pieza quirúrgica del tiroides lingual que muestra superficie lisa, de 3.5 x 3.5 cm.

movilidad por dolor que cedió con aplicación de frío y antiinflamatorios. Ningún paciente tuvo complicaciones posquirúrgicas, como sangrado, edema que requiriera traqueostomía o insuficiencia respiratoria. La estancia hospitalaria varió entre 2 y 3 días. Ninguno se identificó con malignidad. El seguimiento fue entre uno y cinco años. Ninguno requirió tratamiento médico de sustitución hormonal. No mostraron recidiva local.

DISCUSIÓN

La tiroides ectópica de localización lingual es el tipo de manifestación aberrante de la tiroides más frecuente, originada porque la glándula tiroidea no desciende del agujero ciego a su sitio prelaríngeo eutópico normal o existen residuos que quedan en el recorrido,⁶ cuya manifestación clínica está ausente en la mayoría de los casos. Cuando se identifica su presencia en la cavidad



Figura 2. Lesión oro-hipofaríngea redondeada, dura, lisa, de superficie mucosa normal.

oral, suele ser producto de la casualidad por parte del paciente o ante una exploración orofaríngea por parte del médico que la identifica y, en el menor de los casos, por datos clínicos progresivos de disfagia, sensación de cuerpo extraño, dificultad para la deglución o respiración, ronquidos nocturnos e incluso dificultad respiratoria severa.^{6,7}

La bibliografía reporta que el 70% de los casos la tiroides suele ser única y funcionante;⁸ lo que no se observó en el grupo de estudio, debido a que todos tenían tiroides lingual y, además, en la región pretraqueal normal, lo que, por una parte, facilitó la toma de decisión en el retiro de la tiroides lingual y evitó terapia sustitutiva posquirúrgica.

Se reporta que las manifestaciones clínicas, como disfagia de progresión lenta y síntomas de obstrucción orofaríngea suelen ser mayores antes

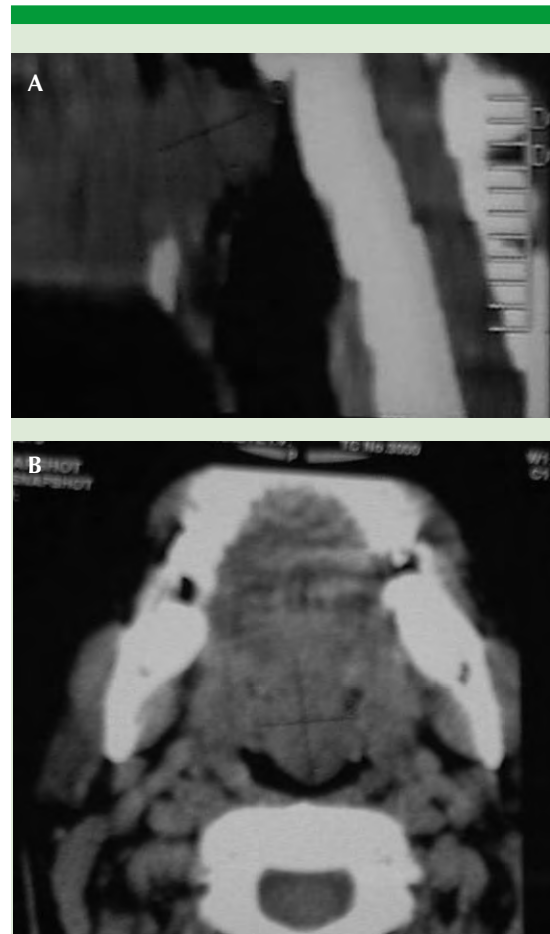


Figura 3. Tomografía en corte sagital (A) y axial (B) que muestra lesión en la región faríngea obstructiva, redondeada.

o durante la pubertad, menstruación o estímulos hormonales, como el embarazo,⁹ la paciente de 12 años refería molestias locales, como irritación o muy ligero dolor ocasional probablemente ante cambios hormonales iniciales. Esto ocurre como respuesta a la mayor demanda de hormona tiroidea en estos estados hipermetabólicos;⁸ sin embargo, en nuestra población solo se identificó una paciente de 12 años, en la que este proceso iniciaba. Además, los síntomas dependerán del grado de obstrucción o crecimiento de la lesión,



se recomienda que de no implicar afecciones importantes o se sospeche malignidad, se vigile la evolución clínica de primera instancia.^{6,9}

Es importante el conocimiento de la afección por ser una enfermedad poco frecuente y debe pensarse en ello para no pasar inadvertida; la evolución clínica dependerá del crecimiento y extensión. El tratamiento quirúrgico es efectivo, en particular ante procesos obstructivos de la vía digestiva y aérea, o sospecha de malignidad y posterior a validar la existencia de tiroides funcional en el sitio original tiroideo u otro.

El abordaje translingual es una técnica que proporciona la posibilidad de la resección completa de un sinnúmero de lesiones pequeñas, delimitadas en la base de la lengua, como la tiroides lingual u otras, con resultados óptimos. Permite la adecuada visibilidad del área, pudiendo ser de utilidad ante extensiones laterales o hacia la pared posterior de la faringe, con limitada morbilidad.

En esta técnica realizar una incisión en la línea media lingual hasta el sitio de la lesión a reseccionar, creando dos cuerpos iguales, permite visualizar la lesión y su base de inserción con discreto sangrado transoperatorio. Permite la excenteración completa de la lesión (**Figura 1**) y los pacientes en el posoperatorio solo muestran alteraciones de la movilidad de la lengua algunos días posquirúrgicos, recuperándose al 100% a los 7-10 días como máximo.

Se han reportado diversos abordajes quirúrgicos para los pacientes con lesiones en la base de la lengua, éste dependerá del tamaño y extensión de la lesión, algunos realizan angiografías, embolizaciones o ligadura de algunas arterias pre o perioperatorias, entre ellos, el abordaje cervical anterior medio y glosectomía con exéresis tumoral, en el que no se refiere morbilidad, pero sí la cicatriz, periodo de re-

cuperación más largo que el que obtuvimos, sangrado y mayores riesgos transoperatorios.⁹ Otros abordajes son faringotomía media trans, supra o infrahioidea o faringotomía lateral; algunos autores combinan técnicas transorales y transcervicales, se reporta autotransplantes tiroideos en particular ante ausencia de tiroides en posicionamiento normal, el uso de láser que ha mostrado grandes ventajas,¹⁰ resecciones a través de mandibulotomías laterales, e incluso mediante extirpación endoscópica parcial y un abordaje cervical externo, etcétera.¹¹

En los últimos años ante el avance tecnológico, se ha llevado a cabo la resección de lesiones benignas de cavidad oral, orofaríngea, hipofaríngea y otros, mediante el uso de cirugía robótica tipo Da Vinci, que ha demostrado aplicabilidad, éxito y reducción de la morbilidad, con precisión y adecuada visibilidad, que permite evitar procedimientos más invasivos, superar las limitaciones anatómicas y mejoría probablemente de la exposición quirúrgica en esta área tan limitada y de difícil acceso; no obstante, la contraparte es que representa elevados costos, poco acceso en el mercado y existen pocos cirujanos preparados o con adiestramiento específico en su uso.^{7,12-16}

La mayor parte de los abordajes mencionados llevan a cabo incisiones en la región cervical anterior, osteotomías mandibulares o disecciones más amplias, incluyendo áreas vasculares o nerviosas que pueden incrementar la morbilidad operatoria. Se reportan traqueotomías, ya sea preventivas o para evitar complicaciones, en contraste, en la técnica translingual que aplicamos el abordaje fue mediante intubación orotraqueal, sin complicaciones en ningún paciente, aunque reconocemos que es una área de competencia en el espacio limitado.

Consideramos que la glosectomía translingual para tratar tumores de la base de la lengua, acor-

de con las experiencias obtenidas en la atención de los casos que se comunican, representa una oportunidad de ofrecer a los pacientes con estas lesiones circunscritas en espacio de difícil acceso y espacio limitado, una cirugía de tiempo quirúrgico corto, escaso sangrado, sin morbilidad y sin efectos estéticos y funcionales relevantes.

CONCLUSIONES

El abordaje translingual permite la resección adecuada de las lesiones tumorales de la base de la lengua sin alteraciones funcionales o estéticas y con mínima morbilidad transitoria. Existen otros tipos de abordajes a estas lesiones: externo, suprahioideo, transfaríngeo con mayor morbilidad reportada; debemos considerar que la comunicada es una forma más con mínimas repercusiones clínicas y pronta recuperación.

REFERENCIAS

1. Hashemian S, Eshraqui P, Vakili R, Behnam M. Lingual thyroid: A case report and literature review. *Int J Pediatrics* 2017; 5 (Issue 11): 6049-6055. <https://dx.doi.org/10.22038/ijp.2017.24949.2109>.
2. Senthilraja M, Rajan R, Kapoor N, Paul TV, Cherian KE. Una causa poco común de disfagia. *J Family Med Prim Care* 2019; 8: 1282-3
3. Ibrahim NA, Fadeyibi IO. Ectopic thyroid: etiology, pathology and management. *Hormones (Athens)* 2011; 10: 261-9. doi: 10.14310/horm.2002.1317.
4. Cañizares Díaz J, Conde García J, Arrobas Velilla T, Blanco Fernández M. Tejido tiroideo ectópico en mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria* 2015; 28 (2): 90-91.
5. Sturniolo G, Vermiglio F, Moleti M. Thyroid cancer in lingual thyroid and thyroglossal duct cyst. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 2017; 64 (1): 40-43. DOI: 10.1016/j.endonu.2016.07.010.
6. Lukáš J, Drábek J, Lukáš D, Zemanová I, Rulseh A. Ectopic thyroid with benign and malignant findings: A case series. *Int J Surg Case Rep* 2020;66:33-38. doi:10.1016/j.ijscr.2019.11.011
7. Sigua-Rodríguez EA, Rangel Goulart D, Asprino L, de Moraes-Manzano AC. Conservative management for lingual thyroid ectopic. *Case Reports Otolaryngol* 2015; 2015: 265207. doi: 10.1155 / 2015/265207.
8. Zubillaga RI, Sánchez AG, García RI, Montalvo MJ. Tiroides lingual: un nuevo abordaje quirúrgico. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac* 2004; 26: 312-324.
9. Toso A, Colombani F, Averono G, Aluffi P, Pia F. Lingual thyroid causing dysphagia and dyspnoea. Case reports and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009; 29 (4): 213-217.
10. Luna-Ortiz K, Fanconi-Rodríguez A, Valenzuela-Salazar C, Gomez-Pedraza A. Laser Resection of lingual thyroid gland. *Oral Surgery* 2014; 7 (S1): 7-10.
11. Silva-Xavier CR, Barros-Medeiros L, Dantas-Freire A, Vêras-Lemos T, Meneses-Rêgo A, Araújo-Filho I. Lingual thyroid. Literature review. *Arch Med* 2016; 8 (3): 3.
12. Pellini R, Mercante G, Ruscito P, Cristalli G, Spriano G. Ectopic lingual goiter treated by transoral robotic surgery. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2013; 33 (5): 343-6.
13. Cammaroto G, Stringa LM, Zhang H, Capaccio P, Galletti F, Galletti B, Meccariello G, Iannella G, Pelucchi S, Baghat A, Vicini C. Alternative applications of Trans-Oral Robotic Surgery (TORS): A systematic review. *J Clin Med* 2020; 9 (1): 201. doi: 10.3390/jcm9010201.
14. Vairaktaris E, Semergidis T, Christopoulou P, Papadogeorgakis N, Martis C. Lingual thyroid: a new surgical approach—a case report. *J Craniomaxillofac Surg* 1994; 22 (5): 307-310. doi:10.1016/s1010-5182(05)80082-4.
15. Prasad KC, Bhat V. Surgical management of lingual thyroid: a report of four cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58 (2): 223-227. doi:10.1016/s0278-2391(00)90344-6.
16. Kamat MR, Kulkarni JN, Desai PB, Jussawalla DJ. Tiroides lingual: una revisión de 12 casos. *Br J Surg* 1979; 66 (8): 537-539. DOI: 10.1002 / bjs.1800660805.