



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 8, Núm. 1 • Enero-Abril 2012 • pp. 15-17

Tiroides ectópico lingual. Presentación de un caso y revisión del tratamiento

Ana Belén Marín Fernández,* José Fernández Solís *

RESUMEN

La tiroides ectópico lingual es una anomalía congénita del desarrollo tiroideo como consecuencia de un fallo en la migración de la glándula desde el *foramen caecum* hasta su localización pretraqueal habitual. Presentamos el caso de una paciente con una lesión a nivel de la base lingual sugestiva de tiroides ectópico y clínica de disfagia y disfonía asociada. Se discuten los diferentes tratamientos existentes en el manejo de esta patología.

Palabras clave: Tiroides ectópico, glándula tiroides, tiroides lingual, disfagia, disfonía.

SUMMARY

Lingual thyroid is a congenital disorder of thyroid gland development, resulting of abnormal migration of the gland from the foramen caecum to its normal pretracheal location. In this paper we report a patient who presented a lesion located in the base of the tongue suggesting an ectopic thyroid that produced dysphagia and dysphonia. We discuss the different treatment recommended in the management of this pathology.

Key words: Ectopic thyroid, thyroid gland, lingual thyroid, dysphagia, dysphonia.

INTRODUCCIÓN

La tiroides ectópico es un defecto embriológico en el desarrollo de la glándula tiroides por alteración en la migración desde el *foramen caecum* en la base lingual hasta su localización pretraqueal, entre la tercera y la séptima semana de gestación.¹ La presencia de tejido tiroideo ectópico se puede encontrar tanto en el tracto aerodigestivo superior (lingual, sublingual, tirogloso e intralaringotraqueal) como en otras localizaciones a distancia (esófago cervical, mediastino superior, diafragma,

corazón, etc.). La forma más frecuente de tiroides ectópico es el lingual, representando 90% de los casos.²

La prevalencia de la tiroides lingual es muy variable, siendo su presentación más frecuente en mujeres. Las manifestaciones clínicas dependen de la edad del paciente, la función tiroidea y el tamaño de la masa; el diagnóstico se basa fundamentalmente en pruebas de imagen. Por lo general, se presenta como un nódulo submucoso en la base de la lengua. El tratamiento es controvertido y debe individualizarse a cada paciente.³

* Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España.

El desarrollo del trabajo se ha realizado bajo criterios éticos y no existe conflictos de intereses en torno al mismo.

Correspondencia:

Ana Belén Marín Fernández

C/Unis, Núm. 14, 18630 Otura (Granada) Tel.: 34-645 135 322 Fax: 34-958509328 Correo electrónico: anita1981@msn.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 65 años de edad, con hallazgo casual en una exploración fibroscópica de lesión quística a nivel de la base lingual, sugestiva de tiroides ectópico. Tras completar el estudio mediante TC, RMN (*Figura 1*), gammagrafía y determinación de la función tiroidea se confirmó el diagnóstico. Recibió tratamiento hormonal sustitutivo durante un año, tras el cual persistió la clínica de disfagia y disfonía, motivo por el que nos fue remitida. Se realizó extirpación de la lesión en quirófano bajo anestesia general e intubación fibroscópica nasotraqueal. La vía utilizada fue transoral abordaje translingual mediante una incisión en la línea media mediante labiotomía media (*Figura 2*). Se realizó extirpación completa de la lesión y cierre directo. Tras un periodo de seguimiento de dos años la paciente continúa asintomática y sin signos de recidiva.

DISCUSIÓN

La tiroides lingual es una anomalía congénita poco frecuente del desarrollo tiroideo, secundario al fallo en el descenso glandular desde la base de la lengua hasta su localización pretraqueal. Fue descrito por primera vez por Hickman en 1868.⁴

La ectopia tiroidea es la causa más frecuente de disgenesia tiroidea, siendo su patogenia aún desconocida.⁵ Su incidencia varía entre 1:3,000 y 1:100,000, siendo más frecuente en mujeres con una edad media de presentación de 40 años. En los individuos afectados, 70% no posee otro tejido tiroideo funcional y, aproximadamente, 2/3 presentan distintos grados de hipotiroidismo,⁶ el cual se precipita en las situaciones en las que la demanda fisiológica de hormonas tiroideas se incrementa.

Las manifestaciones clínicas dependen de la edad del paciente, la función tiroidea y, fundamentalmente, del tamaño de la masa. Aunque la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y su diagnóstico se realiza de manera casual en una exploración rutinaria, las lesiones sintomáticas pueden aparecer en cualquier momento desde el nacimiento hasta la edad adulta.⁶ La mayoría de tiroides lingual sintomática surge durante la pubertad, menstruación o embarazo, momento en el que se produce una hipertrofia glandular como consecuencia del incremento de las demandas de hormonas tiroideas.⁷ Por lo tanto, los signos y síntomas se relacionan fundamentalmente con el tamaño de la lesión y consisten en: disfagia, disnea, disfonía, sensación de cuerpo extraño,¹ cambio de la voz, tos crónica, ulceración y, ocasionalmente, hemorragia.

Para realizar el diagnóstico de tiroides lingual es necesario, inicialmente, una valoración de la glándula basada en los síntomas descritos anteriormente. Posteriormente, el examen clínico intraoral pone de manifiesto una masa suave, roja, rosada o azul, irregular, de diámetro variable y muy vascularizada en la línea media de la base de la lengua. Es importante realizar una exploración cervical cuidadosa para determinar la presencia o ausencia de la glándula en su posición normal. La evaluación endoscópica de la vía aérea superior nos determina el tamaño glandular y el compromiso de la vía aérea.

Ante la sospecha de una lesión tiroidea es necesario realizar una evaluación de la función tiroidea (TSH, T_3 y T_4). La situación más frecuente en los casos de tiroides lingual es el eutiroidismo o hipotiroidismo con niveles normales o bajos de T_3 y T_4 y niveles altos de TSH y tiroglobulina. El hipertiroidismo es menos frecuente. El estudio más específico para el diagnóstico es la gammagrafía con Tc^{99} o I^{131} , la cual muestra captación en la base de la lengua y ausencia de captación en la localización normal de la glándula en el cuello.⁸ Respecto a las pruebas de imagen, la TC y la RMN, que es la técnica de elección, son útiles para el diagnóstico del tiroides ectópico lingual.

El tratamiento de la tiroides lingual es controvertido y hay que estudiar y manejar cada paciente de manera individualizada,³ ya que no existe un consenso en la literatura sobre el manejo adecuado de esta patología. El tratamiento depende de la severidad de los síntomas, el tamaño de la lesión, la edad y la función tiroidea. El paciente eutiroides y asintomático debe ser vigilado periódicamente y no es necesario realizar ningún tratamiento.⁹ Cuando el tamaño de la lesión es moderado y los síntomas son leves, se sugiere un tratamiento sustitutivo que suprima la TSH con el objetivo de disminuir el tamaño del tiroides, manteniendo una vigilancia periódica de la función tiroidea.⁶ La cirugía estaría indicada en los casos en los que persiste la sintomatología a pesar de la terapia sustitutiva (como es el caso que nos ocupa), compromiso severo de la vía aérea, disfonía o disfagia persistente, ulceración, hemorragia o sospecha de malignidad. La ablación con dosis terapéuticas de I^{131} radiactivo estaría indicada en pacientes que presentan contraindicación o rechazo de la cirugía.

El objetivo de la cirugía es la extirpación completa de la lesión, la cual puede ser realizada mediante vía transoral (existen modificaciones como labiotomía media, glosotomía media, labiomandibulotomía media, incisiones de espesor total en mejilla) o a través de una cervicotomía media o faringotomía lateral.^{6,10} La elección de la técnica más adecuada depende del

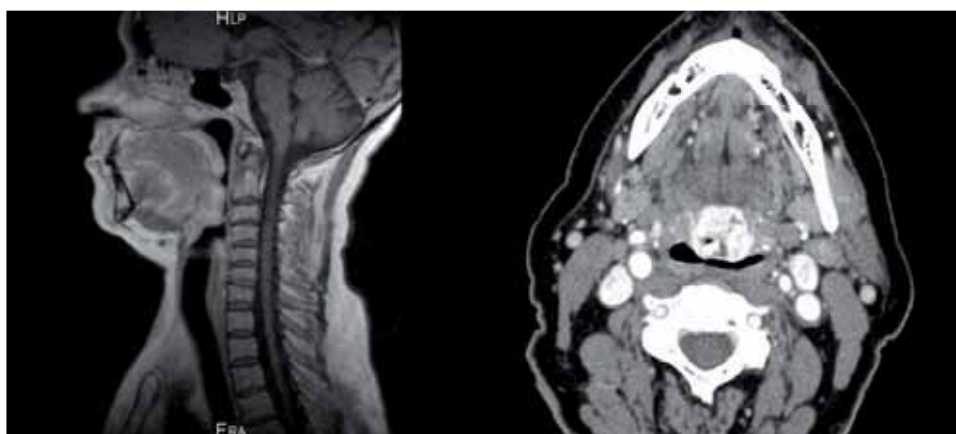


Figura 1. Izquierda: imagen de RMN (corte sagital) donde se aprecia la lesión en la base de la lengua con discreta estenosis de la vía aérea superior. Derecha: imagen de TC (corte axial) donde apreciamos una lesión nodular hiperdensa a nivel de la base lingual.



Figura 2. Izquierda: imagen intraoperatoria donde se observa el abordaje translingual mediante incisión en línea media. Derecha: pieza quirúrgica.

tamaño y localización de la lesión y la experiencia del cirujano, eligiendo aquella técnica que nos permita una excisión completa de la lesión junto a un control de las estructuras vitales adyacentes. En nuestro caso, se abordó la lesión mediante vía transoral y labiotomía media abordaje translingual (*Figura 2*). Esta técnica nos permitió realizar una extirpación completa de la lesión asociando una escasa morbilidad al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sauk JJ. Ectopic lingual thyroid. *J Pathol* 1970; 102: 239-243.
2. Noyek AM, Friedberg J. Thyroglossal duct and ectopic thyroid disorders. *Otolaryngol Clin North Am* 1981; 14 (1): 187-201.
3. Kalam A, Tariq M. Lingual thyroid gland: Clinical evaluation and comprehensive management. *Ear Nose & Throat* 1999; 78: 340-349.
4. Hickman W. Congenital tumour of the base of the tongue, pressing down the epiglottis on the larynx and causing the death of by suffocation sixteen hours after birth. *Trans Pathol Soc (London)* 1869; 20: 160-163.
5. Okstad S, Mair IW, Sundsfjord JA et al. Ectopic thyroid tissue in the head and neck. *J Otolaryngol* 1986; 15: 52-55.
6. Zubillaga RI, Sánchez AG, García RI, Montalvo MJJ. Tiroides lingual: Un nuevo abordaje quirúrgico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2004; 26: 316-324.
7. Thomas G, Hoilat R, Daniels JS, Kalagie W. Ectopic lingual thyroid: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2003; 32 (2): 219-221.
8. Aktolun C, Demir H, Berk F, Metin Kir K. Diagnosis of complete ectopic lingual thyroid with Tc-99m pertechnetate scintigraphy. *Clin Nucl Med* 2001; 26: 933-935.
9. Vairaktaris E, Semergidis T, Christopoulou P, Papadogeorgakis N, Martis C. Lingual thyroid: a new surgical approach-a case report. *J Cranio-Maxillo-Facial Surg* 1994; 22: 307-310.
10. Atiyeh BS, Abdelnour A, Haddad FF, Ahmad H. Lingual thyroid: tongue splitting incision for transoral excision. *J Laryngol Otol* 1995; 109: 520-524.